UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA

KÁTIA CRISTINA DE OLIVEIRA

RISCO DE USO DE ÁLCOOL EM OBESOS SUBMETIDOS À DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX E GASTRECTOMIA VERTICAL

Recife
2023

KÁTIA CRISTINA DE OLIVEIRA

RISCO DE USO DE ÁLCOOL EM OBESOS SUBMETIDOS À DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX E GASTRECTOMIA VERTICAL

Qualificação de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Cirurgia.

Área de concentração: Cirurgia Clínica e Experimental

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Antônio Bandeira Ferraz

Coorientadora: Dra. Luciana Melo de Souza Leão

Recife

2023

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Oliveira, Kátia Cristina de.
Risco de uso de álcool em obesos submetidos à derivação gástrica em Y de Roux e gastrectomia vertical / Kátia Cristina de Oliveira. - Recife, 2024.
75 f.: il.

Tese (Doutoradao) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, 2023.
Orientação: Álvaro Antônio Bandeira Ferraz.
Coorientação: Luciana Melo de Souza Leão.
Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Obesidade; 2. Álcool; 3. Gastrectomia vertical. I. Ferraz, Álvaro Antônio Bandeira. II. Leão, Luciana Melo de Souza. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

KÁTIA CRISTINA DE OLIVEIRA

RISCO DE USO DE ÁLCOOL EM OBESOS SUBMETIDOS À DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX E GASTRECTOMIA VERTICAL

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Cirurgia.

Aprovada em: 01 /02 /2023

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof. Dr. Álvaro Antônio Bandeira Ferraz (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

_____
Prof. Dr. Flávio Kreimer (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

_____
Prof. Dr. Esdras Marques Lins (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

_____
Prof.ª Dr.ª Luciana Teixeira de Siqueira (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

_____
Prof.ª Dr.ª Sarah Xavier V. de Fialho Rodrigues (Examinadora Externa)
Faculdade Três Marias – João Pessoa-PB

RESUMO

Introdução: A cirurgia bariátrica tem sido associada ao transtorno do uso de álcool. Este estudo teve como objetivo avaliar o consumo de álcool após os procedimentos bariátricos em Derivação Gástrica em Y de Roux (DGYR) e gastrectomia vertical (VSG). Método: O público-alvo deste estudo foram 68 adultos com obesidade (amostra aleatória), ente 18 e 64 anos de idade, que participaram da pesquisa antes e após a realização da intervenção cirúrgica dos dois tipos citados acima, no período de outubro de 2018 a julho de 2022. A pesquisa foi realizada no ambulatório de cirurgia-geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), localizado no município de Recife, Pernambuco, Brasil. As informações foram coletadas através de testes padronizados – Teste de Identificação de Desordens devido ao Uso de Álcool (Audit-C) e Inventário de Depressão de Beck (BDI) – e da aplicação de questionários elaborados pela pesquisadora, com base em revisão de literatura sobre variáveis clínicas e psicossociais associadas à respectiva cirurgia. Resultados: Os dados foram analisados estatisticamente, comparando os tipos de cirurgia. A média de tempo para a realização do segundo questionário foi de um ano e quatro meses após a intervenção cirúrgica. Quando os diferentes procedimentos cirúrgicos foram avaliados, os pacientes tratados com *DGYR* apresentaram risco aumentado para diagnósticos de AUD, considerando o consumo de álcool de risco leve a médio e problemas com o uso de álcool autorrelatados, em comparação com os que se submeteram à cirurgia do tipo *VSG*. Porém, não foi um resultado estatisticamente significativo, não corroborando assim os achados de alguns estudos de que a cirurgia de *DGYR* aumenta o risco de problemas e o abuso de álcool. Por outro lado, o presente estudo reforça que a história preexistente do uso excessivo de álcool é um fator de risco relevante para o AUD após a realização da DGYR. Conclusão: De acordo com os dados e o nível de significância de 95%, pode-se afirmar que: 1. Não houve aumento do AUD após a realização da cirurgia bariátrica. 2. Não houve aumento do AUD na comparação entre as intervenções cirúrgicas. 3. Na Derivação Gástrica em Y de Roux, o fator de risco psicossocial estatisticamente significativo foi o consumo prévio de álcool.

Palavras-chaves: Álcool; Cirurgia Bariátrica; Gastrectomia Vertical; Derivação Gástrica em Y de Roux; Fatores de Risco Psicossociais; Psicologia Bariátrica.

ABSTRACT

RISK OF ALCOHOL USE IN OBESE INDIVIDUALS UNDERGOING GASTRIC BY Y DE ROUX GASTRIC BYPASS AND VERTICAL GASTRECTOMY

Introduction: Bariatric surgery has been linked to alcohol use disorder. The present study aimed to evaluate the consumption of alcohol after the procedures on bariatric patients with Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) or sleeve gastrectomy (VSG). Method: The target group of this study were 68 adults with obesity (random sample), between 18 and 64 years old, who participated in the survey before and after performing the surgical intervention of the two types mentioned above, in the period from October 2018 to July 2022. The survey was carried out at the outpatient clinic of general surgery at the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco (HC- UFPE), located in the city of Recife, Pernambuco, Brazil. The informations were collected through standardized tests – Identification Test of Alcohol Use Disorders (Audit-C) and Beck Depression Inventory (BDI) – and the application of questionnaires prepared by the researcher, based on literature review on clinical and psychosocial variables associated with the respective surgery. Results: The data were statistically analyzed, comparing the types of surgery. The average time to complete the second questionnaire was one year and four months after the surgical intervention. When the different surgical procedures were evaluated, patients treated with RYGB showed an increased risk for Alcohol Use Disorders (AUD) diagnoses, considering the consumption of light to medium risk alcohol and self-reported problems with alcohol use, in comparison with those who underwent surgery of the VSG type. However, it was not a statistically significant result, thus not corroborating the findings of some studies that DGYR surgery increases the risk of problems and abuse of alcohol. On the other hand, the present study reinforces that the preexisting history of the excessive alcohol use is a relevant risk factor for AUD after performing from RYGB. Conclusion: According to the data and the 95% significance level, it can be stated that: 1. There was no increase in AUD after bariatric surgery. 2. There was no increase in AUD when comparing surgical interventions. 3. In Roux-en-Y Gastric Bypass, the psychosocial risk factor statistically significant was previous alcohol consumption.

Keywords: Alcohol; Bariatric Sugery; *Vertical Sleeve Gastrectomy*; Roux-En-Y Gastric Bypass; Psychosocial Risk Factors; Bariatric Psychology;

À memória do meu pai, Enildo Coutinho, e da minha mãe, Gercina Oliveira, exemplos de pais que conduziram e incentivaram, com muita afetividade e amorosidade, minha educação.

Aos meus irmãos Ana Sulamita Oliveira e Enildo Coutinho Júnior, pela parceria de vida e apoio constante.

À minha filha, Maria Vitória, que diariamente enche minha vida com amor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à minha *família*, pelo afeto e incentivo diário de superação, e por saberem tolerar e compreender minhas ausências com sabedoria. Meus agradecimentos e imenso carinho.

Ao meu orientador, *professor Dr. Álvaro Ferraz*, que se portou como só o fazem os mestres. Acreditando no meu trabalho, dando-me a liberdade necessária, conduziu-me a maiores reflexões e desta forma o enriqueceu. Minha especial admiração e gratidão.

À minha amiga *Dra. Luciana Souza Leão*, por sua contribuição e interesse carinhoso, do início ao final do estudo, e por estabelecer comigo uma aliança que se traduziu numa coorientação amigável. Meu respeito, admiração, carinho e gratidão.

Às minhas amigas *Renata Severo, Érika Neves, Célia Medeiros* e *Josiane Mattos*, pelas escutas acolhedoras, discussões infinitas e motivações diárias.

Às amigas *Márcia* e *Mércia,* agradeço pelos momentos de ajuda e busca de êxito nos estudos.

Ao estatístico *Edmilson Maza*, pela análise e ajuda na interpretação dos dados.

A *todos os professores do doutorado* que participaram desta jornada, sempre solícitos, até mesmo fora do horário do curso, pois sem eles não haveria ideias enriquecedoras. Meus sinceros agradecimentos.

Aos *pacientes* entrevistados, que contribuíram com a dimensão e a forma do objeto de estudo. Agradeço a todos e a cada um em particular.

A todos os *colegas de trabalho*, sem distinção, sou bastante grata.

A *Deus*, por ter me iluminado em mais uma jornada e, finalmente, a todos que, de uma forma ou de outra, me ajudaram a chegar até aqui. Muito obrigada.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Classificação internacional da obesidade segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com o índice de massa corporal (IMC) 16

Figura 2 – Percentual de mulheres (a) e homens (b) com obesidade, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal 16

Figura 3 – Quantidade de CBMs realizadas entre os anos de 2011 e 2021 no SUS 19

Figura 4 – Técnica cirúrgica: A) Gastrectomia Vertical e B) Derivação Gástrica em Y de Roux 20

Quadro 1 – Critérios do DSM-5 para Transtornos por uso de substância 23

Figura 5 – O campo dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas de acordo com as principais classificações internacionais[60] 24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas das variáveis numéricas, no grupo total e segundo o tipo de cirurgia 32

Tabela 2 – Dados sociodemográficos no grupo total e segundo o tipo de cirurgia 33

Tabela 3 – Avaliação do início e da causa da obesidade no pré-operatório no grupo total e segundo o tipo de cirurgia 35

Tabela 4 – Avaliação das variáveis IMC pré e pós, reganho de peso e percentual do ganho de peso, no grupo total e segundo o tipo de cirurgia 37

Tabela 5 – Avaliação das queixas relatadas, por avaliação, no grupo total e segundo o tipo de cirurgia 39

Tabela 6 – Avaliação das variáveis relacionadas ao uso de álcool, por avaliação no grupo total e segundo o tipo de cirurgia 42

Tabela 7 – IMC segundo o grupo de risco (OMS) na avaliação pré 43

Tabela 8 – Avaliação das queixas relatadas segundo o grupo de risco (OMS) na avaliação pré 44

Tabela 9 – Avaliação das queixas relatadas segundo o grupo de risco (OMS) na avaliação pós 45

LISTA DE ABREVIATURAS

AUD	Transtorno do Uso de Álcool
AUDIT-C	Teste de Identificação de Desordens devido ao Uso de Álcool
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CBM	Cirurgia Bariátrica e Metabólica
DGYR	Derivação Gástrica em Y de Roux
DM	*Diabetes Mellitus*
DMS	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
DP	Média, Desvio Padrão
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
GV	Gastrectomia vertical
IMC	Índice de Massa Corporal
LABS-2	*Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-2*
OMS	Organização Mundial de Saúde
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SM	Salário mínimo
SOS	*Swedish Obese Subjects*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VSG	*Vertical Sleeve Gastrectomy*

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**13**
1.1	APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	13
1.2	JUSTIFICATIVA	14
1.3	OBJETIVOS	14
1.3.1	Objetivo geral	14
1.3.2	Objetivos específicos	14
2	**LITERATURA**	**15**
2.1	OBESIDADE: DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA	15
2.2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE	18
2.3	CIRURGIA BARIÁTRICA E CONSUMO DE ÁLCOOL	20
2.4	CONSIDERAÇÕES SOBRE TRANSTORNO DO USO DE ÁLCOOL (AUD)	21
2.5	PERSPECTIVA DO TRANSTORNO NO USO DO ÁLCOOL APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA METABÓLICA	24
3	**MÉTODOS**	**27**
3.1	POPULAÇÃO, PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO	27
3.2	TIPO DE ESTUDO	27
3.3	SELEÇÃO DOS PACIENTES	27
3.4	CONDUTA E INSTRUMENTOS DE AVALIÇÃO	28
3.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	29
3.6	PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	29
4	**RESULTADOS**	**31**
5	**DISCUSSÃO**	**46**
6	**CONCLUSÃO**	**48**
	REFERÊNCIAS	**49**
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	**57**
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PSICOLÓGICA DE PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA	**60**
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	**64**

ANEXO A – FORMULÁRIO AUDIT **67**

ANEXO B – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECVK - BDI **70**

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA **72**

1 INTRODUÇÃO*

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

A obesidade é uma doença crônica, não transmissível, com expressão mundial, que afeta a saúde, a família, a comunidade, o trabalho, a segurança, a qualidade de vida, tanto do indivíduo como da sociedade. No Brasil, sua prevalência vem crescendo ao longo do tempo, passando de 11,6% em 2006 para 22,4% em 2021[1,2].

Nas situações mais graves de obesidade, a cirurgia bariátrica é considerada o melhor tratamento para perda de peso[3], ajudando no controle ou até na remissão de doenças associadas e suas consequências, com exponencial crescimento nas últimas décadas[4-9].

Estudos destacam que de 7% a 33% dos pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica podem desenvolver um transtorno do uso de álcool (AUD)[2,10-14]. Entretanto, não há um consenso quanto a sua prevalência, ao tempo pós-operatório e aos fatores de risco[15]. Vale destacar que o consumo aumentado de álcool está associado a mais de duzentas doenças, lesões e outras condições de saúde, afetando não apenas a incidência, mas também o curso de doenças. É responsável por 5,9% de todas as mortes no mundo, o que significa aproximadamente 3,3 milhões de mortes a cada ano. No Brasil, em 2021, a prevalência do uso de bebidas alcoólicas foi de 30,1%, o que significa aproximadamente 46 milhões de habitantes que consomem álcool[2].

Dada a relevância desses agravos à saúde, somados ao crescente aumento de tratamento cirúrgico da obesidade e, consequentemente, a uma maior quantidade de casos identificados com problemas relacionados ao maior consumo de álcool, diversos pesquisadores vêm desenvolvendo estudos para constatar se essa questão realmente tem relação com a cirurgia bariátrica, porém poucos apontam uma compreensão psicossocial do assunto.

Considerando a escolha da técnica cirúrgica e as propostas de tratamento mais eficazes, este estudo buscou verificar se há uma relação entre o maior consumo de álcool e o tipo de intervenção cirúrgica realizado nos pacientes

*Tese formatada conforme orientação da Biblioteca Central e Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da UFPE: ABNT NBR 14724:2011.

estudados, além de discutir as compreensões atuais que justificam esse comportamento. Nesse sentido, foi visto que há um maior percentual de pacientes que realmente consumem álcool após a técnica cirúrgica de Derivação Gástrica em Y de Roux (DGYR) comparada com a Gastrectomia vertical (*Sleeve Gastrectomy* ou *Vertical Sleeve Gastrectomy* – VSG). Por outro lado, também se identificou que o consumo de álcool já existia antes da cirurgia bariátrica.

1.2 JUSTIFICATIVA

A prevalência de sintomas psiquiátricos associados ao abuso e/ou dependência de álcool e outras substâncias (AOS) é assim estimada: 26% apresentam transtornos do humor, 28%, transtornos de ansiedade, 18%, transtornos da personalidade antissocial e 7%, esquizofrenia. O transtorno alimentar variou de 12% a 39%, com uma média de 26%. A ansiedade é considerada um dos fatores de risco para o desenvolvimento de abuso de dependência de substâncias[28].

Diante desse cenário, em que os estudos não apresentam um consenso nos resultados[9], e da escassa literatura brasileira, esta pesquisa pretende analisar os achados sobre o consumo de álcool em relação à técnica cirúrgica Derivação Gástrica em Y de Roux e Gastrectomia vertical. Trata-se de uma relevante discussão para propor tratamentos adequados e minimizar os riscos à saúde.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Verificar se pacientes submetidos à Derivação Gástrica em Y de Roux têm aumento no transtorno e uso de álcool (AUD), comparados com os que fazem a gastrectomia vertical.

1.3.2 Objetivos específicos

- Comparar o AUD antes e depois da realização da cirurgia bariátrica;
- Comparar o AUD por técnica cirúrgica DGYR e SG;

- ❖ Identificar fatores de risco psicossociais associados ao tipo de intervenção cirúrgica (DGYR e a SG) em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no HC-UFPE.

2 LITERATURA

2.1 OBESIDADE: DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

A obesidade é uma doença complexa e de etiologia multifatorial, envolvendo aspectos biológicos, históricos, ecológicos[♦], políticos, socioeconômicos, psicossociais e culturais[1]. A Organização Mundial de Saúde (OMS) a conceitua como um excesso de gordura corporal que pode impactar negativamente a saúde[2], contribuindo para o aparecimento ou o agravamento de múltiplas doenças: transtornos mentais, diabetes tipo 2, hipertensão, acidente vascular cerebral, várias formas de câncer, entre outras[1,10,11].

O índice de massa corporal (IMC) é a medida recomendada pela OMS e a mais comumente utilizada para classificar a obesidade em adultos (tabela 1,5), através da divisão do peso (em quilograma/kg) pela altura ao quadrado (em metro/m). Embora não faça distinção entre massa gorda e magra, nem meça a distribuição de gordura corporal, é considerada uma medida prática, simples, de baixo custo e que pode ser aplicada em nível populacional[2,11,12].

Atualmente, mais de 1 bilhão de pessoas no mundo são obesas[14]. Em razão dessa magnitude, da velocidade de sua evolução em todo mundo e de ser um fator de risco para diversas patologias e doenças crônicas, é considerada pela OMS uma pandemia e um problema de saúde pública mundial[3,11]. A obesidade atinge 41 milhões de pessoas no Brasil. Sua prevalência vem aumentando substancialmente na última década: de 20,8% em 2013 para 25,9% em 2019. Observa-se um aumento para ambos os sexos, passando de 16,8% para 21,8% entre os homens, e de 24,4% para 29,5% entre as mulheres. É maior na faixa etária de 40 a 59 anos, entre homens com renda mediana[*] e que vivem com companheira(o); e nas mulheres com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), renda *per capita* menor do que um salário mínimo (SM) e que não vivem com companheiro(a)[16,17].

O aumento progressivo da obesidade também foi apontado em outra pesquisa nacional[18,19] em que a prevalência passou de 11,6% em 2006 para 22,4%

♦ Fatores ecológicos desvelam a influência do ambiente sobre a obesidade[20,21.]
[*] Renda domiciliar *per capita* maior ou igual a um e menor que dois salários mínimos.

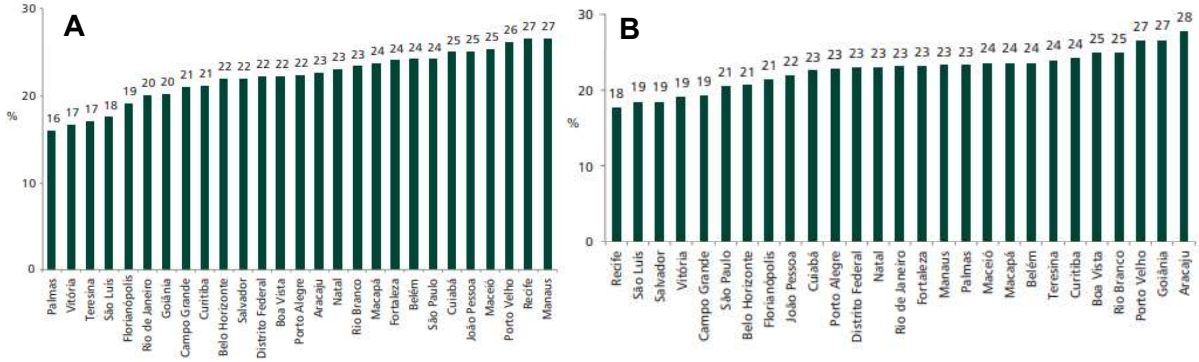
em 2021. Na região Nordeste, Recife destaca-se como uma das capitais com maior frequência de obesidade entre as mulheres – 26,5% (Figura 2A) – e com menor frequência de obesidade entre homens – 17,7% (Figura 2B).

Figura 1 – Classificação internacional da obesidade segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC).

IMC (KG/M²)	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU/CLASSE	RISCO DE DOENÇA
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
30-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: WHO[11]

Figura 2 – Percentual de mulheres (a) e homens (b) com obesidade, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal



Fonte: Vigitel, 2021

A pandemia da covid-19 foi um fator importante para o aumento e/ou agravamento da obesidade e de mortalidade em todo o planeta. Em 2020 espalhou-se no mundo um vírus ainda desconhecido, o coronavírus 2, causador da síndrome respiratória aguda grave Sars-CoV-2, responsável por causar insuficiência respiratória e levar à morte rapidamente. Em poucos meses grassava uma pandemia mundial que assustava a todos, principalmente a alguns grupos, entre os quais as pessoas com obesidade, que tendiam a aumentar as complicações e a mortalidade pela covid-19[22,23].

Em meados de abril de 2020, a obesidade foi reconhecida como um fator de risco para o desenvolvimento da covid-19 grave, já que esses pacientes apresentavam uma maior necessidade de hospitalização. Os desfechos para eles podiam incluir admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), intubação, ventilação mecânica e óbito hospitalar[21,22]. Adicionam-se, ainda, evidências de que a obesidade prejudicava o desenvolvimento da memória imunológica, o que podia influenciar negativamente a eficácia das vacinas contra o SARS-CoV-2[15,24,25,26].

Além das altas taxas de mortalidade e de síndrome pós-SARS crônica (fadiga crônica, dor, fraqueza, depressão e distúrbios do sono)[27], a pandemia de covid-19 também influenciou e modelou comportamentos e estilos de vida de pessoas não infectadas, levando ao aumento da obesidade.

No Brasil, a partir de março de 2020, mês em que foi decretado o estado de calamidade pública no país, as pessoas precisaram adaptar-se aos novos protocolos de biossegurança e se reorganizar diante do novo cenário. A orientação mundial era de que os países deveriam adotar o distanciamento social a fim de evitar a proliferação da doença. Essa condição de confinamento ampliou o sedentarismo; as pessoas passaram a aumentar o estoque de comida e houve inúmeros relatos de aumento no consumo de alimento por estresse, agravando ainda mais a situação de obesidade no país[28].

Diante desse cenário, propor e incentivar medidas preventivas tanto individualmente como na saúde coletiva tornou-se urgente e necessário para combater a pandemia da obesidade, já que a redução da massa de tecido adiposo está diretamente associada a uma melhoria na saúde metabólica.

Na saúde pública, a orientação é investir em medidas educativas e em esforços para aumentar o acesso a instalações esportivas, de lazer e alimentos saudáveis para todos. Recomenda-se adotar políticas alimentares abrangentes para

reduzir o sobrepeso e a obesidade na população em geral, incluindo medidas legislativas necessárias. Em nível individual, a abordagem deve abranger aconselhamentos sobre um estilo de vida que possa promover déficit energético, nutrição saudável e aumento da atividade física. Caso essas medidas não se mostrem eficazes, pode-se propor conjuntamente um tratamento farmacológico. Nos casos em que a obesidade é avaliada como grave ou em que a perda de peso não é suficiente para possibilitar melhora na saúde metabólica, a indicação terapêutica pode ser a cirurgia bariátrica[2,3,22].

2.2 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

A cirurgia bariátrica e metabólica (CBM) atualmente é considerada a opção terapêutica mais eficaz para combater a obesidade grave, tanto em relação à perda de peso quanto na melhoria das comorbidades associadas a ela, em comparação com intervenções não cirúrgicas, independentemente do tipo de procedimento[29-36].

Estudos clássicos suecos – *Swedish Obese Subjects* (SOS) – referem que a CBM leva à: redução da mortalidade em geral, prevenção e remissão da diabetes, diminuição da incidência de infarto do miocárdio, de câncer e melhora significativa da qualidade de vida, interação social, funcionamento psicossocial e depressão[36].

Esses resultados, associados à técnica minimamente invasiva (laparoscópica) e à relativa ineficácia de intervenções não cirúrgicas (farmacoterapia, dieta e modificação do estilo de vida), levaram a CBM a uma crescente popularidade entre os potenciais pacientes[4,5,7,8]. Se em 2003 foram registrados 146.301 CBMs no mundo, uma década após houve quase 600 mil, em 2014[6,9]. Porém, com os desafios impostos pela covid-19, ocorreu um decréscimo mundial na quantidade de procedimentos cirúrgicos para tratamento da obesidade realizados no período de 2020 a 2021, caindo para 311.441[37].

No Brasil, foi registrado o mesmo movimento: no período de nove anos, mais que dobrou a quantidade de CBMs realizadas no SUS. Em 2011, foram 5.370, aumentando para 12.568 intervenções cirúrgicas em 2019. Com a pandemia da covid-19, as cirurgias eletivas, que incluíam as CBMs, foram suspensas durante alguns períodos, decrescendo para 3.725 e 2.296, nos anos de 2020 e 2021, respectivamente. Comparando 2019 com 2021, houve uma queda de 81,7% no

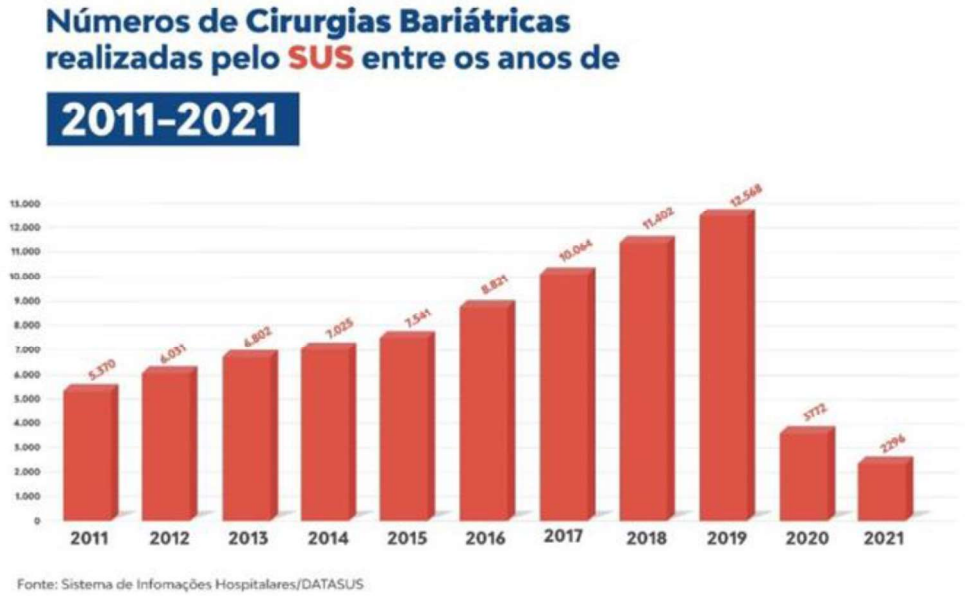
número de CBMs realizadas no país (Figura 3). Em Pernambuco, nesse último ano foram realizadas apenas 155 CBMs[38].

Os procedimentos de CBM mais frequentemente realizados em todo o mundo são Gastrectomia Vertical (*Sleeve Gastrectomy* ou *Vertical Sleeve Gastrectomy* – VSG), 45,9%, e a derivação gástrica em Y de Roux (DGYR), 39,6%[8,38]. Os dados corroboram o 7th *IFSO Global Registry Report*, que divulgou que nos últimos dois anos, 67% e 24% dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados para a perda de peso no mundo são a GV e a DGYR, respectivamente[36].

A VSG consiste na ressecção longitudinal do estômago. Inicia-se na curvatura maior, entre 3 cm a 6 cm proximal do piloro e a extremidade do nervo Laterjet até o ângulo de His, e deixa uma longa manga gástrica tubular (Fig. 4A)[39,40].

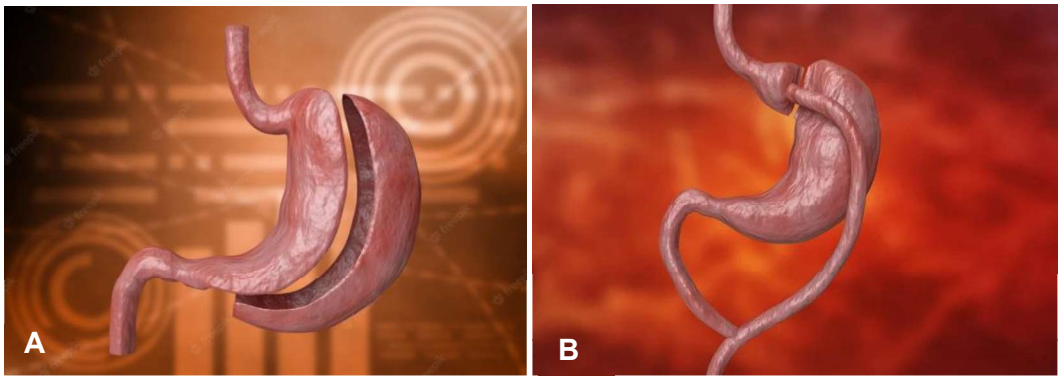
A DGYR envolve a criação de uma pequena bolsa gástrica, que é formada pela divisão do estômago. O intestino delgado é reorganizado numa configuração Y através da transecção do intestino delgado 30-50 cm abaixo do ligamento de Treitz, onde a extremidade distal é anastomosada à bolsa gástrica, com a formação de anastomose jejuno-jejunal e do chamado ramo biliopancreático[38,39,41].

Figura 3 – Quantidade de CBMs realizadas entre os anos de 2011 e 2021 no SUS



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS[38]

Figura 4 – Técnica cirúrgica: A) Gastrectomia Vertical e
B) Derivação Gástrica em Y de Roux



Fonte: https://br.depositphotos.com/stock-photos/bypass-g%C3%A1strico.html
Acesso em 6/10/2022[42]

Historicamente, esses procedimentos foram descritos como restritivos, mal absortivos ou combinados restritivos mal absortivos, limitando a ingestão de alimentos, a absorção de nutrientes ou ambas. Há evidências na literatura atual que confirmam que as alterações anatômicas realizadas através dessas intervenções afetam a fisiologia gastrointestinal, o que, por sua vez, afeta não apenas a digestão e a absorção de nutrientes, mas também de drogas, inclusive associando a CBM a um aumento no consumo de álcool[40,43].

Esse assunto tem despertado o interesse de diversos pesquisadores, pois os problemas relacionados ao álcool podem evoluir para outras patologias, sendo responsáveis por 5,9% das mortes em todo o mundo (aproximadamente 3,3 milhões de mortes a cada ano)[44].

Assim, identificar qual técnica cirúrgica (VSG ou DGYR) pode aumentar esse consumo problemático de álcool (e seus fatores preditores) faz-se necessário para a indicação de intervenções mais seguras, em que os benefícios sejam maiores que os riscos.

2.3 CIRURGIA BARIÁTRICA E CONSUMO DE ÁLCOOL

Há estudos que afirmam que pacientes submetidos à técnica cirúrgica de desvio gástrico em Y de Roux têm maior risco de problemas relacionados ao consumo de álcool, se comparada com a gastrectomia vertical[45-51]. Há quem afirme que isso é uma complicação iatrogênica de procedimentos cirúrgicos bariátricos[52].

Em 2013, o *Swedish Obese Subjects Study* (SOS) verificou que 93,1% dos pacientes operados relataram um consumo de álcool classificado como de baixo risco pela OMS. Mas, quando comparados os que realizaram DGYR com os outros procedimentos cirúrgicos (gastrectomia vertical e bandagem), restou evidente que o *DGYR* aumentou os problemas relacionados ao consumo de álcool, que foi reduzido durante o primeiro ano após a cirurgia, mas aumentado a partir dos dois anos da intervenção. Identificou-se que o sexo masculino, o tabagismo e o consumo de álcool na linha de base são preditores importantes.

Esclarece-se que os mecanismos clínicos ou psicossociais envolvidos na associação entre o aumento dos problemas relacionados ao álcool e a cirurgia bariátrica ainda são preliminares; e que os dados disponíveis não permitiram conclusões mais precisas sobre o assunto[53]. No entanto, há estudos que sugerem algumas associações. O *Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-2* (LABS-2) investigou os participantes no período mínimo de seis meses de intervenção cirúrgica e no máximo de sete anos e observou que os que fizeram DGYR tinham duas vezes o risco de apresentar Transtorno no Uso de Álcool (AUD)[49].

Um estudo de coorte na Dinamarca com 13.430 pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica (95% DGYR) revelou que as pessoas que faziam esse procedimento tinham um risco seis a sete vezes maior de desenvolver AUD do que o grupo não cirúrgico, já no primeiro ano, aumentando ao longo do tempo. Em relação ao tempo, estudos sugerem que o consumo problemático do álcool aumenta à medida que os pacientes se afastam da cirurgia e é maior para aqueles que se achavam entre três e quatro anos após a CBM. Esta pesquisa dinamarquesa não constatou diferença de consumo entre os tipos de intervenção estudados (DGYR e VSG)[54,55].

2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE TRANSTORNO DO USO DE ÁLCOOL (AUD)

Apesar do crescente número de pessoas com problemas relacionados ao álcool na população que realiza a CBM, inclusive associados à comorbidades mentais, ainda persistem dificuldades para identificação do diagnóstico de AUD, levando a lacunas entre a necessidade de tratamento e a sua realização. O atraso no cuidado acarreta o acúmulo das consequências psicossociais, a elevação dos custos e da carga de doenças para os indivíduos. A dificuldade diagnóstica é

abrangente; pode se dar pela omissão de sintomas por parte do paciente no pré-operatório, devido ao medo de não realizar a CBM; uma abstinência transitória para realização da CBM, já que a equipe multiprofissional repassa a orientação de não beber álcool no período do tratamento cirúrgico; além das diversidades conceituais e de classificações diagnósticas[55-57].

Nesse quesito, há diferentes terminologias para explicar fenômenos semelhantes – transtorno do uso de álcool (*Alcohol Use Disorder* – AUD), uso problemático do álcool, problemas relacionados ao álcool, perturbações relacionadas ao álcool, abuso e/ou à dependência de álcool e outras substâncias (AOS). Constata-se uma diversidade de teorias e instrumentos que descrevem, caracterizam e tratam dessa questão, além de suas revisões periódicas sobre os critérios diagnósticos. Como exemplos, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DMS) e o Código de Classificação Internacional de Doenças (CID-11)[59,60].

Até O DMS IV, os conceitos atribuídos ao comportamento de consumo de drogas eram abuso e dependência. O abuso envolvia o aumento do risco em ter problemas físico, psicológico ou social com o consumo de álcool, até mesmo com recorrentes intoxicações pelo uso. A dependência englobava prejuízos à saúde e envolvia tolerância, abstinência e um padrão compulsivo de uso, com histórico evolutivo de no mínimo 12 meses.

A partir do 166° Encontro Anual da Associação Americana de Psiquiatria, em maio de 2013, foi divulgada a quinta edição do DMS, que modificou os critérios diagnósticos para os transtornos mentais e revisou as questões relativas à dependência de drogas, abolindo a dicotomia entre abuso e dependência de álcool[61].

O DSM-5 define os transtornos relacionados ao álcool como Transtornos do Uso de Álcool (*Alcohol Use Disorder* – AUD), “um padrão problemático e uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos”. Considera 11 critérios que envolvem frequência, quantidade e atitudes em relação ao álcool, com as subclassificações leve (dois ou três critérios), moderado (quatro a cinco critérios) e grave (mais de seis critérios).

Critérios diagnósticos[59]:

Quadro 1 – Critérios do DSM-5 para Transtornos por uso de substância[59]

Transtorno por uso de substância
1. Uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado; 2. Desejo persistente ou incapacidade de controlá-lo; 3. Gasto importante de tempo em atividades para obter a substância; 4. Fissura importante; 5. Deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso; 6. Continuidade do uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais; 7. Restrição do repertório de vida em função do uso; 8. Manutenção do uso apesar de prejuízos físicos; 9. Uso em situações de exposição a risco; 10. Tolerância; 11. Abstinência.

Fonte: Hoffmann & Kopak[59], 2015.

O CID-11 classifica os problemas relacionados ao consumo de álcool como o uso nocivo e a síndrome de dependência. O padrão nocivo de uso de álcool é um padrão de uso que já causou danos à saúde física ou mental de um indivíduo ou resultou em comportamento danoso à saúde de terceiros.

Já a dependência de álcool é o uso repetido ou contínuo, em que há uma dificuldade de controlar o consumo e uma aumentada prioridade e uso persistente do álcool sobre outras atividades, mesmo havendo danos ou consequências negativas nesses comportamentos, no período de 12 meses, ou pelo uso diário ou quase diário, por pelo menos um mês. Vale ressaltar que tanto para o DMS como para o CID considera-se que qualquer padrão de consumo de álcool não é isento de riscos. Até mesmo os de baixo uso de álcool e cercados de cuidados para a prevenção de acidentes são considerados de baixo risco[60].

Há uma concordância entre o conceito de AUD/DMS-5 e uso nocivo e dependência/CID-11 (Figura 5) [59]:

FIGURA 5 – O campo dos transtornos relacionados ao uso e substâncias psicoativas de acordo com as principais classificações internacionais[60]

Fonte: Araújo[20]

Essa concordância entre os conceitos facilita a compreensão dos diagnósticos relacionados ao comportamento de consumo de álcool utilizados nos achados descritos. Por outro lado, o uso de terminologias diferentes para fenômenos semelhantes é um desafio fundamental quando se deseja aplicar uma perspectiva comparativa numa pesquisa, assim sendo, o termo adotado neste estudo foi transtorno do uso de álcool (AUD).

2.5 PERSPECTIVA DO TRANSTORNO NO USO DO ÁLCOOL APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA METABÓLICA

Já se acham estabelecidas algumas compreensões sobre o aumento de AUD pós-cirúrgico. Uma diz respeito às alterações fisiológicas pós-CBM em que há uma modificação no metabolismo de álcool e os picos de álcool no sangue venoso são consideravelmente maiores, além de demorar mais tempo para o retorno a níveis sóbrios[63-65].

Ainda há as contribuições neurobiológicas que atestam que drogas, incluindo álcool e alimentos, exercem um efeito recompensador através do disparo de neurônios dopaminérgicos na área tegmentar ventral, resultando na liberação de dopamina no núcleo *accumbens* e em efeitos na via mesolímbica. A dependência alimentar implica vários neuropeptídeos hipotalâmicos envolvidos na regulação da ingestão de alimentos, a exemplo de leptina, insulina, grelina, orexina, colecistocinina (CCK), peptídeo YY (PYY) e neuropeptídeo Y (NPY)[66]. Evidências recentes apontam um papel significativo da orexina não apenas na desregulação do comportamento alimentar, mas também no recrutamento do circuito neuronal da orexina por drogas de abuso, indicando novamente a sobreposição dos processos de recompensa mesmo no sistema hormonal[65].

A cessação, diminuição ou omissão do consumo de alimentos calóricos e/ou palatáveis pode vir acompanhada de alguma tensão emocional, seja pela redução do estômago, seja pelas autoexigências de mudanças na saúde, na aparência e na vida; ou pelas exigências externas da família, relações afetivas, estigmas ou vários outros fatores. A tensão gerada por essa ausência possibilita uma transferência de dependência para um maior consumo de álcool, compras, sexo etc.[65,67]

Para esse tipo de entendimento, a redução do estômago e/ou a impossibilidade de maior consumo de alimento está associada a uma transferência de dependência: a pessoa abandona o exagero no alimento e o direciona a outro objeto ou outro tipo de comportamento compulsivo. Cabe aqui refletir sobre a diferença entre dependência e compulsão, já que ambas são usadas quase como sinônimos.

Compulsão refere-se a um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo. Já a dependência (CID-10) ou o AUD (DMS-5) inclui um conjunto de características: compulsão, aumento da tolerância, síndrome de abstinência, alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo, prioridade do consumo, perda das referências internas e externas que norteiam o consumo e rápida reinstalação da síndrome de dependência. Podem ser classificadas como leve, moderada ou grave[68]. A compulsão é apenas um dos critérios a ser avaliado na dependência.

Achados revelam que a taxa de comorbidade psiquiátrica é de 42,6% e 48% em amostra de candidatos à cirurgia bariátrica, sugerindo que as pessoas com obesidade que procuram a cirurgia bariátrica têm uma alta prevalência de

comorbidades psiquiátricas. Destacam-se: transtorno depressivo maior (44%), transtorno de ansiedade atual (25%), transtorno por uso de álcool ou substâncias (6%)[69-71].

Considerando a obesidade, os transtornos relacionados ao álcool e a comorbidades psiquiátricas associadas, o candidato à cirurgia bariátrica pode emergir com um triplo diagnóstico, configurando uma extensão mais grave do problema e que envolve maior dificuldade de compressão do sofrimento psicológico e da escolha de tratamentos adequados.

Não há intenção de aprofundamento na natureza de cada entendimento; busca-se entender a limitação de cada deles, já que, isoladamente, não apoiam uma compreensão do maior consumo de álcool após a cirurgia bariátrica. Os estudos nessa área ainda são incipientes. Na realidade, cabe perquirir se o AUD após a cirurgia bariátrica é uma consequência da intervenção cirúrgica, uma iatrogenia ou a continuidade de um comportamento já existente.

3 MÉTODOS

3.1 POPULAÇÃO, PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO

O público-alvo deste estudo foram 68 adultos com obesidade (amostra aleatória), ente 18 e 64 anos de idade, antes e após a realização da intervenção cirúrgica de gastrectomia vertical (*VSG*) e da Derivação Gástrica em Y de Roux (*DGYR*), no período de outubro de 2018 a julho de 2022. A pesquisa foi realizada no ambulatório de cirurgia-geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), localizado no município de Recife, Pernambuco, Brasil.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo coorte prospectivo.

3.3. SELEÇÃO DOS PACIENTES

Foi aplicado o questionário e os testes padronizados em todos os pacientes encaminhados (T_1 = 283) para avaliação psicológica[1] no período da coleta de dados. Cabe destacar que essa avaliação foi um pré-requisito para a realização da cirurgia bariátrica.

Só foram incluídos no estudo os pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica submetidos à técnica de gastrectomia vertical (*VSG*) ou à Derivação Gástrica em Y de Roux (*DGYR*) e que participaram da segunda aplicação de questionário e testes no intervalo mínimo de cinco meses da intervenção (T_2 = 68). A amostra foi reduzida devido ao não comparecimento do paciente no T_2.

[1] A avaliação psicológica para a realização da cirurgia bariátrica no HC-UFPE é realizada através de entrevistas semidirigidas, nas quais será indicado o seguimento necessário[72]. Nessa etapa, é aplicado questionário e/ou alguns testes específicos para verificar transtornos psiquiátricos e/ou AUD; além da psicoeducação, que pode ser em grupo e/ou individual. Se o paciente estiver dentro dos critérios do Ministério da Saúde, como especificado acima, o parecer psicológico é emitido. Caso contrário, será orientado a fazer acompanhamento psicológico (individual e/ou em grupo) e encaminhado para outros profissionais que se fizerem necessários ao sucesso do tratamento. Adotam-se as orientações do Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 424, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado, além dos critérios para a realização da cirurgia bariátrica[73].

Esta pesquisa, em sua maior parte, foi desenvolvida no período da pandemia de Covid-19, o que interferiu tanto na quantidade de cirurgias bariátricas realizadas (redução das cirurgias eletivas) como no funcionamento do ambulatório de seguimento de CBM[2] (isolamento social).

Os critérios de inclusão foram: estar inserido no Programa de Cirurgia Bariátrica do HC-UFPE, ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e ter comparecido ao T_2. Foram excluídos pacientes com menos de cinco meses de realização da cirurgia bariátrica (APENDICE C).

3.4 CONDUTA E INSTRUMENTOS DE AVALIÇÃO

As informações foram coletadas através de testes padronizados e da aplicação de questionário elaborado pelos autores, com base em revisão de literatura sobre variáveis clínicas e psicossociais.

Os questionários psicossociais foram compostos pelas seguintes variáveis: perfil sociodemográfico (idade, sexo, procedência, estado civil, filhos, religião e escolaridade); medidas antropométricas e relacionadas ao peso e bem-estar (peso, estatura, índice de massa corporal/IMC, quantidade de regimes realizados, reganho de peso e escala numérica de classificação de bem-estar físico e profissional); presença de morbidades física e emocional associadas (hipertensão arterial sistêmica (HAS), *diabetes mellitus* (DM), dislipidemia, tireoide e problemas cardiovasculares, depressão, ansiedade, autoestima); eventos traumáticos ou relevantes (abuso sexual, aborto realizado, sequelas de acidente – qualquer acidente que tenha deixado sequelas), adoção (se a pessoa é adotada), perdas (morte de pessoa que considerava importante), discriminação de peso, dificuldade financeira, violência (física ou psicológica); dados sobre a obesidade (início e causas); agressão (auto e heteroviolência, ideação suicida); consumo de drogas (fumo, álcool), conflito nos relacionamentos (interpessoal, familiar) e apoio familiar, iniciativa da CB e escolha do hospital (APÊNDICES A e B).

Os testes padronizados utilizados foram o Teste de Identificação de Desordens devido ao Uso de Álcool (Audit-C)[75-77], que avalia diversos níveis de uso de álcool, desde o não uso até a provável dependência, além do consumo nos

[2]Seguimento é a adesão de pacientes que mantiveram o acompanhamento pós-operatório no ambulatório de CBM[74].

últimos 12 meses (ANEXO A). O Inventário de Depressão de Beck (BDI)[78-80], instrumento de autopreenchimento e validado para o português, enfoca atitudes e sintomas de tristeza, sensação de fracasso, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (ANEXO B).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade de Pernambuco, sob o parecer de nº 2.947.845, seguindo a Resolução nº 466/12 (ANEXO C). As informações coletadas foram armazenadas em HDs externos protegidos por senha, sob a responsabilidade do pesquisador principal, em endereço informado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em que ficará pelo período mínimo de cinco anos (APÊNDICE C).

3.6 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Os dados foram analisados descritivamente por meio das medidas: média, desvio padrão (média ± DP) e mediana; os percentis 25 e 75 (mediana P25; P75) para as variáveis numéricas; e frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. Na comparação entre os dois tipos de cirurgia nas variáveis numéricas, utilizou-se o teste t-Student com variâncias iguais, no caso de dados com distribuição normal em cada tipo de cirurgia, e o teste de Mann-Whitney para a variável com ausência de distribuição normal ou com dados na escala ordinal.

Na comparação entre os tipos de cirurgia ou entre os grupos para as variáveis categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada. O teste de Kruskal-Wallis foi usado na comparação entre os grupos nas variáveis ordinais. Na comparação entre as avaliações, utilizou-se o teste de Wilcoxon pareado para as variáveis ordinais e o teste de McNemar para as variáveis categóricas.

A verificação da normalidade foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk, e a igualdade de variâncias pelo teste F de Levene.

O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha Excel e o programa utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 25.

4 RESULTADOS

Nas Tabelas 1 a 6 apresentam-se os resultados das variáveis do estudo no grupo total e segundo o tipo de cirurgia.

Dos resultados contidos na Tabela 1, verifica-se que: a média da idade foi de pouco mais de dois anos mais elevada no grupo SG do que no DGYR (43,62 x 41,44 anos), e a mediana, um ano mais elevada (43,00 x 42,00 anos); a média do tempo entre a cirurgia e a entrevista foi de aproximadamente dois meses maior no grupo DGYR do que no SG (17,85 x 15,77 meses), entretanto, para o nível de significância considerado (5%), não foram observadas diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os dois tipos de cirurgia em nenhuma das duas variáveis analisadas.

A variabilidade expressa pelo desvio padrão foi reduzida para a variável idade desde que os referidos valores foram inferiores a 1/3 das médias correspondentes e foi não elevada no tempo entre a data da cirurgia e a data da entrevista no grupo SG e no grupo total, porque o desvio padrão foi inferior à metade das médias correspondentes; e foi razoavelmente elevada no grupo DGYR (desvio padrão superior à metade da média correspondente).

Tabela 1 – Estatísticas das variáveis numéricas no grupo total e segundo o tipo de cirurgia

Variável	Tipo de cirurgia		Grupo total (68)	
	VSG (43)	DGYR (25)		
	Média ± DP Mediana (P25; P75)	Média ± DP Mediana (P25; P75)	Média ± DP Mediana (P25; P75)	Valor de p
Idade	43,62 ± 8,20 43,00 (38,00; 49,25)	41,44 ± 10,92 42,00 (33,00; 51,50)	42,81 ± 9,28 43,00 (37,00; 50,00)	p (1) = 0,357
Tempo entre a cirurgia e a entrevista (meses)	15,77 ± 5,53 15,70 (12,20; 18,60)	17,85 ± 9,85 14,40 (12,00; 21,50)	16,54 ± 7,41 15,20 (12,23; 18,80)	p (2) = 0,937

(1) Teste t-Student com variâncias iguais
(2) Teste Mann-Whitney

Dos resultados contidos na Tabela 2, ressalta-se que: a maioria dos pacientes em cada grupo era do sexo feminino (percentuais variaram de 84,0% a 86,0%); o maior percentual correspondeu aos que eram procedentes do interior (39,5% no grupo SG e 48,0% no DGYR); os percentuais dos procedentes da Região Metropolitana e os do Recife variaram de 25,6% a 34,9% no grupo SG e de 24,0% a 28,0% no grupo DGYR; os maiores percentuais corresponderam aos casados (37,2% entre os submetidos à cirurgia SG e 44,0% do DGYR), seguidos dos percentuais de união estável e solteiros, com percentuais que variaram de 16,0% a 23,3% e os percentuais dos separados, divorciados e viúvos variaram de 4,0% a 12,0%; a maioria (80,0% a 81,4%) tinha filhos; um pouco mais da metade (51,2%) no grupo SG era de evangélicos, seguidos de 41,9% católicos, enquanto no grupo DGYR, a maioria (56,0%) era católica, seguida de 40,0% de evangélicos, sendo o restante em cada grupo de outras religiões; o maior percentual em cada grupo correspondeu aos que tinham o grau de escolaridade com ensino médio (44,2% a 48,0%); no grupo SG, este percentual foi seguido das categorias fundamental incompleto (23,3%) e graduação (14,0%), enquanto no DGYR, 24,0% com graduação e 16,0% com o fundamental incompleto. Não foram registradas diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os dois tipos de cirurgia (ou os dois grupos) em nenhuma das variáveis analisadas.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos no grupo total e segundo o tipo de cirurgia

Variável	Tipo de cirurgia			
	VSG (43)	DGYR (25)	Grupo total (68)	
	n (%)	n (%)	n (%)	Valor de p
Sexo				
Masculino	6 (14,0)	4 (16,0)	10 (14,7)	p (1) = 1,000
Feminino	37 (86,0)	21 (84,0)	58 (85,3)	
Procedência				p (2) = 0,774
Recife	11 (25,6)	6 (24,0)	17 (25,0)	
RME	15 (34,9)	7 (28,0)	22 (32,4)	
Interior	17 (39,5)	12 (48,0)	29 (42,6)	
Estado civil				p (1) = 0,865
Casado	16 (37,2)	11 (44,0)	27 (39,7)	
União estável	8 (18,6)	4 (16,0)	12 (17,6)	
Solteiro	10 (23,3)	4 (16,0)	14 (20,6)	
Separado	4 (9,3)	1 (4,0)	5 (7,4)	
Divorciado	3 (7,0)	3 (12,0)	6 (8,8)	
Viúvo	2 (4,7)	2 (8,0)	4 (5,9)	
Filhos				p (1) = 1,000
Sim	35 (81,4)	20 (80,0)	55 (80,9)	
Não	8 (18,6)	5 (20,0)	13 (19,1)	
Religião				p (1) = 0,554
Evangélica	22 (51,2)	10 (40,0)	32 (47,1)	
Católica	18 (41,9)	14 (56,0)	32 (47,1)	
Outras	3 (7,0)	1 (4,0)	4 (5,9)	
Escolaridade				p (1) = 0,880
Analfabeto	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (1,5)	
Fundamental incompleto	10 (23,3)	4 (16,0)	14 (20,6)	
Fundamental	3 (7,0)	1 (4,0)	4 (5,9)	
Ensino médio	19 (44,2)	12 (48,0)	31 (45,6)	
Graduação	6 (14,0)	6 (24,0)	12 (17,6)	
Pós-graduação	4 (9,3)	2 (8,0)	6 (8,8)	

(1) Teste Exato de Fisher
(2) Teste Qui-quadrado Pearson

Da Tabela 3, constata-se: nos dois tipos de cirurgia, o maior percentual de pacientes iniciou a obesidade na vida adulta (39,5% a 40,0%) e os demais percentuais das categorias infância e adolescência variaram de 25,6% a 34,9%; entre as causas da obesidade no grupo total, as mais frequentes foram: gravidez (32,4%) e problemas emocionais (19,1%); os percentuais das outras causas variaram de 1,5% (estresse/preocupação) a 8,8% (doença). Sobre a quantidade de regimes no pré-operatório no grupo do SG, o maior percentual (48,8%) foi de um a cinco regimes, seguido de seis a dez regimes (25,6%) e mais de dez regimes (18,6%); os 7% restantes não fizeram regime. No grupo do DGYR, a maioria (56,0%) fez mais de dez regimes no pré, e o restante, seis a dez regimes (24,0%) e um a cinco regimes (20,0%). A única diferença significativa ($p < 0,05$) entre os dois tipos de cirurgia foi registrada no número de regimes realizados no pré-operatório.

Tabela 3 – Avaliação do início e da causa da obesidade no pré-operatório, no grupo total e segundo o tipo de cirurgia

Variável	Tipo de cirurgia		Grupo total (68)	
	VSG (43)	DGYR (25)		
	n (%)	n (%)	n (%)	Valor de p
Início da obesidade				p (1) = 0,797
Infância	11 (25,6)	8 (32,0)	19 (27,9)	
Adolescência	15 (34,9)	7 (28,0)	22 (32,4)	
Vida adulta	17 (39,5)	10 (40,0)	27 (39,7)	
Causas da obesidade				
Hereditariedade				p (2) = 0,645
Sim	4 (9,3)	1 (4,0)	5 (7,4)	
Não	39 (90,7)	24 (96,0)	63 (92,6)	
Estresse/preocupação				p (2) = 0,368
Sim	-	1 (4,0)	1 (1,5)	
Não	43 (100,0)	24 (96,0)	67 (98,5)	
Problemas emocionais				p (2) = 1,000
Sim	8 (18,6)	5 (20,0)	13 (19,1)	
Não	35 (81,4)	20 (80,0)	55 (80,9)	
Doença				p (2) = 0,402
Sim	5 (11,6)	1 (4,0)	6 (8,8)	
Não	38 (88,4)	24 (96,0)	62 (91,2)	
Gravidez				p (3) = 0,304
Sim	12 (27,9)	10 (40,0)	22 (32,4)	
Não	31 (72,1)	15 (60,0)	46 (67,6)	
Medicação				p (2) = 1,000
Sim	2 (4,7)	1 (4,0)	3 (4,4)	
Não	41 (95,3)	24 (96,0)	65 (95,6)	
Pré				
Quantidade de regimes				p (1) = 0,001*
0	3 (7,0)	-	3 (4,4)	
1 a 5	21 (48,8)	5 (20,0)	26 (38,2)	
6 a 10	11 (25,6)	6 (24,0)	17 (25,0)	
Acima de 10	8 (18,6)	14 (56,0)	22 (32,4)	

(*) Diferença significativa a 5%
(1) Teste Mann-Whitney
(2) Teste Exato de Fisher
(3) Teste Qui-quadrado Pearson

A Tabela 4 mostra que: na avaliação pré, a maioria em cada tipo de cirurgia foi classificada com IMC igual ou maior do que 40 kg/m^2, sendo 83,7% no grupo SG e 72,0% no DGYR, seguido dos que tinham IMC de 35,0 a 39,9 kg/m^2, com percentuais que variaram de 16,3% a 20,0%; na avaliação pós, no grupo SG, os maiores percentuais corresponderam aos que tinham IMC de 30,0 a 34,9 kg/m^2, com 46,5%, IMC de 25,0 a 29,9 kg/m^2, com 20,9%, e IMC de 35,0 a 39,9 kg/m^2, com 18,6%; o restante tinha IMC maior ou igual a 40,0 kg/m^2 (9,3%) ou 18,5 a 24,9 kg/m^2 (4,7%); no grupo DGYR, os maiores percentuais corresponderam às categorias sobrepeso (IMC de 25,0 a 29,9 kg/m^{2+}), com 28,0%, de 35 a 39,9 kg/m^2, 28,0%, e de 30 a 34,9 kg/m^2, 24,0%; o restante, 18,5 a 24,9 kg/m^2 (12,0%) ou 40,0 ou mais kg/m^2 (8,0%). A maioria não teve reganho de peso (na avaliação pós), sendo 60,0% no grupo DGYR e 53,3% no grupo SG; dos que tiveram reganho de peso, o percentual que reganhou menos de 10% de peso foi 28,0% no grupo DGYR e 18,6% no SG; e dos que reganharam mais de 10%, 27,9% no grupo SG e 12,0% no DGYR. Não foram registradas diferenças significativas entre os dois tipos de cirurgia para nenhuma das variáveis analisadas. Foi verificada diferença significativa entre as avaliações para a variável IMC no grupo total e em cada tipo de cirurgia.

Tabela 4 – Avaliação das variáveis IMC pré e pós, reganho de peso e percentual do ganho de peso, no grupo total e segundo o tipo de cirurgia

Variável	Tipo de cirurgia		Grupo total (68)	
	VSG (43)	DGYR (25)		
	n (%)	n (%)	n (%)	Valor de p
Pré				
IMC				p [1] = 0,205
30,0 - 34,9	-	2 (8,0)	2 (2,9)	
35 - 39,9	7 (16,3)	5 (20,0)	12 (17,6)	
Igual ou maior que 40,0	36 (83,7)	18 (72,0)	54 (79,4)	
Pós				
IMC				p [1] = 0,633
18,5 - 24,9	2 (4,7)	3 (12,0)	5 (7,4)	
25,0 - 29,9	9 (20,9)	7 (28,0)	16 (23,5)	
30,0 - 34,9	20 (46,5)	6 (24,0)	26 (38,2)	
35 - 39,9	8 (18,6)	7 (28,0)	15 (22,1)	
Igual ou maior que 40,0	4 (9,3)	2 (8,0)	6 (8,8)	
Valor de p	p [3]<0,001*	p [3] = 0,001*	p [3]<0,001	
Pós				
Reganho de peso				p [2] = 0,602
Sim	20 (46,5)	10 (40,0)	30 (44,1)	
Não	23 (53,5)	15 (60,0)	38 (55,9)	
Pós				
Percentual do reganho de peso				p [1] = 0,277
Não houve	23 (53,5)	15 (60,0)	38 (55,9)	
Menos que 10%	8 (18,6)	7 (28,0)	15 (22,1)	
Mais que 10%	12 (27,9)	3 (12,0)	15 (22,1)	

(*) Diferença significativa a 5%
(1) Teste Mann-Whitney
(2) Teste Qui-quadrado Pearson
(3) Teste Wilcoxon pareado

Em relação às doenças associadas (Tabela 5), destaca-se que: as mais frequentes na avaliação pré eram: ansiedade com percentual mais elevado no grupo *DGYR* do que no VSG (88,0% x 69,8%), hipertensão arterial, com 67,4% no grupo *VSG* e 60,0% no *DGYR* diabetes, mais elevado no grupo *DGYR* (40,0% x 27,9%), depressão (20,9% no grupo *VSG* e 20,0% no grupo *DGYR)* e dislipidemia (20,0% no *DGYR* e 14,0% no *VSG*); os percentuais das categorias de autoestima baixa, regular, boa e ótima variaram de 18,6% a 30,2% no grupo *VSG* e de 16,0% a 32,0% no *DGYR*. A única diferença significativa ($p < 0,05$) entre os dois tipos de cirurgia ocorreu na variável autoestima.

Na avaliação pós, a maioria tinha ansiedade, sendo 65,1% no grupo *VSG* e 56,0% no *DGYR;* as frequências das doenças associadas (hipertensão arterial, diabetes, depressão, ansiedade e dislipidemia) foram bem menos elevadas do que no pré nos dois grupos. As maiores reduções ocorreram para: hipertensão arterial, que teve as maiores reduções (no *VSG,* de 67,4% para 7,0%, e no *DGYR,* de 60,0% para 4,0%), no diabetes (no *VSG,* de 27,9% para 4,7%, e no *DGYR,* de 40,0% para 4,0%); na ansiedade no grupo *DGYR,* que foi reduzida de 88,0% para 56,0%; na dislipidemia, no grupo *DGYR,* que oscilou de 20,0% para zero. Diferenças significativas foram registradas no grupo total e nos dois tipos de cirurgia nas variáveis: hipertensão arterial, diabetes e autoestima, e no grupo total e no *DGYR,* na variável depressão.

Tabela 5 – Avaliação das queixas relatadas, no grupo total e segundo o tipo de cirurgia

Comorbidades	Tipo de cirurgia			
	VCG (43)	*DGYR* (25)	Grupo total (68)	
	n (%)	n (%)	n (%)	Valor de p
Pré				
Diabetes				p [1] = 0,304
Sim	12 (27,9)	10 (40,0)	22 (32,4)	
Não	31 (72,1)	15 (60,0)	46 (67,6)	
Pós				
Diabetes				p [2] = 1,000
Sim	2 (4,7)	1 (4,0)	3 (4,4)	
Não	41 (95,3)	24 (96,0)	65 (95,6)	
Valor de p	p [3] = 0,002*	p [3] = 0,004*	p [3]< 0,001*	
Pré				
HAS				p [1] = 0,536
Sim	29 (67,4)	15 (60,0)	44 (64,7)	
Não	14 (32,6)	10 (40,0)	24 (35,3)	
Pós				
HAS				p [2] = 1,000
Sim	3 (7,0)	1 (4,0)	4 (5,9)	
Não	40 (93,0)	24 (96,0)	64 (94,1)	
Valor de p	p [3]< 0,001*	p [3]< 0,001*	p [3]< 0,001*	
Pré				
Dislipidemia				p [2] = 0,517
Sim	6 (14,0)	5 (20,0)	11 (16,2)	
Não	37 (86,0)	20 (80,0)	57 (83,8)	
Pós				
Dislipidemia				p [2] = 1,000
Sim	1 (2,3)	-	1 (1,5)	
Não	42 (97,7)	25 (100,0)	67 (98,5)	
Valor de p	p [3] = 0,063	*	p [3] = 0,002*	
Pré				
Tireoide				p [2] = 0,621
Sim	2 (4,7)	2 (8,0)	4 (5,9)	
Não	41 (95,3)	23 (92,0)	64 (94,1)	
Pós				
Tireoide				p [2] = 0,368
Sim	-	1 (4,0)	1 (1,5)	
Não	43 (100,0)	24 (96,0)	67 (98,5)	
Valor de p	**	p [3] = 1,000	p [3] = 0,250	
Pré				
Problemas cardiovasculares				p [2] = 0,550
Sim	1 (2,3)	2 (8,0)	3 (4,4)	
Não	42 (97,7)	23 (92,0)	65 (95,6)	

continuação

Pós				
Problemas cardiovasculares				p [2] = 0,528
Sim	2 (4,7)	-	2 (2,9)	
Não	41 (95,3)	25 (100,0)	66 (97,1)	
Valor de p	p [3] = 1,000	**	p [3] = 1,000	
Pré				
Depressão				p [1] = 0,927
Sim	9 (20,9)	5 (20,0)	14 (20,6)	
Não	34 (79,1)	20 (80,0)	54 (79,4)	
Pós				
Depressão				p [2] = 1,000
Sim	5 (11,6)	3 (12,0)	8 (11,8)	
Não	38 (88,4)	22 (88,0)	60 (88,2)	
Valor de p	p [3] = 0,219	p [3] = 0,625	p [2] = 0,109	
Pré				
Ansiedade				p [1] = 0,087
Sim	30 (69,8)	22 (88,0)	52 (76,5)	
Não	13 (30,2)	3 (12,0)	16 (23,5)	
Pós				
Ansiedade				p [1] = 0,456
Sim	28 (65,1)	14 (56,0)	42 (61,8)	
Não	15 (34,9)	11 (44,0)	26 (38,2)	
Valor de p	p [3] = 0,774	p [3] = 0,021*	p [3] = 0,052*	
Pré				
Autoestima				p [1] = 0,781
Baixa	13 (30,2)	6 (24,0)	19 (27,9)	
Regular	9 (20,9)	8 (32,0)	17 (25,0)	
Boa	8 (18,6)	4 (16,0)	12 (17,6)	
Ótima	13 (30,2)	7 (28,0)	20 (29,4)	
Pós				
Autoestima				p [2] = 0,031*
Baixa	2 (4,7)	1 (4,0)	3 (4,4)	
Regular	13 (30,2)	3 (12,0)	16 (23,5)	
Boa	6 (14,0)	11 (44,0)	17 (25,0)	
Ótima	22 (51,2)	10 (40,0)	32 (47,1)	
Valor de p	p [4] = 0,002*	p [4] = 0,010*	p [4]<0,001*	

(*) Diferença significativa a 5%
(1) Teste Qui-quadrado Pearson
(2) Teste Exato de Fisher
(3) Teste de McNemar
(4) Teste Wilcoxon pareado

Na Tabela 6 se evidencia que: na avaliação pré, o percentual que afirmou consumir álcool foi mais elevado no grupo *DGYR* do que no *VSG* em cada uma das avaliações (48,0% x 23,3% no pré e 48,0% x 27,9% no pós). Comprova-se uma diferença significativa entre os tipos de cirurgia na avaliação pré, o que não se verifica na avaliação pós, nem entre as avaliações; o percentual com risco de álcool (OMS) foi mais elevado no grupo *DGYR* do que *VSG* em cada um das avaliações (no pré, os percentuais foram 36,0% x 18,6%, e no pós, 32,0% x 18,6%. O consumo de álcool no pré foi a única diferença significativa entre os dois tipos de cirurgia.

Tabela 6 – Avaliação das variáveis relacionadas ao uso de álcool, no grupo total e segundo o tipo de cirurgia

Variável	Tipo de cirurgia		Grupo total	
	VSG	*DGYR*		
	n (%)	n (%)	n (%)	Valor de p
Pré				
Álcool				p [(1)] = 0,035*
Sim	10 (23,3)	12 (48,0)	22 (32,4)	
Não	33 (76,7)	13 (52,0)	46 (67,6)	
Pós				
Álcool				p [(1)] = 0,095
Sim	12 (27,9)	12 (48,0)	24 (35,3)	
Não	31 (72,1)	13 (52,0)	44 (64,7)	
Valor de p	p [(2)] = 0,687	p [(2)] = 1,000	p [(2)] = 0,774	
Pré				
Risco álcool (OMS) – doses				p [(1)] = 0,110
Com risco	8 (18,6)	9 (36,0)	17 (25,0)	
Sem risco	35 (81,4)	16 (64,0)	51 (75,0)	
Pós				
Risco álcool (OMS)				p [(1)] = 0,209
Com risco	8 (18,6)	8 (32,0)	16 (23,5)	
Sem risco	35 (81,4)	17 (68,0)	52 (76,5)	
Valor de p	p [(2)] = 1,000	p [(2)] = 1,000	p [(2)] = 1,000	

(*) Diferença significativa a 5%
(1) Teste Qui-quadrado Pearson
(3) Teste de McNemar

Nas Tabelas 7 a 9, apresentam-se os resultados do IMC em cada avaliação de acordo com cada um dos grupos e conforme a classificação do risco de álcool (OMS): *VSG* com risco de álcool, *DGYR* com risco de álcool e os sem risco de álcool.

Na Tabela 7 não foram registradas diferenças significativas entre os grupos em nenhuma das duas avaliações.

Tabela 7 – IMC segundo o grupo de risco (OMS) na avaliação pré

		Grupo de risco (OMS)				
		VSG	***DGYR***	**Sem risco**		
Avaliação	**IMC (kg/m²)**				**Grupo total**	**Valor de p**
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Pré-cirurgia						p [1] = 0,280
	30,0 - 34,9	-	-	2 (3,9)	2 (2,9)	
	35 - 39,9	1 (12,5)	3 (33,3)	8 (15,7)	12 (17,6)	
	≥ 40,0	7 (87,5)	6 (66,7)	41 (80,4)	54 (79,4)	
Total [2]		8 (100,0)	9 (100,0)	51 (100,0)	68 (100,0)	
Pós-cirurgia						p [1] = 0,061
	18,5 - 24,9	1 (12,5)	1 (12,5)	3 (5,8)	5 (7,4)	
	25,0 - 29,9	-	-	16 (30,8)	16 (23,5)	
	30,0 - 34,9	2 (25,0)	3 (37,5)	21 (40,4)	26 (38,2)	
	35 - 39,9	3 (37,5)	3 (37,5)	9 (17,3)	15 (22,1)	
	> 40	2 (25,0)	1 (12,5)	3 (5,8)	6 (8,8)	
Total [2]		8 (100,0)	8 (100,0)	52 (100,0)	68 (100,)	

(1) Teste Kruskal-Wallis
(2) Os totais diferentes correspondem a avaliações diferentes do risco de álcool e do IMC

Na avaliação pré não foram registradas diferenças significativas entre os grupos para nenhuma das variáveis, conforme os resultados contidos na Tabela 8.

Tabela 8 – Avaliação das queixas relatadas segundo o grupo de risco (OMS) na avaliação pré

Variável	Grupo de risco (OMS)			Grupo total (68)	
	VSG (8)	*DGYR* (9)	Sem risco (51)		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Valor de p
Diabetes					p (1) = 0,113
Sim	0 (0,0)	3 (33,3)	19 (37,3)	22 (32,4)	
Não	8 (100,0)	6 (66,7)	32 (62,7)	46 (67,6)	
HAS					p (1) = 0,768
Sim	6 (75,0)	5 (55,6)	33 (64,7)	44 (64,7)	
Não	2 (25,0)	4 (44,4)	18 (35,3)	24 (35,3)	
Dislipidemia					p (1) = 0,482
Sim	0 (0,0)	2 (22,2)	9 (17,6)	11 (16,2)	
Não	8 (100,0)	7 (77,8)	42 (82,4)	57 (83,8)	
Tireoide					p (1) = 1,000
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (7,8)	4 (5,9)	
Não	8 (100,0)	9 (100,0)	47 (92,2)	64 (94,1)	
Problemas cardiovasculares					p (1) = 1,000
Sim	-	-	3 (5,9)	3 (4,4)	
Não	8 (100,0)	9 (100,0)	48 (94,1)	65 (95,6)	
Depressão					p (1) = 0,318
Sim	2 (25,0)	-	12 (23,5)	14 (20,6)	
Não	6 (75,0)	9 (100,0)	39 (76,5)	54 (79,4)	
Ansiedade					p (1) = 1,000
Sim	6 (75,0)	7 (77,8)	39 (76,5)	52 (76,5)	
Não	2 (25,0)	2 (22,2)	12 (23,5)	16 (23,5)	
Autoestima					p (2) = 0,396
Baixa	2 (25,0)	3 (33,3)	14 (27,5)	19 (27,9)	
Regular	2 (25,0)	2 (22,2)	13 (25,5)	17 (25,0)	
Boa	2 (25,0)	1 (11,1)	9 (17,6)	12 (17,6)	
Ótima	2 (25,0)	3 (33,3)	15 (29,4)	20 (29,4)	

(*) Diferença significativa a 5%
(1) Teste Exato de Fisher
(2) Teste Kruskal–Wallis

Na avaliação pós não foram registradas diferenças significativas entre os grupos para nenhuma das variáveis, conforme os resultados contidos na Tabela 9.

Tabela 9 – Avaliação das queixas relatadas segundo o grupo de risco (OMS) na avaliação pós

Variável	Grupo de risco (OMS)				
	VSG **(8)** n (%)	***DGYR*** **(8)** n (%)	**Sem risco (52)** n (%)	**Grupo total (68)** n (%)	Valor de p
Diabetes					p (1) = 1,000
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (5,8)	3 (4,4)	
Não	8 (100,0)	8 (100,0)	49 (94,2)	65 (95,6)	
HAS					p (1) = 0,129
Sim	2 (25,0)	0 (0,0)	2 (3,8)	4 (5,9)	
Não	6 (75,0)	8 (100,0)	50 (96,2)	64 (94,1)	
Dislipidemia					p (1) = 1,000
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (1,5)	
Não	8 (100,0)	8 (100,0)	51 (98,1)	67 (98,5)	
Tireoide					p (1) = 0,235
Sim	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (1,5)	
Não	8 (100,0)	7 (87,5)	52 (100,0)	67 (98,5)	
Problemas cardiovasculares					p (1) = 1,000
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)	2 (2,9)	
Não	8 (100,0)	8 (100,0)	50 (96,2)	66 (97,1)	
Depressão					p (1) = 0,824
Sim	1 (12,5)	0 (0,0)	7 (13,5)	8 (11,8)	
Não	7 (87,5)	8 (100,0)	45 (86,5)	60 (88,2)	
Ansiedade					p (1) = 0,206
Sim	3 (37,5)	4 (50,0)	35 (67,3)	42 (61,8)	
Não	5 (62,5)	4 (50,0)	17 (32,7)	26 (38,2)	
Autoestima					p (2) = 0,477
Baixa	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (3,8)	3 (4,4)	
Regular	1 (12,5)	0 (0,0)	15 (28,8)	16 (23,5)	
Boa	2 (25,0)	3 (37,5)	12 (23,1)	17 (25,0)	
Ótima	5 (62,5)	4 (50,0)	23 (44,2)	32 (47,1)	

(1) Teste Exato de Fisher
(2) Teste Kruskal – Wallis

5 DISCUSSÃO

O Transtorno no uso de álcool é um efeito não desejado, mas descrito em diversos estudos sobre cirurgia bariátrica metabólica, que pode ocorrer devido a alguma modificação no metabolismo de álcool ou à transferência de dependência após a CBM. Esse transtorno pode impactar negativamente nas esferas psicológica, social e profissional do indivíduo, sendo prejudicial à saúde e no seguimento do tratamento da obesidade.

Tanto estudos clássicos como o Swedish Obese Subjects Study (SOS), em 2013, já apontavam que 93,1% dos pacientes operados relataram um consumo de álcool classificado como de baixo risco pela OMS. Como estudos mais atuais afirmam que o consumo excessivo de álcool aumentou ao longo do tempo com uma prevalência de consumo excessivo de álcool de 8,3% com dois anos de pós-operatório. Sexo masculino, idade avançada, hipertensão e AUD anterior foram associados ao consumo excessivo de álcool dois anos após a cirurgia bariátrica[81].

A identificação das técnicas cirúrgicas mais seguras e do perfil dos candidatos mais propensos a desenvolverem AUD podem diminuir os efeitos adversos das intervenções cirúrgicas para a obesidade. Pacientes obesos submetidos a *DGYR* têm maior probabilidade de consumir álcool de risco médio ou problemas com álcool, e de terem diagnósticos de AUD em comparação com os pacientes que realizaram a intervenção bariátrica de *VSG***.** Em contraste, nos achados da atual pesquisa nenhum desses parâmetros de risco de álcool aumentou significativamente após as intervenções cirúrgicas realizadas pelos participantes deste estudo.

Quando os diferentes procedimentos cirúrgicos foram comparados, o grupo com *DGYR* teve risco aumentado para diagnósticos de AUD, considerando o consumo de álcool de risco leve a médio e problemas de álcool autorrelatados quando comparados com os que realizaram a cirurgia do tipo *VSG,* porém não foi um resultado estatisticamente significativo, não corroborando com os achados de estudos anteriores de que a cirurgia de *DGYR* aumenta o risco de problemas e abuso de álcool.

Mas, nosso estudo reforça que a história pré-existente de AUD é um fator de risco importante para o AUD após a realização da DGYR. Cabe ainda destacar que os candidatos que realizaram a DGYR tiveram um percentual mais elevado para diabetes, dislipidemia, depressão, ansiedade e autoestima (baixa e regular).

Em relação aos fatores psicossociais, o perfil desses pacientes foi: sexo feminino, casadas(os), com filhos, residência no interior do estado, religião católica, ensino médio, desenvolvimento da obesidade na vida adulta, IMC igual ou acima de 40, e mais de dez tentativas de emagrecimento sem sucesso.

Por fim, é importante sublinhar que esse estudo teve algumas limitações que precisam ser pontuadas: questionários e testes (T1) foram aplicados no período da avaliação psicológica, a fim de emitir o parecer técnico para a liberação do procedimento cirúrgico, tal cenário que pode ter minimizado o relato da relação do paciente com o consumo de álcool.

Muito se tem avançado no campo fisiopatológico da cirurgia bariátrica, mas muito caminho ainda precisa ser percorrido em busca de maiores compreensões sobre os desequilíbrios psíquicos e psicopatológicos decorrentes desses tipos de intervenções.

6 CONCLUSÃO

De acordo com os dados e o nível de significância de 95%, pode-se afirmar que: 1. Não houve aumento do AUD após a realização da cirurgia bariátrica. 2. Não houve aumento do AUD na comparação entre as intervenções cirúrgicas. 3. Na Derivação Gástrica em Y de Roux, o fator de risco psicossocial estatisticamente significativo foi o consumo prévio de álcool.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Consultation on Obesity. 1999: Geneva, Switzerland & World Health Organization. 2000. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. World Health Organization; 2000.
2. Organización Panamericana de la Salud. La obesidade em la pobreza: um nuevo reto para la salud pública. — Washington, D.C.: OPS, © 2000. XII, 132 p. 576.
3. Pories WJ, Swanson MS, MacDonald KG, Long SB, Morris PG, Brown BM, et al. Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. Ann Surg 1995;222(3):339-52.
4. Weiner RA. Indications and principle sof metabolic surgery. Chirurg 2010;81(4):379–94.
5. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. Obes Surg 2013; 23(4):427-36.
6. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Surgery for weigh toss in adults. Cochrane Data base Syst Rev. 2014; 8: CD003641.
7. Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effective and risks of bariatric surgery: na updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. JAMA Surg. 2014; 149(3):275–87.
8. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Vitiello A, Zundel N, Buchwald H, et al. Bariatric surger yand endoluminal procedures: IFSO World wide Survey 2014. Obes Surg. 2017; 27(9):2279-89.
9. Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. The body-mass index of twins who have been reared apart. N Engl J Med. 1990;322(1):1483-7.
10. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity Geneva: WHO; 1998.
11. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 4ª ed. São Paulo, SP.
12. Cristo JVM, Silva FS, Serique MS, Lobato MYF, Silva FP, Parente FS. et al. Socialisolation in times of the Covid-19 pandemic and its relationship to obesity Aislamiento social en tiempos de la pandemia de Covid-19 y su relación con la obesidade. Res Soc Develop. 2021; 10(14):e537101422416.

13. PAHO. Informação sobre obesidade. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/4-3-2022-dia-mundial-da-obesidade-2022-acelerar-acao-para-acabar-com-obesidade. Acesso em: 10 Jan 2023.
14. Ledford H. How obesity could create problems for a Covid vaccine. This article discusses that Covid-19 vaccines might not be as effective in people with obesity as in lean individuals. Nature. 2020;586(1):488-9.
15. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
16. Ferreira APS, Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB. Aumento nas prevalências de obesidade entre 2013 e 2019 e fatores associados no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2021;24(2): e210009.
17. Brasil. Vigitel: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
18. Brasil. Vigitel: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
19. Silva FMO, Novaes TG, Ribeiro AQ, Longo GZ, Pessoa MC. Environmental factors associated with obesity in the adult population in a medium-sized Brazilian city. Cad Saúde Pública. 2019;23(5):e00119618.
20. Bramminget Al. Bariatric surgery and risk of alcohol use disorder: a register-based cohort study. Int J Epidemiol. 2021;49(6):1826-1835. .
21. Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB. Global pandemics interconnected - obesity, impaired metabolic health and COVID-19.Nat Rev Endocrinol. 2021;17(3):135-149.

22. Organização Mundial da Saúde. Atualização Epidemiológica Semanal COVID-19 22 de dezembro de 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---22-december-2020. Acesso em: 10 Jan 2023.
23. Hazeldine J, Lord JM. Immune senescence: a predisposing risk factor for the development of COVID-19? Front Immunol. 2020;11(8):573662.
24. Kumar V. How could we for get immunometabolism in SARS-CoV2 infection or COVID-19? Int Rev Immunol. 2021;40(1-2):720107.
25. Popkin BM, Du S, Green WD, Beck MA, Algaith T, Herbest CH. et al. Individuals with obesity and Covid-19: a global perspective on the epidemiology and biological relationships. Obes Rev. 2020;21(11):e13128.
26. Moldofsky H, Patcai J. Chronic wide spread musculoskeletal pain, fatigue, depression and disordered sleep in chronic post-SARS syndrome; a case-controlled study. BMC Neurol. 2011;37(3):1-7.
27. Almandoz JP, Xie L, Schellinger JN, Mathew MS, Gazda C, Ofori A. et al. Impact of Covid-19 stay-at-home order son weight-related behavior among patients with obesity. Clin Obes. 2020;10(1):e12386.
28. Sjöström L, Larsson B, Backman L, Bengtsson C, Bouchard C, et al. Swedish obese subjects (SOS). Recruitment for an intervention study and a selected description of the obese state. Int J Obes Relat Metab Disord. 1992;16(6): 465-79.
29. MacDonald Jr KG, Long SD, Swanson MS, Brown BM, Morris P, Dohm GL. et al. The gastric bypass operation reduces the progression and mortality of non-insulin-dependent diabetes mellitus. J Gastrointest Surg. 1997;1(3): 213-20.
30. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B. et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 year safter bariatric surgery. N Engl J Med. 2004; 351(6): 2683-93.
31. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H. et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish Obese Subjects. New Engl J Med. 2007; 357(8): 741-52.
32. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD. et al. Long-term mortality following gastric bypass surgery. New Engl J Med. 2007;357(8):753-61.

33. Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, Sullivan M. Tendências de dez anos na qualidade de vida relacionada à saúde após tratamento cirúrgico e convencional para obesidade grave: o estudo de intervenção SOS. Int J Obes. 2007; 31(1):1248-61.
34. Sjöström L, Gummesson A, Sjöström CD et al. Effects of bariatric surgery on cancer incidence in obese patients in Sweden (Swedish Obese Subjects Study): a prospective, controlled intervention trial. Lancet Oncol. 2009;10(7):653-62.
35. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. Journal of Internal Medicine (JIM). 2013;273(3):219-34.
36. Brown WA, Shikora S, Liem R, Holland J, Brian A, Sprinkhuizen SM. et al. The IFSO Global Registry: 7th IFSOGlobalRegistryReport.Availablefrom:https://www.ifso.com/pdf/ifso-7th registry-report-2022.pdf. Acesso em: 11 jan. 2023.
37. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS). Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/. Acesso em: 14 jun. 2023.
38. Alalwan AA, Friedman J, Park H, Segal R, Brumback BA, Hartzema AG. US national trends in bariatric surgery: A decade of study. Surgery. 2021;170(1):13-17.
39. Phillips BT, Shikora SA. The history of metabolic and bariatric surgery: Development of standards for patient safety and efficacy. Metabolism. 2018; 79(1):97-107.
40. Steenackers N, Vanuytsel T, Augustijns P, Tack J, Mertens A, Lannoo M. et al. Adaptations in gastrointestinal physiology after sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. Lancet Gastroenteroepatol. 2021;6(3):225-37.
41. Seeras K, Acho RJ, Lopez PP. Roux-en-Y gastric bypass chronic complications. 11 de junho de 2022. Stat Pearls. Ilha do Tesouro (FL): Publicação Stat Pearls; 2022.
42. Depositphotos. Bypass Gástrico. Available: https://br.depositphotos.com/stock-photos/bypass-g%C3%A1strico.html. Access in: 14 Jan 2023.

43. Woodard GA, Downey J, Hernandez-Boussard T. Impaired Alcohol Metabolism after Gastric Bypass Surgery: A case-crossover Trial. Am Coll Surg. 2011; 212(2):209-14.
44. WHO. Global Status Report on alcohol and health. Geneva. 2014.
45. Kudsi OY, Huskey K, Grove S, Blackburn G, Jones DB, AndWee CC. Prevalence of preoperative alcohol abuse among patients seeking weight-loss surgery. Surg Endosc. 2013;27(4):1093-7.
46. Gregorio VD, Lucchese R, Vera I, Silva GC, Silva A, Moraes RCC. The alcohol consumptivo nisamended after bariatric surgery? Anintegrativereview. Arq Bras Cir Dig. 2018;31(2):e1378.
47. Yoder R, Macneela P, Conway R, Heary C. How Do Individuals Develop Alcohol Use Disorder After Bariatric Surgery? A Grounded Theory Exploration. Obes Surg. 2018;28(1):717–24.
48. Zeller MH, Washington GA, Mitchell JE, Sarwer DB, Reiter-Purtill J, Jenkin TM. et al. Alcohol use risk in adolescents 2 years after bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. 2017;13(1):85-94.
49. King WC, Chen JY, Courcoulas AP, Dakin GF, Engel SG, Flum DR. et al. Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a us multicenter cohort study. Surg Obes Relat Dis. 2012; 13(8):1392-402.
50. Backman O, Stockeld D, Rasmussen F, Naslund E, Marsk R. Alcohol and substance abuse, depression and suicide after Roux-em-Y gastric bypass surgery. Br J Surg. 2016;103(10):1336-42.
51. Spadola CE, Wagner EF, Accornero VH, Vidot DC, Da Cruz-Munoz N, Messiah SE. Alcohol use pattern sandal cool use disordersa mong Young adult, ethnically diverse bariatric surgery patients. Subst Abus. 2017;38(1):82-7.
52. Fernandez AC. Uso não saudável de álcool – uma complicação iatrogênica comum da cirurgia bariátrica. Netw Open. 2020;3(12):e2028222.
53. Svensson PA, et al. Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the swedish obese subjects study. Obesity (Silver Spring). 2013 Dec; 21(12):2444-51.
54. Strommen M, Bakken IJ, Klöckner C, Sandvik J, Kulseng B, Holen A. Diagnoses related to abuse of alcohol and addictive substances after gastric bypass and sleeve gastrectomy: a nation-wide registry study from Norway. Surg Obes Relat Dis. 2020;16(4):464-470.

55. Miller-Matero LR, Orlovskaia J, Hecht LM, Braciszewski JM, Martens KM, Psyd AH. et al. Hazardous alcohol use in the four years following bariatric surgery. Psychol Health Med. 2022;27(9):1884-90.
56. McLellan AT, Lewis DC, O´Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and out comes evaluation. JAMA. 2000;284(13):1689-95.
57. Strang J, Babor T, Caulkins J, Fischer B, Foxcroft D, Humphreys K. Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. Lancet. 2012; 379(9810):71-83.
58. Chisholm D, Saxena S. Cost effective ness of strategie stocomb at neuro psychiatric conditions in sub-Saharan Africa and South East Asia: Mathematical modelling study. BMJ. 2012;344(3):e609.
59. Hoffmann NG, Kopak AM. How well do the DSM-5 alcohol use disorder designations map to the ICD-10 disorders? Alcohol Clin Experiment Res 2015; 39(4): 697-701.
60. Araújo MR. Evolução do conceito de dependência química. In book: Dependência, compulsão e impulsividade. Disponível: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/Ribeiro-Laranjeira.-Evolu%C3%A7%C3%A3o-do-conceito-de-depend%C3%AAncia-qu%C3%ADmica.-2015.pdf> Acesso em: 11 jan. 2023.
61. Fidalgo TM. O que mudou no diagnóstico da Dependência Química. 2013. Disponível em: <http://blogdoproad.blogspot.com/2013/05/dsm-v-o-que-mudou-no-diagnostico-da.html> Acesso em: 10 jan. 2023.
62. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / American Psychiatric Association; tradução: Nascimento MIC; revisão técnica: Cordioli AV. 5ª ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.
63. Suter PM, Perger L. Alcohol and the Bariatric Patient: When One Drink Becomes Two Drinks. Praxis (Bern 1994). 2019;108(10):655-62.
64. Acevedo MB, Teran-Garcia M, Bucholz KK, Eagon JC, Bartholow BD, Burd NA. et al. Alcohol sensitivity in women after undergoing bariatric surgery: a cross-sectional study. Surg Obes Relat Dis. 2020;16(4):536-44.
65. Engel SG, Schaefer LM, Kerver GA, Leone LM, Smith G, Mitchell JE. et al. The rewarding effects of alcohol after bariatric surgery: do they change and are they

associated with pharmacokinetic changes? Surg Obes Relat Dis. 2022;18(2):190-195.

66. Ferrario C, Pralong FP, Daeppen JB, Fafrea L. Increased risk of alcohol use disorders after bariatric surgery. Rev Med Suisse. 2016;129(511):602-5.
67. Reaves DL, Dickson JM, Halford JCG, Christiansen P, Hardman CA. A Qualitative analysis of problematic and non-problematic alcohol use after bariatric surgery. Obes Surg. 2019;29(7):2200-9.
68. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais | DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
69. Smith KE, Engel SG, Steffen KJ, Garcia L, Grothe K, Koball A. et al. Problematic Alcohol use and associated characteristics following bariatric surgery. Obes Surg. 2018;28(5):1248-54.
70. Giulietti C, Menculini G, Brufani F, Barbi M, Valentini E, Pomili G. et al. Psychiatric comorbidity in bariatric surgery: a retrospective study in a general hospital. Psy Dan. 2021;33(9):75-9.
71. Sarwer DB, Wadden TA, Ashare RL, Spitzer JC, McCuen-Wurst C, LaGrotte C. et al. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity in patients seeking bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. 2021;17(3):516-24.
72. Ximenes E. Cirurgia De Obesidade – Um Enfoque Psicológico. Ed. Santos, 2009.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013 mar. 20; Seção 1:23.
74. Belo, GQMB. Fatores preditivos da perda de seguimento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica/ Giselle de Queiroz Menezes Batista Belo. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia. Recife: 2018.
75. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro M. Audit: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Geneva; 2001.

76. Lima C, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. Alcohol Alcohol. 2005;40(1): 584-9.
77. Santos WS, Gouveia VV, Fernandes DP, Souza SSB, Grangeiro ASM. Alcohol use disorder identification test (audit): explorando seus parâmetros psicométricos. J Bras Psiquiatr. 2012;61(3):117-23.
78. Biaggio AMB, Natalício L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, Rio de Janeiro, RJ; 1979.
79. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State – Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. Braz J Med Biol Res. 1996; 29:453-7.
80. Beck AT, Steer RA Brown GK. Adaptação Brasileira: Gorenstein C, Pang WY, Argimon IL, Werlang BSG. BDI-II – Inventário de depressão de Beck. Editora Casa do Psicólogo, 2011.
81. Siikaluoma L, Stenberg E, Raoof M. Prevalence of and risk factors associated with alcohol overconsumption at 2 years after bariatric surgery. Obes Surg. 2022; 32(7):1-6.
82. King WC, Chen JY, Mitchell JE, Kalarchian MA, Steffen KJ, Engel SG et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. JAMA. 2012;307(23): 2516-25.
83. Klockhoff H, Näslund I, Jones AW. Faster absorption of ethanol and higher peak concentration in women after gastric bypass surgery. Br J Clin Pharmacol. 2002; 54(6):587-91.
84. Woodard GA, Downey J, Hernandez-Boussard T, Morton JM. Impaired alcohol metabolism after gastric bypass surgery: a case-crossover trial. J Am Coll Surg. 2011; 212(2):209-14.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Data:

1. Identificação
Nome: **Prontuário:**
Data de nasc.: **Idade:** **Sexo:** ☐ feminino ☐ masculino
Estado Civil: ☐ casada(o) ☐ separada/divorciada(o) ☐ viúva(o) ☐ solteira(o) outros
Cônjuge: **Idade:** **Há quanto tempo?**
Filhos: ☐ não ☐ sim/ quantos:
Religião: ☐ Ateísta ☐ Agnóstico ☐ Acredito em Deus mas não sigo nenhuma religião
☐ Católico ☐ Católico não praticante ☐ Espírita kardecista ☐ Budista
☐ Judeu ☐ Muçulmano ☐ Praticante de religião afro-brasileira (umbanda, candomblé) Protestante (evangélico, batista, mórmon, calvinista, luterano, testemunha de Jeová ou outro)
☐ Prefiro não declarar ☐ Tenho outra religião. Qual?

Endereço: Telefone:

Local da sua residência: ☐ Zona Urbana ☐ Zona Rural.
Cidade: _____ Estado: _____ Natural:

2. Informações gerais da cirurgia
Data do dia da entrevista _____/_____/_____
Data da cirurgia _____/_____/_____
Qual técnica cirúrgica você realizou? Sleeve _____ Bypass _____
Peso pré-operatório (dia da cirurgia) _____ kg
Peso atual _____ kg
Peso mais baixo alcançado com a cirurgia _____ kg
Você reganhou peso desde a cirurgia? _____ Sim _____ Não
Quantidade de peso reganhado desde o menor peso alcançado com a cirurgia ____ kg
Após a cirurgia, quando você começou a reganhar? _____

3. Bem-estar atual. Isto inclui questão física, psicológica, emocional, profissional, etc.
Ruim 1 2 3 4 5 Bom

4. Escolaridade: ☐ analfabeta(o) ☐ Sabe ler e escrever
☐ Fundamental ☐ incompleto
☐ Médio ☐ incompleto
☐ Superior _____ ☐ incompleto
☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós-doutorado

5. Ocupação Atual:
Renda pessoal em salários mínimos:

☐ exerce ☐ deixou de exercer ☐ desempregada(o) ☐ aposentada(o)

6. Doenças associadas à obesidade:
☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Dislipidemia ☐ Apneia
Tireoide
☐ AVC ☐ Artrose ☐ Artrite ☐ Infarto
Asma
☐ Dores no joelho ☐ Dores na coluna ☐ Problemas ginecológicos
☐ Pedra na vesícula ☐ Problemas de articulação ☐ Outros:

Toma algum medicamento: ☐ Não ☐Sim/ Quais:
Tratamento:

7. Comorbidades psiquiátricas (Ano/ quantas vezes)

Depressão	☐ não	☐ leve	☐ moderada	☐ grave	☐ qdo
ansiedade	☐ não	☐ leve	☐ moderada	☐ grave	☐ qdo
compulsão alimentar	☐ não	☐ leve	☐ moderada	☐ grave	☐ qdo
autoestima	☐ não	☐ baixa	☐ regular	☐ boa	☐ ótima

Faz ou já fez psicoterapia: ☐ não ☐ sim/motivo/quando
Faz ou fez acompanhamento com psiquiatra ☐ não ☐ sim/motivo/quando
Já foi internado em hospital psiquiátrico(HP): ☐ não ☐ sim/motivo/quando
Algum familiar já foi internado em HP: ☐ não ☐ sim/motivo/quando

8. Violência contra si mesmo

☐ ausente
☐ autoagressão
☐ tentativa suicídio
☐ automutilação
☐ pensamento suicida
☐ plano suicida
☐ outras

9. Violência contra outras pessoas

☐ ausente
☐ agressão física ☐ pensamento homicida ☐ tentativa de homicídio
☐ agressão verbal ☐ plano homicida ☐ violência emocional
☐ outros:

10. Utilização de substâncias Psicoativas (SPA)

Fumo	☐ não	☐ sim/qtde-dia/tempo-uso:	☐ parou/ quando:
Droga	☐ não	☐ sim/qual/qtde-dia/tempo-uso:	☐ parou/quando:
Álcool	☐ não	☐ sim/qual/qtde-dia/tempo-uso:	☐ parou/quando:
Medicamento	☐ não	☐ sim/qual/qtde-dia/tempo-uso:	☐ parou/quando:

11. Queixas de relacionamento interpessoal

☐ ausente ☐ com colegas
☐ com professores ☐ com amigos
☐ com chefias ☐ dificuldades de estabelecer relações amorosos
☐ dificuldades de fazer amigos ☐ término de relacionamento amoroso
☐ conflito no relacionamento amoroso ☐ outras:

12. Queixas familiares

☐ausente ☐ conflitos na família de origem ☐ conflito na família constituída
☐conflitos conjugais ☐ término de casamento ☐ término união estável
☐outras:

13. Queixas afetivos-emocionais

☐ ausente	☐ conflito de identidade sexual	☐ instabilidade de humor
☐ Angustia	☐ depressão	☐ irritabilidade
☐ Ansiedade	☐ desânimo	☐ medo
☐ Baixo auto-estima	☐ falta de família	☐ obsessões e compulsões
☐ Ciúme	☐ falta de motivação	☐ sintomas psicóticos
☐ Choro frequente	☐ impulsividade	☐ solidão
☐ Tristeza	☐ distorção da auto-imagem	☐ insegurança
☐ Agressividade	☐ outras:	

14. Fatores contextuais, eventos relevantes e/ou traumáticos

☐ ausente		
☐ Abuso sexual	☐ adoção	☐ perdas significativas
☐ Aborto	☐ dificuldades financeiras	☐ violência sofrida pela própria pessoas
☐ Acidentes	☐ discriminações	☐ violência sofrida por pessoas próxima
☐ Adaptação a novo estilo de vida		
☐ Outros:		

15. Avaliação do resultado da cirurgia Bariátrica

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PSICOLÓGICA
PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Data:

1. Identificação
Nome: **Prontuário:**
Data de nasc.: **Idade:** **Sexo:** ☐ feminino ☐ masculino
Estado Civil: ☐ casada(o) ☐ separada/divorciada(o) ☐ viúva(o) ☐ solteira(o) ☐ outros
Cônjuge: **Idade:** **Há quanto tempo?**
Filhos: ☐ não ☐ sim/ quantos:
Religião: ☐ Ateísta ☐ Agnóstico ☐ Acredito em Deus mas não sigo nenhuma religião
☐ Católico ☐ Católico não praticante ☐ Espírita kardecista
☐ Budista
☐ Judeu ☐ Muçulmano ☐ Praticante de religião afro-brasileira (umbanda, candomblé) Protestante (evangélico, batista, mórmon, calvinista, luterano, testemunha de Jeová ou outro)
☐ Prefiro não declarar ☐ Tenho outra religião. Qual?

Endereço: Telefone:

Local da sua residência: ☐ Zona Urbana ☐ Zona Rural.
Cidade: _____ Estado: _____ Natural:

2. Escolaridade: ☐ analfabeta(o) ☐ Sabe ler e escrever
☐ Fundamental ☐ incompleto
☐ Médio ☐ incompleto
☐ Superior _____ ☐ incompleto
☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós-doutorado

3. Ocupação Atual:
Renda pessoal em salários mínimos:

☐ exerce ☐ deixou de exercer ☐ desempregada(o) ☐ aposentada(o)

4. Histórico da obesidade
Peso: Altura: IMC: Peso Máximo:

Início da obesidade
☐ Infância ☐ adolescência ☐ vida adulta ☐ idosa

Causas
☐ Hereditariedade ☐ estresse/preocupação ☐ problemas emocionais
☐ perdas afetivas ☐ cirurgia/ qual_____ ☐ gravidez/ qual_____
☐ deixou de fazer atividade física ☐ doença/qual
☐ medicamento/qual ☐ outras:

Tem costume de comer a noite, após as 19h? ☐ sim ☐ não
Quais os motivos que leva você a comer (excesso ou fora de hora):

Já fez tratamentos para obesidade? Quantas vezes? ☐
☐ Médico ☐ Nutricionista ☐ medicamentoso ☐ Conta própria ☐ Atividade Física
☐ Outros:

Doenças associadas à obesidade:
☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Dislipidemia ☐ Apneia ☐ Tireoide
☐ AVC ☐ Artrose ☐ Artrite ☐ Infarto ☐ Asma
☐ Dores no joelho ☐ Dores na coluna ☐ Problemas ginecológicos
☐ Pedra na vesícula ☐ Problemas de articulação ☐ Outros:

Toma algum medicamento: ☐ Não ☐ Sim/ Quais:
Tratamento:

5. Comorbidades psiquiátricas (Ano/ quantas vezes)

Depressão	☐ não	☐ leve	☐ moderada	☐ grave	☐ qdo
ansiedade	☐ não	☐ leve	☐ moderada	☐ grave	☐ qdo
compulsão alimentar	☐ não	☐ leve	☐ moderada	☐ grave	☐ qdo
autoestima	☐ não	☐ baixa	☐ regular	☐ boa	☐ ótima

Faz ou já fez psicoterapia: ☐ não ☐ sim/motivo/quando
Faz ou fez acompanhamento com psiquiatra ☐ não ☐ sim/motivo/quando
Já foi internado em hospital psiquiátrico(HP): ☐ não ☐ sim/motivo/quando
Algum familiar já foi internado em HP: ☐ não ☐ sim/motivo/quando

6. Violência contra si mesmo

☐ ausente
☐ autoagressão ☐ pensamento suicida
☐ tentativa suicídio ☐ plano suicida
☐ automutilação ☐ outras

7. Violência contra outras pessoas

☐ ausente
☐ agressão física ☐ pensamento homicida ☐ tentativa de homicídio
☐ agressão verbal ☐ plano homicida ☐ violência emocional
☐ outros:

8. Utilização de substâncias Psicoativas (SPA)

Fumo	☐ não	☐ sim/qtde-dia/tempo-uso:	☐ parou/ quando:
Droga	☐ não	☐ sim/qual/qtde-dia/tempo-uso:	☐ parou/quando:
Álcool	☐ não	☐ sim/qual/qtde-dia/tempo-uso:	☐ parou/quando:
Medicamento	não	☐ sim/qual/qtde-dia/tempo-uso:	☐ parou/quando:

9. Queixas de relacionamento interpessoal

☐ ausente ☐ com colegas
☐ com professores ☐ com amigos
☐ com chefias ☐ dificuldades de estabelecer relações amorosos
☐ dificuldades de fazer amigos ☐ término de relacionamento amoroso
☐ conflito no relacionamento amoroso ☐ outras:

10. Queixas familiares

☐ ausente ☐ conflitos na família de origem ☐ conflito na família constituída
☐ conflitos conjugais ☐ término de casamento ☐ término união estável
☐ outras:

11. Queixas afetivos-emocionais

☐ ausente ☐ conflito de identidade sexual ☐ instabilidade de humor
☐ Angustia ☐ depressão ☐ irritabilidade
☐ Ansiedade ☐ desânimo ☐ medo
☐ Baixo auto-estima ☐ falta de família ☐ obsessões e compulsões
☐ Ciúme ☐ falta de motivação ☐ sintomas psicóticos
☐ Choro frequente ☐ impulsividade ☐ solidão
☐ Tristeza distorção da auto-imagem insegurança
☐ Agressividade ☐ outras:

12. Fatores contextuais, eventos relevantes e/ou traumáticos

☐ ausente
☐ Abuso sexual ☐ adoção ☐ perdas significativas
☐ Aborto ☐ dificuldades financeiras ☐ violência sofrida pela própria pessoas
☐ Acidentes ☐ discriminações ☐ violência sofrida por pessoas próxima
☐ Adaptação a novo estilo de vida
☐ Outros:

13. Apoio Familiar

☐ Não ☐ sim/quem é o principal apoiador:

14. Iniciativa pela cirurgia

☐ Iniciativa própria ☐ trazido(a) por amigos ☐ trazido(a) por familiares ☐
☐ Trazido(a) equipe saúde trazido(a) conselho tutelar ☐ outros:

15. Como teve conhecimento do programa de Cirurgia Bariátrica no HC/UFPE

☐ Parentes ☐ amigos ☐ pacientes CB do HC/UFPE
☐ Posto saúde ☐ profissionais de saúde externo encaminhado pela regulação

☐ Profissionais de saúde do HC/UFPE	☐ outros

15. Porque você quer ser magro?

☐ saúde	☐ estética	☐ qualidade de vida
☐ mobilidade física	☐ brincar com os filhos	☐ conseguir um trabalho
☐ voltar a caminhar	☐ fazer cirurgia/qual	☐ outros:

NOME: _____ REGISTRO:

Encontros:

1º) _____/____/____ P= _____
OBS:_____
_____

2º) _____/____/____ P= _____
OBS:_____
_____

3º) _____/____/____ P= _____
OBS:_____
_____

4º) _____/____/____ P= _____
OBS:_____
_____

5º) _____/____/____ P= _____
OBS:_____
_____

6º) _____/____/____ P= _____
OBS:_____
_____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS – Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) _____ para participar como voluntário (a) da pesquisa **CONSUMO DE ÁLCOOL EM OBESOS SUBMETIDOS À DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX E GASTRECTOMIA VERTICAL**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador(a) Kátia Cristina de Oliveira, Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC/UFPE/EBSERH) no endereço: **(Avenida Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária –Recife-PE-Brasil, CEP. 50.670-420 - Telefone: (81) 2126-3743 – *e-mail*: cephcufpe@gmail.com,** - *E-mail* para contato do pesquisador responsável: katia._oliveira@hotmail.com e está sob a orientação de Álvaro Ferraz, Telefone: (81) 2126 3510, e-mail: alvaroabferraz@gmail.com. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe seja compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O **objetivo principal** do estudo é avaliar o padrão de consumo de álcool e fatores associados antes e depois da cirurgia bariátrica, dos pacientes acompanhados no ambulatório de Cirurgia de Obesidade do Hospital das Clínicas - UFPE. Buscando com isso fornecer dados que respaldem uma preparação e um acompanhamento mais seguro para a realização da cirurgia bariátrica, assim como propor ações/estratégias de acompanhamento as pessoas que apresentam comportamento de risco para o álcool após a cirurgia em questão, através das possíveis análises e inferências dos dados.

Riscos: Por se tratar de pesquisa com aplicação de questionário e testes o risco oferecido será causado por possível constrangimento às pacientes entrevistadas devido ao conteúdo pessoal das perguntas. Tal constrangimento será minimizado com o zelo na formulação das questões e na forma de aplicação do questionário, os quais primarão pelo respeito ao ser humano em sua individualidade.

Benefícios: Fornecer dados que respaldem uma preparação e um acompanhamento mais seguro para a realização da cirurgia bariátrica, assim como propor ações/ estratégias de acompanhamento às pessoas que apresentam comportamento de risco para o álcool após a cirurgia em questão, através das possíveis análises e inferências dos dados

Pesquisa: início em outubro de 2018 e se encerrará em outubro de 2020. Só será iniciada mediante autorização do comitê de ética em Pesquisa, CEP – HC/UFPE.

ATENÇÃO:

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa mediante entrevista ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador e orientadores, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC/UFPE/EBSERH) no endereço: **(Avenida Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária – Recife-PE-Brasil, CEP. 50.670-420 – Telefone: (81) 2126-3743 – *e-mail*: cephcufpe@gmail.com**

_____

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa sobre **CONSUMO DE ÁLCOOL EM OBESOS SUBMETIDOS ÀDERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX E GASTRECTOMIA VERTICAL**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Impressão digital
(opcional)
Recife, _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário e/ou responsável em participar.
(duas testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome:
Assinatura:
Nome:
Assinatura:

ANEXO A – FORMULÁRIO AUDIT

NOME:
REGISTRO: **DATA:**

1.Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?
(0) Nunca
(1) Mensalmente ou menos
(2) De 2 a 4 vezes por mês
(3) De 2 a 4 vezes por semana
(4) 4 ou mais vezes por semana

2.Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?
(0) 1 ou 2
(1) 3 ou 4
(2) 5 ou 6
(3) 7, 8 ou 9
(4) 10 ou mais

3.Com que frequência você toma seis ou mais doses de uma vez?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

4.Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

5.Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

6.Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

7.Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

8.Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido a bebida?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?
(0) Não
(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
(4) Sim, nos últimos 12 meses

10.Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?
(0) Não
(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
(4) Sim, nos últimos 12 meses

ANOTE AQUI O RESULTADO
1.____ +2.___ +3.____ +4.____ +5.____ +6.____ +7.___ +8.___ +9.____ +10.___ =

Nível de uso	Intervenção	Escores
Zona I	Prevenção Primária	0-7
Zona II	Orientação Básica	8-15
Zona III	Intervenção Breve e Monitoramento	16-19
Zona IV	Encaminhamento para serviço especializado	20-40

ZONA I: Pessoas que se localizam na zona I geralmente fazem uso de baixo risco de álcool ou são abstêmias. De uma forma geral, são pessoas que bebem menos de duas doses-padrão por dia ou que não ultrapassam a quantidade de cinco doses-padrão em uma única ocasião. A intervenção adequada nesse nível é a educação em saúde, para que haja a manutenção do padrão de uso atual.
ZONA II: Pessoas que pontuam nessa zona são consideradas usuários de risco; são pessoas que fazem uso acima de duas doses-padrão todos os dias ou mais de cinco doses-padrão numa única ocasião, porém não apresentam nenhum problema decorrente disso. A intervenção adequada nesse nível é a Orientação Básica sobre o uso de baixo risco e sobre os possíveis riscos orgânicos, psicológicos ou sociais que o usuário pode apresentar se mantiver esse padrão de uso.
ZONA III: Nessa zona de risco estão os usuários com padrão de uso nocivo; ou seja, pessoas que consomem álcool em quantidade e frequência acima dos padrões de baixo risco e já apresentam problemas decorrentes do uso de álcool. Por outro lado, essas pessoas não apresentam a quantidade de sintomas necessários para o diagnóstico de dependência. A intervenção adequada nesse nível é a utilização da técnica de Intervenção Breve e Monitoramento.
ZONA IV: Pessoas que se encontram nesse nível apresentam grande chance de ter um diagnóstico de dependência. Nesse caso, é preciso fazer uma avaliação mais cuidadosa e, se confirmado o diagnóstico, deve-se motivar o usuário a procurar atendimento especializado para acompanhamento e encaminhá-lo ao serviço adequado.

ANEXO B – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome:_____ **Idade:**_____ **Data:** _____/_____/_____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje.** Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	**7**	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	**8**	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	**9**	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	**10**	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	**11**	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	**12**	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	**18**	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	**19**	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	**20**	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	**21**	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		Pontuação de 0 a 13: nenhuma depressão; TOTAL Pontuação de 14 a 19: depressão leve; Pontuação de 20 a 28: depressão moderada; Pontuação de 29 a 63: depressão grave.

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPE - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO -

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSUMO DE ÁLCOOL EM OBESOS SUBMETIDOS ÀDERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX E GASTRECTOMIA VERTICAL

Pesquisador: KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99199018.1.0000.8807

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.947.845

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1223686.pdf	03/10/2018 10:47:03		Aceito
Outros	CartaRespostaaspedencias.docx	03/10/2018 10:44:46	KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	03/10/2018 10:40:56	KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetokatiaoliveiradetalhado.docx	03/10/2018 10:40:35	KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	vinculo.pdf	24/09/2018 11:08:38	KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIA.pdf	24/09/2018 10:59:33	KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	lattesorientador.pdf	24/09/2018 10:59:09	KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	lattespesquisadorprincipal.pdf	24/09/2018 10:58:45	KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	COMPROMISSO.pdf	24/09/2018 10:58:10	KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	COMPPROMISSOCONFIDENCIALIDADE.pdf	24/09/2018 10:57:31	KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/09/2018 10:53:56	KATIA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito

RECIFE, 08 de Outubro de 2018

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Assinado por:
José Ângelo Rizzo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cephcufpe@gmail.com