

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CAROLINA APARECIDA ALVES BUENO**

**ASSOCIAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E  
QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE  
CIRURGIA BARIÁTRICA**

**Divinópolis  
2023**

**CAROLINA APARECIDA ALVES BUENO**

**ASSOCIAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E  
QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE  
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Richardson Miranda Machado

**Divinópolis  
2023**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Bueno, Carolina Aparecida Alves.

Associação do uso de substâncias psicoativas e qualidade de vida em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica / Carolina Aparecida Alves Bueno. – Divinópolis: UFSJ, 2023.

p. : il.

Dissertação(Mestrado)– Universidade Federal de São João Del-Rei, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Richardson Miranda Machado.

1. Obesidade. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Substâncias psicoativas. 4. Qualidade de vida

**CAROLINA APARECIDA ALVES BUENO**

**ASSOCIAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E  
QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE  
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

APROVADO em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



## **DEDICATÓRIA**

## **AGRADECIMENTOS**

BUENO, CAA. **Associação do uso de substâncias psicoativas e qualidade de vida de pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica** [Dissertação]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico da Universidade Federal de São João Del-Rei - 2023.

## RESUMO

**Introdução:** a obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal prejudicial à saúde e nos últimos anos tem crescido significativamente. A cirurgia bariátrica deverá ser recomendada para indivíduos obesos que não obtiveram êxito no tratamento clínico e avaliação da equipe multiprofissional. O uso de substâncias psicoativas e a qualidade de vida podem estar presentes no processo pré-operatório de cirurgia bariátrica, comprometendo o processo cirúrgico. **Objetivo:** analisar a associação entre o uso de substâncias psicoativas e a qualidade de vida em indivíduos no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Métodos:** estudo transversal, de caráter exploratório-analítico, desenvolvido em uma clínica de referência em tratamento da obesidade na região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados no período de março de 2020 a setembro de 2022, com 150 pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica, utilizando-se o instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL) e o instrumento de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST), obedecendo as normas e salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO). O estudo incluiu pacientes de ambos os sexos, de idade igual ou maior de dezoito anos e alfabetizados. Quaisquer condições que interferissem na coleta e mensuração dos dados e/ou informações incompletas foram utilizadas como critério de exclusão. Realizou-se análise descritiva e de associação dos dados. **Resultados:**

**Conclusão:**

**Palavras-chave:** Obesidade; Cirurgia bariátrica; Substâncias psicoativas; Qualidade de vida.



BUENO, CAA. Association of the use of psychoactive substances and quality of life of patients in the preoperative period of bariatric surgery [Dissertation]. Divinópolis: Postgraduate Program in Nursing - Academic Master's Degree at the Federal University of São João Del-Rei - 2023.

## ABSTRACT

**Introduction:** Obesity is characterized by the excessive accumulation of body fat that is harmful to health and has grown significantly in recent years. Bariatric surgery should be recommended for obese individuals who are unsuccessful in clinical treatment and evaluation by a multidisciplinary team. The use of psychoactive substances and quality of life may be present in the preoperative process of bariatric surgery, compromising the surgical process.

**Objective:** to analyze the association between the use of psychoactive substances and quality of life in individuals in the preoperative period of bariatric surgery. **Methods:** cross-sectional, exploratory-analytical study, developed in a reference clinic for obesity treatment in the Central-West region of Minas Gerais, Brazil. Data were collected from March 2020 to September 2022, with 150 patients in the preoperative period of bariatric surgery, using the quality of life assessment instrument (WHOQOL) and the alcohol involvement screening instrument, tobacco and other substances (ASSIST), complying with the standards and safeguards established by the Research Ethics Committee of the Federal University of São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO). The study included patients of both sexes, aged eighteen years or over and literate. Any conditions that interfered with data collection and measurement and/or incomplete information were used as exclusion criteria. Descriptive and data association analysis was carried out. **Results:**

**Conclusion:**

**Keywords:** Obesity; Bariatric surgery; Psychoactive substances; Quality of life.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Técnicas de procedimientos cirúrgicos	29
Figura 2 –	00
Figura 3 –	00
Figura 4 –	00

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação dos graus de obesidade em adultos	22
Tabela 2 – Uso de drogas, faixa etária e grau de obesidade dos pacientes pré-bariátricos- Divinópolis-MG-2023	38
Tabela 3 – Frequência do uso de drogas nos últimos três meses dos pacientes pré-bariátricos- Divinópolis-MG-2023.	38
Tabela 4 – Intervenção para o uso de drogas para os pacientes pré-bariátricos- Divinópolis-MG- 2023.	39
Tabela 5- Distribuição da frequência dos pacientes pré-bariátricos segundo a classificação da qualidade de vida da escala WHOQOL-bref- Divinópolis-MG-2023.	39
Tabela 6- Distribuição da frequência dos pacientes pré-bariátricos segundo os domínios da qualidade de vida da escala WHOQOL-bref- Divinópolis-MG-2023.	39

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ABESO</b>	Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
<b>ASSIST</b>	Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CONEP</b>	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
<b>DCNTs</b>	Doenças Crônicas não Transmissíveis
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>SBCBM</b>	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences®</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFSJ</b>	Universidade Federal de São João Del-Rei
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WHOQOL</b>	World Health Organization Quality of Live

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	133
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
2.1	GERAL .....	18
2.2	ESPECÍFICOS .....	18
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
3.1	OBESIDADE .....	19
3.1.1	Etiologia, epidemiologia e tratamento .....	19
3.2	CIRURGIA BARIÁTRICA .....	25
3.2.1	Histórico, tipos e métodos .....	25
3.3	DROGAS E OBESIDADE .....	29
3.3.1	Conceitos e Implicações .....	29
3.4	QUALIDADE DE VIDA E OBESIDADE .....	31
3.4.1	Conceitos e Implicações .....	31
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	33
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	33
4.2	LOCAL DO ESTUDO .....	33
4.3	POPULAÇÃO .....	33
4.4	AMOSTRA .....	33
4.4.1	Instrumentos de coleta de dados .....	34
4.5	COLETA DE DADOS .....	35
4.6	ANÁLISE DE DADOS .....	36
4.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	37
5.1	Características sociodemográficas e clínicas .....	37
5.2	Prevalência do uso de álcool e outras drogas .....	37
5.3	Prevalência da qualidade de vida .....	39
<b>6</b>	<b>ARTIGO</b> .....	40
<b>7</b>	<b>LIMITAÇÕES</b> .....	42
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
<b>9</b>	<b>APENDICE</b> .....	49
<b>10</b>	<b>ANEXOS</b> .....	49



## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde conceitua a obesidade como uma doença de caráter multifatorial, consequente do desequilíbrio entre o consumo e gasto energético. Definida como doença crônica, a obesidade recebeu essa definição na 11<sup>a</sup> revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), no item de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021; OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2021).

No Brasil, dados da última edição da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) realizado no ano de 2018, evidenciaram que 21,5% dos entrevistados eram obesos, apresentando aumento de 13,5% desde os últimos dados coletados no ano de 2006 (BRASIL, 2018).

A obesidade é assim considerada um problema de saúde pública devido sua prevalência e apresenta-se como fator de risco para outras doenças, como diabetes, doença cardiovascular e câncer. Nessa perspectiva, é essencial ressaltar que uma das principais causas da obesidade é o resultado do consumo de alimentos de maior densidade calórica e baixo valor nutritivo, o que prevalece na decisão de consumo das famílias (BRITO *et al.*, 2022; IBGE, 2020; Brasil, 2021).

Nesse ínterim, torna-se importante ressaltar os fatores fisiológicos envolvidos nos processos da alimentação e nutrição. Tendo como um dos principais mecanismos para a identificação da fome e comportamento alimentar o hipotálamo e sua interação com outras regiões cerebrais, como o córtex e o sistema límbico. Sendo o seu desequilíbrio funcional responsável pela deposição de lipídios no tecido adiposo, o que pode ultrapassar a capacidade de armazenamento dos adipócitos, resultando em concentrações elevadas de triglicérides e ácidos graxos circulantes e acumulação inadequada destas gorduras em vários tecidos, dentre os quais o fígado, o pâncreas e o músculo esquelético (GADDE *et al.*, 2018; GELONEZE, 2018).

O ambiente moderno é também um potente estímulo para a obesidade. A diminuição dos níveis de atividade física e o aumento da ingestão de calorias são fatores determinantes. Comer é uma necessidade básica, porém existe a tendência de mecanizar o ato de comer, com dietas que limitam o que pode ou não ser consumido e que exigem controle dos desejos, sensações e fome. Sendo assim, os fatores sociais, culturais e ambientais são determinantes para a definição do hábito de comer, o qual associado a industrialização dos alimentos, influência da televisão e o uso do computador nas horas de lazer, podem contribuir para o sedentarismo e o balanço energético positivo prolongado e o ganho de peso (AVILA *et al.*, 2023; OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2021; BRITO *et al.*, 2022).

Torna-se importante estabelecer políticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população por meio de estratégias para a população com obesidade. Para isso, o tratamento da obesidade e de problemas relacionados ao peso deve levar em consideração uma abordagem multidisciplinar, com foco na adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividade física e suporte psicológico (BRITO *et al.*, 2022; ABESO, 2016).

No entanto, muitos dos métodos propostos para a perda de peso como a realização de atividades físicas, dietas restritivas, uso de suplementos e até de pílulas para perder peso, para alguns pacientes tornam-se ineficazes, devido a exigência de uma alta disciplina e mudanças de comportamento por um longo período de tempo. O que pode resultar em falhas que não permitem o alcance dos resultados esperados, culminando em frustrações que podem resultar em ganho de peso ao invés de perda (GARDNER *et al.*, 2018).

Nesse sentido, com o fracasso de outros tratamentos propostos e o recorrente ganho de peso acompanhado de riscos à saúde como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, problemas osteomusculares, a cirurgia bariátrica surge como uma alternativa urgente para o tratamento. Sendo assim indicada para pacientes com índice de massa corporal IMC entre 35-39,9 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau II) e IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau III) (ABESO, 2016).

A cirurgia bariátrica e metabólica, é assim conhecida como cirurgia da obesidade, a qual reúne técnicas destinadas ao tratamento da obesidade mórbida e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica existem quatro tipos de técnicas cirúrgicas, sendo mistas ou restritivas, classificadas em: Bypass gástrico ou gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”, Gastrectomia Vertical ou cirurgia de Sleeve, Duodenal Switch e Banda Gástrica Ajustável (SBCBM, 2017).

Sendo assim, a cirurgia bariátrica é considerada uma importante estratégia no tratamento da obesidade grave e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente, bem como resolver problemas físicos e psicossociais causados pelo excesso de peso. No entanto, para a sua realização existem riscos, como a dependência química, que podem prejudicar no tratamento da obesidade e a qualidade de vida. Em face disso, torna-se importante a avaliação prévia dos pacientes candidatos a cirurgia bariátrica no que se refere ao uso e abuso de álcool e outras drogas e sua qualidade de vida (FERNANDES *et al.* 2023).

Nesse sentido, para se avaliar o uso de drogas, deve se compreender que são substâncias psicoativas que provocam diversos efeitos a depender do tipo e das características do usuário e do ambiente, além do tipo utilizado e das circunstâncias de uso. As substâncias psicoativas provocam assim alterações no cérebro e pode ocorrer excitabilidade e ou depressão do nível de



sensações, consciência e/ou emoções, além de modificar o humor, o comportamento e a cognição do indivíduo.

Cabe ressaltar que o consumo de substâncias psicoativas está presente em todas as culturas, grupos étnicos, faixa etária, cor, gênero ou orientação sexual. No Brasil, existem drogas lícitas, como tabaco e álcool e ilícitas, como a maconha, a cocaína e o crack. Estima-se que cerca de 35 milhões de pessoas sofrem de transtornos decorrentes do uso de drogas.

Constatou-se que entre as substâncias lícitas, a prevalência de 30,1% do uso de bebidas alcoólicas na população brasileira (média de 46 milhões de habitantes) e de 33,5% no uso de cigarros industrializados (20,8 milhões de habitantes). No que se refere em relação as substâncias ilícitas, 3,2% relatam ter usado nos últimos 12 meses (4,9 milhões de pessoas), com destaque para maconha, em que 7,7% afirmam uso uma vez na vida, seguido da cocaína em pó, com 3,1% (MILITÃO *et al.* 2022).

Nesse ínterim, o uso e abuso de álcool e outras drogas associado a obesidade podem impactar negativamente na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que podem causar dificuldades de interação social, baixa autoestima, isolamento social, estresse, depressão e diminuição do desempenho laboral. Desse modo, o sucesso para o tratamento cirúrgico para a obesidade deve transcender a mensuração da curva de peso, mas também avaliar fatores como a dependência química e o nível da qualidade de vida dos indivíduos representada pelos aspectos de autoestima, estado físico, condição social, capacidade de trabalho e desempenho sexual, para o sucesso do tratamento (CASTANHA *et al.* 2018; POLETTO *et al.* 2019).

Sendo assim, a qualidade de vida tem impacto na saúde e no bem-estar psicológico, principalmente em relação a obesidade e indivíduos que não seguem nenhum tipo de tratamento para o controle e fatores associados. O WHOQOL Group (1995) definiu a qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (MARQUES *et al.* 2022; POLETTO *et al.* 2019).

Nesse sentido, o adequado rastreamento do uso e abuso de álcool e outras drogas e os níveis de qualidade de vida dos pacientes candidatos a cirurgia bariátrica se tornam essenciais para a promoção da saúde mental dos pacientes e o sucesso da cirurgia. Desse modo, torna-se extremamente importante o desenvolvimento deste estudo. O que proporcionará informações que elucidarão os fatores positivos e/ou negativos para melhorar o tratamento da obesidade, da dependência química e promover a qualidade de vida dos pacientes.

## **2 OBJETIVOS**

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a associação entre o uso de substâncias psicoativas e a qualidade de vida de pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes que serão submetidos a cirurgia bariátrica;
- b) Identificar a prevalência do uso de drogas e a qualidade de vida de pacientes no pré-operatório;
- c) Analisar a associação entre o uso drogas, qualidade de vida e índice de massa corporal.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

---

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 OBESIDADE

#### 3.1.1 Etiologia, Epidemiologia e Tratamento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como o acúmulo de gordura corporal, resultante de um desequilíbrio entre a ingestão de calorias e gasto energético que decorrem danos à saúde. No ano de 1990, a obesidade recebeu a definição na 11<sup>a</sup> revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), no item de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Anteriormente, ela era considerada um fator de risco, uma vez que as pessoas não morrem de obesidade, mas, sim, de doenças favorecidas por ela (OMS, 2021; JUNIOR *et al.*, 2022).

A causa principal da obesidade está relacionada ao estilo de vida pouco saudável, caracterizado por uma dieta inadequada e ausência de atividade física. O consumo excessivo de alimentos processados, ricos em gorduras saturadas, açúcares adicionados e comportamentos sedentários contribui para o aumento do peso corporal. O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados em diversas regiões, inclusive na América Latina, e o excesso de sódio, gorduras e açúcar nas dietas representam um desafio às políticas de saúde como causas diretas de doenças crônicas (OMS, 2021; NILSON *et al.*, 2019).

A fisiopatologia da obesidade é direcionada a dois seguimentos importantes, o energético e o nutricional. O primeiro está relacionado ao equilíbrio energético alcançado entre a ingestão e o gasto energético e o último, bastante controverso na literatura, à composição ideal de nutrientes na dieta. O hipotálamo funciona como um sensor de energia, administrando as necessidades passadas, presentes e futuras do organismo, de acordo com a condição atual ou esperada do ambiente externo. O sistema límbico e o córtex enriquecem este circuito. São responsáveis por processar informações sensoriais externas, pelo controle cognitivo e emocional e pela decisão por recompensa (GADDE *et al.*, 2018).

Segundo Oliveira e Siqueira (2021) a obesidade apresenta-se como um desafio atemporal, diante da facilidade de conseguir alimentos prontos e pouco saudáveis, delivery de fast food e comidas que requerem pouco tempo de preparo. Isso influencia no ganho de peso e no aumento de doenças relacionadas aos hábitos obesogênicos. O consumo de alimentos ultraprocessados está essencialmente relacionado a um estilo de vida não saudável, sedentarismo e desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2021; FORESTIERI *et al.*, 2023).

Há três componentes no sistema neuroendócrino associados com a obesidade: o sistema aferente, que envolve a leptina e outros sinais de saciedade e de apetite de curto prazo; a unidade de processamento do sistema nervoso central; e o sistema eferente, um complexo de apetite, saciedade, efeitores autonômicos e termogênicos, que leva ao estoque energético. O balanço energético pode ser alterado por aumento do consumo calórico, pela diminuição do gasto energético ou por ambos. Oliveira e Siqueira (2021) ressaltam a contribuição de fatores genéticos e celulares da obesidade. Ao avaliar um indivíduo com índice de massa corporal aumentado, deve-se correlatar todas essas causas, evitando o estigma mundial enfrentado por aqueles que se encontram nessa situação. O processo de tratamento deve ser individualizado para cada caso (ABESO, 2016; OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2021).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), o consumo calórico pode ser avaliado por meio do hábito alimentar e o gasto energético total diário pode ser didaticamente dividido em taxa metabólica basal (que representa 60% a 70%), pelo efeito térmico dos alimentos (que representa entre 5% e 10%) e pelo gasto de energia com atividade física. Atividade física é o mais importante componente variável, representando cerca de 20% a 30% do gasto energético total em adultos (ABESO, 2016).

A prevalência da obesidade tem aumentado significativamente nas últimas décadas em todo o mundo e está sobretudo ligada ao desenvolvimento de várias doenças crônicas, como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, certos tipos de câncer e doenças respiratórias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) em 2025, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e pelo menos 700 milhões, obesos. Ocasiona riscos à saúde e desencadeia o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Dessa maneira, acaba iniciando na infância e se estendendo ao longo da vida (ABESO, 2016; PORTO *et al.*, 2022).

O sistema de saúde através das Redes de Atenção à Saúde oferece cuidados em toda a extensão nutricional, física e mental, a visão de emagrecer rápido com o uso de remédios e chás “milagrosos”, e tendências fitness protela a procura pelo tratamento, postergando a solução e agravando ainda mais o problema da obesidade (OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2021).

A ABESO (2016) afirma que o excesso de peso e a obesidade são encontrados, a partir de cinco anos de idade, em todos os grupos socioeconômicos e em todas as regiões brasileiras. Ao direcionar o cuidado com o ganho de peso para as escolas, nota-se que o exercício físico não é estimulado como deveria, as aulas de educação física que são essenciais para incentivar

o exercício físico e a consciência sobre os hábitos comportamentais e seu reflexo na saúde acontecem de uma a duas vezes por semana, enquanto deveriam ocorrer todos os dias para incentivar a prática do exercício. As instituições ainda atuam no tratamento e não na prevenção da obesidade. A escola, a comunidade e Atenção Primária à Saúde (APS) podem ser o ambiente favorável para o diálogo entre o novo cuidar da obesidade (OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2021; REGO *et al.*, 2022).

Oliveira e Siqueira (2021) salientam a urgência de uma educação nutricional desde os níveis fundamentais até o médio, a fim de ensinar as crianças uma alimentação saudável e consistente, que possa ser variada e evite restrições ou excessos. As escolas possuem um cardápio diversificado, saudável e conduzido por nutricionistas, mas as crianças e adolescentes também precisam entender essa necessidade, assim evitando a má nutrição e doenças futuras relacionadas à obesidade (OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2021).

No estudo de Rego e colaboradores (2022), além da avaliação do perfil nutricional e sérico, nível de conhecimento em nutrição dos usuários, são essenciais estudos que avaliem também a relação das intervenções com a qualidade de vida da população antes e após a realização das intervenções. São muitas as estratégias de enfrentamento da obesidade já desenvolvidas, contudo há necessidade de abandono de práticas fragilizadas deste enfrentamento, bem como de padronização das experiências exitosas e de incorporação de métodos novos e baseados em evidências que se adequem à realidade brasileira (REGO *et al.*, 2022).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são a principal causa de morte e de adoecimento no mundo, entre seus maiores fatores de risco estão as dietas inadequadas. A Década de Ação sobre a Nutrição das Nações Unidas (2016-2025) convocou os países membros a se comprometerem com o enfrentamento de todas as formas de má nutrição, destacando a desnutrição, carências nutricionais, sobrepeso e obesidade e DCNTs associada à alimentação, hipertensão arterial e diabetes mellitus. No contexto da Década, as análises econômicas se somam às evidências epidemiológicas como embasamento para implementar eixos de ação, fortalecendo, por exemplo, as iniciativas nutricionais nos sistemas de saúde, a educação alimentar e nutricional, a construção de ambientes saudáveis que favoreçam escolhas alimentares saudáveis. O excesso de peso é observado em mais da metade dos brasileiros adultos; a obesidade afeta 16,8% dos homens e 24,4% das mulheres. A prevalência de obesidade, hipertensão arterial e diabetes cresce gradualmente na população, variando de 6,6 a 9,4% para diabetes nos adultos e chegando a 32,3% para hipertensão arterial (NILSON *et al.*, 2019).

No Brasil em 2011, os gastos hospitalares e ambulatoriais do SUS com obesidade chegaram a US\$ 269,6 milhões, dos quais quase 24% eram atribuíveis à obesidade mórbida. Nilson *et al.*, 2019 discorre no estudo que em 2018, houve 1 829 779 internações por causas associadas à hipertensão arterial, ao diabetes e à obesidade no SUS, correspondendo a aproximadamente 16% do total de internações hospitalares no SUS no período, resultando em um custo total de R\$ 3,84 bilhões. Comparando os custos por tipo de gasto no SUS, a maioria se deve ao fornecimento de medicamentos a pessoas com obesidade, diabetes e hipertensão arterial (58,8%), os custos totais atribuíveis à obesidade aumentaram, sendo mais de 60% atribuíveis ao sexo feminino (NILSON *et al.*, 2019).

Diante da necessidade de deter o crescimento das DCNTs associadas a fatores dietéticos, o avanço de outras medidas que facilitem escolhas alimentares saudáveis em relação as não saudáveis é fundamental. Nas Américas, vários países se tornaram importantes lideranças regionais e globais na regulação de alimentos, como o Chile, que adotou a rotulagem frontal de alimentos, seguido pelo Peru e Uruguai, e o México, com a taxaço de bebidas adoçadas (NILSON *et al.*, 2019).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), o Índice de Massa Corporal (IMC) é calculado dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura ao quadrado (em metros). Essa medida fornece uma estimativa da quantidade de gordura corporal de um indivíduo e pode ser útil na avaliação do risco para problemas de saúde relacionados ao peso. A ABESO (2016) utiliza classificações específicas para definir faixas de IMC e identificar diferentes categorias de peso.

Tabela 1: Classificação dos graus de obesidade em adultos

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>
Baixo peso	Abaixo de 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	Maior que 25
Pré-obeso	25 - 29,9
Obeso I	30 - 34,9
Obeso II	35 - 39,9
Obeso III	Maior que 40

Fonte: (OMS, 216)

O IMC é uma medida geral e não leva em consideração a distribuição da gordura corporal, que pode ser um fator relevante na avaliação do risco para certas doenças. Indivíduos com maior massa muscular, como atletas ou pessoas que praticam musculação regularmente, podem apresentar um IMC mais elevado sem necessariamente estarem acima do peso. O Índice de Massa Corporal (IMC) não deve ser considerado isoladamente como um diagnóstico de saúde, a avaliação deve ser realizada em conjunto com uma análise mais abrangente, incluindo histórico médico, exames clínicos e outros fatores relevantes (ABESO, 2016).

A OMS (2021) aponta dados estatísticos com altos índices: no mundo, mais de 1,9 bilhão de adultos com 18 anos ou mais apresentavam sobrepeso, sendo destes, mais de 650 milhões eram obesos, correspondendo respectivamente a 39% e 13% da população mundial. Entre 1975 e 2016 os índices de obesidade aumentaram de maneira significativa. Mais de 340 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos estavam com sobrepeso ou obesas em 2016 e 39 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade também apresentavam sobrepeso ou obesidade em 2020. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2021), a obesidade no Brasil vem crescendo de forma surpreendente, dados epidemiológicos apontam que 40% da população adulta se encontra acima do peso, destes 10% estão com IMC entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, com moderado excesso de peso; 28% entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>, com obesidade leve ou moderada e 2% ultrapassam os 40 kg/m<sup>2</sup> considerados obesidade mórbida, tendo a prevalência de obesidade aumentado de 17,3%, em 2006 para 22,1% em 2017.

São índices alarmantes, considerando não só o aumento do risco de doenças crônico-degenerativas causadas pela obesidade, como também o sofrimento dos pacientes e o custo financeiro do seu tratamento e controle. Dados do Ministério da Saúde apontam que a obesidade atinge 6,7 milhões de pessoas no Brasil. O número de pessoas com obesidade mórbida ou índice de massa corporal (IMC) grau III, acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, atingiu 863.086 pessoas no ano de 2022. Em 2019, 407.589 pessoas foram diagnosticadas com obesidade grau III, o que representava 3,14% das pessoas, comparado com o ano de 2022, houve aumento mais grave do nível de obesidade, totalizando 4,07% da população. Esse percentual representa um crescimento de 29,6% em apenas 4 anos. A obesidade grau I atinge 20% e a obesidade grau II afeta 7,7% da população, o que representa 1,6 milhões de pessoas em 2022. Atualmente o sobrepeso atinge 31% ou 6,72 milhões dos brasileiros (OMS, 2021; SBCBM, 2022).

A OMS enfatiza a importância da realização de uma abordagem abrangente, envolvendo ações individuais, estratégias de prevenção e controle da obesidade incluem a promoção de uma alimentação saudável, baseada em alimentos frescos, naturais e ricos em nutrientes, bem como a redução do consumo de alimentos processados. A obesidade é um desafio global de saúde



pública que requer ações imediatas e abrangentes, com abordagens multidisciplinar e colaborativa, assim é possível prevenir e controlar, melhorando a qualidade de vida das pessoas (OMS, 2021).

No final do século XIX, inicia a farmacologia moderna para perda de peso onde a crescente industrialização, urbanização e mudança no estilo de vida impulsionou a demanda por medicamentos para controlar o peso corporal. No estudo de Narayanaswami and Dwoskin (2017) as medicações para o tratamento da obesidade são classificadas em três categorias: as que atuam de maneira periférica no controle da absorção de gordura, os que atuam de forma central para diminuição da ingesta de alimentos e aqueles que facilitam o gasto de energia (GELONEZE *et al.*, 2018; NARAYANASWAMI; DWOSKIN, 2017).

Os medicamentos foram usados até recentemente visando modular o sistema nervoso central para o controle da fome e da saciedade, redução da absorção de nutrientes ou aumento do gasto calórico. A procura de drogas para o tratamento da obesidade não foi cuidadosa e desrespeitou preceitos éticos e científicos, além de ter sido utilizado primariamente para fins estéticos em várias situações, e não para o controle e melhora das comorbidades, como se propõe. No Brasil, os medicamentos antiobesidade aprovados mais conhecidos: *Fentermina* (*Adipex-P*®), *Liraglutida* (*Saxenda*®), associação de *Fentermina* e *Topiramato* (*Qsymia*®), para supressão de apetite; associação de *Naltrexona* e *Bupropiona* (*Contrave*®) para diminuição na ingesta de alimentos e aumento do gasto de energia; *Orlistat* (*Xenical*®) para redução na absorção da gordura; *Lorcaserin* (*Belviq*®) para promoção de saciedade. (GELONEZE, 2018; NARAYANASWAMI; DWOSKIN, 2017).

A abordagem da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) para o tratamento da obesidade geralmente envolve uma abordagem multidisciplinar, considerando diferentes opções de tratamento com base nas características individuais do paciente. As opções de tratamento da obesidade incluem:

**1. Mudanças no estilo de vida:** Envolve uma alimentação equilibrada e saudável, com restrição calórica adequada, aumento da atividade física e mudanças comportamentais que visam a melhoria dos hábitos alimentares e de exercícios.

**2. Programas de perda de peso supervisionados:** Podem ser oferecidos por equipes multidisciplinares, incluindo médicos, nutricionistas e psicólogos, com acompanhamento regular para fornecer orientação e apoio contínuos.

**3. Terapia medicamentosa:** Alguns medicamentos podem ser prescritos por médicos especializados para auxiliar na perda de peso, quando a abordagem de mudança de estilo de

vida não é suficiente. Esses medicamentos são usados em combinação com uma dieta adequada e atividade física.

**4. Cirurgia bariátrica:** A cirurgia bariátrica é uma opção para pessoas com obesidade grave ou comorbidades relacionadas à obesidade. Existem diferentes tipos de cirurgia bariátrica, como a banda gástrica ajustável, o bypass gástrico e a gastrectomia vertical, que modificam o sistema digestivo para promover a perda de peso e a melhoria das condições relacionadas à obesidade (SBCBM, 2022).

## **3.2 CIRURGIA BARIÁTRICA**

### **3.2.1 Histórico, Tipos e Métodos**

A cirurgia bariátrica no Brasil começa sua história na década de 1970, com os trabalhos iniciais do cirurgião da faculdade de medicina da USP (FMUSP) Salomão Chaib utilizando técnicas de derivações jejuno-ileais do tipo Payne (1969). A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2022) relata que inicialmente os resultados não foram satisfatórios, devido problemas relacionados a segurança do paciente e fragilidades dos resultados, médicos e cirurgiões conduzidos por Arthur Garrido Jr mantiveram pesquisas e acompanharam tendências internacionais da especialidade. Na década de 1980, Edward E. Mason, M.D, cirurgião americano considerado um dos pais da cirurgia bariátrica e um dos fundadores da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, foi o primeiro a introduzir o conceito de restrição gástrica, levando ao desenvolvimento de técnicas com bypass gástrico, gastroplastia horizontal e gastroplastia vertical com anel de polipropileno (SBCBM, 2022).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2022), em 1990 outras técnicas como a derivação bílio-pancreática de Scopinarop e o aperfeiçoamento das derivações gástricas em Y de Roux passaram a proporcionar maior segurança e resultados mais consistentes em médio e longo prazos. A gastroplastia vertical com anel de Mason foi substituída como abordagem de restrição mecânica pelo emprego das bandas gástricas ajustáveis, adaptadas a via vídeo laparoscopia. O conceito de cirurgia foi incorporado há cerca de dez anos devido a relevância de estudos científicos demonstrando que os órgãos envolvidos na cirurgia produziam substâncias hormonais, e que a cirurgia alterava de maneira benéfica esse equilíbrio hormonal, seja na perda de peso, no controle e cura de doenças endocrinológicas (SBCBM, 2022).

A cirurgia bariátrica e metabólica, também conhecida como cirurgia da obesidade, reúne técnicas destinadas ao tratamento da obesidade mórbida e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal. Está consolidada como um tratamento eficaz contra a obesidade grave. O avanço de técnicas e tecnologias levou a especialidade a se tornar uma alternativa segura e eficiente não só contra a obesidade, mas também contra doenças associadas como diabetes, hipertensão e outras agravadas pelo excesso de peso. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2022) salienta que o Brasil é o segundo país no mundo que mais realiza operações deste tipo, com 100 mil registros por ano, e fica atrás apenas dos EUA. As taxas de resolução da doença são superiores a 90% com uma taxa de mortalidade de pacientes que optam pelo tratamento não ultrapassa a 0,15% (SBCBM, 2022).

Entre 2017 e 2022, o Brasil realizou 315.720 mil cirurgias bariátricas, sendo 252.929 cirurgias através de planos de saúde; 16.000 realizadas de maneira particular e 46.791 procedimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente o Brasil possui 7.700 hospitais em 5.568 municípios brasileiros, destes apenas 98 serviços direcionados a cirurgia bariátrica e metabólica, sendo que quatro estados brasileiros não oferecem o procedimento. Os estados que não possuem serviços habilitados no SUS para a bariátrica são: Amazonas, Rondônia, Roraima e Amapá (SBCBM, 2022).

A cirurgia bariátrica é indicada onde a intervenção no estilo de vida não conseguiu reduzir o peso em indivíduos obesos ou com sobrepeso para melhorar a doença associada ou a qualidade de vida ou melhorar o suficiente nas comorbidades relacionadas à obesidade. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016) as indicações para as cirurgias bariátricas são: idade de 18 a 65 anos, IMC maior a 40 kg/m<sup>2</sup> ou 35 kg/m<sup>2</sup> com uma ou mais comorbidades graves relacionadas com a obesidade e documentação de que os pacientes não conseguiram perder peso ou manter a perda de peso apesar de cuidados médicos apropriados realizados regularmente há pelo menos dois anos (dietoterapia, psicoterapia, tratamento farmacológico e atividade física) (BRITO *et al.*, 2022; ABESO, 2016).

A indicação ao tratamento cirúrgico é cautelosa, sendo imprescindível a presença de uma equipe multidisciplinar com a intenção de minimizar possíveis complicações. A cirurgia bariátrica é indicada para pessoas com IMC acima de 40kg/m<sup>2</sup> ou IMC a partir de 35kg/m<sup>2</sup>, que apresentam patologias ocasionadas ou agravadas pela obesidade, de acordo com as recomendações da resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), Nº 2.131/2015, no qual ficaram estabelecidas vinte e uma comorbidades (MORAES; CANTALICE, 2021; PINHEIRO *et al.*, 2021).

A resolução do CFM (nº 2.172/2017), determina que pacientes com IMC entre 30 e 34,9kg/m<sup>2</sup>, portadores de diabetes mellitus tipo 2 refratários ao tratamento clínico e atestado por dois endocrinologistas, podem realizar o procedimento, sendo denominado nessa situação de cirurgia metabólica, a gastroplastia em “Y de Roux” (PINHEIRO *et al.*, 2021).

As contraindicações para o procedimento cirúrgico são: a dependência atual de álcool ou drogas ilícitas, as doenças psiquiátricas graves sem controle, risco anestésico e cirúrgico inaceitável classificado como ASA IV, a dificuldade de compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas após o procedimento (ABESO, 2016).

A cirurgia bariátrica ou metabólica refere a técnicas cirúrgicas que promovem a redução do peso a médio e longo prazos. Os mecanismos são: restritivo, que promove a saciedade precoce devido a capacidade gástrica e o disabsortivo, que dificulta a absorção dos alimentos ingeridos, com a redução da superfície de absorção intestinal e a misto que engloba os dois mecanismos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) existem quatro tipos de técnicas cirúrgicas, sendo mistas ou restritivas.

O Bypass gástrico ou gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux” é um procedimento misto, que consiste no grampeamento de parte do estômago, reduzindo o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome. Essa somatória entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento, além de controlar o diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial. É a técnica bariátrica mais praticada no Brasil desse a década de 60, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 70% a 80% do excesso de peso inicial. A costura do intestino que foi desviado apresenta um formato parecido com a letra Y e Roux é o sobrenome do cirurgião que criou a técnica (MARRA, *et al.*; LOPES *et al.*; 2022; SBCBM, 2017).

A Gastrectomia Vertical também conhecida como cirurgia de Sleeve ou gastrectomia em manga de camisa é um procedimento considerado restritivo e metabólico. Nele o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (ml). Essa intervenção apresenta bons resultados em relação ao controle da hipertensão e de doenças dos lipídeos (colesterol e triglicérides) (SBCBM, 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica o procedimento Duodenal Switch, conhecido como interruptor duodenal é uma técnica criada em 1978 leva à perda de 75% a 85% do excesso de peso inicial e corresponde a 5% das intervenções realizadas.

Trata-se da associação entre gastrectomia vertical com a retirada de 60% do estômago, mantendo seu padrão de esvaziamento e anatomia básica preservados ao desvio intestinal e desvio (SBCBM, 2017).

A Banda Gástrica Ajustável foi criada em 1984 e trazida ao Brasil em 1996 e representa hoje menos de 1% dos procedimentos realizados, apesar de apresentar bons resultados para a perda de peso. A abordagem consiste no esvaziamento do estômago, controlado por um anel de silicone inflável e ajustável instalado ao seu redor. Técnica restritiva que engloba riscos e complicações devido a presença da prótese – anel – na cavidade abdominal (SBCBM, 2017).

Figura 1: Técnicas de procedimentos cirúrgicos



Fonte: (SBCB, 2017)

As técnicas descritas podem ser realizadas de maneira convencional, aberta – laparotomia, onde o cirurgião faz um corte de 10 a 20 centímetros na região abdominal, ou por videolaparoscopia, são feitas quatro a sete pequenas incisões entre 0,5 a 1,2 centímetros para passagem de cânulas e vídeo. Cerca de 35% das intervenções bariátricas no Brasil são realizadas por videolaparoscopia, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2017).

Os procedimentos bariátricos gastrectomia vertical e by-pass gástrico, quando associados a um estilo de vida saudável tem sido a estratégia mais eficiente no tratamento da obesidade. Apresentam um risco de morte perioperatória de apenas 0,03 até 0,2%, proporciona benefícios além de uma perda de peso médio de 23% em dois anos, como, a resolução completa da HAS em 46% dos pacientes; aumento em 31% dos níveis HDL colesterol e redução do LDL colesterol e triglicérides em 31% e 63%. Segundo o estudo de Mattos *et al.*, 2021, a técnica

bypass tem sido amplamente eficaz quando se trata de remissão da diabetes, no entanto, a técnica sleeve também tem demonstrado bons resultados no controle glicêmico (OLIVEIRA *et al.*, 2020; SILVA *et al.* 2019).

### **3.3 DROGAS E OBESIDADE**

#### **3.3.1 Conceitos e Implicações**

O conceito de drogas é complexo e multicausal, não apresenta limites territoriais, sociais ou etários. Estima-se que, aproximadamente, 11,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos (17,8 milhões de indivíduos) consumiram álcool e tabaco nos últimos 12 meses. Cerca de 2,6% consumiram álcool e pelo menos uma substância ilícita (aproximadamente 4 milhões de indivíduos) e 1,5% (ou 2,3 milhões de pessoas) consumiu álcool e algum medicamento não prescrito nos últimos 12 meses (OLIVEIRA *et al.* 2023).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2021), as drogas psicoativas são substâncias que, quando ingeridas ou administradas no sistema, afetam os processos mentais, como a percepção, consciência, cognição, humor e emoções. Pertencem a uma categoria mais ampla de substâncias psicoativas que incluem álcool e nicotina. O uso de drogas psicoativas incessante, trouxe à tona o reaparecimento da dependência química, uma doença crônica, que proporciona alterações estruturais e funcionais do cérebro, ocasionando consequências em diversos aspectos sociais e biológicos, como riscos à saúde, comportamento violento, desnutrição, risco neurológico e comorbidades (OMS, 2021; PONTES *et al.* 2023).

Além de reduzir a imunidade, o uso das substâncias psicoativas pode conduzir o usuário à exposição a situações e comportamentos de riscos, aumentando o potencial de aquisição de doenças. Ainda, a necessidade de manutenção do uso rotineiro das substâncias pode desencadear diversos comportamentos, amplificando as discriminações na sociedade (MILITÃO *et al.* 2022).

O uso de substâncias psicoativas é um problema de magnitude mundial e estão divididas em lícitas, como tabaco e álcool; e ilícitas, sendo as mais conhecidas a maconha, a cocaína e o crack. O uso dessas substâncias promove danos individuais, familiares e coletivos; aumenta os gastos do Estado com segurança pública, serviços de assistência social, atendimentos ambulatoriais e intervenções hospitalares. Em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) elencou entre suas metas a prevenção e redução do consumo de álcool e outras drogas. O consumo prejudicial de substâncias psicoativas representa um problema de saúde pública em

função dos impactos produzidos tanto na saúde do usuário como nos diversos espaços em que ele convive (RIBAS *et al.* 2022; OLIVEIRA *et al.* 2023).

Em 2002, foram previstos os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), preconizando o trabalho multidisciplinar, coordenação com a Atenção Básica (AB), planejamento terapêutico individualizado e parceria com a família e a comunidade. No ano de 2003, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas, reforçou a proposta de atenção ao usuário centrada na comunidade e associada à rede de saúde, visando à reabilitação e à reinserção social. Em 2011, o foi proposto pelo Ministério da Saúde a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) com o intuito de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (OLIVEIRA *et al.* 2023).

Segundo o estudo de Ruiz *et al.* 2022, a dependência de substâncias acarreta importantes repercussões nas famílias, podendo ser vistas também como um desafio e ser enfrentado e superado através dos potenciais e forças existentes no sistema familiar. Dessa maneira, é extremamente relevante o reconhecimento, fortalecimento e compreensão da família no seu papel (RUIZ *et al.* 2022).

Uma das alterações mais prevalente entre os dependentes químicos é o sobrepeso e a obesidade, o que pode estar relacionado com o consumo alimentar inadequado, rico em gorduras e açúcares. Os dependentes químicos que aderem ao tratamento, apresentam uma mudança no perfil nutricional. A abstinência durante a adesão ao tratamento proporciona um ganho de peso significativo no início da recuperação desses indivíduos. Segundo Fernandes *et al.*, 2023 a ação do hormônio cortisol aumenta a lipogênese e com isso há a diferenciação de adipócitos e depósito de gordura na região abdominal e glútea. As alterações metabólicas associadas ao tabaco estão presentes, de forma mais elevada, em indivíduos fumantes com extenso histórico (SILVA *et al.* 2019; FERNANDES *et al.* 2023).

De acordo com a OMS, o álcool é uma substância tóxica e psicoativa com propriedades produtoras de dependência. O consumo do álcool contribui para 3 milhões de mortes a cada ano em todo o mundo, o uso nocivo do álcool é responsável por 5,1% da carga global de doenças. O álcool é o principal fator de risco para a mortalidade prematura e incapacidade entre pessoas de 15 a 49 anos, correspondendo a 10% de todos os óbitos nessa faixa etária. Sendo assim, compromete uma ampla gama de estruturas e processos no sistema nervoso central e aumenta o risco de lesões intencionais e não intencionais, além de consequências sociais adversas e efeitos tóxicos sobre os sistemas digestivo e cardiovascular. As bebidas alcoólicas são classificadas como cancerígenas e aumentam o risco de vários tipos de câncer. Como

imunossupressor aumenta o risco de doenças transmissíveis, como a tuberculose e HIV. Tanto o volume de uso de álcool ao longo da vida, quanto a frequência de consumo e quantidade consumida, aumentam o risco de danos à saúde e sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021).

### 3.4 QUALIDADE DE VIDA E OBESIDADE

#### 3.4.1 Conceitos e Implicações

Pelo percorrer da história, a qualidade de vida passou por significativas mudanças e ainda hoje pode ser visto sob diferentes óticas. A definição de qualidade de vida descrita pelo Ministério da Saúde é muito subjetiva e multidimensional. Quando relacionada à saúde pode ser aplicada ao indivíduo doente considerando o ponto de vista físico e refere-se ao grau de limitação e desconforto que tal doença ou sua terapêutica os acarretam. Abrange um conceito amplo e complexo que engloba estado saúde físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com meio ambiente. (FREDERICO *et al.* 2023; BATTISTI *et al.* 2017; ALMEIDA *et al.* 2020).

No estudo de Poletto *et al.*, 2019, a obesidade e os parâmetros antropométricos apresentam impacto negativo na qualidade de vida, por se associar ao prejuízo da saúde física e mental, por dificultar atividades sociais e esportivas, pelo aumento expressivo no grau de dependência e pelo déficit na capacidade funcional. Os estilos e hábitos de vida não saudável quando associados à obesidade e ao sobrepeso tendem a gerar maiores complicadores e piora na qualidade de vida (POLETTO *et al.* 2019; MARQUES *et al.* 2022).

A indicação médica para reduzir os impactos na saúde e aumentar a qualidade de vida dos indivíduos com obesidade, que não responderam ao tratamento clínico longitudinal ou em pacientes que apresentam IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades, é a realização da cirurgia Bariátrica. Ao avaliar a qualidade de vida de obesos, nota-se que os custos da obesidade se estendem além do fator econômico, pois ainda é uma doença mal compreendida pela sociedade. A cirurgia bariátrica atua na perda de peso e na valorização de aspectos que são importantes para os pacientes, como a reeducação alimentar, estilo de vida mais saudável e condutas psicológicas e sociais que melhorem a saúde física e mental (ALMEIDA *et al.* 2020; MATTOS *et al.* 2021; CASTANHA *et al.* 2018).





## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório-analítico, de abordagem quantitativa e amostra não probabilística. O estudo transversal possibilita a descrição de uma situação de saúde num determinado momento. A pesquisa exploratória visa a descoberta, ao achado, à elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que são percebidos, mas ainda não esclarecidos (GIL et al., 2017).

Os estudos exploratórios, geralmente, são pertinentes para diagnosticar situações, explorar alternativas ou descobrir novas ideias, em que se procura esclarecer e definir a natureza de um problema, gerando mais informações que possam ser adquiridas para a realização de pesquisas conclusivas (ZIKMUND, 2000).

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido na Clínica Agir localizada na cidade de Divinópolis/MG. Fundada no ano de 2002, com registro número 8630503 no Cadastro Nacional de Atividades Econômicas, a clínica destaca-se em promover a assistência médica ambulatorial por meio de consultas individualizadas e de realização de cirurgias bariátricas. Sua abrangência atinge as principais cidades do Centro-Oeste de Minas, sendo uma das clínicas de referência em tratamento da obesidade na região. Oferece um atendimento multiprofissional, no qual o paciente é submetido a um processo que engloba avaliações atribuídas aos profissionais: nutricionista, médico e psicólogo nos períodos pré-operatório e pós-operatório. Disponibiliza atendimentos particulares e/ou por planos de saúde. Foi escolhida para a elaboração do estudo por tratar-se de uma clínica referência regional na realização de cirurgias bariátricas e por apresentar multiplicidades no atendimento e acolhimento ao paciente.

### **4.3 POPULAÇÃO / AMOSTRA**

Para a realização deste estudo baseou-se de uma população composta pelos pacientes atendidos pela Clínica Agir que se submeteriam à cirurgia bariátrica. O cálculo amostral partiu do número de cirurgias bariátricas realizadas pela Clínica no período de 2001 a 2019,

totalizando 1416 pacientes. Foi realizada a seguir uma projeção do crescimento no número de cirurgias dos últimos 19 anos. A estratégia foi averiguar, via gráfico de dispersão, se houve aumento e se ele seguia um padrão de crescimento ao longo do tempo.

Verificou-se um crescimento linear no número de cirurgias ao longo dos 19 anos, o que possibilitou ajustar um modelo para prever o número de cirurgias para o ano de 2020. O ajuste foi realizado da seguinte forma: número de cirurgias =  $-15340 + 7.670 \cdot \text{ano}$  / projeção do número de cirurgias =  $-15370 + 7.670 \cdot 2020 = 153,4$  ou 154. Sendo assim, pelo modelo proposto, o número de cirurgias esperado para o ano de 2020 foi de 154. O cálculo amostral foi assim baseado na projeção de cirurgias para o ano de 2020, mantendo fixo o nível de confiança em 95% e variando o erro de 2% até 5%, o que resultou no "n" amostral de 145 pacientes.

#### **4.4 COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada no período de março de 2020 a setembro de 2022, considerando 150 pacientes. Foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes que realizariam a cirurgia bariátrica de acordo com agenda disponibilizada pela Clínica Agir.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, idade igual ou maior a dezoito anos e alfabetizados. Critérios de exclusão: quaisquer condições que interferissem na coleta, como dificuldade na leitura e interpretação e/ou informações incompletas no preenchimento do protocolo de respostas.

Inicialmente foi solicitado aos participantes da pesquisa a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se encontra nos apêndices. Posteriormente foram esclarecidas as dúvidas referentes a pesquisa e ao TCLE e iniciada as orientações sobre o preenchimento dos instrumentos aplicados.

A aplicação dos instrumentos foi realizada coletivamente, em datas estabelecidas pela clínica, com duração média de 40 minutos. Os questionários foram organizados em pranchetas individuais e respondidos a caneta por cada paciente. O participante escolhia as alternativas, conforme o seu próprio julgamento. É importante ressaltar que durante todo o período de aplicação dos questionários foi acompanhado presencialmente pelo pesquisador, sanando as dúvidas que ocasionalmente surgiram, em relação ao preenchimento do instrumento e compreensão das perguntas. Este procedimento foi considerado a fim de garantir a confiabilidade das respostas de cada participante.

#### **4.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados**

##### **a) Dados Sociodemográficos**

Foram obtidos dados como idade, sexo, escolaridade e estado civil, através do cadastro dos pacientes registrados no sistema de informação da clínica. Este processo elabora um prontuário eletrônico cujas informações são desdobradas pelos profissionais que atendem os pacientes.

##### **b) Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)**

O instrumento ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) foi desenvolvido para detectar o uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. Foi traduzido para várias línguas, inclusive para o português falado no Brasil, já tendo sido testado quanto à sua confiabilidade e factibilidade, quando aplicado por pesquisadores. No estudo de Henrique *et al.*, 2004, o instrumento ASSIST apresenta características que sugerem que ele seja adequado para uso em serviços de assistência não especializados, devido sua estrutura padronizada, rapidez de aplicação, abordagem simultânea de várias classes de substâncias, facilidade de interpretação e a possibilidade de ser utilizado por profissionais de saúde (HENRIQUE *et al.* 2004).

O questionário ASSIST contém oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (derivados do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína/crack, anfetaminas/êxtase, hipnóticos/ sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável (BATISTA *et al.* 2022).

As respostas são dadas através de uma escala do tipo Likert de cinco pontos para as questões 2 a 5 (nunca; 1 ou 2 vezes; mensalmente; semanalmente; diariamente ou quase diariamente) e de três pontos para as questões 6 e 7 (não, nunca; sim, nos últimos três meses; sim, mas não nos últimos três meses). A pontuação para cada subescala (substância) é calculada pela soma das respostas obtidas nas questões, obtendo-se assim a pontuação de consumo de risco para cada substância. Considera-se que quanto maior a pontuação, maior o envolvimento com a determinada substância (MOSTARDINHA *et al.* 2019).

### c) Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)

A Qualidade de vida foi definida pelo Grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (KLUTHCOVSKY, 2007).

Foi desenvolvido um instrumento de avaliação de qualidade de vida, em uma versão brasileira. O Instrumento WHOQOL consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. É composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O instrumento WHOQOL destaca-se devido seu caráter transcultural, podendo, assim, ser utilizados em um local em particular, além de permitir desenvolver pesquisas colaborativas em diversos centros, com culturas diferentes, e comparar os resultados desses diferentes países e populações (FLECK *et al.* 2000; KLUTHCOVSKY, 2007).

## 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Todos os dados obtidos nas coletas foram tabulados e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 21. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e analítica.

## 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados coletados para a realização dessa pesquisa seguiram a todas as normas e salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO). Todo o processo seguiu os termos da Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que trata de normas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado sob o parecer de N° 3.330.917 (ANEXO).

## **5 RESULTADOS**

---

### **ARTIGO 1 - PREVALÊNCIA DO USO DE DROGAS E A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Carolina Aparecida Alves Bueno, Richardson Miranda Machado

#### **RESUMO**

**Introdução:**

**Objetivo:**

**Métodos:**

**Resultados:**

**Conclusão:**

**Descritores:**

#### **ABSTRACT**

**Objective:**

**Methods:**

**Results:**

**Conclusion:**

**Descriptors:**

#### **RESUMEN**

**Objetivo:**

**Métodos:**

**Resultados:**

**Conclusión:**

**Descriptores:**

**INTRODUÇÃO**

**OBJETIVO**

**MÉTODOS**

**RESULTADOS**

**DISCUSSÃO**

**CONCLUSÕES**

**REFERÊNCIAS**

**7 LIMITAÇÕES**

---

**LIMITAÇÕES**

## **8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

### **REFERÊNCIAS**



- 1- ABESO. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. Diretrizes brasileiras de obesidade. 4ª edição. São Paulo. 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- 2- ABESO. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. Obesidade muito além de comer. 4ª edição. São Paulo. 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- 3- Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020**. Brasília. 2021. Disponível em: [guia-de-vigilancia-em-saude\\_5ed\\_21nov21\\_isbn5.pdf](http://www.gov.br/govbr/asset/2021/11/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf) (www.gov.br). Acesso em: 18 jul. 2023.
- 4- MORAES, C. S. O. *et al.* Cirurgia bariátrica: um estudo sobre a percepção da imagem corporal de pacientes no período pré e pós-operatório. **Revista Ensaios Pioneiros**, v.5, n. 1, p. 15- 27, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24933/rep.v5i1.228>. Acesso em: 18 jul. 2023.
- 5- SILVA, B. G. B. *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em um hospital do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.15, n. 95, p. 645- 652, Jul./Ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24933/rep.v5i1.228>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- 6- PINHEIRO, J. A. *et al.*, Repercussões da cirurgia bariátrica sobre parâmetros metabólicos. Experiência de 15 anos em Hospital de Maceió – Brasil. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. São Paulo, v.34, n. 4, p. 1- 6, Jul./Set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1627>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- 7- OLIVEIRA, V.B. *et al.*, Risco Cardiometabólico. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. São Paulo, v.34, n. 4, p. 1- 6, Jul./Set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1627>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- 8- FERNANDES, I. F. R.; MARINHO, H. M.; SERPA, P. H. R.; MÓL, V. C.; MACEDO, M. T. S.; ROCHA, J. S. B. A elevada prevalência do índice de adiposidade corporal está associado a fatores sociodemográficos, hábitos comportamentais e perfil antropométrico?. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 17, n. 106, p. 10-20, 25 fev. 2023.

- 9- PONTES, K. K. B.; RÊGO, A. S.; BRITO, A. P.; BARBOSA, E. C. B.; ARAÚJO, A. P.; LIMA, V. N.; SILVA, F. DE M. A. M.; BARBOSA, J. M. A. Percentual de gordura corporal e fatores associados em usuários de centro de atenção psicossocial. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 17, n. 108, p. 340-346, 27 jul. 2023.
- 10- RUIZ, B. O.; ZERBETTO, S. R.; GALERA, S. A. F.; FONTANELLA, B. J. B.; GONÇALVES, A. M. S.; PROTTI-ZANATTA, S. T. Family resilience: perception of family members of psychoactive substance dependents. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. p. 1-9, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3816.3449>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- 11- RIBAS, P. G. L.; et al. Perfil sociodemográfico de usuários de substância psicoativas em um município do Sul do Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 16, n. 3 e 4, p. 1-12, 2022. Disponível em: Perfil sociodemográfico de usuárias de substâncias psicoativas em um município do Sul do Brasil | Saúde e Pesquisa (unicesumar.edu.br). Acesso em: 20 jul. 2023.
- 12- OLIVEIRA, V.; et al. Tensionamentos no cuidado em Saúde Mental relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas: dificuldades identificadas por profissionais da saúde pública. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 133-145, abr/jun 2023. Disponível em: [scielo.br/j/sdeb/a/gRbKmQnPkWmwgFFXNPpydJc/?format=pdf](https://scielo.br/j/sdeb/a/gRbKmQnPkWmwgFFXNPpydJc/?format=pdf). Acesso em: jul. 2023.
- 13- FERRARI, A. L.; et al. Transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas: transições na vida de militares em tratamento. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. v. 29, n. 0, p. 1-9, março 2021. Disponível em: Transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas: transições na vida de militares em tratamento [Disorder associated with psychoactive substance use: transitions in the lives of military personnel in treatment] [Trastorno relacionado con el uso de sustancias psicoactivas: transiciones en la vida de militares en tratamiento] | Ferrari | Revista Enfermagem UERJ. Acesso em: 22 jul. 2023.
- 14- PIRES, I. T. M.; et al. Uso de álcool e outras substâncias psicoativas por estudantes universitários de psicologia. **Revista psicologia, ciência e profissão**. v. 40; p. 1-14, 2020. Disponível em: SciELO - Brasil - Uso de Álcool e outras Substâncias Psicoativas por Estudantes Universitários de Psicologia Uso de Álcool e outras Substâncias Psicoativas por Estudantes Universitários de Psicologia. Acesso em: 22 jul. 2023.
- 15- SANTOS, M. V. S.; et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina em uma universidade do semiárido brasileiro. **Revista Saúde em Debate**- Rio de Janeiro, v. 37, n. especial, p.194-202, dezembro 2013. Disponível em: Redalyc.Uso de substâncias psicoativas ilícitas por estudantes de pedagogia de uma universidade pública. Acesso em: 24 jul. 2023.

- 16- MILITÃO, L. F.; et al. Usuários de substâncias psicoativas: desafios à assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, p. 1-8. 2022.
- 17- OLIVEIRA, R. M. DE; AZEVEDO, G. S. DE. Análise da capacidade funcional de obesos em fase pré-operatória de cirurgia bariátrica pós-covid-19. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 16, n. 101, p. 362-373, 17 nov. 2022.
- 18- NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. C. S.; BRITO, D.A.; OLIVEIRA, M. L. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**. v. 0, n. 0, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.3>. Acesso em: 24 jul. 2023.
- 19- REGO, A. S.; SANTOS, A. F. DOS; ALMEIDA, A. E. R. DE A. F.; FREIRE, B. O.; RIBEIRO, D. A. F.; BASSI, D.; ALMEIDA, F. DE J. F.; MARTINS SÁ, K. M.; SOARES, K. V. B. DE C.; NEVES, L. L. F. DE J.; SOARES, M. C. R.; GONÇALVES, M. C.; BACELAR, S. N. DE A.; SOUSA, R. M. L. DE. Estratégias de enfrentamento da obesidade na atenção primária em saúde no Brasil. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 16, n. 105, p. 1018-1031, 30 jan. 2023.
- 20- FORESTIERI, E. B. DE FREITAS; AROSSI, G. A.; SANTOS, A. M. V. DOS. Hábitos alimentares durante a pandemia de covid-19: uma revisão da literatura. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 17, n. 107, p. 223-232, 3 maio 2023.
- 21- BRITO, J. S. A.; ARAÚJO, D. S. C. DE; SOUSA, M. DE P.; SOUSA, T. G. V. DE; LIMA, L. H. DE O.; MACHADO, A. L. G. Estratégias de cuidado no atendimento de pessoas com obesidade em serviços de saúde. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 16, n. 101, p. 322-333, 17 nov. 2022.
- 22- OLIVEIRA, A. J; SIQUEIRA, E. C. A. obesidade como doença multicausal. **Revista de Saúde**, v. 12, n. 0, p. 37-41, 17, Ago/Nov 2021.
- 23- ÁVILA, H. E. V. DE; HASS, H. E.; OLIVEIRA, L. S. DE. Elaboração de cartilha de orientações para jovens sobre o comer intuitivo. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 17, n. 106, p. 99-109, 25 fev. 2023.
- 24- GELONEZE, B. Tratamento farmacológico da obesidade: passado, presente e futuro. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 44, n. 2, p. 261-268, abr./jun. 2018.
- 25- CASTANHA, C.R.; et al. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Repositório digital da UFPE**. p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/26794>. Acesso em: 25 jul. 2023.

- 26- MATTOS, F. C. DE; PEDROSO, B.; JUSTUS, J. F. C.; FÁVERO, G. M.; MILLEO, F. Q. Avaliação da qualidade de vida em cirurgia bariátrica: um estudo comparativo pré e pós-operatório. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 15, n. 94, p. 521-534, 3 jul. 2022.
- 27- POLETTI, J. E.; RIZZO, D. T.; NEDER, A. M.; CÂNDIDO, E. C.; CAZZO, E.; CHAIM, ÉLINTON A. Impacto da obesidade e dos parâmetros antropométricos sobre a qualidade de vida e a qualidade do sono. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 13, n. 81, p. 831-837, 16 maio 2020.
- 28- BATISTTI, L. et al. Percepção da qualidade de vida e funcionalidade em obesos candidatos a cirurgia bariátrica: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Qualidade de vida**, Ponta Grossa, v. 9, n. 2, p. 125-140, abr./jun. 2017. Disponível em: [Revista Brasileira de Qualidade de Vida \(utfpr.edu.br\)](http://Revista Brasileira de Qualidade de Vida (utfpr.edu.br)). Acesso em: 25 jul. 2023.
- 29- FREDERICO. G.; et al. Qualidade de vida dos cirurgiões plásticos brasileiros. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**. v. 38, n. 0, p. 1-14, 2023.
- 30- NOVAES, N. S. et al. Avaliação da qualidade de vida de obesos pretendentes a cirurgia bariátrica. **Revista Psicologia, saúde e doenças**. v. 20, n. 0, p. 1-15, 2019.
- 31- ALMEIDA, E.; ANA MARIA PUJOL VIEIRA DOS SANTOS; AROSSI, G. A. Cirurgia bariátrica, qualidade de vida e atividade física: uma revisão de literatura. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 14, n. 91, p. 1344-1355, 7 fev. 2022.
- 32- GIL, A.; et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7ª. ed. São Paulo (SP): Atlas; 2022.



**9 APÊNDICES**

---

## APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

#### Convite aos Pacientes

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“CIRURGIA BARIÁTRICA: Aspectos Clínicos e Repercussões Psiquiátricas”** sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Richardson Miranda Machado, que objetiva o esclarecimento de aspectos clínicos relativos à cirurgia bariátrica, elucidando possíveis repercussões psiquiátricas no pós-operatório tais como ocorrência de transtornos alimentares (compulsão alimentar, bulimia e anorexia), transtornos afetivos (depressão, ansiedade e estresse), adoção de novas dependências, como o uso de álcool e/ou outras drogas, avaliação da qualidade de vida e satisfação dos pacientes com seus novos corpos, comparando o pré e pós-operatório e finalmente, identificar a ocorrência de transtornos de personalidade no pré e pós-operatório.

Entendemos que este estudo poderá trazer benefícios, como a ampliação do conhecimento sobre aspectos clínicos e psiquiátricos de pacientes pré e pós-cirúrgicos, favorecendo e subsidiando a elaboração de estratégias em saúde que melhorem a vida dos pacientes, implantando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde física e mental dos pacientes em questão.

Serão resguardados critérios que possam trazer riscos aos pesquisados, tais como, manutenção da privacidade e sigilo, assistência psicossocial ao paciente e familiares envolvidos no processo, respeito ao desejo de permanecer ou descontinuar integrantes à amostra e esclarecimentos objetivos e individualizados às demandas surgidas. Desta forma, consideramos que os benefícios do presente estudo, para os pacientes estudados e futuros candidatos à cirurgia bariátrica, superarão os riscos da mesma.

Caso esteja de acordo em participar desta pesquisa, você deverá responder a entrevista sócio-demográfica e posteriormente o preenchimento de escalas específicas, que podem ser aplicadas presencialmente ou em formato eletrônico, por meio de um link que será enviado para seu e-mail pelo qual você terá acesso a esses questionários. As escalas utilizadas são validadas e utilizadas internacionalmente, gerando dados para avaliação de possíveis problemas psiquiátricos, que são objetos deste estudo, sendo eles: ocorrência de transtornos alimentares; de transtornos afetivos; estresse; uso de álcool e/ou drogas; perda da qualidade de vida; acurácia perceptiva e da satisfação dos pacientes com seus corpos e a ocorrência de transtornos de personalidade.

Para reduzir efeitos e condições inesperadas que possam causar dano ao seu bem-estar ou de outros participantes, o psicólogo do serviço estará alerta e poderá ser acionado pelo pesquisador para lhes atender de forma imediata. O participante poderá pedir esclarecimentos, se desejar, bem como, em qualquer momento, interromper a sua participação, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

Rúbrica do pesquisador responsável

As informações coletadas, além dos termos de consentimento, serão mantidos sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos e após serão eliminados. Os resultados finais serão apresentados a todos os participantes do estudo e divulgados em seminários e por meio de artigos científicos, mas a confidencialidade da identidade dos participantes será preservada.

Todos os participantes dessa pesquisa receberão uma via deste documento imediatamente após o aceite e assinatura do mesmo.

É importante ressaltar que garantimos que em nenhum momento durante os processos de análise e divulgação dos resultados os participantes terão a identidade exposta.

Deste modo, você declara que aceita espontaneamente participar deste estudo, pois foi devidamente esclarecido sobre as questões da pesquisa e sobre a sua participação nela.

Declara ainda saber que pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Declara saber que pode obter informações sobre a pesquisa em qualquer momento com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del Rei- UFSJ.

Sendo assim, declaro que li, entendi e concordo com o que está disposto no atual documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos acima descritos.

Você concorda em participar desta pesquisa? Assinale uma alternativa:

- Sou maior de 18 anos, irei submeter-me ou submeti-me à cirurgia bariátrica e concordo em participar da pesquisa.
- Não quero participar da pesquisa.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<p><b>Contato do Pesquisador: Prof. Dr. Richardson Miranda Machado</b> - Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bairro Chanadour, CEP 35.501-296. Divinópolis – MG, Telefone: (37) 8801-9356. E-mail: richardson@ufsj.edu.br</p>	<p><b>Contato do Comitê de Ética UFSJ-CCO:</b> Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bairro Chanadour, CEP 35.501-296. Divinópolis – MG, Telefone: (37)3690-4489 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Rúbrica do pesquisador responsável





## ANEXO I -ESCALA ASSIST

Nome: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ASSIST - OMS

## QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

## NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras** – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de <b>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</b> , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de <b>((primeira droga, depois a segunda droga, etc...))</b> e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <b>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</b> ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

- | 8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?<br>(Apenas uso não médico) |                          |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| NÃO, nunca                                                                | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|                                                                           |                          |                                  |

## ANEXO II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

### WHOQOL – Escala de Avaliação da Qualidade de Vida

Pensando nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS,  
Leia cada questão, veja o que você acha e circule a opção que lhe parece a melhor

		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 a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas 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	O quanto você se sente em segurança 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 últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
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 de sua vida nas últimas duas 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 o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do 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?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, 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 você 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 o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

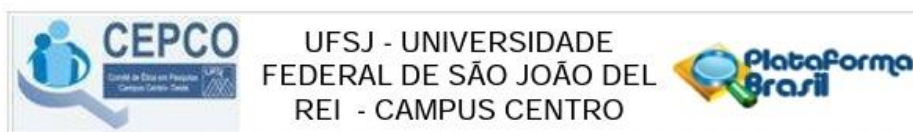
Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXO III -PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** CIRURGIA BARIÁTRICA: Aspectos Clínicos e Repercussões Psiquiátricas.

**Pesquisador:** Richardson Miranda Machado

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 91130518.1.0000.5545

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.330.917

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda que devido à dispersão geográfica dos pacientes a coleta de dados será em ambiente virtual. Primeiramente será feito contato por telefone com os pacientes com intuito de fazer o convite para responderem aos questionários, nesse momento o pesquisador se colocará a disposição para sanar quaisquer dúvidas que possam ocorrer. Posteriormente será enviado um link ou e-mail àqueles que concordarem em participar da pesquisa.

A plataforma a ser utilizada para esse fim será a Survey Monkey. Ressalta-se que os questionários serão precedidos pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual o paciente após lê-lo terá a opção de consentir ou não em participar voluntariamente da pesquisa. Caso o paciente opte por marcar a opção de "não participar", este não terá acesso ao formulário sem ônus ou prejuízo para o mesmo.

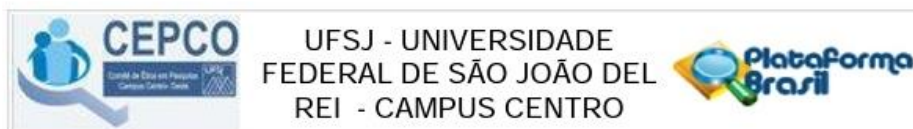
É importante frisar que a utilização de coleta de dados em ambientes virtuais proporciona vários benefícios como: o custo reduzido, o conforto dos participantes responderem à pesquisa no seu melhor tempo e local, a possibilidade de atingir um público diversificado, a diminuição de erros devido a inserção automática no banco de dados dentre outros (FALEIROS, 2016).

#### Objetivo da Pesquisa:

Conforme projeto inicial:

- Traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia

**Endereço:** SEBASTIAO GONCALVES COELHO  
**Bairro:** CHANADOUR **CEP:** 35.501-296  
**UF:** MG **Município:** DIVINOPOLIS  
**Telefone:** (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.330.917

bariátrica;

- Avaliar a ocorrência de transtornos alimentares: compulsão alimentar, bulimia e anorexia no pré e pós operatório;
- Avaliar a ocorrência de transtornos afetivos: depressão, ansiedade e estresse no pré e pós operatório;
- Avaliar o uso de álcool e/ou outras drogas pelos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica;
- Avaliar a qualidade de vida e a acurácia perceptiva e da satisfação dos pacientes com seus corpos no pré e pós-operatório;
- Avaliar a ocorrência de transtornos de personalidade no pré e pós operatório.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Serão resguardados critérios que possam trazer riscos aos pesquisados, tais como, manutenção da privacidade e sigilo, assistência psicossocial ao paciente e familiares envolvidos no processo, respeito ao desejo de permanecer ou descontinuar integrantes à amostra e esclarecimentos objetivos e individualizados às demandas surgidas. Desta forma, consideramos que os benefícios do presente estudo, para os pacientes estudados e futuros candidatos à cirurgia bariátrica, superarão os riscos da mesma.

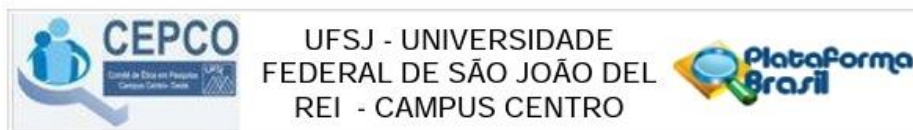
Benefícios: Ampliação do conhecimento sobre aspectos clínicos e psiquiátricos de pacientes pré e pós cirúrgicos, favorecendo e subsidiando a elaboração de estratégias em saúde que melhorem a vida dos pacientes, implantando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde física e mental dos pacientes em questão.

Serão resguardados critérios que possam trazer riscos aos pesquisados, tais como, manutenção da privacidade e sigilo, assistência psicossocial ao paciente e familiares envolvidos no processo, respeito ao desejo de permanecer ou descontinuar integrantes à amostra e esclarecimentos objetivos e individualizados às demandas surgidas.

Para reduzir efeitos e condições inesperadas que possam causar dano ao seu bem estar ou de outros participantes, o psicólogo do serviço estará alerta e poderá ser acionado pelo pesquisador para lhes atender de forma imediata. O participante poderá pedir esclarecimentos, se desejar, bem como, em qualquer momento, interromper a sua participação, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

As informações coletadas, além dos termos de consentimento, serão mantidas sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos e após serão eliminados. Sendo os resultados finais

<b>Endereço:</b> SEBASTIAO GONCALVES COELHO	<b>CEP:</b> 35.501-296
<b>Bairro:</b> CHANADOUR	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> DIVINOPOLIS
<b>Telefone:</b> (37)3690-4491	<b>Fax:</b> (37)3690-4491
	<b>E-mail:</b> cepco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.330.917

apresentados a todos os participantes do estudo e divulgados em seminários e por meio de artigos científicos, mas a confidencialidade da identidade dos participantes será preservada.

Todos os participantes dessa pesquisa receberão esse documento via e-mail assinado em todas as vias pelo pesquisador. Caso o participante opte em recebê-lo por outro meio, poderá solicitar ao pesquisador responsável que deverá, imediatamente, providenciar o envio.

É importante ressaltar que garantimos que em nenhum momento durante os processos de análise e divulgação dos resultados os participantes terão a identidade exposta.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Emenda para inclusão de coleta de dados via virtual.

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

Foram apresentados o projeto, TCLE e carta de justificativa com os ajustes para a emenda da coleta de dados.

**Recomendações:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEPCO recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa, apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

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

O Comitê compreende a relevância do trabalho bem como seu impacto científico e social e aprova a emenda para este protocolo de pesquisa apresentado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1341313_E1.pdf	02/05/2019 17:30:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3.docx	02/05/2019 17:27:10	Richardson Miranda Machado	Aceito
Outros	2.docx	30/04/2019	Richardson Miranda	Aceito

**Endereço:** SEBASTIAO GONCALVES COELHO  
**Bairro:** CHANADOUR **CEP:** 35.501-296  
**UF:** MG **Município:** DIVINOPOLIS  
**Telefone:** (37)3690-4491 **Fax:** (37)3690-4491 **E-mail:** cepco@ufsj.edu.br





Continuação do Parecer: 3.330.917

Outros	2.docx	15:44:03	Machado	Aceito
Outros	1.doc	30/04/2019 15:42:57	Richardson Miranda Machado	Aceito
Outros	895.pdf	04/10/2018 14:03:00	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Outros	456.pdf	04/10/2018 14:02:50	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Outros	123.pdf	04/10/2018 14:02:40	Elaine Cristina Dias Franco	Aceito
Outros	AlteracoesSolicitadasCEP.pdf	11/09/2018 13:30:48	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCorrigidoCEP.doc	06/07/2018 08:21:52	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCorrigidoCEP.pdf	06/07/2018 08:21:08	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausencia	TCLE.pdf	06/07/2018 08:16:32	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Outros	CheckListCEPCCO.pdf	17/05/2018 15:49:08	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	04/05/2018 20:17:40	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODOSETOR.pdf	04/05/2018 20:11:31	Ana Carolina Reis Peres Corgozinho	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

DIVINOPOLIS, 17 de Maio de 2019

Assinado por:  
Luciana Estefani Drumond de Carvalho  
(Coordenador(a))

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO  
Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-296  
UF: MG Município: DIVINOPOLIS  
Telefone: (37)3690-4491 Fax: (37)3690-4491 E-mail: cepco@ufsj.edu.br

