

Fúlvia Pirola da Costa

**EFEITOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA QUALIDADE DE
VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
BARIÁTRICA**

Dissertação submetida ao Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Lúcio José Botelho

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Costa, Fúlvia Pirola
Efeitos do consumo de álcool na qualidade de vida em
pacientes submetidos à cirurgia bariátrica / Fúlvia Pirola
Costa ; orientador, Lúcio José Botelho - Florianópolis,
SC, 2013.
70 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Qualidade de
vida, consumo de álcool e cirurgia bariátrica. I. Botelho,
Lúcio José . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial. III. Título.

Fúlvia Pirola da Costa

EFEITOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental, e aprovada em sua forma final pelo Mestrado Profissional em Saúde mental e Atenção Psicossocial.

Florianópolis, 12 de julho de 2013.

Prof.^a Walter Ferreira de Oliveira Dr.

Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof. Lúcio José Botelho, Me.

Orientador - Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Antonio Fernando Boing, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Josimari Telino Lacerda, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Sergio Fernando Torres de Freitas, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho à minha família, pelo incentivo, apoio e dedicação com minha formação pessoal e profissional. Para os meus avós, Tyller Pirola e Yolanda Cervi da Costa (in memoriam), pelas boas recordações e saudades eterna.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, professor Everson Araújo Nunes, pelo amor maior, por acreditar, por incentivar, por seus valores, pelo companheirismo, pela parceria. Você é essencial na minha vida!

Ao meu orientador, professor Lúcio José Botelho. Pelo acolhimento, orientação e paciência

À minha mãe, Leila Heloisa Pirola, pelo exemplo de fé, humildade, força, caráter. Pela nossa amizade e cumplicidade.

À minha irmã, Flavia Pirola da Costa Carneiro, *workaholic girl*, por nossa amizade, amor, irmandade!

Ao mais amado irmão do mundo, Francisco Pirola da Costa. Sua bondade e carisma fazem qualquer um derreter!

À minha amada e querida madrinha, Neuza Cervi da Costa, pelo apoio, conselhos, amizade, união.

À Cleusa dos Santos Rocha, mais que colaboradora, uma amiga. Obrigada pelo tratamento de amor e carinho com o Francisco.

Ao professor Rodrigo Otávio Moretti Pires, por abrir as portas.

Aos professores Antônio Fernando Boing e Josimari Telino Lacerda, pelas grandes contribuições na banca de qualificação.

Aos meus amigos: Ângela, Deidvid, Fábio, Gabi, Maika, Neca e Patrícia pelo convívio, ajuda e amizade.

A Universidade Federal de Santa Catarina, enquanto instituição nos oferece oportunidades de crescimento e amadurecimento.

Aos pacientes da equipe de cirurgia da obesidade do HU/USFC, sem os quais não poderia ter desenvolvido este trabalho.

RESUMO

A obesidade é uma das doenças crônicas não transmissíveis que mais cresce no mundo. É de difícil tratamento e considerada importante e grande problema de saúde pública, afetando milhões de pessoas. A OMS aconselha o Índice de Massa Corporal (IMC) para a classificação dos estágios da obesidade. A obesidade de grau III, também chamada de mórbida, é classificada quando o resultado do IMC atinge valores iguais ou maiores que 40kg/m^2 . Este estágio da doença está relacionado com diversas co-morbidades clínicas como diabetes tipo II, hipertensão arterial, dislipidemias, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer. Além dos problemas clínicos, o indivíduo obeso sofre com problemas de aspecto psicológico, como preconceito social, gozações e exclusões. Dentre os tratamentos existentes para a obesidade, a cirurgia bariátrica aparece como o método mais eficaz, principalmente no que diz respeito a resultados em longo prazo. A perda e manutenção do peso pós-cirurgia apresenta melhora das doenças associadas e consequente melhora na qualidade de vida. No entanto, alguns trabalhos demonstram complicações psicológicas e psiquiátricas de várias ordens, incluindo abuso de álcool em pacientes que realizaram cirurgia bariátrica. O objetivo deste trabalho foi analisar as associações entre o consumo de álcool e as variáveis da qualidade de vida, em indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Com relação a metodologia, o estudo é transversal. Foram estudados indivíduos adultos que realizaram a cirurgia bariátrica no serviço de cirurgia da obesidade HU/UFSC. O acesso aos indivíduos foi por conveniência, sendo considerado elegíveis indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que realizaram a cirurgia há no mínimo 6 meses da data da aplicação dos questionários. Para mensuração das variáveis da qualidade de vida (QV), o Instrumento utilizado foi o Abreviado para Análise da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde WHOQOL – Bref. Para o consumo de álcool, foi utilizado o Teste para Identificação de Problemas Decorrentes do Uso de Álcool, AUDIT, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde – OMS. A amostra foi predominantemente feminina (87%), casadas (69,56%), de religião católica (67,39%), pertencentes a classe D (56,52%). A média de faixa etária foi de $40,45 \pm 11,76$. Os resultados para análise da Q.V foi regular, com o valor mais baixo para o domínio meio ambiente e mais alto para as relações sociais. Quanto ao consumo de álcool, 50% da amostra eram abstermias, 28,26%

classificados com uso de risco, 13,04% com sintomas de dependência e 15,21% fazem uso nocivo de bebidas alcoólicas. Não houve correlações e comparações significativas entre o consumo de álcool e a QV dos participantes. A análise da QV, em seu aspecto multidimensional, demonstrou ser eficaz objeto de estudo para os pacientes bariátricos. A relação entre o uso de álcool e os domínios da QV, embora não significativa, sugere que o aumento dos escores para o consumo de álcool pode estar associado a menores os escores do domínio físico, psicológico e social. Estudos posteriores, especialmente se com maior número de homens na amostra, podem potencialmente revelar associações distintas das demonstradas aqui.

Palavras chave: Obesidade, cirurgia bariátrica, qualidade de vida, consumo de álcool, WHOQOL-Bref, AUDIT.

ABSTRACT

Obesity is one of the fastest growing non-transmissible chronic diseases in the world. It is difficult to treat and it is considered an important and major public health problem, affecting millions of people. World Health Organization advises the Body Mass Index (BMI) to classify the stages of obesity. When BMI reaches values equal to or greater than 40kg/m^2 the stage is called Obesity grade III, also known as morbidly obesity. This stage of disease is associated with several comorbid conditions such as diabetes type II, hypertension, dislipidemias, cardiovascular disease and some cancers. In addition to the physiological problems, obese individuals are also affected by psychological distresses as social prejudice, mockery and exclusions. Among existing treatments for obesity, bariatric surgery appears to be the most effective method, especially with regard to long-term results. The loss and weight maintenance after surgery show improvement of associated diseases and consequent improvement in quality of life. However, some studies show psychological and psychiatric complications of various types in patients who undergone bariatric surgery, including alcohol abuse. Therefore, the objective of this study was to analyze the associations between alcohol consumption and the variables of quality of life in patients who undergone bariatric surgery at the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (HU / UFSC). This is a cross-sectional retrospective descriptive study. We studied adult subjects who undergone bariatric surgery in the service of obesity surgery HU / UFSC. The access to the volunteers was for convenience. They were considered eligible if older than 18 years and if have undergone surgery for at least six months from the date of the study interview. To evaluate the variables of quality of life (QOL), the instrument used was the Analysis of Quality of Life of the World Health Organization WHOQOL – Bref questionnaire. For the evaluation of alcohol consumption, it was applied the Disorders Identification Alcohol Use (AUDIT) questionnaire, also developed by the World Health Organization - WHO. The sample was predominantly female (87%), married (69.56%), Catholic (67.39%), belonging to the D social class (56.52%). The mean age was 40.45 ± 11.76 years. The classification for analysis of QOL was regular, with the lowest obtained value for the environment domain and highest for social relations. As for alcohol consumption, 50% of the subjects were abstainers, 28.26% classified as risk user, 13.04% with symptoms of dependency and 15.21% harmful

use of alcohol. There were no significant associations between alcohol consumption and QOL of the participants. QL analysis in its multidimensional aspect, presented as an excellent object of study for bariatric patients. The relationship between alcohol use and the domains of QOL, although not significant, showed that increased scores for alcohol consumption were might be related to lower scores in the physical, psychological and social domains. Further studies, especially with a greater number of men as part of the sample, might potentially review distinct associations than the ones showed here.

Keywords: Obesity, bariatric surgery, quality of life, alcohol consumption, WHOQOL-Bref, AUDIT.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Técnicas de cirurgia da obesidade..... | 33 |
| Figura 2 - Relação do consumo do álcool e suas consequências..... | 38 |
| Figura 3 - Fluxograma de recrutamento de pacientes para estudo..... | 46 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Classificação do índice de massa corporal segundo a OMS..... | 26 |
| Quadro 2 - Critérios diagnósticos para o abuso de substâncias, de acordo com o DSM-IV..... | 36 |
| Quadro 3 - Critérios diagnósticos para dependência de substâncias, segundo DSM IV..... | 37 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Tratamentos indicados de acordo com a classificação do IMC e circunferência da cintura, com orientações sobre estilo de vida saudável, mudanças na alimentação e atividade física..... | 31 |
| Tabela 2 - Resumo de estudos publicados sobre abuso de álcool pós-cirurgia bariátrica..... | 42 |
| Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto ao sexo, idade, estado civil, religião e classe social..... | 50 |
| Tabela 4 - Escores segundo questões individuais, domínios e resultado global do WHOQOL-Bref para pacientes bariátricos com tempo de cirurgia > 6 meses (n=46)..... | 52 |
| Tabela 5 - Abstermia, consumo de baixo risco, consumo de risco, sintomas de dependência e consumo nocivo de álcool por pacientes pós cirurgia bariátrica, de acordo com sexo..... | 53 |
| Tabela 6 - Análise da relação entre o uso de álcool de acordo com pontuações dos escores do WHOQOL-Bref..... | 54 |
| Tabela 7 - Correlações entre os domínios e resultado global do WHOQOL-Bref com os domínios, pontuação total do AUDIT e tempo de cirurgia. Valores representam o coeficiente de correlação (r) de Spearman..... | 55 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica;
AUDIT: Questionário sobre o consumo e desordens por álcool
APA: American Psychiatric Association
BPE: Beber pesado episódico
CFM: Conselho Federal de Medicina
CID 8: Classificação Internacional de Doenças – 8^a revisão
CID 10: Classificação Internacional de Doenças – 10^a revisão
DALY (Disability- Adjusted Life Years): Anos de vidas saudáveis ajustados por incapacitação.
DSM IV: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
DUA: Desordens por uso de álcool
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IMC: Índice de Massa Corporal
IOTF: International Obesity Taskforce
MS: Ministério da Saúde
NIAAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
OMS: Organização Mundial de Saúde
POF: Pesquisa de Orçamentos Familiares
QV: Qualidade de Vida
RYGB: Derivação Gástrica em y de Roux
SBCBM: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SUS: Sistema Único de Saúde
WHOQOL-Bref: Instrumento Abreviado para Análise da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 23 |
| 1.1 OBJETIVOS..... | 25 |
| 1.1.1 Objetivo Geral..... | 25 |
| 1.1.2 Objetivos Específicos..... | 25 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 26 |
| 2.1 OBESIDADE..... | 26 |
| 2.2 TRATAMENTO DA OBESIDADE..... | 29 |
| 2.3 A CIRURGIA BARIÁTRICA COMO TRATAMENTO DA OBESIDADE..... | 32 |
| 2.4 RISCOS DE USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA..... | 35 |
| 2.4.1 O consumo de álcool..... | 35 |
| 2.4.2 Classificações e padrão de consumo..... | 36 |
| 2.4.3 Abuso e dependência de álcool após cirurgia bariátrica..... | 38 |
| 2.5 A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES OBESOS SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA..... | 43 |
| 2.5.1 O termo Qualidade de Vida..... | 43 |
| 2.5.2 A Qualidade de Vida e a Cirurgia Bariátrica..... | 44 |
| 3 METODOLOGIA..... | 46 |
| 3.1 AMOSTRA..... | 46 |
| 3.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA..... | 47 |
| 3.3 DETALHAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA..... | 47 |
| 3.3.1 Questionário Critério de Classificação Econômica Brasil..... | 47 |
| 3.3.3 Questionário sobre o consumo e desordens por álcool: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)..... | 50 |
| 3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA..... | 49 |
| 4 RESULTADOS..... | 50 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... | 50 |
| 4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA..... | 53 |
| 4.3 CONSUMO E TRANSTORNOS POR ÁLCOOL – TESTE AUDIT..... | 53 |
| 5 DISCUSSÃO..... | 56 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 61 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 62 |
| ANEXOS..... | 72 |

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é classificada como doença crônica não transmissível. Atualmente, em decorrência do aumento de sua incidência e prevalência na maioria dos países, é reconhecida como problema de saúde pública inclusive em países subdesenvolvidos e emergentes (OMS, 2010). O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade nos últimos 30 anos em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos é motivo de preocupação para as autoridades de saúde. Nestes países, durante anos, a principal preocupação com as políticas públicas de saúde era o combate à desnutrição. Atualmente, o problema maior são as doenças associadas à obesidade (PINHEIRO et al, 2004).

As consequências da obesidade estão relacionadas com o aumento de doenças coronarianas, desenvolvimento de esteatose hepática, problemas ósseos, apneia do sono e alguns tipos de câncer. Assim, sabe-se que a redução do excesso de peso corporal proporciona melhores condições de saúde ao indivíduo (CARNEIRO et al, 2003).

Dentre as intervenções para o tratamento da obesidade, a cirurgia bariátrica é apontada como eficaz para redução e manutenção do peso. No entanto, é indicada para obesos que possuem o Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 40kg/m^2 ou superior a 35kg/m^2 , quando associado comorbidade de risco, cujos tratamentos clínicos realizados anteriormente foram fracassados (SEGAL e FANDINO, 2002). A cirurgia é contra indicada em casos de limitação intelectual significativa, transtornos psiquiátricos não controlados, incluindo abuso de substâncias como álcool e drogas ilícitas e doenças genéticas. Contudo, quadros psiquiátricos graves, considerados controlados, não são contraindicativos para realização da cirurgia (SBCBM, 2013).

Por ser doença crônica e estar associada a diversas comorbidades, a obesidade possui grande impacto na saúde, no bem-estar psicológico, longevidade e na qualidade de vida (QV) (KOLOTKIN, 2001).

A qualidade de vida, apesar de expressão comum a maioria das pessoas, possui conceito complexo, pois é particular para cada pessoa ou grupo social. Pode representar felicidade, saúde, moradia, estrutura familiar, emprego, oportunidades de lazer, segurança (QUEIROZ et al, 2004).

Pesquisas sobre a QV realizada em pacientes antes e depois da cirurgia da obesidade, observaram que as comorbidades associadas ao excesso de peso foram atenuadas. Contudo, as comorbidades como depressão e ansiedade, que possivelmente poderiam não estar vinculadas

somente ao excesso de peso, não foram eliminadas. Por isso, maiores cuidados na atenção psicossocial destes indivíduos são necessários (CAMBI et al, 2003).

Dentre as consequências psicossociais associadas ao tratamento cirúrgico da obesidade, observações empíricas trouxeram a suspeita sobre tendência ao uso nocivo de álcool entre os pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica. Este uso teria como explicação a transferência de vício em pacientes bariátricos: como não podem mais usufruir abundantemente de alimentos, pressupõe-se que desenvolvam problemas de dependência de outras substâncias, como o álcool (SOOG, 2007). Além disso, pesquisas demonstram maiores sensibilidades aos efeitos do álcool por pacientes bariátricos (WOODARD et al, 2011).

O consumo de bebidas alcoólicas é muito comum em todo mundo e muitas vezes pode estar relacionado com significados culturais e simbólicos, no entanto o álcool não é um produto sem importância. O consumo inadequado do álcool determina enorme custo social, além de exercer grande peso como causa de problemas à saúde. É capaz de provocar sérios danos agudos e crônicos a saúde do indivíduo e sociedade. Os danos agudos estão relacionados com os efeitos tóxicos do álcool e se caracteriza não somente pela frequência de uso da bebida, mas também pela quantidade ingerida por episódio. É importante ressaltar que alguns danos provocados pelo álcool podem estar relacionados com um único episódio de consumo excessivo, mesmo que o indivíduo não beba com frequência. Já os danos crônicos estão relacionados com a dependência do álcool, que por sua vez pode perpetuar-se através de um consumo excessivo (LARANJEIRA e ROMANO, 2004; MELONI e LARANJEIRA, 2004).

Desta forma, tanto a obesidade quanto o uso inadequado do álcool são fatores preocupantes para saúde pública. Há necessidade de realizar levantamento apropriado da relação entre o abuso de álcool e a cirurgia bariátrica, bem como estudar a etiologia deste suposto abuso, com o objetivo de definir estratégias e programas de acompanhamento apropriados (HEINBERG, ASHTON e COUGHLIN, 2012).

Recentemente, o Ministério da Saúde alterou os limites de idade para realização da cirurgia bariátrica. Foi anunciada a redução de 18 para 16 anos a idade mínima e aumento para 110 anos a idade máxima, desde que o paciente esteja em risco devido à co-morbidade oriunda da obesidade. Esta decisão foi baseada após os dados da POF (Pesquisa de Orçamento Familiar), divulgados em 2012, apontar que 21,7% dos brasileiros entre 10 e 19 anos possuem excesso de peso. No ano de 1970, este número representava apenas 3,7% (SBCBM, 2013).

Tornar a intervenção cirúrgica para o tratamento da obesidade severa como trivial, traz a tona discussões sobre a segurança e a efetividade da cirurgia sobre a qualidade de vida dos pacientes após a cirurgia. As complicações de ordem psicológicas e psiquiátricas devem ser tratadas com atenção.

Este estudo pretende analisar e associar o consumo de álcool e as condições da qualidade de vida em indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica. A pergunta de partida do estudo é: Existe associação entre o consumo de álcool com a qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica?

O assunto é de grande relevância para a Saúde Coletiva do Brasil, pois houve grande aumento da prevalência da obesidade entre os brasileiros e conseqüentemente, os números de cirurgia da obesidade realizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS também aumentaram. Os resultados desta dissertação podem ser de grande interesse para todos os envolvidos no procedimento, direta ou indiretamente.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as associações entre o consumo de álcool e as variáveis da qualidade de vida, em indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

1.1.2 Objetivos Específicos

Em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica há mais de seis meses:

- Analisar a qualidade de vida.
- Analisar o consumo e desordens por uso de álcool.
- Verificar se o consumo de álcool está associado à QV dos bariátricos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 OBESIDADE

A obesidade é um dos problemas de saúde pública que mais avança no mundo, sobretudo no ocidente, sendo atualmente considerada epidemia global (OMS, 2010). Atinge as diversas faixas etárias, é classificada como doença crônica não transmissível e dentre as doenças pertencentes a este grupo, é a de maior incidência em todo mundo. Pode ser estimada pelo índice de massa corporal (IMC), que é calculado ao dividir o peso em quilogramas pela altura em metros, ao quadrado. Nesta divisão, os valores obtidos entre 25 e 29,9 kg/m² significa sobrepeso, entre 30 e 34,9 kg/m², obesidade de grau I, entre 35 a 39,9 kg/m² grau II ou severa e acima de 40kg/m² grau III ou mórbida (OMS,1997). O quadro 1 representa as classificações da obesidade segundo IMC da OMS.

Quadro 1 - Classificação do índice de massa corporal segundo a OMS.

| Índice de Massa Corporal – IMC em kg/m² | Classificações |
|---|------------------------------|
| Menor que 18,5 | Abaixo do peso normal |
| Entre 18,5 a 24,9 | Peso normal |
| Entre 25 a 29,9 | Sobrepeso |
| Entre 30 a 34,9 | Obesidade grau I |
| Entre 35 a 39,9 | Obesidade grau II (severa) |
| Maior que 40 | Obesidade grau III (mórbida) |

Fonte: OMS, 1997.

Por causa da crescente prevalência e dos seus riscos associados, a obesidade é considerada um dos principais problemas de saúde pública da sociedade atual (OMS, 2010). Segundo o Ministério da Saúde (MS), a obesidade é uma doença crônica de origem multifatorial, que envolve fatores ambientais, nutricionais e genéticos, sendo caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, acarretando prejuízos à saúde (BRASIL, 2007). Estes prejuízos são evidenciados pelas alterações metabólicas, dificuldades do aparelho locomotor e respiratórias. Ademais, estes indivíduos obesos possuem maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes melito tipo II, dislipidemias e alguns tipos de câncer (BELLE et al, 2008).

O número de indivíduos com sobrepeso está aumentando mais rapidamente que o número de indivíduos abaixo do peso ideal. No mundo todo, são 1 bilhão de adultos com sobrepeso e deste número, 300 milhões são obesos. Estes números fazem da obesidade a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos (LANCHA Jr., 2006).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou em 2010 a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 - 2009 (POF 2008-2009). O resultado da pesquisa revela que a obesidade no Brasil cresceu mais de quatro vezes entre os homens e mais de duas vezes entre as mulheres nos últimos 35 anos. A Região Sul foi a que apresentou maior frequência de obesidade: 15,9% nos homens e 19,6% nas mulheres (IBGE, 2010).

Com números próximos ou superiores aos de países desenvolvidos, a região Sul do Brasil possui a maior prevalência de obesidade. Funchs et al (2005) realizaram estudo em Porto Alegre e demonstraram que a prevalência de excesso de peso foi de 39,5% entre 592 indivíduos. Em outro estudo realizado na cidade de Lages SC, 23,5% entre 2002 indivíduos adultos entrevistados foram classificados como obesos (VEDANA et al, 2008).

As previsões futuras, segundo a OMS (2009) são preocupantes: estima-se que em 2015, 2,3 bilhões de indivíduos adultos estarão com sobrepeso e 700 milhões serão obesos. Para 2025 as previsões são ainda mais alarmantes. A *International Obesity Taskforce* (IOTF) estima que a prevalência da obesidade possa atingir até 50% nos Estados Unidos, 40% na Inglaterra e mais de 20% no Brasil.

O aumento da obesidade ocorre em diversos países, de forma globalizada, mesmo em regiões onde sua ocorrência era considerada baixa (OMS, 2009). Ao longo dos anos, houve grande declínio das porcentagens dos casos de baixo peso no Brasil. Entre 1970 e 1980, o déficit chegou a 50% (IBGE, 2004). Em contrapartida, há 30 anos, 16% da população adulta brasileira tinham sobrepeso, atualmente este número subiu para quase 50% (IBGE, 2010). Este fenômeno revela que o Brasil passa por um processo de transição nutricional (DALLA COSTA, 2011).

A transição nutricional pode ser explicada pela diminuição dos casos de desnutrição, juntamente com a ascensão dos casos de sobrepeso e obesidade no país. Este aumento da obesidade na população está intimamente ligado ao crescente perfil de morbi-mortalidade da população brasileira portadora de doenças crônicas não transmissíveis

como diabetes, hipertensão e dislipidemias (LEVY-COSTA, 2005). Para Popkin et al (1993) a transição nutricional caracteriza-se pela modificação sequencial do padrão do consumo alimentar, o qual acompanha as mudanças demográficas, sociais e econômicas da população, alterando conseqüentemente o perfil de saúde dos indivíduos.

O dilema da nutrição na saúde pública mediante esta transição é: como enfrentar estas situações contraditórias de desnutrição e obesidade? Organismos internacionais apontam a necessidade de pautar políticas articuladas de promoção da alimentação saudável. É necessário constituir abordagem integral a saúde nutricional, capaz de prevenir, ao mesmo tempo, deficiências nutricionais e redução da obesidade e sobrepeso e as doenças crônicas não transmissíveis associadas (COUTINHO, GENTIL e CORAL, 2008)

A compreensão da mudança de comportamento que proporciona o aumento da obesidade é essencial para definição das estratégias de saúde pública de prevenção e controle da doença (WANDERLEY e FERREIRA, 2010).

A obesidade é uma doença de etiologia multifatorial, depende da interação entre fatores genéticos, ambientais, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais (KOLOTKIN et al, 2001). O grande aumento da prevalência da doença em diferentes populações levanta a questão sobre qual a causa que estaria determinando tamanha epidemia (COUTINHO, 2007).

Os fatores genéticos podem agravar as situações de desequilíbrio energético e aumentar as chances de excesso de peso. Estima-se que estes fatores podem representar entre 24% a 40% de variância do IMC. Esta oscilação está relacionada com as diferenças entre a taxa de metabolismo basal e resposta do organismo à super alimentação (PRICE, 2002, apud COUTINHO, 2007).

Os fatores ambientais podem reunir as causas primárias da obesidade. O ambiente predominante nos países ocidentais ou com hábitos de vida ocidentalizados caracteriza-se por oferta ilimitada de alimentos baratos, com sabores agradáveis, práticos e de alta concentração energética (COUTINHO, 2007). Somente nos Estados Unidos, estima-se que nos últimos cem anos o consumo de gorduras tenha aumentado 67% e o de açúcar 64%. Já o consumo de verduras foi reduzido em 26% e o de fibras em 18% (YOUNG & NESTLÉ, 2002).

No Brasil, de acordo com a última POF de (2008-2009), houve prevalência de inadequação do consumo de nutrientes. O destaque foi para o excesso de gorduras saturadas e açúcar com 82% e 61%,

respectivamente. Estes nutrientes consumidos em excesso são provenientes de bebidas açucaradas como sucos e refrigerantes, elevados consumo de embutidos. A pesquisa mostrou ainda uma redução da ingestão de vegetais, grãos, além da escassez no consumo de fibras em 68 % da população (IBGE, 2010).

Soma-se aos maus hábitos alimentares o desafio de combate ao sedentarismo. Nas últimas décadas, os tempos de lazer de muitas pessoas são passatempos inativos como a televisão, andar de carro. A urbanização induziu para que as mudanças dos padrões de vida e de alimentação da população (PINHEIRO, FREITAS e CORSO, 2004). A prática de comportamento alimentar inadequado, em parceria com o sedentarismo é o fator determinante para o crescimento da obesidade (NAVES, 2007). Segundo a Organização Mundial de Saúde OMS, (2004), o ambiente obesogênico é a razão crucial do rápido aumento da obesidade no mundo.

É importante enfatizar que os fatores ambientais, não estão restritos somente ao ambiente físico, como o planejamento urbano das cidades, mas também o ambiente econômico e social e os valores culturais. Desta maneira, a saúde pública deve enfrentar o problema do crescimento da obesidade de forma mais ampla e com parcerias que influem diretamente no ambiente, como a indústria de alimentos, assistência de saúde pública e privada, meios de transporte, planejamento urbano (GIBNEY, 2007).

2.2 TRATAMENTO DA OBESIDADE

Existem três abordagens reconhecidas para o tratamento da obesidade: mudança no estilo de vida, farmacoterapia associada à dieta e exercícios físicos e a cirurgia bariátrica. Os dois primeiros tratamentos propostos para obesidade e obesidade mórbida possuem grande problema desafiador comum: a manutenção da perda de peso em longo prazo.

Para Moreira e Benchimol (2006), a abordagem ao tratamento da obesidade deve incentivar o indivíduo a possuir disciplina e motivação para manter-se em tratamento. Para isso, a abordagem multidisciplinar ao tratamento da obesidade é ideal para avaliar os fatores clínicos, psicossomáticos e comportamentais.

A cirurgia bariátrica, também conhecida como gastroplastia, cirurgia de redução do estômago ou cirurgia da obesidade, aparece como ferramenta eficaz com possibilidades de minimizar as falhas que

ocorrem com os tratamentos clínicos e nutricionais (MAGDALENO, CHAIM e TURATO, 2009).

Dixon e Dixon (2006) afirmam que a escolha para o tratamento da obesidade deve ser de acordo com as características individuais. O objetivo da escolha do tratamento é alcançar mudanças comportamentais que sejam sustentáveis. Uma gama de terapias está disponível, como dietas específicas, farmacoterapia e cirurgia. A utilização destas deve ser estrategicamente elaborada, com definição de metas otimistas, porém realistas, de forma que o indivíduo obeso entenda todos os benefícios da perda de peso. A tabela 1 descreve alguns tratamentos de acordo com o IMC e medida da circunferência da cintura.

Tabela 1: Tratamentos indicados de acordo com a classificação do IMC e circunferência da cintura, com orientações sobre estilo de vida saudável, mudanças na alimentação e atividade física

| Classificação OMS | IMC | Circunferencia da cintura | Tratamento | Tratamento se houver risco adicional |
|--------------------------|-----------------------------------|---|---|--|
| Normal - eutrofia | entre 18 a 24,9 kg/m ² | ≤ 94cm para homens ≤80cm para mulheres | Orientações sobre estilo de vida saudável: atividade física e comportamento alimentar | Indicação de dietas de baixa calorias, se considerado benéfico a perda de peso |
| Sobrepeso | entre 25 a 29,9 kg/m ² | > 94 cm para homens >80 cm para mulheres | Dietas com redução de calorias incentivo a prática de exercícios físicos | Maiores deficits calóricos na dieta; farmacoterapia |
| Obesidade grau I | entre 30 a 34,9 kg/m ² | > 102 cm para homens > 88 cm para mulheres | Dietas com redução de calorias incentivo a prática de exercícios físicos | Maiores deficits calóricos na dieta; farmacoterapia; Balão gástrico |
| Obesidade grau II | entre 35 a 39,9 kg/m ² | | Maiores deficits calóricos na dieta; farmacoterapia; Balão gástrico; cirurgia | Cirurgia |
| Obesidade grau III | > 40 kg/m ² | | Cirurgia | Cirurgia |

Fonte: Dixon e Dixon, 2006.

O crescente aumento da prevalência de obesidade, associado a falha da manutenção da perda de peso por métodos convencionais não cirúrgicos, faz crescer também o número de cirurgias para o tratamento do excesso de peso corporal. No Brasil, o ano de 2003, apresentou um total de 16.000 procedimentos. Em 2010, este número subiu para o total de 60.000 cirurgias (ABESO, 2009).

Os critérios de inclusão que classificam indivíduos como candidatos a cirurgia bariátrica são: possuir IMC maior ou igual que 40 kg/m^2 , sem co-morbidades e que não responderam ao tratamento conservador, IMC maior que 40 kg/m^2 com co-morbidades que ameaçam a vida, IMC entre 35 e $39,9 \text{ kg/m}^2$ portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade. A faixa etária varia de 16 a 65 anos, sendo abaixo dos 16 anos em caso de síndrome genética com indicação unânime e consentida pela família e, acima dos 65 anos, considerando o risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento (SBCBM, 2011). A cirurgia é contra indicada em casos de limitação intelectual significativa, quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas. Contudo, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos a cirurgia (SBCBM, 2011).

2.3 A CIRURGIA BARIÁTRICA COMO TRATAMENTO DA OBESIDADE

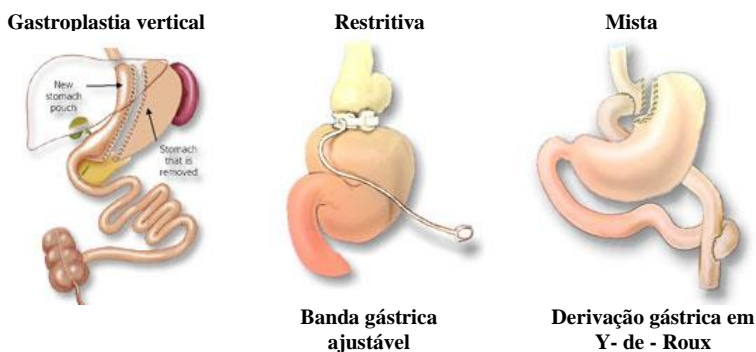
Para o tratamento da obesidade em grandes proporções, quando fracassam os tratamentos convencionais baseados em dietas, medicamentos, exercícios físicos, a cirurgia bariátrica é a ferramenta mais eficaz, principalmente no que diz respeito a resultados em longo prazo. A perda e manutenção do peso pós-cirurgia apresentam melhora das doenças associadas e consequente melhora na qualidade de vida (SEGAL e FANDINO, 2002).

Atualmente, existem seis procedimentos aceitos e reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina. As técnicas cirúrgicas são classificadas como restritivas, disabsortivas e cirurgias mistas (restrição e disabsorção de nutrientes). São consideradas cirurgias restritivas: (1) balão intragástrico, (2) gastroplastia vertical bandada ou cirurgia de Mason, (3) banda gástrica ajustável. As cirurgias disabsortivas estão proscritas devido aos inúmeros efeitos colaterais. Estão entre as cirurgias mistas as seguintes técnicas: (1) cirurgia mista com maior componente restritivo, sendo a técnica regulamentada a gastroplastia

com derivação em Y de Roux (2) cirurgia mista com maior componente disabsortivo como a cirurgia de Scopinaro e cirurgia de duodenal switch (CFM, 2010).

Os três tipos mais comuns de cirurgia obesidade realizada no Brasil são a derivação gástrica em Y de Roux (RYGB), a banda gástrica ajustável e a gastrectomia vertical. A preferida é a gastroplastia redutora com derivação gastrojejunal em Y de Roux graças a sua eficácia e baixos números de morbi mortalidade. A cirurgia transforma o estômago em um espaço menor, que passa a ter apenas 2% de sua capacidade original (SEGAL e FANDINO, 2002). O procedimento está associado à breve saciedade e intolerância a doces, com considerável e duradoura perda peso (MÔNACO et al 2006). A figura 1 exemplifica os três tipos de cirurgia mais utilizados.

Figura 1 - Técnicas de cirurgia da obesidade



Fonte: National Bariatric Link. Disponível em: Google Imagens.

No Brasil, os procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obesidade começaram a ser realizados em maiores escalas a partir do ano 2000, quando alguns planos de saúde e o SUS passaram a arcar com os custos que envolvem os procedimentos da cirurgia (BRASIL, 2004)

O número de cirurgias realizadas do país, no ano de 2003, foi de 16.000. Em 2010, este número aumentou para 60.000, alta de 275%. Somente pelo SUS, houve aumento de 23,7% entre os anos de 2007 e 2009, mesmo com as filas de espera de aproximadamente oito anos. Com isso, o Brasil está em segundo lugar no ranking de cirurgias bariátricas realizadas, atrás somente dos Estados Unidos, que apresentaram trezentos mil procedimentos no anos de 2010. (SBCBM, 2011)

Mônaco et al (2006) verificaram em seus estudos sobre o impacto da perda ponderal os valores 38,1 % de perda de excesso de peso no terceiro mês pós-operatório, 53,6% após o sexto mês e 70% após um ano. Em outros trabalhos os resultados encontrados foram de 47,2%, 61,2% e 81,1% de perda ponderal no terceiro, sexto e um ano, respectivamente (RAYMOND et al, 1986, apud MÔNACO et al, 2006).

Os benefícios do emagrecimento promovido pela cirurgia foram documentados num estudo americano que encontrou significativas reduções na mortalidade associada a doenças cardiovasculares (-56%), câncer (-60%) e em maior número, diabetes (-92%) em quase 10 mil pacientes investigados (GORDON, KAIO e SALLET, 2011).

A melhoria das condições clínicas e funcionais entre os pacientes é clara, contudo, do ponto de vista psicossocial, uma parcela destes pacientes não apresenta evolução benéfica. Alguns indivíduos que foram submetidos a cirurgia bariátrica tiveram a prevalência de psicopatologias aumentadas, fatores que podem comprometer a qualidade de vida dos mesmos (GORDON, KAIO e SALLET, 2011).

As psicopatologias de maior prevalência são ansiedade, depressão, alterações do comportamento alimentar e também da imagem corporal (OLIVEIRA e YOSHIDA, 2009).

Dentre as consequências psicossociais associadas ao tratamento cirúrgico da obesidade, há relatos de uma possível tendência ao uso nocivo de álcool entre os pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica (SOGG, 2007). Este uso nocivo de álcool e outras substâncias como é explicado pela possível transferência de vício em pacientes pós-cirúrgico. Assim, como os pacientes não podem mais usufruir abundantemente de alimentos, pressupõe-se que os mesmos desenvolvam problemas de dependência de outras substâncias, como o álcool. Pesquisadores estão analisando a hipótese sobre o uso problemático de álcool após a cirurgia. O que ainda é pouco claro nos estudos é a relação entre o tempo de uso ou abuso de álcool. Não se sabe se há maior utilização por aqueles que já abusavam antes da cirurgia e tiveram recidiva, ou por indivíduos que apresentaram histórico de dependência e estavam em remissão antes da cirurgia ou ainda novos casos de abuso de álcool posterior a cirurgia (HEINBERG, ASHTON e COUGHLIN, 2012).

2.4 RISCOS DE USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA.

2.4.1 O consumo de álcool

O uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas acompanham o processo histórico do ser humano. São anos de consumo para as mais diferentes ocasiões, de rituais religiosos a comemorações festivas. Entre as substâncias capazes de provocar euforia e alterar as funções do sistema nervoso central, o álcool é o único que ainda mantém seu status de substância legal, na maior parte do mundo (VETULANI, 2001).

A percepção dos efeitos nocivos do uso abusivo de álcool aconteceu há 3000 anos, contudo o conceito de alcoolismo surgiu após a Revolução Industrial, em decorrência alta produção de destilados (LEVINE, 1984).

As desordens pelo uso do álcool (DUA) como abuso e dependência são consideradas problemas de saúde pública, devido ao efeito devastador da substância para a saúde física e relações familiares e sociais do indivíduo. As DUA estão relacionadas com grande quantidade de doenças e lesões com consequências negativas (absenteísmo, violência, acidentes) elevando os custos econômicos e sociais para a sociedade (REHM et al 2003; REHM et al 2010).

A OMS possui uma ferramenta chamada DALY (Disability-Adjusted Life Years), que consiste numa medida combinada entre os dados sobre anos de vida perdido devido à morte prematura e anos de vidas saudáveis perdidos por incapacitação. O DALY expressa os dados sobre anos de vidas saudáveis ajustados por incapacitação. Esta ferramenta é usada para quantificar a carga de doenças, lesões e seus fatores de risco. A partir destas medidas, foi possível averiguar que, em todo mundo, o uso ou os transtornos em decorrência do álcool são umas das causas fundamentais para as doenças e afetam mais os homens. (OMS, 2009).

No Brasil, em 2004, o percentual dos DALYs para homens, atribuíveis ao uso de álcool, foi de 17,7%. Este número é significativo e deixou o país em segundo lugar entre os dez outros países populosos estudados (LARANJEIRA, 2007).

2.4.2 Classificações e padrão de consumo

As classificações para os transtornos por uso de substâncias – álcool, foram introduzidos na 8ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-8), da Organização Mundial de Saúde de 1968 (OMS, 1968) e também na 3ª edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), da American Psychiatric Association (APA, 1980). Novamente revisados, as versões CID-10 e DSM-IV adotam modelo categorial para definição de abuso e dependência de álcool, com lista de sintomas específicos para cada quadro, sendo que a dependência prevalece hierarquicamente sobre o abuso.

Segundo a DSM-IV, o conceito de abuso envolve a má adaptação ao uso da substância, acarretando prejuízos clinicamente significativos, manifestados por um ou mais sintomas do quadro 2. Já a dependência é a somatória de três ou mais sintomas do quadro 3. Tanto para o abuso quanto para dependência, o conjunto de sintomas apresentados deve ser persistente durante o período de doze meses ou um ano (SILVEIRA, 2010).

Quadro 2 - Critérios diagnósticos para o abuso de substâncias, de acordo com o DSM-IV

| |
|--|
| 1. Uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas ao seu trabalho, na escola ou em casa (por exemplo: repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relativo ao uso de substâncias, ausências, suspensões, expulsões da escola relacionada |
| 2. Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa risco físico (por exemplo: dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância. |
| 3. Problemas legais recorrentes relacionados à substância (por exemplo: detenções por conduta, disorderia relacionada à substância). |

Fonte: APA, 1994

Quadro 3 - Critérios diagnósticos para dependência de substâncias, segundo DSM IV

| |
|---|
| 1. Tolerância definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) Necessidades de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; (b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância. |
| 2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) Síndrome de abstinência característica para a substância; (b) A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada é consumida para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência). |
| 3. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo que o pretendido. |
| 4. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidas em reduzir ou controlar o uso da substância. |
| 5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção, utilização ou na recuperação dos efeitos promovidos pela substância. |
| 6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância. |
| 7. O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ela. |

Fonte: APA, 1994.

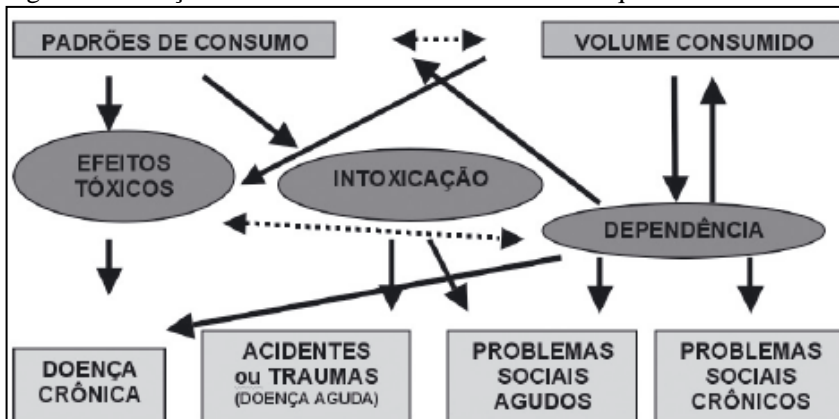
O padrão de consumo de bebidas alcoólicas é de difícil interpretação, pois pode ser entendido de acordo com a percepção de cada indivíduo (LARANJEIRA, 2007).

A OMS estabelece o nível de consumo aceitável de 15 doses/semana para homem e 10 doses/semana para mulheres. Ainda reforça que determinadas situações não possuem consumo aceitável, como no caso de jovens ainda sem permissão para beber, grávidas e doenças que o consumo poderá ser prejudicial (OMS, 2009).

O *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) denominou o padrão “beber pesado” como qualquer consumo de bebidas alcoólicas acima do padrão considerado aceitável e engloba neste padrão o “beber pesado episódico” (BPE). O BPE se caracteriza pelo consumo de cinco ou mais doses de álcool em uma ocasião para homens e acima de quatro doses para mulheres, sem considerar a frequência deste consumo (NIAAA, 2005).

Estudos indicam que o BPE está associado a diversos danos para a saúde física e psicossocial (comportamento sexual de risco, overdose alcoólica, violência) e pode ocorrer independente do indivíduo possuir diagnóstico de abuso ou dependência de álcool (SILVEIRA et al, 2010). A figura 2 exemplifica as relações entre o BPE e suas consequências físicas e psicossociais.

Figura 2 - Relação do consumo do álcool e suas consequências.



Fonte: Laranjeira e Romano, 2004.

2.4.3 Abuso e dependência de álcool após cirurgia bariátrica

Mitchel et al (2001) pesquisaram pacientes que realizaram a cirurgia da obesidade há 13 e 15 anos. Estavam particularmente interessados em observar desordens da compulsão alimentar e associá-las com possível reganho de peso. Nos resultados, em relação às psicopatologias, o abuso de álcool aumentou nos indivíduos após a cirurgia, sendo que 2,6% apresentavam abuso antes da cirurgia e 5,1% apresentaram abuso depois. Contudo, com referência a dependência de álcool, os valores diminuíram após a cirurgia, 10,3% possuíam dependência de álcool antes e apenas 2,6% depois.

Buffington et al (2006), apresentam dados sobre consumo e efeito do álcool em bariátricos. Sua pesquisa com 318 pacientes revelou que aproximadamente 83% deles consomem álcool após a cirurgia. Além disso, 84% dos que consumiam álcool após a cirurgia, relataram estar mais sensíveis aos efeitos tóxicos do álcool. Com relação a dificuldades em controlar o consumo de álcool, o número foi de 28,4%, em

comparação a 4,5% antes da cirurgia. Sua análise também indicou que 14% de sua amostra aumentou consideravelmente o uso de bebidas alcoólicas após a cirurgia.

A preocupação com a relação entre o possível abuso de álcool em indivíduos que passaram pela cirurgia da obesidade iniciou no final do ano de 2006. Houve grande repercussão na mídia depois de um programa americano de grande audiência da então apresentadora Oprah Winfrey ter identificado o assunto como um fenômeno que aconteceria com a maioria dos indivíduos que se submeteram à cirurgia (SOGG, 2007).

Depois desta reverberação sobre tal fenômeno, Sogg (2007) relata sobre a relação do desenvolvimento de abuso de álcool após a cirurgia bariátrica. O pesquisador atesta que até o momento da publicação de seu artigo, não havia nenhuma pesquisa científica publicada sobre o abuso de álcool em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Ressalva ainda que a abundância de perguntas sem resposta faz claramente necessária uma pesquisa com métodos cientificamente rigorosos, utilizando instrumentos validados. Além disso, afirma a importância em quantificar os comportamentos de uma forma viável e detalhada, com distinções claras entre o consumo normal e consumo de risco de álcool, de forma a evitar a subjetividade em relação ao abuso de substâncias.

Posteriormente, Ertelt et al (2008) realizaram estudo com 70 indivíduos que se submeteram a cirurgia bariátrica. Os autores aplicaram questionários em pacientes com 6 a 10 anos pós-cirurgia. O questionário, inicialmente, abordava questões estéticas da cirurgia e progressivamente acrescentava questões sobre o consumo de álcool. Os resultados demonstraram que a maior parte dos indivíduos não modificaram seu consumo de álcool após a cirurgia. Contudo, pequena parte da amostra (7,1%) foi identificada com o diagnóstico de dependência de álcool e 1,4% foi qualificada para abuso de álcool, segundo DSM-IV, após a cirurgia. O estudo apresentou limitações com relação ao baixo número de participantes e também ao método de aplicação, pois é possível que indivíduos que estão experimentando o abuso do álcool estejam menos propensos a responder aos questionários aplicados e admitir que usem o álcool de forma abusiva. Assim, os resultados do estudo não foram conclusivos.

Outro estudo sobre consumo de álcool e cirurgia foi de Suzuki, Haimovici e Chang (2010). Foram recrutados para sua pesquisa todos os indivíduos que fizeram a cirurgia bariátrica entre os anos de 2004 a 2007. O diagnóstico pré cirúrgico para abuso de álcool foi coletado a

partir das informações das evoluções psiquiátricas, escritas pela equipe responsável nos prontuários dos pacientes. Para o diagnóstico atual, foi utilizado entrevista baseada nos critérios de abuso do DSM IV e outro teste validado para avaliação de consumo e abuso de álcool. No total, 51 indivíduos que realizaram a cirurgia da obesidade foram avaliados e os resultados para abuso de álcool ao longo da vida (período pré cirúrgico) foi de 35,3% e, para o período pós- cirúrgico foi de 11,8%. O resultado importante deste estudo foi que para todos os casos de abuso de álcool no período atual, os pacientes haviam sido submetidos pela técnica gastroplastia com derivação vertical, Y de Roux.

Heinberg, Ashton e Coughlin (2012) destacam a necessidade de levantamento apropriado da relação entre o abuso de álcool e a cirurgia bariátrica, com o objetivo de definir estratégias e programas de acompanhamento apropriados. Mencionam ainda que a etiologia para o abuso possa estar relacionada a diferentes fatores.

King et al (2012), através de estudo longitudinal, com 2458 participantes, determinaram a prevalência de uso de risco e abuso de álcool após a cirurgia da obesidade. A pesquisa comparou as informações coletadas um ano antes do procedimento cirúrgico com o primeiro e o segundo ano depois. Como resultado da relação de consumo de álcool entre os períodos pré e pós-operatório, mais da metade (60,5%) dos relatos de abuso posterior a cirurgia foi por aqueles que não relataram abuso na avaliação pré-operatória. Ainda, houve maior prevalência de transtornos devido ao uso de álcool no segundo ano pós-operatório, especificamente após a técnica de RYGB em comparação com os anos antes e um ano após a cirurgia. O aumento foi de 7,6% antes da cirurgia para 9,6% na avaliação pós-operatória de dois anos.

Ostlund et al (2013) publicaram estudo de coorte, realizado com todos os pacientes que foram submetidos cirurgia da obesidade na Suécia, entre os anos de 1980 e 2006. As técnicas cirúrgicas analisadas foram: derivação gástrica, chamada de *bypass* gástrico, banda gástrica ajustável e a gastrectomia vertical, denominadas cirurgias restritivas. Um grupo controle de amostra da população geral foi utilizado para comparação. O objetivo principal foi avaliar as interações por abuso de álcool antes e depois das cirurgias e realizar comparação entre as técnicas cirúrgicas. A média do tempo de acompanhamento foi de 8,6 anos. Os resultados apresentaram que não houve diferença na incidência de internação por abuso de álcool pelos pacientes antes da cirurgia, para ambas as técnicas. No entanto, após a cirurgia, houve aumento de risco para internação duas vezes maior para os pacientes que foram

submetidos ao bypass gástrico, quando comparados com as outras técnicas restritivas.

A seguir, a tabela 2 resume os estudos publicados sobre uso, abuso e dependência de álcool pós-cirurgia bariátrica encontrados até o momento.

Tabela 2: Resumo de estudos publicados sobre abuso de álcool pós-cirurgia bariátrica

| Autor | Tamanho da amostra | Abuso e/ou dependência de álcool antes cirurgia | Abuso e/ou dependência de álcool pós cirurgia | Abuso e/ou dependência por tipo de cirurgia | |
|-----------------------|--------------------|---|---|---|---|
| | | | | Cirurgias restritivas | Cirurgias mistas (bypass) |
| Mitchell et al (2001) | 78 | 2,6 | 10,3% | N.A | N.A |
| Ertel et al (2008) | 70 | N.A | 8,5% | N.A | N.A |
| Susuki, J (2010) | 51 | 35,3% | 11,8% | 0 | 11,8% |
| King et al (2012) | 2458 | 9,6% | 10,5 e 15,1% ^(*) | 4,8 e 5,59 ^(*) | 7,7 e 9,1% ^(*) |
| Ostlund et al (2013) | 11115 | NA | NA | 0 | Risco de internação por uso de álcool 2x maior. |

Fonte: o autor (2013); NA = Não avaliado.

As alterações fisiológicas após a cirurgia podem alterar a vulnerabilidade do paciente para o uso de risco ou problemático do álcool. Corroborando estes dados de sensibilidades aos efeitos do álcool, Klockhoff et al (2002) determinaram que a concentração máxima de álcool no sangue assim como o pico da concentração de álcool são significativamente afetadas após a cirurgia bariátrica. Especificamente, os estudiosos revelaram que mulheres que fizeram a cirurgia atingiram a concentração máxima de álcool no sangue em 10 e 20 minutos após consumirem álcool. No entanto, em comparação com grupos controles, a concentração de álcool no sangue não foi significativamente diferente 30 minutos após a ingestão.

Outro estudo feito por Woodard et al (2011), com testes utilizando o etilômetro, em pacientes antes e depois de realizarem a cirurgia a bariátrica, demonstra alterações na concentração de álcool no sangue arterial. O pico de porcentagem de concentração em pacientes pré e pós operação, depois de beber 148ml de vinho tinto foram significativamente diferente. Antes da cirurgia, a concentração foi de 0,024. Aos três primeiros meses após, a concentração subiu para 0,059% e aos seis meses após para 0,088%. O tempo de retorno à sobriedade foi de 49 minutos antes da cirurgia, 61 e 88 minutos após três e seis meses de cirurgia, respectivamente.

2.5 A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES OBESOS SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

2.5.1 O termo Qualidade de Vida

Uma expressão que tem se tornado comum e trivial no dia a dia das pessoas é a “qualidade de vida” (QV). Apesar de aparecer regularmente em vários aspectos da vida das pessoas, o conceito de QV é complexo, pois é subjetivo para cada pessoa ou grupo social. Pode representar felicidade, saúde, moradia, estrutura familiar, condição empregatícia, atividade de lazer, segurança (QUEIROZ et al, 2004).

Para Minayo et al (2000), a QV é um termo utilizado para aproximar o grau de satisfação encontrado na vida familiar, social, ambiental, amorosa. Pressupõe uma síntese de todos os elementos que determinada sociedade, através de sua cultura, considera seu padrão de conforto e bem-estar. Abrange muitos significados, que traduzem sabedorias, experiências e valores, tanto de indivíduos como de coletividades que a ele se reportam.

Gordia (2008) relata que o interesse pelo estudo da QV está relacionado com a melhoria das condições de vida da população, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. No contexto da saúde, diversas alterações ocorreram devido ao avanço da medicina, como aumento da longevidade e ampla possibilidade de tratamento para doenças infectocontagiosas. Porém, houve também alterações no estilo de vida da população e a principal vilã responsável pela maioria das causas de mortes são as doenças crônico degenerativas.

A OMS formou em 1995 o Grupo de Qualidade de Vida (The WHOQOL Group). Os estudiosos do grupo definiram o termo como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. O grupo desenvolveu dois instrumentos com finalidade de medir a QV, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. No primeiro constam cem questões que avaliam seis domínios: a) físico, b) psicológico, c) de independência, d) relações sociais, e) meio ambiente e f) espiritualidade/crenças pessoais. Já segundo instrumento é a versão abreviada do primeiro, com 26 questões, extraídas do anterior. Para a versão abreviada foram escolhidas as questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, e abordam quatro domínios: a) físico, b) psicológico, c) relações sociais e d) meio ambiente. A versão abreviada foi validada em mais de 20 países, inclusive no Brasil (FLECK et al, 2000).

2.5.2 A Qualidade de Vida e a Cirurgia Bariátrica

A obesidade, enquanto doença crônica não transmissível, possui grande impacto na saúde, bem-estar psicológico, longevidade e na QV (KOLOTKIN, 2001). A população obesa está sujeita ao aumento das chances de mortalidade por doenças cardiovasculares, renais, digestivas, diabetes mellitus, problemas hepáticos quando comparados com a população não obesa (VASCONCELOS e COSTA NETO, 2008). Kolotkin (2001) relata que além dos problemas relacionados diretamente com a saúde, os obesos também sofrem com problemas sociais, principalmente com o preconceito. Pessoas obesas pode ser alvo de discriminação no trabalho e na sociedade em geral, e até entre crianças o preconceito é intenso. Crianças obesas são descritas como preguiçosas, sujas, burras, mentirosas e feias. Entre os adultos, os obesos, para alguns tipos de trabalho, são classificados como menos qualificados, com problemas emocionais e interpessoais, tendo ainda menos chance de

serem admitidos em escolas de prestígio ou em profissões mais atraentes.

Segal e Fandino (2002) observam que o preconceito contra obesos pode ocorrer inclusive entre os prestadores de serviço em saúde. Dos pacientes bariátricos estudados, 80% relataram terem sido sempre, ou quase sempre, desrespeitado pela classe médica e equipe por causa do excesso de peso.

A imposição pela mídia de um padrão estético magro pode influenciar os sentimento de tristeza e baixa auto estima entre os obesos. Este fato compromete a qualidade vida, principalmente no domínio psicológico e nas relações sociais (ZOTTIS e LABRONICI, 2002).

Santos et al (2012) corroboram com estes dados quando analisaram a QV em pacientes obesos, utilizando ferramenta do WHOQOL–Bref. No domínio psicológico, a maioria revelou aproveitar a vida muito pouco e sentir-se muito pouco satisfeito com a aparência física.

Sarwer (2005) relata que a melhora da QV dos obesos após a cirurgia bariátrica tem sido demonstrada na maioria dos estudos que envolvem o assunto. Nesses estudos, a melhora da QV está intimamente relacionada com a quantidade de peso perdido. O mesmo autor ressalta também que há diversos relatos sobre melhorias na satisfação conjugal e funcionamento sexual.

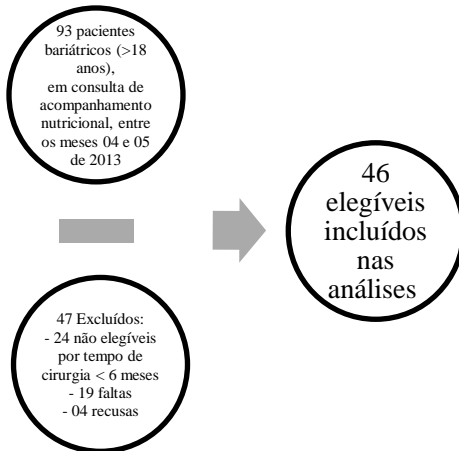
Cambi et al (2003) em acompanhamento com trinta pacientes antes e depois da cirurgia da obesidade, observou que as comorbidades associadas ao excesso de peso como hipertensão foram atenuadas. No entanto, as comorbidades como depressão e ansiedade, que possivelmente poderiam não estar vinculadas somente ao excesso de peso, não foram eliminadas. Estes resultados indicam a necessidade de maiores cuidados na atenção psicossocial destes indivíduos.

3 METODOLOGIA

3.1 AMOSTRA

A amostra do estudo foi constituída por 46 pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica no serviço de cirurgia da obesidade do hospital Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). A amostra foi selecionada por acessibilidade, considerados elegíveis indivíduos adultos, entre 18 a 65 anos, de ambos os sexos, que realizaram cirurgia há no mínimo seis meses da data de convite para participação do estudo.

Figura 3 - Fluxograma de recrutamento de pacientes para estudo.



Fonte: o autor (2013).

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e responder aos questionários propostos, enquanto aguardavam consulta de acompanhamento pós-cirúrgico com a nutricionista e equipe de cirurgia. Esse acompanhamento é realizado regularmente por até cinco anos após a realização da cirurgia. O local de coleta de dados foi a sala de espera do ambulatório do hospital universitário.

Para todos que aceitaram a colaborar com a pesquisa, foi solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética

em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (Processo: 202672 – Anexo 01).

3.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A pesquisa foi transversal, do tipo descritiva retrospectiva, com objetivo de analisar as associações com o consumo de álcool e variáveis da qualidade de vida em indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica.

Para análise da condição socioeconômica, foi utilizado o questionário desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP (Anexo 03). Este instrumento é definido como critério de classificação econômica Brasil (CCEB) e avalia a classe econômica dos respondentes pelo seu poder de compra e também pelo grau de instrução do chefe da família (ABEP, 2008). Para mensuração das variáveis da qualidade de vida (QV), foi utilizado o instrumento abreviado para análise da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde WHOQOL – Bref (Anexo 04). Para avaliar o consumo de álcool, foi utilizado o Teste para Identificação de Problemas Decorrentes do Uso de Álcool, AUDIT, também desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde – OMS (Anexo 05).

3.3 DETALHAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

3.3.1 Questionário Critério de Classificação Econômica Brasil

O questionário CCEB desenvolvido pela ABEP, tem o objetivo de mapear a classe econômica dos indivíduos através de seu poder de compra e instrução do chefe de família. A poder de posse é avaliado a partir dos seguintes itens: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira, freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex). Para a investigação do grau de instrução, os itens estão subdivididos em: analfabeto/ fundamental 1 incompleto, fundamental 1 completo / fundamental 2 incompleto; fundamental 2 completo/ médio incompleto; médio completo/ superior incompleto; superior completo. Todos os itens de posse e grau de instrução somam pontos entre 0 a 47. A classificação econômica é dada a partir de cortes da somatória de pontos. As classes econômicas são determinadas da seguinte forma: entre 0 a 7 pontos, classe E; entre 8 a 13, classe D; entre 14 a 17, classe C₂; entre 18 a 22 classe C₁; entre 23 a 28 classe B₂; entre 29 a 34 classe B₁; entre 35 a 41 classe A₂ e finalmente entre 42 e 46, classe A₁.

3.3.2 Questionário sobre a qualidade de vida: Instrumento Abreviado para Análise da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – Bref)

O instrumento foi desenvolvido pelo grupo de estudos sobre qualidade de vida da OMS. É a forma abreviada do WHOQOL-100. Foi construído diante à necessidade de instrumentos mais ágeis de preenchimento, que mantivessem a mesma qualidade e característica dos resultados gerados. É constituído por 26 questões e os respondentes devem se basear nos últimos quinze dias vividos (THE WHOQOL GROUP, 2000; MORENO et al, 2006).

A validação em português foi realizada pelos mesmos processos de validação do WHOQOL-100, tanto no Brasil como nos demais centros de pesquisas que foi validado. Os resultados apresentaram bom desempenho psicométrico, características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, de critério, simultânea e confiabilidade teste-reteste (FLECK, et al, 2000). A consolidação do WHOQOL – bref se faz através do somatório das questões que envolvem seus domínios onde é considerado perda ou condição não favorável de QV quando os escores são de 1 a 2,9. Para resultados regulares de QV, o valor é de 3 a 3,9. Valor bom e muito bom são os resultados entre 4 a 4,9 e 5 respectivamente (WHO, 2000).

3.3.3 Questionário sobre o consumo e distúrbios por álcool: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Também desenvolvido pela OMS, o teste AUDIT é composto por 10 questões objetivas. Cada resposta possui pesos estabelecidos de 0 a 4. O somatório destes pesos indica a classificação de cada indivíduo com relação ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas. Os padrões são: entre 0 a 7 pontos: beber moderado, entre 8 a 15 pontos: beber de risco, entre 16 e 19 pontos: beber de alto risco e 20 a 40 pontos: possível de dependência de álcool (WHO, 2001).

Para as entrevistas, foi utilizada a versão do AUDIT em português, validada por Mendéz (1999) e também por Lima (2005). No estudo de Lima et al (2005), as pontuações 7/8 foram indicadas como melhores pontos de corte, com sensibilidade 100% e especificidade 76%. Mendez (1999) identificou o mesmo ponto de corte, porém com 91,8% de sensibilidade e 62,3% de especificidade.

Segundo a WHO (2001), o teste AUDIT vai além da classificação pela somatória dos escores. As questões são divididas em três domínios

que de acordo com o escore, pode classificar o consumo de risco, sintomas de dependência e consumo nocivo. As questões 1, 2 e 3 representam o domínio do consumo de risco, 4,5 e 6 os sintomas de dependência e 7,8,9 e 10 o consumo nocivo da substância. Resultados positivos para uso de risco são considerados quando os escores somam ≥ 3 para mulheres e ≥ 4 para homens. Já para os sintomas de dependência e o uso nocivo, resultados ≥ 1 são considerados positivos para transtornos por uso de álcool para ambos os sexos.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram transcritos para arquivo do programa Microsoft Excel 14.0.6, onde foi montado o banco de dados. Este banco de dados foi transformado para arquivo formato Stata SMCL a partir do programa Stat Transfer, versão 8.2. As análises estatísticas foram realizadas em programa Stata versão 11.0.

A normalidade dos dados foi avaliada de acordo com o coeficiente de variação (CV). Para CV até 25%, os dados foram considerados paramétricos. Para valores maiores de 25%, foi utilizado os testes de normalidade D'Agostino & Pearson. Os dados foram apresentados como média (M) e desvio padrão (DP) quando paramétricos ou mediana (MD) e intervalo interquartil (IIQ), quando não paramétricos. As associações entre as variáveis foram testadas pela correlação de Spearman para os dados não paramétricos. O teste de análise de variância (ANOVA) de uma via foi utilizado para comparação entre os escores dos domínios da QV. Valores de $P < 0,05$ foram considerados significativos.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Como observado na tabela 3, as características sociodemográficas predominantes são sexo feminino (87%), casadas (69,6%), de religião católica (67,4%), pertencentes a classe D (56,5%). A média de faixa etária foi de $40,4 \pm 11,76$.

Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto ao sexo, idade, estado civil, religião e classe social.

| Variável | Nº | Frequência | Media \pm DP |
|------------------------|----|------------|----------------|
| Sexo | | | |
| Feminino | 40 | 87% | |
| Masculino | 6 | 13% | |
| Idade | | | |
| 20 - 30 | 7 | 15,2% | |
| 31 - 40 | 15 | 32,6% | |
| 41 - 50 | 16 | 34,8% | 40,4 \pm 1,7 |
| 51 - 60 | 6 | 3,0% | |
| > 60 | 2 | 4,3% | |
| Estado Civil | | | |
| Casado / união estável | 32 | 69,6% | |
| Solteiro | 9 | 19,6% | |
| Divorciado / separado | 3 | 6,5% | |
| Viúvo | 2 | 4,34% | |
| Religião | | | |
| Católico | 31 | 67,4% | |
| Evangélico | 6 | 13,0% | |
| Outros | 9 | 19,6% | |
| Classe Social | | | |
| C1 | 5 | 10,9% | |
| C2 | 13 | 28,3% | |
| D | 26 | 56,5% | |
| E | 2 | 4,5% | |

Fonte: o autor (2013).

Com relação aos dados antropométricos, foi avaliado o IMC pré-cirurgia e IMC atual. O IMC médio dos pacientes no período pré-

cirúrgico foi $46,0\text{kg/m}^2 \pm 9,0$. Com relação ao tempo de cirurgia, a mediana foi de 24 meses. A média de redução de peso foi $46,7 \pm 13,9$. Todos os participantes realizaram a cirurgia denominada derivação gástrica em Y de Roux. Conforme esperado, houve grandes reduções de peso e consequente redução do IMC dos pacientes. O valor médio do IMC pós cirúrgico foi de $28,6\text{kg/m}^2 \pm 6,4$ o que significa que a maioria dos pacientes, após a cirurgia, passaram a ser classificados com sobrepeso, segundo IMC.

4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (QV)

A Organização Mundial de Saúde, através do grupo de estudos sobre Qualidade de Vida, prevê que quando analisado o WHOQOL – Bref, é considerado perda ou condição não favorável de QV quando os escores são de 1 a 2,9. Para resultados regulares de QV, o valor é de 3 a 3,9. Valor bom e muito bom são os resultados entre 4 a 4,9 e 5 respectivamente (WHO, 2000).

Todos os participantes demonstraram escore regular para todos domínios da ferramenta de avaliação da Q.V. O escore mais baixo foi para o domínio meio ambiente (3,3), que envolve questões sobre as condições de moradia, recursos financeiros, oportunidades de lazer, acesso a serviços de saúde e segurança. O valor mais alto ficou com o domínio das relações sociais (3,7), caracterizado por questões que abordam sobre relações interpessoais, vida sexual e apoio de amigos. O escore do resultado global do WHOQOL-Bref também demonstrou situação regular, evidenciando que para maioria das respostas, em todos os domínios, a escolha foi “nem bom nem ruim” ou “mais ou menos”.

A tabela 4 demonstra as médias dos escores do resultado global, dos quatro domínios e também a ênfase das questões envolvidas em cada domínio.

Tabela 4 - Escores segundo questões individuais, domínios e resultado global do WHOQOL-Bref para pacientes bariátricos com tempo de cirurgia > 6 meses (n=46).

| Domínios | Escore por questão Mediana [IIQ] | Escore por domínio Média ± DP |
|---|--|---|
| Domínio físico | | |
| Dor física (Q3) | 2 [2 - 3] | |
| Necessidade de tratamento médico (Q4) | 4 [1.25 - 3] | |
| Energia para o dia a dia (Q10) | 4 [3 - 4] | |
| Capacidade de locomoção (Q15) | 4 [4 - 5] | |
| Satisfação com o sono (Q16) | 3 [2 - 4] | 3,6 ± 0,7 |
| Capacidade de executar funções do dia a dia (Q17) | 4 [3 - 4] | |
| Capacidade de executar funções do trabalho (Q18) | 4 [3 - 4.75] | |
| Domínio psicológico | | |
| Capacidade de aproveitar a vida (Q5) | 4 [3 - 4] | |
| Sentido da vida (Q6) | 4 [4 - 5] | |
| Capacidade de concentração (Q7) | 4 [3 - 4] | 3,5 ± 0,7 |
| Capacidade de aceitar a aparência física (Q11) | 3 [3 - 4] | |
| Satisfação própria (Q19) | 4 [3 - 5] | |
| Frequência pensamentos negativos (Q26) | 3 [2 - 4] | |
| Domínio relações sociais | | |
| Satisfação com as relações pessoais (Q20) | 4 [3.25 - 5] | 3,7 ± 0,8 |
| Satisfação vida sexual (Q21) | 4 [3 - 4] | |
| Satisfação apoio de amigos (Q22) | 4 [3 - 5] | |
| Domínio meio ambiente | | |
| Sentimento de segurança (Q8) | 4 [3 - 4] | |
| Ambiente físico saudável (Q9) | 4 [3 - 4] | |
| Recursos financeiros (Q12) | 3 [2 - 3] | |
| Disponibilidade de acesso à informação (Q13) | 3,55 [3 - 4] | 3,3 ± 0,6 |
| Oportunidades de lazer (Q14) | 3 [2 - 4] | |
| Satisfação moradia (Q23) | 4 [3 - 5] | |
| Acesso aos serviços de saúde (Q24) | 3 [2 - 4] | |
| Transporte (Q25) | 3,5 [3 - 4] | |
| Resultado global | | |
| Resposta de todas as questões | | 3,46 ± 0,5 |

Fonte: o autor (2013).

4.3 CONSUMO E TRANSTORNOS POR ÁLCOOL – TESTE AUDIT

A maioria dos pacientes entrevistados demonstraram baixo consumo de bebidas alcoólicas. Se declararam abstêmios 50% (n=23) da amostra. Com relação aos escores total do teste AUDIT, 43,9% (n=20) foram classificados como consumidores de baixo risco. A classificação de consumo de risco representou 4,3% (n=2) e possível dependência 2,2% (n=1).

Quando separado por seus domínios, os resultados do teste AUDIT para amostra demonstrou que 2 homens e 11 mulheres são classificados como consumidores de risco. Os sintomas de dependência apareceram em 2 homens e 4 mulheres e o consumo nocivo afetou 1 homem e 6 mulheres. A tabela 5 exemplifica os resultados para o consumo de álcool realizado pela somatória total do teste, bem como por domínio.

Tabela 5 - Abstemia, consumo de baixo risco, consumo de risco, sintomas de dependência e consumo nocivo de álcool por pacientes pós-cirurgia bariátrica, de acordo com sexo.

| Escore total AUDIT | Feminino | Masculino | Frequência |
|---|-----------------|------------------|-------------------|
| Abstêmio | 21 | 2 | 50,0% |
| Baixo risco (0 a 7) | 16 | 4 | 43,9% |
| Uso de risco (8 a 15) | 2 | 0 | 4,3% |
| Uso nocivo (16 a 19) | 0 | 0 | 0,0% |
| Possível dependência (20 a 40) | 1 | 0 | 2,2% |
| Domínios AUDIT | Feminino | Masculino | Frequência |
| Consumo de risco (>3 para mulheres e >4 para homens) | 11 | 2 | 28,7% |
| Sintomas de dependência (> 1 para ambos os sexos) | 4 | 2 | 13,0% |
| Consumo nocivo (>1 para ambos os sexos) | 6 | 1 | 15,2% |

Fonte: o autor (2013).

Na análise da relação entre o uso de álcool de acordo com os domínios da QV, foi possível observar que os escores dos indivíduos não abstêmios são levemente inferiores quando comparados aos indivíduos abstêmios. Esta diminuição, entretanto, não foi significativa

para todos os domínios. Contudo, para o domínio das relações sociais, os escores dos indivíduos não abstêmios foram significativamente menores em relação aos abstêmios ($4,0 \pm 0,8$ vs. $3,5 \pm 0,8$, $p < 0,05$). A tabela 6 mostra as medias dos escores da QV em relação ao consumo de álcool, segundo AUDIT.

Tabela 6 - Análise da relação entre o uso de álcool de acordo com pontuações dos escores do WHOQOL-Bref

| Variáveis Consumo álcool | de | Domínios do WHOQOL-Bref em escala de 1 a 5 pontos | | | |
|--------------------------------|----|--|---------------|-----------------|------------------|
| | | Físico | Psicológico | Social | Meio Ambiente |
| Abstêmios | | $3,7 \pm 0,8$ | $3,6 \pm 0,7$ | $4,0 \pm 0,8$ | $3,4 \pm 0,6$ |
| Não abstêmios | | $3,6 \pm 0,7$ | $3,5 \pm 0,8$ | $3,5 \pm 0,8^*$ | $3,2 \pm 0,7$ |

(*) $p < 0,05$, em relação aos abstêmios, para o mesmo domínio.

Fonte: o autor (2013).

Adicionalmente, foi utilizado a correlação entre os domínios do instrumento WHOQOL-Bref, AUDIT e tempo de cirurgia, que estão demonstrados na tabela 7.

Existiram associações fracas entre a pontuação total do AUDIT e o uso de risco quando correlacionados com o domínio das relações sociais do WHOQOL-Bref ($r = -0,33$ e $-0,34$, respectivamente). Não houve correlações entre os demais domínios das ferramentas, bem como com o tempo de cirurgia.

Tabela 7: Correlações entre os domínios e resultado global do WHOQOL-Bref com os domínios, pontuação total do AUDIT e tempo de cirurgia. Valores representam o coeficiente de correlação (r) de Spearman.

| | DF | DP | RS | MA | RG | URA | SDA | UNA | PTA | TC |
|------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| DF | 1.0 | | | | | | | | | |
| DP | 0.78 | 1.0 | | | | | | | | |
| RS | 0.64 | 0.64 | 1.0 | | | | | | | |
| MA | 0.61 | 0.67 | 0.82 | 1.0 | | | | | | |
| RG | 0.77 | 0.87 | 0.83 | 0.88 | 1.0 | | | | | |
| URA | -0.15 | -0.09 | <u>-0.34</u> | -0.15 | -0.14 | 1.0 | | | | |
| SDA | 0.06 | 0.06 | 0.03 | 0.06 | 0.07 | 0.52 | 1.0 | | | |
| UNA | 0.01 | -0.04 | -0.11 | 0.03 | -0.02 | 0.57 | 0.56 | 1.0 | | |
| PTA | -0.12 | -0.07 | <u>-0.33</u> | -0.14 | -0.12 | 0.95 | 0.53 | 0.63 | 1.0 | |
| TC | 0.14 | -0.27 | -0.17 | 0.19 | -0.18 | 0.02 | 0.03 | 0.19 | 0.09 | 1.0 |

DF = domínio físico, DP = domínio psicológico, RS = domínio das relações sociais, MA = domínio meio ambiente, RG = resultado global, URA = uso de risco AUDIT, DAS = sintomas dependência AUDIT, UNA = uso nocivo AUDIT, PTA.= pontuação total AUDIT, TC.= tempo de cirurgia.

5 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar se existe associação entre o consumo de álcool com as variáveis da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia da obesidade. Para isto foram coletadas informações sobre estes dois parâmetros, entre outros, de indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica no Hospital Universitário da UFSC a mais de seis meses da data de coleta das informações. Os indivíduos analisados apresentaram características sócio demográficas bastante homogêneas, com grande predominância do sexo feminino, sendo a maioria casadas, com idade entre 31 a 50 anos e pertencentes a classe D. Esta homogeneidade era prevista, visto que demais trabalhos que envolvem indivíduos bariátricos apresentam semelhantes dados sócios demográficos (GOMES, 2007; REZENDE, 2011; HARBOTTLE, 2010).

A predominância da população feminina nas cirurgias da obesidade pode ser explicada pelo padrões estéticos femininos, que valorizam a magreza como fator de sucesso e sensualidade e também a maior preocupação com a aparência pelas mulheres (MAZZEO et al, 2005; MASON et al, 1987). No momento da aplicação das ferramentas, as mulheres relataram, informalmente, o desejo realizado de comprar roupas justas como jeans, saias e botas de cano longo, assumindo a preocupação de ficarem bem vestidas, com roupas de tamanhos menores. Ainda, na última pesquisa de Orçamentos Familiares, divulgada em 2010, revelou a região Sul com maior predominância de obesidade entre sexo feminino (19,6% contra 15,9% em homens).

Visto que estudo avaliou os pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica através do SUS, a classe social predominante encontrada entre os avaliados era esperada e compatível com estudo prévio realizado com pacientes bariátricos de hospitais públicos (VASCONCELOS e COSTA-NETO, 2008).

Os dados antropométricos (IMC), no período pré cirurgia indicaram que 100% dos pacientes se classificavam com obesidade de grau III ou mórbida. Os valores para o estado nutricional segundo IMC encontrado na amostra está de acordo com as propostas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005) e conferem com outros estudos entre pacientes submetidos á cirurgia da obesidade (MÔNACO et al, 2006).

O uso da ferramenta WHOQOL-Bref teve o propósito de analisar a QV dos pacientes num aspecto multidimensional, que pudesse envolver as diversas situações do entorno social, físico e ambiental. Quando observados os resultados do domínio físico, os participantes relataram pouca dor física e boa disposição para realizarem suas

atividades diárias. No entanto, precisam de tratamento médico com frequência além de regular qualidade de sono. Não foi possível levantar quais são os problemas de saúde atuais dos pacientes. Estes problemas podem potencialmente estar associados às possíveis sequelas do período de permanência do excesso de peso como também às consequências da cirurgia. Mathias et al (1997) relatam diminuição de dor, melhoria dos estados funcionais e redução de absenteísmo ao trabalho em estudos sobre perda de peso em pacientes obesos. Villela et al (2004) detectaram melhoras significativas na capacidade funcional, vitalidade e melhoria progressiva da forma física em pacientes com 12 meses após cirurgia bariátrica. Adicionalmente, Vasconcelos (2006) constatou melhora significativa no domínio nível de independência entre os pacientes após a cirurgia bariátrica, quando comparados com pacientes antes da cirurgia. Assim, a redução de peso provocado pela cirurgia da obesidade pode contribuir para diminuição da dor física e promover disposição para as atividades diárias, melhorando a qualidade de vida de ex obesos. Com relação ao domínio psicológico, para a maioria das perguntas, os escores obtidos refletem avaliação de boa QV para o domínio. Contudo, as questões sobre a capacidade de aceitar a aparência física e a frequência de pensamentos negativos, que apresentaram escore de classificação regular.

A pressão e valorização pela busca da magreza podem estar relacionadas com o resultado, uma vez que, ao contrário do que esperam, a cirurgia bariátrica não possui o objetivo de tornar o indivíduo obeso em magro, mas sim em eliminar parte de excesso de peso, reduzir as comorbidades e melhorar a qualidade em geral. O procedimento não está relacionado à questão estética e em muitos casos, há necessidade de fazer cirurgias plásticas reparadoras (SEGAL e MANCINI, 2007). Também no domínio psicológico, Vasconcelos (2006) observou resultados pouco acima da média entre o grupo bariátrico em relação ao grupo pré-cirurgia, concluindo que apesar da perda de peso, o resultado do estado emocional apresentou pequena melhoria quando comparado aos demais aspectos. Vasques et al (2004) relatam que os problemas emocionais podem ser percebidos como decorrentes da obesidade, mas também, podem ser anteriores a ela. Neste caso, o estado emocional fragilizado não somente como consequência da obesidade, mas também como possível fator causador.

A respeito do estado emocional desses indivíduos, o estudo de Magdaleno Jr et al (2009), realizado através de entrevista em grupo terapêutico para pacientes bariátricos, revela informações interessantes.

Durante as entrevistas, os pacientes relataram que passar pelo período dos primeiros meses pós-operatório era motivo de conquistas, afinal, sobreviveram à cirurgia, suportaram os primeiros meses de dieta muito restrita. Contudo, a sensação de vitória foi cedendo lugar para culpas e incertezas. Por mais que foram orientados e esclarecidos sobre a cirurgia, estavam fascinados e com a certeza de que todos os seus problemas estariam resolvidos a partir da cirurgia. Ao chegarem ao ápice do emagrecimento, perceberam os problemas que estavam alheios à perda de peso não haviam sido resolvidos e que a realidade se mostrava muito diversa disso.

Contrariamente ao colocado acima, outros estudos mostram diferentes cenários como o que foi observado por Dixon et al (2003). Apesar da cirurgia bariátrica não possuir objetivo de redução dos problemas emocionais e demais transtornos psicológicos, o estudo desses autores demonstrou que sintomas depressivos, segundo DSM IV, verificados antes do procedimento cirúrgico, diminuíram após a cirurgia.

O domínio das relações sociais foi o que obteve maior escore, assim como os escores de cada uma das perguntas do domínio. Este resultado pode estar relacionado com o fato da atenção e acompanhamento disponível ao paciente no hospital onde foi realizada a cirurgia (por até três anos após a cirurgia). Ademais, muitos pacientes não residem em Florianópolis. A viagem até o hospital é feita com outras pessoas que também realizaram a cirurgia da obesidade e em conjunto com pacientes em busca de outros tratamentos. Este momento acaba sendo uma confraternização, com oportunidade de novas amizades e apoio. O fato da maioria das pacientes estarem casadas no momento da entrevista pode explicar também o suporte social e conjugal por parte do parceiro, corroborando com os escores elevados neste domínio, principalmente na pergunta sobre a satisfação com a vida sexual.

O domínio meio ambiente é o responsável pelas questões sobre recursos financeiros, satisfação com o acesso aos serviços de saúde, transporte e satisfação com as condições de moradia. Este domínio pode sofrer certa influência da classificação sócio econômica do indivíduo durante o preenchimento de respostas com escore maior ou menor. Na amostra estudada, este domínio foi o que obteve menor média de escore. Este resultado era esperado por se tratar de indivíduos que pertencem a classe social menos favorecida, com restritas condições de consumo e maior dependência dos serviços públicos.

Seguindo com os objetivos do estudo, o levantamento do consumo de álcool foi realizado pelo escore total de pontuação do teste

AUDIT e também por seus respectivos domínios. A análise realizada através dos domínios, principalmente o do uso nocivo e o sintomas de dependência é relevante uma vez que, considera positivo, independente de soma, quaisquer resposta positiva para questões como “quantas vezes, você precisou de uma dose pela manhã para sentir melhor, depois de haver bebido muito?” ou “quantas vezes você esqueceu o que aconteceu na noite anterior porque estava bebendo?”. A resposta positiva para as questões específicas dos dois domínios não corresponde a frequência de consumo, mas sim aos efeitos de toxicidade e dependência do álcool.

Meloni e Laranjeira, (2004) destacam que o padrão de consumo de álcool, bem como o risco associado a estes padrões é bastante variado. Exemplificam dizendo que, beber vinho diariamente nas refeições em quantidade moderada é um padrão de menor risco se comprado à ingestão excessiva de destilados em uma ocasião esporádica. Laranjeira e Romano (2004) concluem que a maior causa dos problemas relacionados ao consumo de álcool é devido a intoxicação pela substância. Mesmo que ocorra com pouca frequência, a intoxicação pelo álcool provoca danos sociais e físicos consideráveis. Os mesmos autores destacam que os danos relacionados a um único episódio de excesso são mais elevados do que aqueles que bebem com frequência. No grupo de indivíduos estudado, o escore total do AUDIT revelou que metade dos indivíduos se declaram abstêmios. Para o restante do grupo, a grande maioria foi classificada como consumidores de baixo risco. Apenas dois indivíduos classificados com uso de risco e um com possível dependência de álcool. Por outro lado, quando a análise é feita através dos domínios, os resultados evoluíram e aumentaram para seis indivíduos classificados com sintomas de dependência, sete com comportamento nocivo de uso de bebida e treze com uso de risco.

Estudo realizado por King et al (2012), sobre as desordens por uso de álcool (DUA) em indivíduos antes, um e dois anos depois da cirurgia bariátrica, concluiu que a prevalência para DUA foi maior no segundo ano pós cirurgia e estava associado aos indivíduos jovens do sexo masculino submetidos a derivação gástrica por Y-de-Roux. Em outro estudo realizado sobre o consumo de álcool em bariátricos antes e pós cirurgia, não foi encontrado nenhum caso de abuso pós cirurgia em pacientes que realizaram a cirurgia através da técnica denominada banda gástrica. No entanto, 6 dos 28 pacientes que realizaram a técnica Y-de-

Roux reportaram DUA, sendo a maioria casos recorrentes do período pré cirúrgico(SUZUKI J, HAIMOVICI F, CHANG G, 2010).

No caso do presente estudo, todos os pacientes realizaram a técnica Y-de-Roux, a amostra foi predominantemente feminina e não foi avaliado dados do consumo de álcool no período pré operatório. Assim, um dos fatores limitantes foi não ser possível concluir se os achados para uso de álcool são recentes ou se agravaram posterior a cirurgia.

Embora as desordens decorrentes pelo uso inadequado do álcool possam trazer consequências negativas para saúde e relações sociais, os estudos sobre associações entre o consumo de álcool de a QV ainda são escassos (SAATCIOGLU O, YAPICI A, CAKMAK D, 2008). No presente estudo, não foi encontrada associação forte entre o consumo de álcool e os escores dos domínios da QV. Já a análise de comparação entre os escores dos domínios de QV de acordo com os domínios do AUDIT, os dados de um indivíduo colaboraram para que não houvesse diferenças significativas entre escores de QV dentro de cada domínio do AUDIT. O teste foi refeito na ausência dos dados deste indivíduo discrepante e assim foi possível observar que o escore para o domínio social da QV é significativamente diferente entre os domínios do AUDIT. Martins et al, (2011) também avaliaram a relação entre os domínios de QV e o consumo de álcool. Contudo, o levantamento foi realizado em hepatopatas do sexo masculino. Os achados do estudo reforçam que escores mais baixos para o domínio social estavam relacionados com o consumo de risco e provável dependência do AUDIT.

As ferramentas utilizadas para o desenvolvimento do estudo foram eficazes para atingir os objetivos propostos. Foi possível apontar as percepções da QV em seu aspecto multidimensional. O consumo e desordens por uso de álcool foi medido e correlacionado com todos os domínios da QV.

Alguns fatores limitantes da pesquisa podem ser: número de indivíduos entrevistados (limitado pela questão temporal do estudo e pelo número de faltas às consultas), predominância de mulheres e impossibilidade de obtenção dos mesmos dados no período pré-cirúrgico.

6 CONCLUSÃO

A partir do referencial teórico, foi possível observar a obesidade e o abuso de álcool como duas importantes doenças de impacto para a saúde pública, que merecem atenção das políticas públicas de prevenção e cuidado.

Os resultados deste estudo demonstraram que a QV, em seu aspecto multidimensional, pode ser excelente objeto de estudo para os pacientes bariátricos. A análise foi realizada dentro de contexto amplo, em diversos cenários como sociais, familiar, de segurança, saúde e lazer. Adicionalmente, a mensuração da QV nestes pacientes pode auxiliar diversos profissionais de saúde para compreensão das importantes alterações que o obeso enfrenta após a cirurgia da obesidade.

A relação entre o uso de álcool e os domínios da qualidade de vida, embora não significativa, sugere que aumento dos escores para o consumo de álcool podem estar relacionados a menores escores nos domínios físico, psicológico e social. É importante destacar o fato da amostra ser predominantemente feminina neste estudo pôde ter dificultado a visualização de relações ou associações mais fortes entre as variáveis.

Um dos pontos de destaque do estudo atual foi testar a associação entre as variáveis da QV e o consumo de álcool em pacientes submetidos à cirurgia da obesidade. Há necessidade de estudos mais aprofundados sobre o consumo de álcool em bariátricos, principalmente de forma longitudinal, através de métodos quantitativos e qualitativos, para encontrar evidências concretas entre a cirurgia bariátrica e o consumo de álcool. Pesquisas focadas neste tema poderão afirmar ou rever a eficiência da cirurgia da obesidade como potencial redutora de comorbidades e ampliar a rede de prevenção da obesidade e promoção de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010 ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**.3.ed. - Itapevi,SP: AC Farmacêutica, 2009.

APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fourth edition (DSMIV). Washington DC: American Psychiatric Association. 1994.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP. **Adoção do Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2008. Disponível em <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=139>. Acesso em: 02 de dezembro de 2012.

BABOR, T. F. et al. 6. AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva, **World Health Organization**. 2001. 41p.

BAPTISTA, M. V. et al. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. **Avaliação Psicológica**. 7(2), 235-247p., 2008.

BAGATIN, MC; PORCU, M; ROSSI, RM. Prevalência de transtorno depressivo e ansiedade em pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica. **IV EPCC – Encontro de produção científica do Cesumar – Anais**. 2005.

BELLE, SH. et al. LABS Writing Group for the LABS Consortium. Relationship of body mass index with demographic and clinical characteristics in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS). **SurgObesRelat Dis**, v.4, p.474-480, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília Ministério da Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário Temático Alimentação e Nutrição. Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BUFFINGTON, CK. Alcohol use and health risks: survey results. **Bariatric Times** 2007; 4:21-3.

CAMBI, MPC et al. Avaliação nutricional e de qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v.1n.18, p.8-15, fev. 2003.

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

COCHRANE, J. et al. Alcohol use in China. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford,38(6): 537-542.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.942/2010 de 12 de fevereiro de 2010: **Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe.** Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1942_2010.htm. Acesso em: 05 fev 2013.

COUTINHO, W. Etiologia da obesidade. **Rev ABESO** [Internet]. 2007. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/Etiologia%20e%20Fisiopatologia%20%20Walmir%20Coutinho.pdf>. Acesso em: 20 jul.2013.

COUTINHO, JG; GENTIL, PC; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012.

DALLA COSTA, M. C. et al. Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no Município de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 3, set. 2011.

Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

DIXON, J.B., DIXON, M.E., & O'BRIEN, P.E. Depression in association with severe obesity: Changes with weight loss. **Archives of Internal Medicine**, 2003 163 (17), 2058-2065.

DIXON, J.B, DIXON, M. E. Combined strategies in the management of obesity. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, suppl. 15, p.63-69, 2006.

ERTELT TW, et al. Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery: a review of the literature and report of a new data set. **SurgObesRelat Dis**. 2008 Sep-Oct;4(5):647-50.

FLECK M.P.A, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". **Rev Saúde Pública** 2000; 34:178-83

FUNCHS, FD, et al. Anthropometric indices and incidence of hypertension: a comparative analysis. **Obesity Research**, 2005, 13(9), 1515-1517.

GIBNEY, MJ, et al. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GIGANTE, DP. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.3, 1997.

GOMES, G. M. B. **Cirurgia bariátrica: mudanças no padrão alimentar e na qualidade de vida**. 2007. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina.

GORDIA, AP. **Associação da atividade física, consumo de álcool e índice de massa corporal com a qualidade de vida de adolescentes**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) – Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

GORDON, PC; KAIO, GH; SALLET, PC. Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. **Rev PsiqClin**. 2011; 38 (4): 148 – 54.

HARBOTTLE, L. Audit of nutritional and dietary outcomes of bariatric surgery patients. **International Association for the Study of Obesity**, 2010; 1-7.

HEINBERG LJ, ASHTON K, COUGHLIN J. Alcohol and bariatric surgery: review and suggested recommendations for assessment and management. *SurgObesRelat Dis*. 2012 May-Jun; 8(3):357-63.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

INTERNACIONAL OBESITY TASK FORCE SECRETARIAT. (2009). The global challenge of obesity task force. Disponível em: www.iuns.org/taskforce. Acesso em: 29 de março de 2013.

KING, C.W et al. Prevalence of Alcohol Use Disorders Before and After Bariatric Surgery. **JAMA**. 2012;307(23):doi:10.1001/jama.2012.6147

KINZL J. F., et al. Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. **Obes Surg**. 2006; 16(12):1609-14.

KLOCKHOFF, H; NASLUND, I; JONES AW. Faster absorption of ethanol and higher peak concentration in women after gastric bypass surgery. **Br J Clin Pharm** 2002; 54: 587 – 91.

KOLOTKIN RL, CROSBY, RD, KOLOSKI, KD, WILLIAMS, GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. **Obes Res**. 2001; 9(2):102-11

LANCHA Jr, AH. **Obesidade: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006

LARANJEIRA, R. et al. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. 2007. Brasília, DF: Brasil: SENAD-Secretaria Nacional Antidrogas.

LARANJEIRA,R.; ROMANO,M. Consenso brasileiro sobre as políticas públicas do álcool. **Rev Bras Psiquiatr.** 2004; 26 (Supl I):68-77.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005.

LEVINE,H.G. The alcohol problem in America: from temperance to alcoholism. *British Journal of Addiction* 84:109-119, 1984

LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974 – 2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, p.530-40, 2005.

LOTTENBERG, AMP. Tratamento Dietético da Obesidade. **Einstein.** 2006; Supl 1: S23-S28.

MAGDALENO Jr, R; CHAIM, E.A; TURATO, E. R. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Rev Psiquiatria RS.** 2009, 31(1):73-78.

MASON, E. E.; DOHERTY, C.; MAHER, J. W.; SCOTT, D. H.;RODRIGUEZ, E. M.; BLOMMERS, T.J. Super obesity and gastric reduction procedures. *Gastroenterol. Clin. North Am.*, 16(3):495-502, set, 1987.

MAZZEO, S.E., SAUNDERS, R., MITCHEL, K.S. Bing eating among African American and Caucasian bariatric surgery candidates. **Eating Behavior**, 2005, 189-96.

MELONI, J.N; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2004, v.26.

MENDÉZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT.** 1999. 121f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MITCHELL J. E., LANCASTER K. L., BURGARD M. A., HOWELL L. M., KRAHN D. D., CROSBY R. D., WONDERLICH S. A., GOSNELL B. A. Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. **Obes Surg.** 2001 Aug;11(4):464-8.

MÔNACO, DV; et al. Impacto da cirurgia bariátrica “tipo capella modificado” sobre a perda ponderal em pacientes com obesidade mórbida. **Ver. Cienc. Med. Campinas**, 15(4): 289 – 298, jul / ago, 2006.

MONTEIRO, CA; BENÍCIO, MHDA; CONDE, WL; & POPKIN, BM. Shifting obesity trends in Brazil. **Eur.JClin.Nutr.**,2000, 54(4): 342-6.

MOREIRA, R.O, BENCHIMOL, A. K. Princípios gerais para o tratamento da obesidade. In: NUNES, M.A et al. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 25, p. 289 – 298.

MORENO, AB; et al. Propriedades Psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 22 (12): 2585-2597, 2006.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

NAVES, A. Fisiopatologia e Regulação Funcional da Obesidade. Livro tratado de nutrição p.51 cap. 38. In: SILVA, S. M. C. S; MURA, J. D. P. **Tratado de Alimentação Nutrição e Dietoterapia**.

OLIVEIRA, JH.; YOSHIDA, EMP. Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: report of WHO consultation on Obesity. Geneva: OMS; 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Department of Mental Health and Substance Dependence: The alcohol use disorders test. Geneva: OMS; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: OMS; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Obesity: preventing and managing the global epidemic of obesity. Geneva: OMS; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global Health Risks – Mortality and burden of disease attributable to select major risks. Geneva: OMS; 2009.

PINHEIRO, AR, FREITAS, SFT, CORSO, ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr., Campinas**, 17(4):523-533, out./dez., 2004.

POPKIN BM, et al. The nutrition transition in China: A cross sectional analysis. **Eur J Clin Nutr** 1993; 47:333-4.

PRICE R. Genetics and common obesities: background, current status, strategies, and future prospects. In: Wadden T, Stunkard AJ, eds. **Handbook for Obesity Treatment**. New York, NY: Guilford Press; 2002:73–94.

QUEIROZ, C. M. B; SÁ, E. N. C; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2004, 9(2): 411-421.

REHM, J. et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. **Eur Addict Res**, 2003, 9(4), 147-156.

REHM, J. et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. **Addiction**. 2010, 105(5), 817-843.

REZENDE, F. F. **Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2012 Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de pós graduação

em psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SAATCIOGLU O, YAPICI A, CAKMAK D. Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. **Drug Alcohol Rew.** 2008; 27:83-90.

SANTOS, A.A et al. Qualidade de vida de pessoas com obesidade grau III: um desafio comportamental. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, 2012 set-out;10(5):384-9.

SARWER, D.B.; WADDEN, T.A.; FABRICATORE, AN. Psychosocial and Behavioral Aspects of Bariatric Surgery. **Obesity research** Vol. 13 No. 4 April 2005.

SEGAL, A.; FANDINO, J: Indicações e contra – indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiq.** 2002;24 (Supl III) 68-72.

SEGAL,A, MANCINI, M. **Tudo que você precisa saber antes de reduzir seu estômago: guia completo da cirurgia da obesidade.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

SICHERI R, SOUZA RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cad Saúde Publica.** 2008;24 (Suppl 2):S209-34.

SILVEIRA, C. M. **Preditores Sociodemográficos das transições entre os estágios do uso de álcool (uso na vida, uso regular, abuso e dependência) e remissão dos transtornos relacionados ao uso do álcool na população geral adulta residente na região metropolitana de São Paulo.** 2010. 152p. Tese. Doutorado em Ciências. Programa de psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Disponível em:
<http://www.sbcbr.org.br/cbariatica.asp?menu=5>.

SPADA, PV. **Obesidade e sofrimento psíquico: realidade, conscientização e prevenção.** São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

SUZUKI J, HAIMOVICI F, CHANG G. Alcohol use disorders after bariatric surgery. **Obes Surg.** 2010; 22(2):201-207.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychol Med* 2000; 28:551-8

VASCONCELOS, P. O. **Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico.** 2006. Dissertação. (Mestrado em Psicologia). Programa de Mestrado em Psicologia. Universidade Católica de Goiás.

VASCONCELOS, PO, COSTA NETO, SB. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **Psico.**39(1):58-65, 2008.

VASQUES, F. et al. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica,** 2004; 31 (4), 195-198.

VEDANA, EHB et al . Prevalência de obesidade e fatores potencialmente causais em adultos em região do sul do Brasil. **Arq Bras EndocrinolMetab,** São Paulo, v. 52, n. 7, Oct. 2008.

VETULANI, J. Psychoactive substances in the past and presence. **Pol J Pharmacol.**2001;53, 201-214.

VILLELA, N. B., et al. Quality of life of obese patients submitted to bariatric surgery. **NutriciónHospitalaria,** 2004; 19 (6), 367-371.

WANDERLEY, E. N., FERREIRA, V. A, 2010. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2010; 15(1):185-194.

WOODARD G.A, et al. Impaired alcohol metabolism after gastric bypass surgery: a case-crossover trial. **J Am Coll Surg.**2011.Feb;212(2):209-14. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2010.09.020. Epub 2010 Dec 22.

YOUNG, L. R.; NESTLE, M. The contribution of expanding portion sizes to the US Obesity epidemic. **Am J. Public Health.** 92 (2) 246-9, 2002.

ZOTTIS, C.; LABRONICI, L. M. O corpo obeso e a percepção de si.
Cogitare enferm. 2002; 7(2):21-29.

ANEXOS

ANEXO 01 – Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associações entre o consumo de álcool e qualidade de vida em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica

Pesquisador: Lucio José Botelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09976913.2.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 202.672

Data da Relatoria: 18/02/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa: Associações entre o consumo de álcool e qualidade de vida em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica.

Pesquisador: Lucio José Botelho

Aluna: Fúlvia Pirola da Costa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está adequada e é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Recomendação:

- Incluir no TCLE o email e telefone do orientador da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 22 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

| |
|--|
| Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima |
| Bairro: Trindade CEP: 88.040-900 |
| UF: SC Município: FLORIANOPOLIS |
| Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br |

ANEXO 02 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que o(a) Senhor(a) entenda porque esta pesquisa está sendo realizada, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir e se desejar, discuta com sua família, para que a sua participação possa ser uma decisão bem informada.

Este impresso contém informações para a participação voluntária do(a) Senhor(a) neste estudo, que visa analisar as **associações entre o consumo de álcool e as variáveis da qualidade de vida e sociodemográficas, em indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Este estudo está sendo realizado no HU/UFSC, situado no bairro Trindade, município de Florianópolis - SC. O pesquisador principal é médico, mestre e professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a mestranda é nutricionista.

Espera-se que o estudo possa identificar como está a qualidade de vida dos pacientes depois da cirurgia, bem como identificar se há problemas com relação ao uso de bebidas alcoólicas e associar estes fatores.

Cabe ao Senhor(a) decidir se irá ou não participar. Mesmo que o(a) Senhor(a) não queira participar do estudo, o(a) Senhor(a) não terá nenhuma desvantagem, inclusive em relação ao tratamento médico e aos cuidados que tenha direito a receber. Se decidir participar, o(a) Senhor(a) irá assinar este Termo de Consentimento, mas mesmo depois de assinado é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Caso aceite participar, é necessário que responda três questionários, sendo: (1) Análise da condição socioeconômica: critério de classificação econômica Brasil (CCEB), desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas - ABEP e avalia a classe econômica dos respondentes pelo seu poder de compra e também pelo grau de instrução do chefe da família (ABEP, 2008) (2) Variáveis da qualidade de vida (QV): será utilizado o Instrumento Abreviado para Análise da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde WHOQOL – Bref. (3) Para avaliar o consumo de álcool, será utilizado o Teste para Identificação de

Problemas Decorrentes do Uso de Álcool, AUDIT, também desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

Não há despesas pessoais para o(a) Senhor(a) em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Se o(a) Senhor(a) estiver de acordo em participar do estudo, garantimos que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho com a finalidade de gerar conhecimento em saúde. Apenas o pesquisador e a mestrand a terão acesso aos dados. O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens ou qualquer tipo de gravação. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato com o pesquisadora responsável: Fúlvia Pirola da Costa: (48) 9182 0271 ou (48) 3207 1784 ou e-mail: fulviapc@yahoo.com.br ou Lúcio José Botelho: lucio@reitoria.ufsc.br, (48) 99828831.

Eu,
portador do RG:....., telefone para
contato:....., fui esclarecido sobre a pesquisa:
“Associações entre o consumo de álcool e as variáveis da qualidade de vida e sociodemográficas, em indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina” e concordo que estes dados sejam utilizados na realização da mesma.

(sujeito da pesquisa)

Profº Lúcio José Botelho
(Pesquisador Principal)

Fúlvia Pirola da Costa
(Mestranda – Mestrado Profissional em
Saúde Mental a Atenção Psicossocial)

Florianópolis, de de 2013.

ANEXO 03 – Questionário Classificação Econômica Brasil

Marque se possui e a quantidade dos itens abaixo citados:

| Itens | Não tem | Tem | | | |
|--|---------|-----|---|---|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Televisão em cores | | | | | |
| Rádio | | | | | |
| Banheiro | | | | | |
| Automóvel | | | | | |
| Empregada mensalista | | | | | |
| Aspirador de pó | | | | | |
| Máquina de lavar | | | | | |
| Videocassete e/ou DVD | | | | | |
| Geladeira | | | | | |
| Freezer (aparelho independente ou geladeira duplex?) | | | | | |

Com relação ao grau de instrução do chefe da família:

| | |
|---|---|
| Analfabeto/primário incompleto | 0 |
| Primário completo / ginásial incompleto | 1 |
| Ginásial completo/ colegial incompleto | 2 |
| Colegial completo / superior incompleto | 4 |
| Superior Completo | 8 |

Fonte: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=139>. [acesso em 02 de dezembro de 2012].

ANEXO 04 – Questionário Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref
Questionário Qualidade de Vida – OMS

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito da sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas semanas, uma questão poderia ser:

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|---|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio ou circular o número 1 se não recebeu “nada” de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece à melhor resposta:

| | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem boa | Boa | Muito boa |
|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1 Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|---|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2 | Quão satisfeito (a) você está com sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas:

| | | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|---|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas duas últimas semanas.

| | | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|----|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos da sua vida nas últimas semanas:

| | | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem bom | Bom | Muito bom |
|----|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|----|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|----|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 17 | Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades de seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, ou colegas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

A questão seguinte refere-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas:

| | | Nunca | Algumas vezes | Frequen- temente | Muito frequente | Sempre |
|----|--|-------|---------------|---------------------|-----------------|--------|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Obrigada por sua colaboração!

Organização Mundial da Saúde- OMS, 1998. **Versão em português do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/breve.PD>. Acesso em: 13 dez 2012.

As perguntas que seguem dizem respeito ao seu consumo de bebidas alcoólicas. Para respondê-las, peço que considere as seguintes equivalências:

Destilados:

- 1 *drink* com água ou gelo = 1 dose
- 1 dose de aguardente (25ml) = 1 dose
- 1 dose destilado (whisky, vodka - 50ml) = 2 doses
- 1 garrafa de aguardente ou whisky (750ml) = 30 doses

Vinho:

- 1 copo de vinho (100ml) = 1 dose
- 1 “cooler” de vinho = 1 dose
- 1 copo de *sherry* ou vinho do porto = 2 doses

Cerveja:

- 1lata/garrafa pequena (350ml) = 1,5 doses
- 1 garrafa de 600ml = 3 doses
- 1 copo de chopp (200ml) = 1 dose

- 1 - Qual a frequência de seu uso de bebidas alcoólicas?
 - (0) Nenhuma
 - (1) Uma ou menos de uma vez por mês
 - (2) 2 a 4 vezes por mês
 - (3) 2 a 3 vezes por semana
 - (4) 4 ou mais vezes por semana

- 2 - Quantas doses você consome num dia típico quando está bebendo?
 - (0) 1 a 2
 - (1) 3 a 4
 - (2) 5 a 6
 - (3) 7 a 9
 - (4) 10 ou mais

- 3 - Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses numa ocasião?
 - (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente

4 - Com que frequência, nos últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

5 - Quantas vezes, nos últimos 12 meses, você deixou de fazer o que era esperado de você, devido ao uso de bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

6 - Quantas vezes, nos últimos 12 meses, você precisou de uma dose pela manhã, para se sentir melhor, depois de haver bebido muito?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

7 - Quantas vezes, nos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorsos depois de beber?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

8 - Quantas vezes, nos últimos 12 meses, você esqueceu o que aconteceu na noite anterior porque estava bebendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

9 - O fato de você ter bebido já provocou ferimentos em você ou em outras pessoas?

- (0) Não
- (1) Sim, mas não no último ano
- (2) Sim, durante o último ano.

10 - Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se mostrou preocupado com seu consumo de bebidas alcoólicas, ou sugeriu que você reduzisse?

- (0) Não
- (1) Sim, mas não no último ano
- (2) Sim, durante o último ano

BABOR, T. F. et al. 6. AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva, **World Health Organization**, 2001. 41p.