

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE VITÓRIA - EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MARIANA VON DOELLINGER ANDRADE

**POLÍTICA PÚBLICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: DISCUTINDO  
CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES  
ATENDIDOS EM GRUPO DE PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA**

VITÓRIA  
2014

MARIANA VON DOELLINGER ANDRADE

**POLÍTICA PÚBLICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: DISCUTINDO  
CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES  
ATENDIDOS EM GRUPO DE PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

VITÓRIA  
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

---

Andrade, Mariana Von Doellinger

A553P Política pública de alimentação e nutrição: discutindo condições socioeconômicas e estado nutricional de pacientes atendidos em grupo de preparação para cirurgia bariátrica / Mariana Von Doellinger Andrade. – 2014.  
141f. il.

Orientadora: Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Cirurgia bariátrica. 2. Obesidade. 3. Política de saúde. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

---

MARIANA VON DOELLINGER ANDRADE

**POLÍTICA PÚBLICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: DISCUTINDO  
CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES  
ATENDIDOS EM GRUPO DE PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 26 de junho de 2014.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória - EMESCAM  
Orientadora

---

Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória - EMESCAM

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Gilsa Helena Barcellos  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Dedico aos meus familiares.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter colocado as pessoas certas em meu caminho, me ajudando na construção desse sonho.

À minha mãe Lívia Von Doellinger de Andrade, pela ajuda incondicional e apoio necessário nas horas em que mais precisei de ajuda.

Ao meu pai, Luiz Antonio Pôncio pela credibilidade, pela coragem, exemplo de determinação e força.

À minha filha Julia, pelo carinho, pela sua ternura e compreensão de sempre.

Ao meu marido Ricardo por sempre me motivar, apoiar e acreditar em mim.

Ao Dr. Alexandre Ruschi que, em 2006, acreditou na minha capacidade como nutricionista. Nunca me esquecerei.

Ao Dr. Henrique Zacharias pela oportunidade e pelo exemplo de determinação.

À minha orientadora Professora Dr. Luciana Sogame pela paciência e dedicação.  
Obrigada.

“Coloque Deus em tudo e o resto virá.”

## RESUMO

A obesidade representa um grande problema de saúde pública, por possuir elevada ocorrência de comorbidades associadas à mortalidade e acarretar impacto negativo na qualidade de vida (QV). A atual política pública de alimentação e nutrição (PPAN) tem como um dos objetivos reduzir a estabilização do excesso de peso. Uma das opções para o tratamento dessa doença é a cirurgia bariátrica que segue protocolo definido pelo Ministério da Saúde e inclui a realização de preparo pré-operatório. Esta pesquisa teve como objetivo realizar um histórico da PPAN, bem como identificar as condições socioeconômicas, perfil nutricional e QV de pacientes atendidos em um serviço de atenção a obesidade de preparação para cirurgia bariátrica (GAP). Para tanto foi realizado uma pesquisa bibliográfica, documental e um estudo descritivo de serie de casos de 12 pacientes do GAP da UNIMED, que conta com 6 encontros quinzenais. Aplicou-se na primeira e ultima sessão o questionário ABEP para identificar as condições socioeconômicas; foi realizada avaliação antropométrica (peso, IMC e medida da circunferência da cintura- CC) e aplicado questionário SF36 para avaliar a QV. Participaram pacientes adultos de ambos os sexos (maioria mulheres), que se declararam bancos, idade média de  $43 \pm 9$  anos, da região metropolitana de Vitória, baixa escolaridade. No perfil socioeconômico a classe social B2 foi predominante e 83% apresentavam renda de 2 a 3 salários mínimos com media de 2 dependentes. Quanto aos dados antropométricos na 1ª e 6ª sessão verificou-se média de peso de  $119,7 \pm 21,8$  Kg e  $118,1 \pm 19,4$  Kg, IMC de  $45,7 \pm 6,5$  Kg/m<sup>2</sup> e  $44,7 \pm 5,8$  Kg/m<sup>2</sup>,  $127,5 \pm 12,2$  cm e  $118,5 \pm 13,4$  cm, respectivamente; 100% apresentavam comorbidades (hipertensão, diabetes, e/ou esteatose hepática). Na avaliação de QV observou-se melhora de aspectos relacionados a vitalidade (46 vs 54), sociabilidade (31.8 vs 60.5), saúde mental ( 42.7 vs 57). Conclui-se que a PPAN no Brasil ao longo dos anos foi caracterizada por objetivos que em diferentes momentos históricos chegam a ser divergentes. Neste contexto podemos citar a implantação de restaurantes em centros urbanos para trabalhadores, com objetivo de melhorar a capacidade produtiva; reduzir a desnutrição por intermédio de planos de merenda escolar e estímulo a comercialização de alimentos básicos, e por fim prevenir e combater a obesidade e o sobrepeso da população. A participação do GAP proporcionou uma importante melhora na QV.

**Palavras- chave:** Política de Saúde. Obesidade. Cirurgia bariátrica.

## ABSTRACT

Obesity is a major public health problem, because it has high incidence of comorbidities associated with mortality and cause negative impact on quality of life. Current public policy on food and nutrition has as an objective the stabilization of reducing excess weight. One of the options for treatment of this disease is bariatric surgery following protocol defined by the Ministry of Health and includes conducting pre-operative preparation. This research aimed to conduct a history and identify socioeconomic, nutritional status and quality of life conditions of patients treated at a Desk obesity in preparation for bariatric surgery (GAP). Therefore, we conducted a bibliographical, documentary research and a descriptive case series study of 12 patients GAP Unimed, which has 6 fortnightly meetings. It was applied in the first and the last session ABEP questionnaire to identify the socioeconomic conditions; anthropometric measurements (weight, BMI and waist circumference measurement-CC) was performed and applied to assess the SF36. Participated in adult patients of both sexes (mostly women) who declared themselves banks, mean age  $43 \pm 9$  years, the metropolitan area of Victoria, low education. Socioeconomic profile in social class B2 was predominant and 83% had income 2-3 minimum wages to average 2 dependents. In demographics in 1st and 6th session there was a mean weight of  $119.7 \pm 21.8$  kg and  $118.1 \pm 19.4$  kg, BMI  $45.7 \pm 6.5$  kg / m<sup>2</sup> and  $44.7 \pm 5.8$  kg / m<sup>2</sup>,  $127.5 \pm 12.2$  cm and  $118.5 \pm 13.4$  cm, respectively; 100% had comorbidities (hypertension, diabetes, and / or hepatic estetaose). In quality of life observed improvement in aspects related to vitality (46 vs 54), sociability (31.8 vs. 60.5), mental health (42.7 vs 57). We conclude that the public policy on food and nutrition in Brazil over the years has been characterized by goals that at different historical moments come to differ. In this context we mention the deployment of restaurants for workers in urban centers, with the aim of improving the productive capacity; reduce malnutrition through school feeding plans and stimulate the commercialization of staple foods, and ultimately prevent and combat obesity and overweight population. The participation of GAP provided a significant improvement in quality of life.

**Keywords:** Health Policy. Obesity. Bariatric surgery.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABN	Associação Brasileira de Nutrição
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BGYR	Y-de-Roux
CAPSP	Conjuntura Alimentar e o Problema de Saúde Pública
CD	Câmara dos Deputados
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CES	Câmara de Educação Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CME	Campanha da merenda escolar
CNA	Conselho Nacional de Alimentação
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRFB	Constituição da República Federativa Brasileira de 1988
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo (Estado)
FAO	Organização das Nações Unidas Para a Alimentação e Agricultura
FEBRAN	Federação Brasileira de Nutrição
FIOCRUZ	Fundação Instituto Osvaldo Cruz
FSP/USP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
HA	Hipertensão Arterial
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHSP	Instituto de Higiene de São Paulo
IMC	Índice de Massa Corporal
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
ITA	Instituto de Tecnologia de Alimentos
Kg/m <sup>2</sup>	Quilograma por metro quadrado
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social de Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
nº	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PAEAIA	Plano de Assistência e Educação Alimentar a Infância e à Adolescência
PAT	Programa de Alimentação ao Trabalhador
PEEDNCT	Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não <i>Transmissíveis</i>
PEPCABS	Programas de Estímulo à Produção e Comercialização de Alimentos Básicos
PEs	Planos de Estudo
PIA/PNAN	Programa Integrado de Nutrição Aplicada Projeto Integrado de Promoção de Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição
PMOC	Pró-Ópio-Melanocortina

PNA	Plano Nacional de Alimentação
PNAE	Plano Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNME	Programa Nacional de Merenda Escolar
PNS	Programa de Nutrição em Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PRPAs	Planos Regionais de Política Alimentar
PSA	Programa de Suplementação Alimentar
PTAs	Planos de Tecnologia Alimentar
R\$	Reais (moeda)
RNRegião	Nordeste
SAL	Serviço Central de Alimentação
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SBB	Síndrome de Bardet-Biedl
SESAN	Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SF	Senado Federal
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPW	Síndrome de Prader-Willi
SUS	Sistema Único de Saúde
UGF	Universidade Gama Filho
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICO

Tabela1 - Valores de limite inferior e variação segundo a <i>Raw Scale</i> de acordo com cada domínio.....	67
Gráfico1 - Distribuição de Municípios dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012.....	68
Tabela 2 - Distribuição de gênero e idade dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012.....	69
Tabela 3 - Nível de escolaridade conforme sexo dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012.....	72
Tabela 4 - Renda dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012.....	73
Tabela 5 - Perfil socioeconômico dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012.....	73
Tabela 6 - Doenças associadas dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012.....	75
Tabela 7 - Médias de peso, IMC e CC dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012.....	76
Tabela 8 - Perfil do estado nutricional dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012.....	77
Tabela 9 - Média dos domínios do SF36 dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012.....	78

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>12</b>
<b>2 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS, OBESIDADE E QUALIDADE DE VIDA.....</b>	<b>20</b>
2.1 A INFLUÊNCIA DA OBESIDADE/ CIRURGIA BARIÁTRICA NO ESTADO PSICOSSOCIAL E NA QUALIDADE DE VIDA.....	34
<b>3 POLÍTICA PÚBLICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL: HISTÓRICO.....</b>	<b>41</b>
<b>4 ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DE PACIENTES PARTICIPANTES DO GRUPO DE CIRURGIA BARIÁTRICA.</b>	<b>60</b>
4.1 PERFIL E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DOS PACIENTES.....	67
4.2 PERFIL NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA.....	75
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>96</b>
ANEXO A - Portaria Interministerial nº 1.570, de 28 de junho de 2007.....	97
ANEXO B - Portaria Interministerial 1.569, de 28 de junho de 2007.....	98
ANEXO C - Portaria Interministerial nº 492, de 31 de agosto de 2007.....	100
ANEXO D - Parecer Consubstanciado n. 157.145, do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.....	127
ANEXO E - Formulário de adesão ao grupo.....	130
ANEXO F - Questionário de qualidade de vida (SF36).....	131
ANEXO G - Questionário de conhecimento sobre a cirurgia bariátrica.....	135
ANEXO H – Formulário socioeconômico.....	136
ANEXO I – Classificação do Índice de Massa Corporal - IMC.....	137
ANEXO J – Classificação da Circunferência da Cintura.....	138
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>139</b>
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	140
APÊNDICE B - Formulário de coleta de dados antropométricos.....	141

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Há cerca de cem anos, já existia uma preocupação em relação à alimentação adequada. No Brasil, a obesidade se tornou um problema de Saúde Pública, em função de sua abrangência, sendo tratada como uma pandemia devido à sua alta prevalência, estando presente tanto em adultos quanto em crianças (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2004, o excesso de peso e a obesidade já acometiam aproximadamente 40% da população adulta e, em 2006, 43,3% dos adultos estavam com excesso de peso, sendo 39,5% de homens e 47,3% de mulheres. Desse total, 2% dos sujeitos eram considerados obesos mórbidos de grau III ( $IMC^1 > 40 \text{ Kg/m}^2$ ). BRASIL, 2006)

Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do citado Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) apontam que, em 2009, 21,7% dos brasileiros na faixa de 10 a 19 anos estavam com excesso de peso.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS) (2012), 51% da população acima de 18 anos estavam acima do peso ideal. O excesso de peso atingiu 54% dos homens e 48% das mulheres. Entre julho de 2012 a fevereiro de 2013, 18% das mulheres estavam obesas e entre os homens a obesidade era de 16%. A maior frequência de excesso de peso em homens foi observada no estrato de maior escolaridade e, em mulheres, no estrato de menor escolaridade (BRASIL, 2012).

A obesidade é uma doença crônica definida através do acúmulo de gordura excessiva, que pode comprometer a saúde do indivíduo nessa condição. A consequência acarretada pela obesidade relaciona-se a várias enfermidades, como: cardiovasculares, cerebrovasculares, *Diabetes Mellitus* (DM) não insulino-dependente, Hipertensão Arterial (HA) sistêmica, certos tipos de câncer e ainda prejuízos psicológicos relacionados à doença (SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

---

<sup>1</sup> IMC = Índice de massa corporal.

Dessa forma, o indivíduo, quando obeso, pode diminuir sua expectativa de vida em aproximadamente 12 anos em relação aos indivíduos de peso normal (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

O *vulcão adormecido* da obesidade na saúde, quando acordou, teve reflexos diretos no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo dados do SUS, entre 1998 e 2009, os gastos com a saúde atribuídos à obesidade foram de R\$1.997.341.724,45, valores ajustados para outubro de 2010. Maior parcela dos custos deveu-se a internações por angina pectoris, que apresentaram custo de R\$ 967.098.182,13; seguida de Acidente Vascular Cerebral (AVC), responsável por um custo global de R\$247.124.496,88 e *Diabetes Mellitus*, que atingiu R\$179.532.520,02. (MAZZOCANTE, 2012)

A causa da obesidade pode estar relacionada à falta de conhecimento da população em relação à educação voltada para a alimentação e também a fatores ambientais como: *transportes* públicos com rotas muito próximas, falta de atividades locais e de lazer, tempo de jornada de trabalho. Dependendo do tempo gasto em cada uma dessas atividades, interfere diretamente no gasto de energia, favorecendo negativamente para o ganho de peso excessivo, e também se pode delegar a responsabilidade das causas a programas de mídia e propaganda. (FRANCISCHI et al., 2000)

Esses fatores ambientais, estando relacionados com a genética do indivíduo, sendo esta a obesidade poligênica, levam a alterações de níveis de leptina, mutações com perda de funções do gene PMOC (pró-ópio-melanocortina), síndrome de Prader-Willi (SPW) e síndrome de Bardet-Biedl (SBB). (ROMERO; ZANESCO, 2006; CARVALHO, 2007)

Do ponto de vista nutricional, isoladamente, a causa da obesidade está relacionada à piora dos hábitos alimentares. Para explicar esse dado, sugere-se que o aumento do acesso cada vez mais frequente de alimentos industrializados, geralmente com alto teor calórico à base de gorduras, principalmente a saturada e a *trans*, tem sido,

em conjunto com os avanços tecnológicos, uma das principais causas da obesidade. (COUTINHO, 2012)

A Obesidade é classificada através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), sendo feito pela divisão do peso em Kg pela altura do indivíduo ao quadrado. Esse resultado classifica os diferentes graus da obesidade, sendo divididos em três graus. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a classificação de obesos varia de grau I (30-34,9Kg/m<sup>2</sup>), grau II (35-39,9Kg/m<sup>2</sup>) e grau III (maior ou igual que 40kg/m<sup>2</sup>). Quanto maior o IMC, maior a chance de se desenvolverem comorbidades. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006)

No caso da obesidade grau II, quando acompanhada de alguma comorbidade, como hipertensão, diabetes, resistência insulina, artropatias, síndrome metabólica, e da obesidade grau III, acompanhada de alguma comorbidade ou não, existe indicação cirúrgica para o tratamento da obesidade. (GARRIDO JÚNIOR, 2003)

A cirurgia da obesidade ou cirurgia bariátrica vem sendo feita há mais ou menos 50 anos, tendo o seu início na década de 50 com operações apenas desabsortivas. Após frequentes intercorrências, como diarreias, desidratação, vômitos e problemas hepáticos, passaram então a predominar os procedimentos que limitam a ingestão de alimentos, seja pela simples restrição da capacidade do estômago, seja por sua divisão e ligação ao intestino delgado, sendo a cirurgia bariátrica de bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR), também conhecida como técnica de *Fobi-Capella* sendo esta utilizada nos pacientes obesos desta pesquisa. (GARRIDO JÚNIOR, 2003)

Essa cirurgia é considerada o *padrão ouro* para realização da bariátrica, onde há uma redução do estômago de 30 a 50 ml, sendo ligado a um segmento do intestino delgado, enquanto a maior parte do estômago fica fora do trânsito alimentar (RAMOS; IKEDA, 2004). Bose (citado por MIGUEL, 2009), afirma que essa operação proporciona redução de peso expressiva e sustentada em longo prazo, remissão e controle de diversas doenças associadas, além da melhora nos indicadores de qualidade de vida.

No Brasil, a técnica de BGYR inclui-se entre os procedimentos de alta complexidade cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme regulamentação legal estabelecida em 2001 e, apenas em 2006, as diretrizes para sua indicação e os cuidados profissionais foram revisados. Como se vê, o procedimento é relativamente novo no País, e os seus resultados necessitam de avaliação periódica (NOVAIS et al., 2010).

O resultado do indivíduo operado depende muito do acompanhamento do paciente obeso, previamente à cirurgia, devendo ser realizado por, no mínimo, dois anos; caso contrário, interfere negativamente no tratamento pós-operatório. Esses pacientes, geralmente, são ansiosos, pois lutam pelo emagrecimento por um longo período. Porém, na maioria das vezes de forma indiscriminada, através do uso de fórmulas frequentes e de dietas *milagrosas*. No período de acompanhamento pré-operatório, isso gera uma busca da resolutividade cirúrgica de forma imediata, sem tratamento interdisciplinar anterior, piorando assim sua qualidade de vida no pós-cirúrgico devido à falta de preparo adequado e de conhecimento. (NOVAIS et al., 2010)

Esses danos retratam consequências na saúde pública e privada; porém, apenas a partir da década de 2000, houve uma reestruturação das ações de prevenção em saúde voltadas para a população. A geração anterior a esse período pode ter desenvolvido a obesidade.

Mesmo com a reestruturação de programas de atenção à saúde do Governo Federal voltados para a alimentação saudável e prevenção de obesidade, em 2011 foi verificado que, em ambos os sexos, o peso aumentava com a idade, principalmente após os 44 anos em homens e até os 64 anos em mulheres. (LABOISSIÈRE, 2012)

Pode-se explicar essa realidade através do tipo de atenção da política pública existente em meados da década de 30 e 60 no Brasil, que era principalmente voltada para a prevenção de carências nutricionais, como as hipovitaminoses por deficiência de Vitamina A, Iodo e de falta de minerais como o Ferro, dentre outros.

Foram várias as formas de enfrentamento do cuidado nutricional criadas pelo governo brasileiro, que culminaram também na regulamentação da profissão de nutricionista, em 1962, pelo Decreto-Lei nº 265, sendo que, anteriormente a este processo, existiam apenas Cursos Técnicos em Nutrição, precursores dos atuais Cursos Superiores de Graduação. (VASCONCELOS, 2002)

As políticas públicas, de meados de 2008 até os dias de hoje, começaram a entender a magnitude do problema e a focar na atenção primária em saúde, com orientação alimentar e orientação quanto à prática regular de atividade física, apesar de o Estado *haver deixado* evoluírem muitos casos de crianças e de adultos, que foram crianças obesas. Devido a preocupação primordial do fortalecimento da mão de obra no intuito de aumentar a produtividade, além de se preocupar com as deficiências nutricionais, com foco no aumento da demanda de alimentos temos atualmente no país um conjunto de doenças, que vêm em conjunto com o excesso de peso e que aumentam os gastos do governo em saúde, através do SUS. (VASCONCELOS, 2008)

Então, diante das afirmações anteriores, pode-se supor que a obesidade, atualmente, pode ser considerada como um reflexo da política de atenção à saúde praticada na década passada, pois, nesse período, a atenção primária era focada em deficiências nutricionais e no fortalecimento da força de trabalho. Não existia uma política com foco de prevenção em ganho de peso, o que possivelmente culminou com o atual perfil epidemiológico. Essa realidade, associada ao fato de a autora do presente trabalho ser nutricionista, colaboradora de um Centro de Especialidades Médicas (CEM) situado em Vitória, Estado do Espírito Santo (ES), e por lidar diretamente com os pacientes desde o seu diagnóstico de obeso até a consulta pré-operatória de cirurgia bariátrica, motivou a realização desta pesquisa.

Em 2006, a pesquisadora foi selecionada para trabalhar em uma Cooperativa de trabalho médico de Vitória, época na qual iniciou a pesquisa voltada para a conclusão do Curso de Pós-Graduação da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), sendo o tema *Perfil Nutricional dos primeiros*

100 pacientes atendidos por um programa de *Prevenção e Monitoramento em Saúde*. Essa pesquisa foi concluída em 2008 e, após a realização da mesma, a pesquisadora observou que os pacientes pesquisados apresentavam sobrepeso e obesidade, sendo estas desordens associadas à má alimentação, ao sedentarismo e, também, à falta de informação.

Posteriormente a esse trabalho, a pesquisadora assumiu a coordenação de um grupo de preparação para a cirurgia bariátrica, sendo a nutricionista referência do setor para pacientes que iriam se submeter à cirurgia. Então, surgiu o interesse em aprofundar o estudo pela obesidade e suas desordens metabólicas, iniciando, em 2010, uma segunda pós-graduação em Obesidade e Emagrecimento, pela Universidade Gama Filho (UGF), Rio de Janeiro (RJ), tendo defendido, em novembro de 2011, o Trabalho de Conclusão de Curso, com o tema *Benefício da cirurgia bariátrica no tratamento do diabetes do tipo dois*. Na ocasião, a pesquisadora observou que a obesidade também se trata de uma desordem metabólica, principalmente entre os mais pobres, classe que compõe o perfil do plano de saúde no qual atua, e que os indivíduos que iriam se submeter a esse processo cirúrgico já haviam feito outros tratamentos anteriores pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando surgiu a oportunidade de cursar o Mestrado em *Políticas Públicas e Desenvolvimento Local* na EMESCAM, a pesquisadora voltou seu pensamento para a questão da saúde pública no Brasil, com o objetivo de discutir as políticas que envolvem o paciente obeso, iniciando, assim, o embrião para a dissertação de Mestrado que teve como objetivo geral descrever o processo histórico do desenvolvimento da atual política de alimentação e nutrição no Brasil e as condições socioeconômicas, estado nutricional de pacientes atendidos em um serviço de atenção à obesidade, de preparação para a cirurgia bariátrica.

Como objetivo primário, foi feita uma análise das políticas de alimentação e nutrição no Brasil e das condições socioeconômicas além de estado nutricional, dos pacientes atendidos em um serviço de atenção à obesidade, de preparação para a cirurgia bariátrica. Já como objetivo secundário o estudo baseou-se em discutir as

políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil, classificar decretos, leis e portarias, abordar historicamente a evolução da legislação nacional de assistência ao portador de obesidade além de discutir a legislação atual e normas que regulam a cirurgia bariátrica.

A pesquisa de campo está voltada para a influência de um grupo de preparação para a cirurgia bariátrica, realizada com objetivo de verificar a visão da qualidade de vida e dos hábitos alimentares dos indivíduos participantes do grupo, assim como identificar o perfil socioeconômico e nutricional dos referidos pacientes.

Como profissional da área de nutrição, a pesquisadora interessou-se por estudar essa temática, pois acompanha os pacientes desde o seu diagnóstico de obeso até o momento da cirurgia e no pós-operatório. No primeiro encontro do grupo são relatados, pelos participantes, os motivos que os trazem e, dentre esses motivos, são relatadas muitas queixas em relação à vida pessoal, profissional e durante o cotidiano dos participantes.

Mas também foi observado, de forma não sistemática, que, no final do grupo, ou seja, na última reunião, foi relatado um alívio pelos pacientes e foi feito um agradecimento por terem participado do trabalho proposto. Devido a isso, a pesquisadora interessou-se por estudar mais profundamente o que realmente mudou e o que necessariamente fez com que eles se sentissem mais seguros para a realização da cirurgia bariátrica.

Pelo lado pessoal, a pesquisadora observa como a participação no grupo de preparo interfere na qualidade de vida do paciente e espera, assim, que as atividades do programa ajudem também o paciente, no futuro, a lidar de forma tranquila e eficiente com o estilo de vida pós-cirúrgico.

Para esta pesquisa, foi realizada no primeiro momento, leitura acerca da política pública de saúde, com enfoque na política de atenção ao paciente obeso (obeso mórbido e pós-bariátrico). Para a realização da revisão bibliográfica, foram utilizados

artigos científicos de acervo dos bancos de dados Scielo<sup>®</sup>, PubMed<sup>®</sup> e biblioteca da EMESCAM. Essas Publicações apresentam-se, originalmente, em Inglês, Português e Espanhol, variando desde a época do início da história da política de alimentação e nutrição no País até os dias atuais. As palavras-chave utilizadas foram: *obesity, bariatric surgery, nutrition policy and nutrition prevention, quality of life*.

No segundo momento da pesquisa, foi realizada uma classificação documental sobre leis, decretos, portarias e normas relacionadas à temática, assim como uma abordagem histórica sobre o surgimento e a evolução da legislação nacional de assistência ao paciente portador de obesidade, culminando com a legislação atual e normas que regulam a cirurgia bariátrica. No terceiro momento foi feita a pesquisa de campo com entrevistas e análise quantitativa dos dados.

No terceiro momento foi feita a pesquisa de campo caracterizada como série de casos com abordagem descritiva e com análise quantitativa dos dados. Nesta etapa da pesquisa foi realizado o perfil dos pacientes (sexo, idade, profissão, cidade de origem, nível de escolaridade e doenças associadas); avaliação das condições socioeconômicas (através da aplicação do questionário adaptado da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas - ABEP); avaliação da qualidade de vida com aplicação do questionário validado SF36 (*Medical Outcomes Study – Item Short Form Health Survey*) e avaliação do perfil nutricional (peso, estatura, índice de massa corporal)

A seguir, são apresentados os resultados desta pesquisa, divididos em três capítulos a saber: condições socioeconômicas, obesidade e qualidade de vida; política pública de alimentação e nutrição no Brasil: histórico; estado nutricional e características socioeconômicas de pacientes submetidos ao grupo de cirurgia bariátrica

## 2 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS, OBESIDADE E QUALIDADE DE VIDA

O trabalho, como ação humana social, compreende a capacidade de o homem modificar o meio em que vive, bem como a si mesmo, mediado pelos instrumentos fabricados. O homem, ao mesmo tempo em que *transforma* a natureza também é modificado por ela e, devido a esta força bruta exigida, pode ser acometido por patologias que comprometem o bem estar físico e psíquico. (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005)

Com a introdução tecnológica e científica no processo produtivo, com a globalização e com o Capitalismo contemporâneo, o ambiente de trabalho tornou-se competitivo e aumentaram as cobranças sobre o profissional atuante quanto às suas habilidades e funções, expondo a mão de obra a um grau elevado de sobrecarga, tensão e estresse. O trabalhador luta para se adaptar às mudanças rápidas em curto período de tempo e para manter-se empregado. (LOPES; PONTES, 2009)

Porém, a tecnologia e o avanço científico, apesar de facilitarem o acesso às informações e o contato entre as pessoas, tornam o trabalhador submisso ao sistema de capital e às suas atividades laborais até mesmo em momentos fora do trabalho, como: lazer, convívio familiar e do descanso, já que o profissional torna-se dependente de acompanhar e responder *e-mails*, telefonemas e manter contatos por meio de redes sociais. (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005)

A ação do homem, inserida neste sistema através do uso de sua força de trabalho, limitou o modo antigo de produção, como a do regime feudal, onde a ruralização da economia era um dos focos principais deste sistema e o gasto metabólico era muito

maior. Com o incentivo da industrialização no país, o homem necessitou se adaptar para a sobrevivência, principalmente na Revolução Industrial. (ROSSI, 2001)

O Brasil teve importantes mudanças econômicas, ocorridas categoricamente no governo Getúlio Vargas (1930-1945) que, apesar do protecionismo, voltava sua atenção para a implantação de indústrias multinacionais do setor de siderurgia, mineração, mecânica pesada e setor químico. O país mudou o seu modelo econômico de agrário-exportador para o industrial, trazendo o êxodo rural desordenadamente para as capitais, aumentando a imigração para as grandes cidades. (ROSSI, 2001)

A emigração para os grandes centros fez surgir, também, a mudança do modelo de trabalho que era focado no sexo masculino, sendo que, mesmo com o domínio de classes resultante pelo Capitalismo, surgiu a luta feminina em busca de seus direitos como espaço na vida pública, na Educação e no mercado de trabalho, tendo em vista a necessidade de buscar também o sustento do lar. (PINTO, 2009)

A inserção de mulheres no trabalho veio crescendo a partir do governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), quando se abriram ainda mais as portas para as indústrias multinacionais, como roupas, calçados, alimentos industrializados, remédios e bebidas. Anteriormente a este período, o homem era a fonte de sustento da família, saía para trabalhar e a dona de casa ficava responsável pelos afazeres domésticos. (PINTO, 2009)

Na década de 1990, as mulheres se fortaleceram e passaram a também serem provedoras unilaterais do lar, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), neste período, as famílias comandadas por mulheres passaram de 18% do total para 25%, como também o aumento da renda salarial. Este aumento do poder aquisitivo, somado à abertura de mercados do Brasil, incentivou principalmente o consumo de alimentos rápidos e de fácil preparo, os industrializados. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1990)

O salário mínimo foi se adaptando, os direitos dos trabalhadores, em ambos os sexos, foram aumentando e a mais-valia ainda vem da troca da mão de obra pelo salário mínimo no ano de 2013 de R\$678,00, que torna impossível seguir algum padrão de segurança alimentar. Em média, se a família possui duas pessoas adultas e três crianças, o gasto total mensal com gêneros alimentícios de primeira necessidade, como: arroz, feijão, carne, óleo e café ficam em torno de R\$510,00. Com isso, o acesso a alimentos considerados seguros, aliado à ausência feminina no lar e também a necessidade dos adolescentes já buscarem trabalho, vítimas do sistema, diminui o acesso à qualidade de vida; sendo assim, diminuiu o bem estar físico, mental, psicológico, emocional e saúde principalmente das classes sociais da sociedade classificadas como classe D e classe E. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013)

Segundo a lista de classe social no Brasil, a classe A classifica-se entre mais de quinze salários mínimos, classe B de cinco a quinze salários mínimos, classe C de três a cinco salários mínimos, Classe D de um a três salários mínimos e classe E até um salário mínimo. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013)

Comparando as classes sociais de menor poder aquisitivo, o valor da cesta básica, no ano de 2013, na cidade de São Paulo foi R\$ 327,44; a cidade de Vitória, ES vem em segundo lugar com R\$ 310,73, seguida por Manaus/AM (R\$ 310,52) e Porto Alegre/RS (R\$ 305,91). Os menores valores médios foram observados em Aracaju/SE (R\$ 239,36), Salvador/BA (R\$ 259,73) e Campo Grande/MT (R\$ 264,87). (ROMILDO, 2013)

Lopes, Pousa e Neves (2008) verificaram também que nas famílias de baixa renda o consumo padrão das cestas básicas atinge um valor calórico *per capita* de 2000 Kcal, apresentado um déficit nas recomendações de proteína, carboidrato e um aumento de lipídeos e de Sódio. As quantidades de fibras e de nutrientes como Ferro e Cálcio não satisfazem as necessidades diárias destas famílias aumentando a desordem nutricional, com deficiência de nutrientes e aumento de peso.

O aumento da prevalência da desordem nutricional no Brasil torna-se ainda mais relevante ao se verificar que, apesar de estar distribuído em todas as regiões do País e nos diferentes estratos socioeconômicos da população, é proporcionalmente mais elevado entre as famílias de baixa renda e, principalmente, onde é dominado pela chefia feminina. (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004)

Nos últimos dez anos, houve um crescimento expressivo das famílias com responsável do sexo feminino, no ano de 2000 eram representadas por 77,8% dos homens contra 22,2% das mulheres, enquanto no ano de 2010 este índice diminuiu em homens 62,7% e aumentou para mulheres 37,3%. Os motivos para este aumento podem ser creditados a uma mudança de valores culturais relativas ao papel da mulher na sociedade brasileira, ao ingresso no mercado de trabalho, combinados com a redução da fecundidade, fatores que podem explicar este reconhecimento da mulher como responsável pela família. É fortemente representada nos arranjos familiares onde não há cônjuge, principalmente onde todos os filhos têm 14 anos ou mais de idade. Neste caso, é possível encontrar mães solteiras ou separadas com filhos já criados ou até mesmo viúvas, cujos filhos permanecem em casa por opção ou necessidade, ou ainda já buscam trabalho quando adolescentes. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

Mesmo com a maior participação das mulheres no mercado de trabalho e as mudanças nos padrões familiares brasileiros, a responsabilidade no cuidado dos afazeres domésticos ainda era predominantemente feminina em 2006. De 1995 a 2005 foi observado um tímido aumento da participação dos homens no cuidado de afazeres domésticos (cerca de 2 pontos percentuais (p.p.) na população de 10 anos ou mais de idade) e uma variação um pouco menor entre a população ocupada (0,8 p.p.). A análise destes indicadores mostra que ainda está longe uma divisão igualitária de tarefas entre homens e mulheres no ambiente doméstico: em média as mulheres gastavam 25,2 horas semanais nestas atividades contra 9,8 horas dos homens. (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006)

Segundo um inquérito nacional realizado em 1989, cerca de 27 milhões de adultos, representando 32% da população, apresentavam problemas de excesso de peso. Destes, cerca de 11 milhões eram homens e 16 milhões eram mulheres, correspondendo a 27% e 38% da população masculina e feminina, respectivamente. No ano de 2012, segundo a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), verificou-se que entre os homens, o excesso de peso atingiu 54% e entre as mulheres, 48%. (BRASIL, 2012)

Em outro estudo realizado por Souto e Ferro-Bucher (2006), observou-se que cerca de 90% das mulheres fazem dieta em algum momento da vida, e que apenas 15% destas mulheres possuem realmente obesidade, desenvolvendo então uma anorexia nervosa, com desvios de imagem pessoal. Este mesmo artigo informou que as dietas são feitas de forma indiscriminada, com uso de fórmulas com frequência.

Em relação ao consumo de alimentos, verificou-se que entre o período de 1987 e 1988, o consumo de carboidratos era de 57,96%, enquanto que no período entre 2002 e 2003 foi de 55,9%. Já o consumo das proteínas, no mesmo período, aumentou de 12,57% para 13,58%, sendo também observado um aumento do consumo de gorduras, principalmente as saturadas, que foram de 7,47% a 9,6%; este aumento pode ser também devido ao maior consumo de proteínas, uma vez que estes alimentos vêm em conjunto com as gorduras, principalmente as saturadas.

Já na pesquisa de consumo alimentar da família brasileira entre os anos de 1995-1996 e 2002-2003 constatou-se um aumento do consumo de alimentos industrializados, embutidos, como também de refrigerantes e uma diminuição de alimentos como leguminosas, frutas e verduras, fonte de fibras e que ajudam a diminuir o processo de excesso de peso, consumidos com frequência, voltando-se aí à questão da chefia feminina, em que, para o sustento da casa, necessitam de alimentos de mais fácil preparo como os industrializados; em consequência disso vem um conjunto de Sódio, gordura saturada e *trans*. (BRASIL, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1996)

No período entre 2008-2009 o consumo alimentar maior ocorreu para feijão (182,9 g/dia), arroz (160,3 g/dia), carne bovina (63,2 g/dia), sucos (145,0 g/dia), refrigerantes (94,7 g/dia) e café (215,1 g/dia). Valores ao redor de 50 g/dia, *per capita*, foram observados para pão de sal (53,0 g/dia), sopas e caldos (50,3 g/dia). (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009)

O percentual de consumo fora do domicílio em relação ao consumo total foi maior do que 50% para cerveja (63,6%) e cinco vezes mais consumidas por homens; salgados fritos e assados (53,2%); salgadinhos industrializados (56,5%). Foi demonstrado, também, que houve aumento na aquisição dos produtos saudáveis como frutas e verduras, assim como o leite desnatado e os derivados com menor teor de gordura saturada pela população com maior renda e maior tempo de estudo; em contrapartida, o consumo de refrigerantes pela população com maior renda aumentou e o consumo de refrigerantes diet (sem adição de açúcar) é quase inexistente na menor categoria de renda, classes D e E. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009)

Na última pesquisa da VIGITEL, em 2012, o consumo de gordura saturada aumentou para carnes gordas (31,5%) e leite integral (53,8%) e, quanto aos refrigerantes. Neste mesmo ano, foi verificado que 26% dos brasileiros ingeriram este tipo de bebida ao menos cinco vezes por semana. (BRASIL, 2012)

A gordura saturada é mais comum na mesa das pessoas com menos de oito anos de estudo, sendo que 32% comem carne com excesso de gordura e 53% bebem leite integral regularmente nesta população, enquanto entre a população com maior escolaridade, os percentuais registrados estão abaixo da média nacional, com 27% e 47%. (BRASIL, 2012)

Com o aumento da renda, identificou-se uma tendência de aumento de consumo fora do domicílio para muitos itens como o arroz, saladas, peixe fresco, com exceção para batata-doce, biscoito recheado, carne bovina e presunto. Porém, há itens cujo consumo fora do domicílio não é praticamente associado à renda como sucos,

sanduíches, salgados fritos e assados, sendo que o percentual reduz para 29% entre as pessoas que estudaram até, no máximo, oito anos. (BRASIL, 2012)

Independente da renda, na zona rural, a aquisição de alimentos como: arroz, feijão, batata-doce, farinha de mandioca, manga, tangerina, peixes frescos, peixes salgados e carnes salgadas foram muito maiores, enquanto na zona urbana foram muito maiores a aquisição de pão de sal, biscoitos recheados, iogurtes, vitaminas, sanduíches, salgados, pizzas e refrigerantes. (BRASIL, 2012)

Porém, o último relatório feito em um dos principais centros de estudo sobre desenvolvimento internacional da Grã-Bretanha, a Overseas Development Institute (OVERSEAS DEVELOPMENT INSTITUTE, 2010) demonstrou que a população com renda maior consome mais alimentos industrializados, devido ao grande acesso à mídia e a itens de publicidades, que levam à mudança de estilo da dieta. Este relatório mostrou que a população em países como China, Índia, Indonésia, Egito e Brasil mudou o consumo rotineiro de cereais e grãos para o consumo de alimentos industrializados contendo gorduras, açúcar, óleos e também produtos de origem animal.

Este tipo de alimentos, pronto para o consumo, vieram à tona após a Segunda Guerra Mundial (SGM); houve grande mudança no perfil socioeconômico e cultural das populações, principalmente dos países emergentes, como no caso do Brasil. O período após 1945 caracterizou-se como *Os Anos Dourados do Capitalismo*, marcado pela produtividade industrial em massa e, desde então, iniciou-se a globalização de mercado, dando início ao aumento da oferta de alimentos industrializados e importados. (ROSSI, 2001)

Este tipo de alimentação, associado a um estilo de vida inadequado, favorece um aumento de peso e suas consequências. Segundo os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o óbito ocorrido pelo excesso de peso vem crescendo cada vez mais. O número de mortes causadas por obesidade, em 2004, foi de 1.018, sendo que anualmente o número de mortes evitáveis seria de 916. Em relação aos países desenvolvidos, 10% da população e mais de um terço da população norte-americana estão acima do peso desejável. (BRASIL, 2006)

Em regiões economicamente avançadas, os padrões de prevalência podem ser tão altos quanto em países industrializados. No Brasil, ainda segundo dados do Ministério da Saúde, em 2013, mais da metade da população estava acima do peso. Este excesso de peso pode ser também reflexo da globalização iniciada na década de 40. (PINHEIRO FREITAS; CORSO, 2004; BRASIL, 2013)

No relatório da ODI (OVERSEAS DEVELOPMENT INSTITUTE, 2010), as regiões do Norte da África, Oriente Médio e América Latina também apresentaram grandes aumentos nas taxas de obesidade, para cerca de 58% da população geral, nível bem semelhante à população europeia, e reafirmou-se que a América do Norte tem o maior percentual de adultos com excesso de peso, 70%.

O maior crescimento em pessoas com sobrepeso ocorreu no sul da Ásia oriental, onde a porcentagem triplicou a partir de um ponto de partida mais baixo, de 7%, para 22%. Esta pandemia global prevê um aumento de casos de ataques cardíacos, derrames e Diabetes devidos à obesidade.

A obesidade está associada a algumas das mais prevalentes doenças da sociedade moderna, o *Diabetes Mellitus* do tipo 2 (DMT2) e outras comorbidades, como Hipertensão Arterial e dislipidemias, dentre outras. Estudos comparando pessoas de peso normal com pessoas acima do peso revelaram que estas últimas possuem maiores chances de morrer por DMT2, de desenvolverem disfunções de vesícula biliar, doenças coronarianas, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, patologias cérebro-vasculares, patologias do trato digestivo e neoplasias. (FRANCISCHI et al., 2005)

A classificação é feita de forma simples: utiliza-se o Índice de Massa Corpórea (IMC) proposto por Quetelej, em 1835, baseado na divisão do peso em quilogramas do indivíduo dividido pela altura ao quadrado. Este índice foi adotado em 1997 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o índice de referência para ser utilizado como medida para a obesidade. (PUGLIA, 2004)

Dentre as causas da obesidade, são destacadas hiperleptinemia, anormalidades genéticas (SPW), fatores genéticos isolados (sem nenhuma correlação com alguma síndrome), fatores ambientais e ausência do aleitamento materno. (ZANESCO, 2006)

A causa da hiperleptinemia, encontrada em pessoas obesas, é atribuída a alterações no receptor de leptina  $2^2$  ou a uma deficiência em seu sistema de *transporte* na barreira hematocefálica, sendo conhecido como resistência à leptina, ou seja, em excesso no plasma, o que não é normal de ocorrer, por exemplo, em sujeitos eutróficos. (ZANESCO, 2006)

Outra causa genética importante é a Síndrome de Prader-Willi (SPW), sendo uma doença multissêmica, caracterizada por retardo mental, características dismórficas, hiperfagia e compulsão alimentar devido a sua disfunção hipotalâmica. A SPW possui níveis séricos de grelina aumentados, podendo explicar a associação com alimentação compulsiva e descontrolada. (ZANESCO, 2006)

No caso de fatores genéticos isolados, o risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto quando um dos genitores é obeso, sobe a 50% e atinge 80% quando ambos são obesos. Existe uma relação clara entre a classe de peso dos adotados e a de seus pais biológicos, não havendo relação aparente entre as crianças adotadas e seus pais adotivos, sugerindo fortemente que influências genéticas são determinantes importantes da adiposidade e, quando estimuladas devido a fatores ambientais, culminam no excesso de peso. (ZANESCO, 2006)

A obesidade é favorecida quando o aleitamento materno não é feito de forma exclusiva. Alguns dados demonstram que bebês com apetite excessivo, ocasionado principalmente pelo fator genético, passam para o aleitamento artificial mais cedo,

---

<sup>2</sup> Leptina = localizada no cromossomo 7q31, é produzida pelo tecido adiposo branco, tem a função de reduzir o apetite a partir da inibição da formação de neuropeptídeos relacionados a alimentação, como o neuropeptídeo Y, e também do aumento da função de neuropeptídeos anorexígenos (hormônio estimulante de  $\alpha$ -melanócito ( $\alpha$ -MSH), Tem também um importante papel no metabolismo, controla o sistema hemato-poiético, o sistema imune, o sistema reprodutor e o sistema cardiovascular. (ZANESCO, 2006)

ou seja, tem a resposta ambiental estimulada, favorecimento no ganho de peso e acúmulo de gordura. (GRUMMER-STRAWN; ZUGUO, 2004)

Acredita-se que o aleitamento materno tem a capacidade de iniciar um processo de regulação do bebê, através do estímulo da fome e com a plenitude gástrica provoca em aumento de metabolismo, controle do sinal da fome e saciedade e aumento da demanda energética, além de estimular o trânsito intestinal e oferecer todas as vitaminas, proteínas e minerais necessários ao longo da vida. (GRUMMER-STRAWN; ZUGUO, 2004)

No entanto, é importante ressaltar que a alimentação irregular na infância e principalmente na vida adulta, associada à falta de conhecimento da população, em conjunto com hábitos de vida inadequados, como sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool, favorecem o acúmulo de peso e, quando o peso fica excessivo ao longo dos anos, se torna um obeso grave com doenças metabólicas associadas. (ZILBERSTEIN; GALVÃO NETO; RAMOS, 2002)

Sendo assim, faz-se necessário iniciar o tratamento convencional para obesidade, focado na mudança de estilo de vida e associado à reeducação alimentar e orientado por um nutricionista, além da prática de atividade física, abstinência a álcool, acompanhamento psicológico e médico. (ASOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS SOBRE A OBESIDADE, 2012)

A consulta de nutrição no tratamento convencional é feita de forma individualizada. Nesta consulta, é necessário fazer, além do cálculo do IMC, outras medidas antropométricas, uma vez que o mesmo não é capaz de distinguir a gordura central de gordura periférica, e também não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo superestimar o grau de obesidade em indivíduos musculosos e edemaciados. Sendo assim, é importante fazer a medida da Circunferência da Cintura (CC)<sup>3</sup>, a relação da cintura quadril<sup>4</sup> e a avaliação do percentual de gordura

---

<sup>3</sup> Na avaliação da CC o paciente deve ficar em pé, utiliza-se uma fita métrica não extensível que deverá circundar o indivíduo na linha natural da cintura, que é a região mais estreita entre o tórax e o quadril, no ponto médio entre a costela e a crista ilíaca, a leitura deve ser feita no momento da expiração. Esta medição é feita, pois a presença de tecido adiposo, ou seja, gordura visceral, na região abdominal é um fator de risco para

(feita através do uso de bioimpedância elétrica ou adipômetro)<sup>5</sup> e educação nutricional com entrega do plano dietético. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS SOBRE A OBESIDADE, 2012)

Após a avaliação antropométrica, o nutricionista deve ministrar os ensinamentos básicos de nutrição adequada, interpretação da rotulagem nutricional e porcionamento da dieta, ensinar a avaliação calórica dos alimentos e, também, a quantidade de proteínas, gorduras e açúcar dos mesmos e, ao final disso tudo, entregar a dieta baseada no cálculo calórico do indivíduo. (FRANQUES; SEGAL, 2012)

Nesta consulta do tratamento para o combate à obesidade, o intuito é mudar o estilo de vida do paciente, o que, conseqüentemente, ocasiona emagrecimento e alívio ou cura das comorbidades. Porém, em obesos mórbidos, a chance de reganho de peso é alta, portanto não se tem 100% de eficácia e este insucesso terapêutico, após dois anos de acompanhamento, leva à opção da cirurgia bariátrica, devido aos riscos do excesso de peso. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2012)

A cirurgia bariátrica, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e o Consenso Latino Americano de Obesidade (CLAO), é o único método efetivo para o tratamento da obesidade refratária, principalmente para os pacientes que não obtiveram sucesso no tratamento clínico. Está indicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para pacientes com IMC acima de 35 Kg/m<sup>2</sup>, que tenham complicações como apneia do sono, Hipertensão Arterial (HA),

---

distúrbios metabólicos, além de determinar a localização da gordura corporal, que pode estar na região central ou abdominal (conhecida como obesidade em forma de maçã ou andróide) ou na região inferior ou do quadril (conhecida como em forma de pêra ou ginecóide) que também pode ser determinado pela relação entre as circunferências da cintura e do quadril (RCQ). (FRANCISCHI et al., 2005)

<sup>4</sup> A RCQ é feita através das medidas de circunferências da cintura e do quadril, para as medidas do quadril, os indivíduos continuam na posição ortostática, sendo a fita posicionada no plano horizontal, ao nível do ponto de maior circunferência da região glútea, posteriormente a esta avaliação calcula-se a divisão da cintura pelo quadril e o risco metabólico varia de acordo com os resultados, sendo para homem. (FRANCISCHI et al., 2005)

<sup>5</sup> O método de bioimpedância, mais especificamente a impedância bioelétrica de frequência única, que avalia com precisão a massa de tecido gorduroso e de tecido muscular, substituindo o cálculo manual feito através do uso de pregas cutâneas, é outro método avaliativo, porém, possui variabilidade pelo examinador e dependendo do grau de obesidade, se torna um pouco limitado, neste caso faz-se necessário usar o adipômetro manual, específico para obesos. (ABESO, 2012)

Diabetes, aumento de gorduras no sangue e problemas articulares, dentre outras, ou pacientes com IMC maior que 40 Kg/m<sup>2</sup> (com comorbidades ou não). A gastroplastia, também chamada de Cirurgia Bariátrica, Cirurgia da Obesidade ou ainda de cirurgia de redução do estômago é, como o próprio nome diz, uma plástica no estômago (*gastro* = estômago, *plastia* = plástica), que tem como o objetivo reduzir peso de pessoas com o IMC muito elevado, uma vez que, quanto maior, maiores são as comorbidades e pior é a qualidade de vida do indivíduo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOLOGIA, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002)

Com a intervenção cirúrgica, é imposta ao paciente uma mudança fundamental nos hábitos de vida; portanto, é primordial que este conheça muito bem o procedimento cirúrgico, quais os riscos e benefícios da cirurgia e quais mudanças alimentares e físicas acontecerão. Desta forma, no caminho até a cirurgia, é necessário seguir as orientações técnicas e fazer o tratamento pré-operatório criteriosamente, de preferência com o apoio da família, diminuindo assim as complicações pós-cirúrgicas e melhorando a qualidade de vida no pós-operatório. (MIGUEL, 2009)

Para isso, é extremamente necessário, também, o acompanhamento no pré-operatório, principalmente em grupo, e já se mostra na literatura que este tipo de acompanhamento é importante para o sucesso terapêutico, uma vez que irá também sanar e exemplificar mudanças para a nova jornada a ser seguida. (FRANQUES; SEGAL, 2012)

Segundo Vasconcellos (2008), a cirurgia da obesidade é uma cirurgia também de mudança de hábitos alimentares e, assim sendo, é importante que o perfil psicológico do paciente esteja totalmente solucionado quanto a problemas de percepção, preocupações e expectativas, pois, caso contrário, influenciam negativamente na qualidade de vida no pós-operatório.

Na maioria dos casos, a cirurgia bariátrica, além de favorecer a grande perda de peso, proporciona a cura do Diabetes, ao controle da pressão arterial, dos lipídeos sanguíneos e dos níveis de ácido úrico e ao alívio das dores articulares. Porém, a

cura, o controle e o alívio podem vir associados a disfunções nutricionais, disfunções psicológicas e compulsões por outros tipos de predileções alimentares como alimentos de alta densidade calórica e poucos nutrientes e, até mesmo, o álcool. (NOVAIS et al., 2010; NAZAR, 2013)

Portanto, antes de realizar o procedimento cirúrgico, é obrigatória a realização de consultas com equipe multidisciplinar na fase pré-operatória, com avaliação clínica laboratorial, onde cada caso é avaliado individualmente, conforme consta no discurso do capítulo anterior, referente à Portaria nº 492. O papel de cada membro da equipe multidisciplinar é bem definido, sendo que a avaliação médica inicial inclui, além da aferição da pressão arterial, dosagens da glicemia, lipídeos sanguíneos e outros exames sanguíneos, avaliação das funções hepática, cardiológica e pulmonar. A avaliação psicológica tem como um dos objetivos identificar os pacientes com instabilidade psicológica grave, portadores de *transtornos* alimentares (por exemplo, bulimia), para que estes sejam tratados antes da cirurgia. (MIGUEL, 2009)

O nutricionista deve fazer parte do acompanhamento como membro da equipe, cabendo ao mesmo manter a conduta pré-operatória em relação às avaliações antropométricas, porém, com foco na educação nutricional voltada para a profilaxia por deficiência de vitamina D, Cálcio, proteína totais, Zinco, Tiamina e anemias por deficiências de Ferro, B12 e/ou ácido fólico, que podem levar à desnutrição no pós-operatório, e esta orientação deve ser de acordo com as necessidades nutricionais e fisiológicas de cada técnica cirúrgica adotada. (NOVAIS et al., 2010)

Quando o paciente é indicado a se submeter à cirurgia bariátrica, esta pode variar suas técnicas, dependendo do modelo adotado pelo cirurgião<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> As técnicas cirúrgicas atuais para tratar a obesidade podem ser do tipo restritivas, (balão intragástrico, gastroplastia vertical bandada ou cirurgia de Mason e banda gástrica ajustável), ou mistas, principalmente restritivas, no caso da técnica de Fobi-Capella com derivação em Y-de-Roux (DGYR), que é considerada o “padrão-ouro” por conter menos complicações no pós-operatório. Ou mistas, principalmente desabsortivas, no caso da derivação biliopancreática, ou Scopinaro (DBP). (NOVAIS et al., 2010)

O grupo de cirurgias que inclui apenas o componente restritivo apresenta menor índice de complicações se comparado com as cirurgias mistas. Entretanto, as operações restritivas como a gastroplastia vertical e a banda gástrica ajustável produzem perdas ponderais menores, principalmente em indivíduos que possuem obesidade mórbida, com alto índice de reganho de peso e retorno de complicações metabólicas. Possuem, ainda, desvantagens técnicas na sua durabilidade e possibilidade de surgirem complicações gastrogástricas por ruptura da septação vertical (BUCHWALD apud MIGUEL, 2009).

Aos 15 dias de pós-operatório, é necessário retornar a equipe multidisciplinar, como médicos, psicólogos e nutricionista. (ANEXO C)

Na consulta de nutrição, deve-se fazer a avaliação antropométrica segundo o IMC, de acordo com os critérios da American Society For Bariatric Surgery. É necessário avaliar a perda de peso em excesso, com a perda ponderal em percentuais (percentual de perda de peso), adaptação à dieta, funcionamento intestinal, presença de náuseas ou vômitos. Devem-se solicitar os seguintes exames, para serem feitos com 30 dias de pós-operatório: Hemograma e dosagens séricas de albumina (ou proteinograma), Zinco, Cálcio, Vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico, ferritina, lipídios plasmáticos (lipidograma), vitaminas lipossolúveis e, nos casos de derivação bilio-pancreática e eletrólitos, que devem ser avaliados trimestralmente no período de um ano (ANEXO C).

Após esta consulta de nutrição, o retorno é trimestral, no primeiro ano, sendo semestral no segundo ano e anual no terceiro ano de pós-operatório. Caso o paciente não siga criteriosamente as orientações nutricionais e não sejam solicitados, rotineiramente, estes exames, podem ocorrer neuropatia periférica, queda de cabelo, perda de massa magra, osteopenia, anemias e outras hipovitaminoses que pioram a qualidade de vida no pós-operatório (ANEXO C).

## 2.1 A INFLUÊNCIA DA OBESIDADE/ CIRURGIA BARIÁTRICA NO ESTADO PSICOSSOCIAL E NA QUALIDADE DE VIDA

Após o século XIX, com o neoliberalismo, as barreiras comerciais diminuíram e veio à tona o discurso capitalista que *transforma* o sujeito em desejo de busca pela perfeição. O Estado, ao invés de se tornar aliado, com a abertura de padrões comerciais e livre comércio, incentivou o aumento do consumo de bens, esses bens podem ser tanto o alimento como o próprio corpo. O obeso, inserido em um contexto globalizado, em busca de suprir a ausência de gordura corporal, gira em torno de um processo de distorção física e emocional. (PINHEIRO; CARVALHO, 2008; NAZAR, 2013)

Este fato ocorre na crença da satisfação pessoal, com o suprimento de ausências, podendo ser financeiras e estéticas, estereotipadas pelo modelo atual de beleza, em que o corpo magro e esguio é o sonho de cada um, sendo este paradigma aumentado, principalmente em obesos mórbidos, onde a percepção de Qualidade de Vida (QV) é mais evidente, já que ocorre maior isolamento social provocando inadequação perante os padrões sociais vigentes. O estresse gerado pela frustração de dietas sucessivas com foco somente na gordura corporal traz consigo um escudo, a própria gordura corporal, representada como resposta refratária ao olhar reprovador do outro. (NAZAR, 2013)

Quanto mais alto for o índice de gordura, maior será o grau de obesidade e seus distúrbios, que influenciam negativamente na QV, podendo ser fisiopatológicos como: distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda com ou sem insuficiência cardíaca, doença cérebro-vascular, trombose venosa profunda), distúrbios endócrinos (Diabetes *Mellitus* tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo, infertilidade e outros), distúrbios respiratórios (apneia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação, doença pulmonar restritiva), disfunções gastrointestinais (hérnia de hiato, colecistite), distúrbios dermatológicos (estrias e papilomas), distúrbios geniturinários (anovulação e problemas gestacionais); distúrbios músculos-esqueléticos (osteoartrose, defeitos posturais), neoplasias (câncer de mama ou próstata), distúrbios psicossociais (sentimento de inferioridade e isolamento social), aumento do risco cirúrgico e anestésico. (MANCINI et al. apud SOARES, 2011)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a QV se define 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 e expectativas, padrões e preocupações.” Esta qualidade de vida, quando baixa, pode afetar negativamente o estado físico, psicossocial, social e escolar (em casos de crianças e adolescentes obesos) em comparação aos que não sofrem com o peso em excesso. (CAVALCANTI et al., 2011, p. 2)

O termo *qualidade de vida*, isoladamente, também é definido pela felicidade, satisfação, estado de espírito, bem estar e afeto positivo, baseando-se na experiência emocional durante um período específico da vida ou o quanto a pessoa encontra-se predisposta a estas emoções. (GIACOMONI, 2004)

Segundo Gimenes (2013, p. 292) a expressão “Qualidade de Vida” é extremamente genérica, apesar de estar relacionada ao estilo de vida do indivíduo, relação e responsabilidade com sua própria saúde, atingindo também aspectos econômicos (no sentido de *ter bens materiais*). O autor considera difícil tal avaliação, pois se trata de algo subjetivo por estar em “Constante negociação e disputa.” (GIMENES, 2013, p. 292)

Já Kolotkin et al. (2011) consideram que é possível avaliar a QV através da obtenção de parâmetro de comparação da eficácia de determinado ou de diferentes modalidades de tratamento e da avaliação do impacto dessas terapêuticas sobre a função diária dos obesos, além de permitir inferir sobre os aspectos mais globais do indivíduo, considerando o seu contexto biopsicossocial e a construção da abordagem mais ampla da doença e do ser humano.

Diante da subjetividade ao se fazer um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo, Pubmed e Lilacs cruzando os descritores *obesity*, *quality of life*, obteve-se um conjunto de trabalhos associados a doenças e condições clínicas específicas não associadas ao conceito de QV. Entre as condições associadas à obesidade, pode-se ter: Incontinência urinária (IU), disfunção erétil, apneia do sono, sintomas de depressão, ansiedade, diminuição da sensação de bem estar, aumento da inadequação social, sendo que todas influenciam negativamente na QV. Fazendo-nos supor que o obeso tem uma QV debilitada, uma vez que a obesidade leva a estas alterações na saúde e condições negativas.

Em relação à incontinência urinária (IU), esta condição afeta negativamente as mulheres adultas, pois se perde involuntariamente a urina pela uretra, atingindo mais de 50% da população. A IU é ocasionada pela alta pressão intra-abdominal na região da cintura-quadril, com aumento da pressão intravesical, que promove

alteração do mecanismo do trato urinário além de isolamento social, desconforto e inferioridade, uma vez que a população feminina se preocupa em atingir uma imagem social que para elas atinge um padrão de beleza do corpo esguio e magro. (KUNKEL, 2009)

Em homens, outro fator que interfere negativamente na QV tem a ver com a disfunção erétil, que está relacionada a várias doenças sistêmicas que, em conjunto com alterações comportamentais e psicossociais, interferem na função sexual masculina. Vários estudos demonstram que, após a realização da cirurgia bariátrica, do emagrecimento e diminuição ou desaparecimento das comorbidades, melhora-se a função erétil, o que, conseqüentemente, melhora a autoestima masculina e sua QV. (ARAÚJO, 2009)

Já a apneia do sono (dificuldade para respirar) pode levar à morte, dependendo do tempo de ausência de oxigênio, atingindo tanto homens quanto mulheres. O *obeso preguiçoso* e sonolento durante o dia pode estar associado a esta condição física, o que conseqüentemente ocasiona um sono fragmentado pelo aumento de obstrução da faringe, com aumento da intensidade do ronco e respiração debilitada prejudicando seus desempenhos normais na tarefa do dia a dia, uma vez que falta oxigenação para os tecidos, atrapalhando também sua QV. (ARAÚJO, 2009)

A maioria dos distúrbios é reduzida com a cirurgia bariátrica, uma vez que a redução do peso reduz os níveis de gordura visceral e suas conseqüências; porém, a condição relacionada à saúde mental, como depressão e ansiedade, causa não identificadas, influenciam negativamente no prognóstico da mesma. Geralmente são expostas em sintomatologias relacionadas à alimentação, como no caso do *Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)*<sup>7</sup>, sendo necessário fazer um tratamento adequado previamente à bariátrica, uma vez que, caso persista no pós-

---

<sup>7</sup> A TCAP encontra-se em 5 a 30% de obesos, ocasiona falta de controle alimentar (compulsão) em um período curto de tempo (2 horas), flutuação do peso e sentimento de culpa excessivo, podendo gerar até bulimia nervosa, sintoma este caracterizado pelo ato de comer e vomitar em seguida por indução. O conceito de compulsão, na teoria de Freud, serve no intuito de garantir a sobrevivência animal, e a falta do controle não consegue ser tratada apenas com dieta específica, pois neste caso o obeso com TCAP não é capaz de controlar o objeto de desejo, sua comida; sendo assim a intervenção psicológica é necessária no intuito de aliviar os sintomas, preparar para a cirurgia e garantir um prognóstico no pós-operatório seguro para o paciente, (PETRIBU et al, 2006).A identificação pode ser feita através do uso de questionários validados, como

operatório, pode prejudicar a QV do paciente e a evolução positiva em relação à operação.

Sendo assim, o tratamento psicoterápico e em grupo tem grande influência na qualidade de vida do pós-operatório imediato e tardio. Segundo Marchesini (2010), a chance de deslocamento da compulsão por comida para outro foco aumenta caso não tratada previamente. O autor analisou, após 6 meses, 46 pacientes e verificou que 67,4% admitiam que deveriam ter feito um acompanhamento psicológico melhor, ou seja, ter frequentado as sessões de Psicologia, já que em relação à saúde mental 21,75% tiveram diagnóstico de depressão e humor alterado com trocas de alimentos por bebidas alcoólicas, consumo de bens excessivamente, comer e vomitar ou ainda trocar com frequência de parceiros. Além do que, caso o acompanhamento psicoterápico pré-operatório não seja feito pelo paciente, o ritual de passagem pela dieta líquida (primeira quinzena) com ausência de mastigação, pode gerar ansiedade precoce e induzir a outras distorções psicológicas, afetando também a QV do recém-operado.

Estudo realizado por Vasconcellos e Costa Netto (2008) verificou que, em pacientes sendo assistidos cautelosamente no pré-operatório de bariátrica (24 meses), houve maior preservação da QV nos aspectos relacionados à saúde mental, apesar de ter demonstrado perda expressiva no grau de independência e também de bem estar físico, podendo ser prevenidos, evitando depressão e ansiedade, que passam muitas vezes despercebidas.

Segundo Grans (2012), distúrbios psiquiátricos (depressão, ideias suicidas e vontade de morrer) em tratamento médico e uso de medicação foram encontrados em 34,6% em pacientes que iriam se submeter à bariátrica, diminuindo para 11,5% na segunda etapa, devido ao correto tratamento psicoterápico anterior.

Já as condições clínicas expostas através de exames, como Diabetes *Mellitus*, dislipidemia, pressão arterial sistêmica elevada, artropatias, em pacientes com IMC médio de pré-operatório de  $52,8 \pm 10,3 \text{ kg/m}^2$ , são mais fáceis de serem solucionadas após  $64,3 \pm 40,0$  meses de cirurgia bariátrica, devido à perda de peso que leva à significativa melhoria da qualidade de vida. (SOUZA, 2008)

Se tratando de forma objetiva, a QV pode ser avaliada através do uso de questionários validados, visando estabelecer quais são as variáveis que interferem na saúde do obeso. Dentre os instrumentos de QV que podem ser utilizados para fazer a avaliação no pré-operatório e identificar alguma alteração física ou emocional, encontra-se o questionário de *Short Form Health Survey (SF36)*, desenvolvido por Ware e Gandek (1994) e validado para o Brasil por Ciconelli (1997): é um questionário de avaliação geral da qualidade de vida referente à saúde, com capacidade de medir, de forma subjetiva, a percepção do estado de saúde física e mental. (BRILMANN; OLIVEIRA; THIERS, 2007)

Seus 36 itens foram agrupados em oito domínios: capacidade funcional, em que se avalia o impacto da doença na realização laboral e nas atividades diárias; aspectos físicos, relacionados às dificuldades encontradas com relação ao tempo e à quantidade de atividades executadas na vida diária; dor, na qual são avaliadas a intensidade de dor percebida e as limitações por ela impostas nas atividades cotidianas; estado geral de saúde, relacionado à subjetividade do sujeito com relação à sua saúde em geral; vitalidade, referente à energia e aos fatores que possam diminuí-la, afetando a vida diária; aspectos de cunho social, avaliando-se a integração do indivíduo nas relações sociais, familiares e extrafamiliares; aspectos emocionais, relacionados às dificuldades diárias provocadas por problemas emocionais; e saúde mental, buscando-se identificar fatores como tristeza, nervosismo, cansaço, que possam interferir na vida do indivíduo. (BRILMANN; OLIVEIRA; THIERS, 2007)

Em estudo prospectivo, observacional e comparativo, foram abordados 26 pacientes com idade entre 18 e 60 anos (25 mulheres), onde foi feita uma avaliação no pré-operatório e outra 42 meses após a cirurgia com uso do *36-Item Short Form Health*

*Survey* (SF-36). Os resultados do SF-36, na correlação entre pré e pós-operatório, apresentaram significância nos quesitos capacidade funcional (36,5-85,6), aspecto físico (27,9-84,6) e dor (45,3-77,1), estado geral de saúde (43,6-53,8), aspecto social (45,2-58,7) e aspecto emocional (37,2-75,6). Os resultados indicam que obesos mórbidos quando submetidos à cirurgia bariátrica, melhoram suas capacidades locomotoras e musculoesqueléticas, tendo um impacto positivo na qualidade de vida. (GRANS, 2012)

Outro estudo quantitativo foi feito a partir de cortes *transversais* e da utilização do questionário *International Index Erectile Function* (IIEF), realizado com objetivo de avaliar a qualidade de vida de 21 obesos mórbidos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella de março de 2005 a março de 2007, verificando-se que após seis meses de realização da cirurgia os domínios referentes à função erétil e à relação sexual aumentaram em 71,42%, enquanto o desejo sexual melhorou em 52,38% e orgasmo em 28,57%. (ARAÚJO, 2009)

O impacto da cirurgia na QV pode ser analisado também através do uso do Questionário de BAROS. Isso foi demonstrado em estudo *transversal* realizado no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012, feito com 57 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica de Fobi-Capella. Após um período de seis meses, foi verificado que 45 (79%) dos pacientes responderam que a sua qualidade de vida melhorou muito após a realização da cirurgia, nove (15,8%) relataram que melhorou e apenas três (5,2%) não tiveram nenhuma alteração na qualidade de vida. (BARROS, 2013)

Outro estudo com 160 obesos (grau III IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>), cujo objetivo foi analisar retrospectivamente a morbimortalidade operatória, eficácia do tratamento cirúrgico (técnica Fobi-Capella) da obesidade grau III em relação à perda de peso, diminuição do número de comorbidades e melhora da QV, usando o mesmo Questionário de BAROS em 71 pacientes, verificou que a maioria obteve resultados finais excelentes (60,6%), muito bom (26,8%) e bom (9,8%); sendo assim, obteve-se que a QV associada à sensação de bem estar aumentou, se comparada ao período pré-operatório. (FARIA et al., 2002)

Analisando os estudos acima citados, conclui-se que a cirurgia bariátrica melhora significativamente as comorbidades associadas à obesidade. No entanto, torna-se necessário um acompanhamento interdisciplinar, uma vez que os aspectos físicos melhoram após a cirurgia e outros fatores devem ser tratados para fortalecer e prevenir problemas futuros em relação a distorções alimentares que interferem na qualidade de vida do paciente. Se elaborada uma análise isoladamente em relação ao benefício físico, à inclusão social e à vivência social com a ausência da debilitação por conta da gordura, deduz-se que a qualidade de vida melhora significativamente.

### **3 POLÍTICA PÚBLICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL: HISTÓRICO**

Na década de 1920, o modelo de Atenção à Saúde era verticalizado, ou seja, concentrado no médico e no hospital, com foco na doença - era um modelo biomédico (flexneriano). (MOROSINI, 2007)

Esse modelo era focado no tratamento da doença e requeria o uso de equipamentos de alto custo e de tecnologia avançada, além de hospitais lotados. Com a inflação de pacientes internados, começavam a surgir, então, os limites da Biomedicina. (MOROSINI, 2007)

Sendo assim, essa vertente no Brasil mudou, e o primeiro foco para a Atenção em Saúde surgiu após o constante aparecimento de doenças psicossomáticas, neoplasias, doenças crônico-degenerativas e hipovitaminoses, dentre outras. (VASCONCELOS, 2002)

Para entender melhor esta evolução histórica no Brasil, iniciaremos falando da criação na década de 30, do Serviço Central de Alimentação (SAL), ligado ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), sendo instituída a obrigatoriedade da existência de refeitórios para os trabalhadores nas empresas com mais de 500 (quinhentos) funcionários, pelo Decreto-lei nº 1. 228, de 2 de maio de 1939. (PRADO, 1993; VASCONCELOS, 2002; CRISTOFOLLI; BONATO; RAVAZZANI, 2007)

A preocupação sobre o ato de nutrir no campo científico começou a surgir após a implantação do Decreto-lei supracitado, já que o contexto histórico da época era delimitado por uma sociedade capitalista urbano-industrial, sendo imputada a necessidade da ciência da Nutrição no Brasil. (VASCONCELOS, 2002)

Portanto, segundo Ypiranga e Gil (apud CUNHA; YIRANGA; GIL, 1989), em 1939, através do Decreto Estadual nº 10.617 de 24/10/1939, foi criado o Curso de nível médio de Nutricionista, que tinha duração de um ano e oferecia 20 (vinte) vagas anuais, no Instituto de Higiene de São Paulo (IHSP), atualmente Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), com intuito de auxiliar os médicos nutrólogos, sendo criada esta especialidade da Medicina em 1940. Naquela

época, os *dietistas* ou nutricionistas, como eram denominados, tinham como foco o abastecimento e o consumo de alimentos, para se obter um padrão alimentar condizente com as exigências nutricionais da Segunda Guerra Mundial (SGM).

Na década de 1940, iniciaram-se os Cursos Técnicos em Nutrição do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), que deram origem, em 1943, ao Curso de Nutricionista do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), posteriormente *transferido* para a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Esse curso tinha o intuito de atender ao primeiro órgão nacional de alimentação e nutrição do Estado Novo. (VASCONCELLOS, 2002)

Instalaram-se restaurantes nos centros urbanos mais industrializados com a intenção de fornecer aos trabalhadores uma alimentação a preço acessível, cuja finalidade era repor toda a energia que foi gasta durante o período longo de trabalho e, conseqüentemente, melhorando a capacidade produtiva. Começou, então, a política de que comer bem era comer em excesso, com alta demanda calórica. Nessa época, os restaurantes estavam longe de seguir alguma orientação nutricional: a ação do nutricionista era ainda muito limitada. (PRADO, 1993)

Nesse mesmo período, duas correntes do saber médico concorreram para a formação do campo da Nutrição no Brasil: a primeira com objetivo biológico, seguindo a linha de estudos de consumo de alimentos e utilização biológica de nutrientes, fortemente influenciada pelas Escolas de Nutrição norte-americanas e européias. Essa corrente deu origem à nutrição básica e experimental e, posteriormente, à nutrição clínica (dietoterapia); a segunda, com ênfase na produção, na distribuição e no consumo alimentar pela população, constituiu o núcleo inicial da perspectiva social da Nutrição, com atuação voltada para o coletivo, para a sociedade e para a economia, dando origem à área de Alimentação Coletiva. (VASCONCELLOS, 2002)

Essas correntes sociais corroboraram com o surgimento, em 1946, do Instituto de Tecnologia de Alimentos (ITA), que obrigou a complementação de Sal Iodado para toda a população brasileira, pelo Decreto-lei nº 8.648, de 11 de janeiro de 1946.

Após três anos, no dia 31 de agosto de 1949, foi criada a Associação Brasileira de Nutrição (ABN), com o objetivo de desenvolver pesquisas no campo da Nutrição e com a necessidade cada vez maior de agir na saúde como um todo do indivíduo. Essa entidade deu origem à Federação Brasileira de Nutrição (FEBRAN). (VASCONCELOS, 2002)

A ABN veio a sucumbir com a implantação do Conselho Nacional de Alimentação (CNA), em 1952, cujo Conselho elaborou o 1º Plano Nacional de Alimentação, denominado Conjuntura Alimentar e o Problema de Saúde Pública. Esse plano visava implementar quatro projetos: Plano de Assistência e Educação Alimentar à Infância e à Adolescência, que incluía o Programa Nacional de Merenda Escolar, o segundo composto pelos Planos Regionais de Política Alimentar; o terceiro, os Planos de Tecnologia Alimentar e os Planos de Estudo, que envolviam estudos para implantação de novas indústrias alimentares e de fomento à produção. (L'ABBATE, 1988)

Dentre esses planos, o único que conseguiu perdurar foi o Plano de Merenda Escolar, porque teve o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), cujo plano visava, também, investir nos futuros trabalhadores do País. (L'ABBATE, 1988)

Sendo assim, o Governo Federal decidiu, em 31 de março de 1955, criar a Campanha da Merenda Escolar (CME), através do Decreto nº 37.106, assinado pelo então presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira e, posteriormente, denominado Plano Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), conhecido como *Merenda Escolar*. Nessa época, não existia a atuação do nutricionista, o Estado não visava a uma alimentação equilibrada, a preocupação era criar cantinas escolares (mediante convênios a serem firmados com entidades públicas ou particulares) para reduzir a desnutrição no País, principalmente na Região Nordeste (RN). (VASCONCELLOS, 2010)

A maioria dos alimentos oferecidos aos estudantes não era adquirida em território brasileiro e, sim, através de doações, principalmente dos Estados Unidos da

América do Norte (EUA). Essas doações eram feitas através de produtos industrializados, como: paçoca; farinha láctea; sopa industrializada (sopa de feijão com macarrão, sopa de creme de milho com proteína texturizada de soja, creme de cereais com legumes), entre outros. Esses alimentos contribuem para o ganho de peso e comorbidades associadas. Na verdade, melhora-se, em parte, um perfil nutricional, em termos de baixo peso, e piora outro perfil, o do excesso de peso, que pode estar associado ou não a alguma desnutrição por deficiência de nutrientes essenciais à manutenção da saúde. (VASCONCELLOS, 2002)

Mesmo assim, até a década de 60, a obesidade estava longe de ser relevante na sociedade, sendo identificada, principalmente, em países desenvolvidos. O que predominava no Brasil era ainda o baixo peso e a má nutrição associados a deficiências nutricionais (VASCONCELLOS, 2002).

Entre os anos de 1960 e 1964, Jânio Quadros presidiu o Brasil e reforçou as questões de alimentação e nutrição com projetos nas áreas da Agricultura, Saúde e Educação, por meio do chamado Programa Integrado de Nutrição Aplicada (PINA). (VASCONCELLOS, 2011)

A partir do PINA, o país passou a ter um importante desenvolvimento na área da saúde, uma vez que crescia o ramo industrial e, conseqüentemente, da população. Dentre várias mudanças, houve a necessidade de se reestruturar a profissão de nutricionista, que era então realizada pelo dietista (nutricionista), que tinha sua formação técnica de nível médio. (VASCONCELLOS, 2011)

Nesse sentido, em 19 de outubro de 1962, através do Parecer nº 265, o Ministério da Educação reconheceu o Curso de Nutrição em nível superior e estabeleceu o primeiro currículo mínimo, fixando a duração de três anos para a formação de nutricionistas no País. Em 24 de abril de 1967, foi sancionada, pelo então Presidente da República General Artur da Costa e Silva, a Lei nº 5.276, que dispõe sobre a profissão de nutricionista ou dietista, assim denominados nessa legislação, e regula seu exercício e dá outras providências. (VASCONCELOS; CALADO, 2011; BRASIL, 1967)

Nessa época, as ações do nutricionista ou dietista eram as seguintes:

Art. 5º Constituem atividades a serem exercidas privativamente pelos nutricionistas as seguintes: I - direção e supervisão de escolas ou cursos de graduação de nutricionistas; II - planejamento, organização e chefia dos serviços de alimentação, em estabelecimentos públicos, para estatais, autárquicos e de economia mista, bem como inspeção dos mesmos serviços nos aludidos estabelecimentos III - orientação de inquéritos sobre (*sic*) a alimentação; IV - regência de cadeiras ou disciplinas que se incluam, com exclusividade no currículo do curso de Nutricionista; V - execução dos programas de educação alimentar; (...). (BRASIL, 2013, p. 1)

Vale ressaltar que, segundo essa legislação, em seu parágrafo primeiro, as localidades em que não residam nutricionistas em número suficiente, ou não se disponham eles a aceitar contrato de trabalho, era permitida a efetivação de execução dos Programas de Educação Alimentar, por outros profissionais, no caso, agentes que se tenham habilitado em Curso de nível inferior ao de Nutricionista. (BRASIL, 2013)

Mesmo com a atuação do nutricionista e com ações focadas no ganho de peso, independentemente da qualidade dos alimentos por parte do Governo, as consequências começaram a surgir na década de 1970, quando os homens brasileiros apresentavam 18,6% de excesso de peso e as mulheres, 28,6%. (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011)

Sendo assim, a partir de 1972, na era da ditadura militar, ocorreu a implantação do Projeto Integrado de Promoção de Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição (PIA/PNAN), subsidiado pelas políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização das Nações Unidas Para a Alimentação e Agricultura (FAO) e do Fundo Internacional das Nações Unidas para o Auxílio à Infância (UNICEF), da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL). (ARRUDA, 2007)

Nessa época, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), sendo o órgão responsável por elaborar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e desenvolver atividades de educação nutricional para a população, ficando incumbido, também, de coordenar e dirigir o Programa Nacional

de Alimentação e Nutrição (PRONAN) - 1º Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Esse programa, em 1976, tornou-se o II PRONAN, que concentrou sua atuação em quatro focos principais: Programa de Suplementação Alimentar (PSA); Programas de Estímulo à Produção e Comercialização de Alimentos Básicos (PEPCAB); Programas Complementares e Programas de Apoio. Esses programas ainda priorizavam a redução de carências nutricionais nos grupos de maior vulnerabilidade, sendo atendidas mulheres, da gestação à lactação, crianças até a fase escolar e trabalhadores. (ARRUDA, 2007)

Nesse período houve um acelerado processo de criação de novos Cursos de Nutrição no Brasil, uma vez que uma das diretrizes do II PRONAN consistia em estimular o processo de formação e a capacitação de Recursos Humanos (RH) para atuar nessa área. (CRISTOFOLLI; BONATO; RAVAZZANI, 2007)

Porém, o modelo alimentar ainda era voltado para a suplementação, com o intuito de controlar deficiências nutricionais, e os trabalhadores que tinham carteira assinada recebiam alimentação voltada para o aumento da força de trabalho (CRISTOFOLLI; BONATO; RAVAZZANI, 2007).

Em 1976, iniciou-se o problema da obesidade, promovendo um declínio da desnutrição e começando a prevalecer o excesso de peso (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1978). Após o período ditatorial, com o governo de José Sarney, a PNAN teve continuidade e manteve os mesmos programas anteriores (PRADO, 1993). Uma vez que, até aquele momento, havia um excesso de programas voltados para a correção da desnutrição, principalmente a infantil, o perfil nutricional da população modificou-se.

O Estado não se moveu em termos de controle de excesso de peso e criou, em 1976, o Programa de Nutrição em Saúde (PNS), que tinha como objetivo atender ainda as carências nutricionais, que eram um clamor da época, em especial da Região Nordeste do Brasil e, naquele mesmo ano, em 14 de abril, foi implantado o Programa de Alimentação ao Trabalhador (PAT), pela Lei nº 6.321, de 14 de abril desse mesmo ano, cuja lei focava a diminuição de acidentes de trabalho e o

aumento de produtividade. Nessa época, o PAT não visava à alimentação em termos calóricos e, muito menos, a distribuição de nutrientes para assegurar a saúde do trabalhador. (PRADO, 1993)

Portanto, o PAT não contemplava a ação do nutricionista; apenas esclarecia a dedução do lucro tributável para fins de Imposto Sobre a Renda das Pessoas Jurídicas (IRPJ), do dobro das despesas realizadas em programas de alimentação do trabalhador. (BRASIL, 2013)

Mesmo assim, a Ciência da Nutrição foi ganhando força e foram criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Nutricionistas, pela Lei nº 6.583, de 20/10/1978, regulamentado pelo Decreto nº 84.444 de 30 de janeiro de 1980. (CFN, 2013). Esse conselho ficava sob a responsabilidade dos órgãos de fiscalização da Medicina e, somente em 1983, o Conselho Federal de Educação (CFE), por meio do Parecer nº 185/83, se *libertou* da hegemonia biomédica e instituiu a mudança de nomenclatura de Curso de Nutricionista para Curso de Nutrição. (BRASIL, 2010)

Com a política de alimentação e nutrição, sem controle e planejamento de ganho de peso, com foco principalmente na desnutrição e carências nutricionais provenientes do baixo peso, o excesso de peso latente veio a explodir na década de 80. (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003)

Esse resultado era explicado através da cultura alimentar da época, de que comer bem era comer muito, independentemente da qualidade do alimento e, também, devido às muitas alterações de ocupações territoriais e empregos, passando de um mercado de trabalho fundado no setor primário (Agropecuária e extrativismo) para uma demanda de mão de obra concentrada, principalmente no setor secundário e no setor terciário da economia, vindo o acúmulo de riquezas através do excessivo trabalho humano. (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003)

Essas mudanças do cotidiano, com o passar dos anos, aumentou o consumo de alimentos mais rápidos e de fácil preparo, o povo brasileiro concentrava então sua alimentação com alta demanda calórica, rica em sódio e gorduras, e suas consequências na saúde não eram satisfatórias já que acarretou em um acúmulo de

gordura corporal e suas comorbidades como hipertensão, diabetes, dentre outras, aumentando assim cada vez mais a busca de tratamento hospitalar. (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003)

Com a demanda desordenada de internações e com a falta do direito da população à saúde como um todo, houve a necessidade de se estabelecer uma reforma sanitária. Sendo assim, em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde. As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição da República Federativa Brasileira de 1988 (CRFB). Segundo a Constituição Federal (1988), fica claro que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e, dentro desse contexto, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o de que a saúde deverá ser universal, integralizada e com participação popular, conforme determinam os artigos 196 a 197 da Constituição Cidadã:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 2013, p. 1)

Na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ficou também instituído que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, e se *transformaram* em objetivos a serem alcançados. Houve a necessidade da valorização do conceito de promoção da saúde e prevenção, com o objetivo contrário ao excesso de terapia farmacológica e ao modelo da Biomedicina. (BRASIL, 2013)

Após a Carta Magna de 1988, foi publicada a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e, com ela, a Portaria nº 1.156, criando o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Esse órgão foi criado com o intuito de descrever e predizer, de maneira contínua, tendências e condições de nutrição e alimentação de uma população e seus fatores determinantes, com fins de planejamento e avaliação dos efeitos de políticas, programas e intervenções. (BRASIL, 1990)

O objetivo primordial desse programa era identificar fatores de riscos nutricionais de uma população e intervir, também, através de medidas preventivas, monitorar e acompanhar a população nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), monitorar programas e políticas voltados para a atenção nutricional com foco primordial no baixo peso e nas condições de nutrição e avaliar sua efetividade. Ainda assim, muitos brasileiros continuavam sem poder usufruir de alimentos considerados próprios para a manutenção da saúde e prevenção de doenças. (BRASIL, 1990)

Com essa preocupação e com o aumento da necessidade de acompanhar a evolução de políticas e programas de atenção nutricional, em 17 de setembro de 1991 foi criada a Lei nº 8.234 que, em seu artigo 3º, determina que a prescrição dietética seja exclusiva do nutricionista, cabendo a esse profissional a educação nutricional (em pacientes doentes ou não), conforme a seguir:

Direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição; planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição; planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos; ensino das matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição; ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins; auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética; assistência e educação nutricional e coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética; assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos. (BRASIL, 2013, p.1)

Essa lei ainda deixa claro que é obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares, tanto na Saúde Pública quanto na saúde complementar, com foco integral do indivíduo; cabendo também a atenção primária ao profissional habilitado em Nutrição e este poderá: planejar, coordenar, supervisionar, programar, executar e avaliar políticas, programas, cursos nos diversos níveis, pesquisas ou eventos de qualquer natureza, direta ou indiretamente, relacionados com alimentação e nutrição e, também, na elaboração e revisão da legislação e códigos afins dessa área. (BRASIL, 2013)

A parte da prescrição dietética cabe, então, a este profissional habilitado e com formação exclusivamente em Nutrição. Em contrapartida, o nutricionista não pode prescrever medicamentos, e sim o nutrólogo, que tem formação médica. (BRASIL, 2013)

Porém, mesmo com a declaração da Constituição Federal, a continuidade dos programas voltados para a alimentação e nutrição do indivíduo foi abortada na era do Governo de Fernando Collor de Mello, havendo uma desestruturação dos programas de prevenção e de promoção de saúde voltados para a alimentação saudável. Dentre esses, vários programas, como o PAT e o SISVAN, ficaram paralisados. (PRADO, 1993)

Somente após quase dez anos, com o descontrole do perfil de saúde e nutricional da população, houve uma mobilização e o SISVAN foi reativado através da Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1999, instituindo como objetivo de estruturar e operacionalizar um sistema contínuo de coleta, fluxo, processamento e análise dos dados sobre a situação alimentar e nutricional do país. (BRASIL, 1990)

Na época, o então Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições, publicou esta portaria, determinando:

Considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à alimentação e nutrição; Considerando a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e Considerando a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve: Art. 1.º Aprovar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. Art. 2.º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas”. Art. 3.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. (BRASIL, 1990, p. 1)

Nesse mesmo ano, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) atestava o compromisso do Ministério da Saúde com os problemas relacionados à fome, à pobreza, à desnutrição infantil e materna e, somente a partir de então, foi atestado o compromisso do Ministério da Saúde com a prevenção e o combate à obesidade e ao sobrepeso da população. (BRASIL, 2003)

Após o compromisso do PNAN em 2001, o profissional de Nutrição deixou de ser dietista e passou a ter licenciatura em Nutrição, conforme artigo 3º dessa legislação. No mesmo ano, foi publicada pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e pela Câmara de Educação Superior (CES) a Resolução que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Nutrição, como a seguir:

Profissional com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentam fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais. (VASCONCELLOS, 2011, p. 615)

A publicação da DCN para o curso de Nutrição carimba um novo modelo de formação para o Nutricionista, que vem garantir uma atuação profissional em três níveis de Atenção à Saúde, voltadas para o indivíduo e para a coletividade. O modelo arcaico do PNAN, mesmo após sua reativação, teve que ser reestruturado em 2003, devido ao alto índice de ganho de peso e ao número de obesos no Brasil.

Seguindo o que diz a Constituição Federal, houve maior participação popular e de instituições governamentais e não governamentais, onde colocaram em pauta suas contribuições para que houvesse uma força maior em relação à prevenção de sobrepeso e de obesidade e de fortalecimento da promoção de saúde. A reformulação da nova PNAN priorizava principalmente o direito humano à alimentação e à segurança alimentar e nutricional, sendo esta adicionada após altos índices de obesidade e custos, devido ao aumento de suas complicações em saúde para o Governo. (BRASIL, 2003)

Portanto, para atingir seu objetivo do direito humano à alimentação e à segurança alimentar e nutricional, ficaram estabelecidas sete diretrizes: a) estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; b) garantia de segurança e qualidade dos alimentos; c) monitoramento da situação alimentar e nutricional; d) promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudável; e) prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais; f) promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e g) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição. (BRASIL, 2003)

Ainda no ano de 2003, foi criado, através da Lei nº 10.696, o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) pelo Governo Federal, com o intuito de promover o acesso à alimentação saudável e incentivar a Agricultura familiar. Para assegurar esse objetivo, o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), através da Resolução nº 358/2005, em sua luta em defesa de uma alimentação segura, determinou que é de responsabilidade do profissional habilitado em Nutrição a atuação no programa de *Merenda Escolar*, cabendo a ele assegurar, através de seu conhecimento técnico, uma alimentação sadia aos estudantes de escolas públicas. Na verdade, o espaço do profissional em Nutrição já deveria ter sido assegurado em programas de alimentação e nutrição, conforme legislação vigente de 17 de setembro de 1991 (VASCONCELLOS, 2011)

Mesmo com a luta dos nutricionistas em defesa da segurança alimentar, houve um crescimento alarmante da obesidade, sendo aprovada pelo Ministério da Educação (MEC) em 10 de agosto de 2006, através da Resolução nº 32, a obrigatoriedade de aquisição de uma alimentação saudável e adequada nas escolas públicas, dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios, além de aplicação da educação alimentar e nutricional no processo de ensino e aprendizagem, promoção de ações para educação nutricional e apoio ao desenvolvimento sustentável, com incentivos para a aquisição de gêneros alimentícios preferencialmente produzidos e comercializados em âmbito local, sendo, portanto, um direito dos alunos da Educação Infantil (EI) (creches e pré-escolas) e do Ensino Fundamental (EF). (BRASIL, 2006)

Essa Resolução compreende o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura e as tradições alimentares, contribuindo para o crescimento e o desenvolvimento dos alunos, em conformidade com a faixa etária, sexo e atividade física e o estado de saúde dos mesmos, inclusive os que necessitam de atenção específica. (BRASIL, 2006)

Nesse mesmo ano, os trabalhadores das empresas que aderiram ao PAT também foram beneficiados, pois foi aprovada pela Câmara dos Deputados (CD) e Senado Federal (SF), a Portaria nº 66, de 25 de agosto de 2006, do Ministério do Trabalho e

Emprego (MTE), que obrigava essas empresas a ter o profissional legalmente habilitado em Nutrição, para propiciar condições de avaliação do teor nutritivo dos alimentos, adaptar as refeições da empresa de acordo com a necessidade dos portadores de alguma doença relacionada à alimentação e à nutrição; enquadrar as refeições servidas aos trabalhadores às normas da segurança alimentar e nutricional da legislação vigente; fiscalizar, executar e prestar contas de ações desenvolvidas no programa em relação ao estado nutricional de cada trabalhador. Sendo assim, através dessa Portaria, teve início a preocupação em prevenir doenças e melhorar o estado de saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 2006)

Com isso, ficou determinado que o PAT deve atender aos seguintes itens: fibras maiores que 25%; sódio menor que 2400mg; e gordura saturada (proveniente de linguiças, carnes com gorduras e outros alimentos de origem animal – *gordos*) menor do que 10%. (BRASIL, 2006)

A empresa que aderir ao PAT, segundo o Ministério da Saúde, poderá optar pelas seguintes modalidades de serviços de alimentação: autogestão (serviço próprio); terceirização; convênio (os empregados fazem refeições em restaurantes conveniados com empresas operadoras de vales, cupons, cheques); alimentação-convênio (a empresa fornece senhas tíquetes para aquisição de gêneros alimentícios); e *cesta-básica*. (BRASIL, 2006)

Porém, pelo que foi visto em uma das breves análises, a cesta básica do trabalhador brasileiro está longe de seguir esse padrão. Essa cesta é composta por 5Kg de arroz; 5Kg de açúcar; 2Kg de feijão; 1Kg de macarrão; 280g de pó de café; 1 Kg de trigo; 1Kg de fubá; 1Kg de sal; 0,5Kg de linguiça defumada, com um *déficit* dos minerais, como Ferro, Cálcio e, também, de fibras e excesso de Sódio. Com isso, desenvolvem-se hábitos alimentares errados na família, devido à oferta de alimentos de alto valor calórico, fugindo do processo de segurança alimentar e conduzindo ao aumento do peso. (LOPES et al., 2008)

No intuito de aumentar a fiscalização da segurança alimentar da população, foi aprovado, também em 2006 através da Lei nº 11.346, 15 de setembro, o Programa

chamado de Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), coordenado atualmente pela Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN). Esse sistema assegura o direito a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente. Ao contrário disso, surge a insegurança alimentar, que é detectada a partir de diferentes tipos de problemas, como a obesidade e suas doenças associadas à má alimentação. A Lei da Segurança Alimentar e Nutricional, no artigo 2º, determina:

É dever do poder público respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como o Estado brasileiro deve empenhar-se na promoção de cooperação técnica com países estrangeiros, contribuindo assim para a realização do direito humano à alimentação adequada no plano internacional. (BRASIL, 2006, p.1)

Atualmente, a segurança alimentar está envolvida em cinco programas: programa de aquisição de alimentos; sistema agroalimentares locais (ações de apoio à produção, abastecimento, distribuição, comercialização e consumo de alimentos saudáveis); fomento às atividades produtivas rurais; acesso à água potável; apoio à estruturação da produção agrícola familiar; e apoio às populações de povos e comunidades tradicionais. (BRASIL, 2006)

O apoio às populações de povos e comunidades tradicionais foi criado em 17 de fevereiro de 2007, através do Decreto nº 6.040. Sendo assim, incluem a segurança alimentar de quilombolas, povos indígenas, agroextrativistas, seringueiros, quebradeiras de coco babaçu, pescadores artesanais, caiçaras, pantaneiros, ciganos, pomeranos, ribeirinhos, praieiros, sertanejos, açorianos e caatingueiros, entre outros, que se tornaram visíveis aos olhos do Estado. (BRASIL, 2006)

Esses povos são selecionados por instituições que indicam ao Ministério de Desenvolvimento Social de Combate à Fome (MDS) e, através deste, recebem benefícios de cestas de alimentos, com o intuito de diminuir a vulnerabilidade de insegurança alimentar e nutricional. (BRASIL, 2006)

As cestas de alimentos de comunidades tradicionais são compostas por oito tipos de alimentos, totalizando 23kg e mudando suas características de acordo com a região

de maior risco nutricional do País, como as Regiões Norte e Nordeste, que recebem nas cestas alimentícias: 10Kg de arroz, 2Kg de açúcar, 3Kg de feijão, 2Kg de farinha de mandioca, 1Kg de macarrão, 2 latas de óleo de soja, 2Kg de leite em pó e 1Kg de flocos de milho; já as regiões do Centro-Sul: 10Kg de arroz, 2Kg de açúcar, 3Kg de feijão, 2Kg de farinha de mandioca, 1Kg de macarrão, 2 latas de óleo de soja, 2Kg de leite em pó e 1Kg de fubá. (BRASIL, 2006)

A perspectiva de melhorar um estado nutricional com esses tipos de alimentos é tão inferior quanto à efetividade das legislações que, no intuito de garantir uma alimentação *segura*, mostram, na prática, justamente o contrário, pois no Estado do Espírito Santo (ES), por exemplo, segundo o IBGE de 2009, 18,9% apresentam insegurança alimentar leve, 5% insegurança alimentar moderada e 3,8% insegurança alimentar grave. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA, 2009)

No entanto, existem diferenças regionais quanto à insegurança alimentar, sendo que as Regiões Nordeste e Norte são as de pior condição. Pode-se explicar a situação nordestina, principalmente nas áreas rurais, onde o foco de programas do Governo tinha como principal demanda as deficiências nutricionais, onde o imperialismo norte-americano, através da doação de alimentos, mostrou sua hegemonia capitalista na década de 50. Esse reflexo, também associado à mudança de ocupação territorial na década de 80, mostra que, atualmente, entre as capitais nordestinas que se encontram com o maior percentual de insegurança alimentar em adultos e crianças destaca-se Fortaleza, onde 53,7% das pessoas estão com sobrepeso e 18% com obesidade e Maceió onde 53,1% de pessoas estão com sobrepeso enquanto 17,9% estão obesos. (CORREIA; SILVEIRA, 2011)

Pensando na magnitude desse problema, as políticas públicas tiveram que se reestruturar ainda mais e vieram se expressando em leis, decretos, regulamentações e normas que são adotadas pelo Estado, na tentativa de proteger as condições econômicas e sociais que têm impacto significativo na saúde. Porém, isso ocorreu somente após já ter sido instalado um processo contínuo de ganho de peso.

A obesidade foi ganhando força e suas doenças associadas também. Em contrapartida, houve um aumento de cirurgias bariátricas com o objetivo de reduzir as mortes atribuídas ao excesso de peso. Também, em contrapartida, diretrizes de atenção à saúde tiveram que ser alteradas, objetivando a prevenção da obesidade e a assistência ao portador de obesidade. Precisou-se, então, regulamentar a técnica e a operacionalização da atenção aos pacientes com indicação de cirurgia bariátrica, devido à alta demanda por esse tipo de cirurgia.

Sendo assim, em 28 de junho de 2007, foi instituída a Portaria nº 1.570 (ANEXO A) que determina o papel da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adotando todas as providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave. (BRASIL, 2007)

Outras Portarias, a de nº 1.569/GM, de 28 de junho de 2007 (ANEXO B) e a de nº 1.570/GM, se fundiram instituindo as Referências de Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade mórbida e, também, visando a um bom desempenho técnico necessário para o bem-estar do paciente. (BRASIL, 2007)

Nesse mesmo ano, foi criada em 31 de agosto de 2007 a Portaria nº 492 (ANEXO C), com o objetivo de estabelecer regulamento técnico, normas e critérios para as unidades de assistência de alta complexidade com a finalidade de credenciamento e habilitação para o tratamento da obesidade grave e um sistema de fluxo de referência e contrarreferência no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2007)

Dentre esses critérios, segundo essa portaria, no período pré-operatório, em sua fase secundária, ou seja, após o paciente passar pela avaliação do cirurgião, do clínico ou do endocrinologista e do psicólogo, deve-se iniciar um programa de monitoramento nutricional, realizável através do processo de reeducação alimentar. Nessa legislação, esse processo de reeducação alimentar pode ser elaborado por

nutrólogo ou nutricionista, contrapondo-se à Lei nº 8234/1991, citada anteriormente. Esses profissionais, segundo a legislação em vigor, poderão ser responsáveis por desenvolver um programa de perda de peso e correções de erros alimentares no período pré-operatório de cirurgia bariátrica. (BRASIL, 2007)

Essa portaria coincide com a Portaria nº 942/2010 do Conselho Federal de Medicina (CFM), pois, segundo a entidade, a equipe multidisciplinar pode ser formada tanto por nutrólogo quanto por nutricionista, com atuação no pré e no *transoperatório* do paciente bariátrico.

Segundo o consenso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB) de 2013, é obrigatória a presença do profissional habilitado em Nutrição na formação da equipe multidisciplinar, independente da fase em que se encontra o paciente no andamento da cirurgia.

Essas normas e critérios para a realização de cirurgia bariátrica vieram com o intuito de controlar o detrimento causado pela obesidade e somente após quase um ano, em 23 de junho de 2008, foi instituído o Dia Nacional de Prevenção da Obesidade, através da Lei nº 11.721/08:

Art. 1º - Fica instituído o Dia Nacional de Prevenção da Obesidade, celebrado anualmente no dia 11 de outubro, com o objetivo de conscientizar a população sobre a importância da prevenção da obesidade. Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. (BRASIL, 2008, p. 1).

Porém, esse dia está longe de causar algum impacto na população, pois não existem campanhas efetivas que assegurem uma alimentação saudável com foco na integralização do indivíduo com intuito de prevenir obesidade e comorbidades associadas. O que se tem visto são campanhas isoladas dos municípios em escolas públicas, para dar seguimento ao *protocolo* da merenda escolar, e em conjunto com outras campanhas, como as de portadores de deficiências físicas, por se tratar da mesma data de contemplação. Uma é tão importante quanto a outra, portanto ambas necessitam de atenção diferenciada.

Paralelamente a essa campanha, na tentativa de estimular ainda mais uma alimentação segura e baseando-se na legislação anterior, em junho de 2009 foi criada a Lei nº 11.947, que inova ao estabelecer um elo institucional entre a alimentação oferecida nas escolas públicas e a Agricultura Familiar da região em que elas se localizam. Do total dos recursos financeiros repassados pelo Governo Federal, no mínimo 30% deverão ser utilizados na aquisição de gêneros alimentícios diretamente da Agricultura familiar, possibilitando, dessa forma, a melhoria dos hábitos alimentares e oferecendo alimentos seguros à população. (BRASIL, 2009)

Ainda assim, a obesidade cresce e na tentativa de controlar sua magnitude foi criado pelo Governo Federal, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) até 2022. Esse plano de *desespero* tem o objetivo de deter o crescimento da proporção de adultos brasileiros com excesso de peso ou com obesidade e, dentre suas ações, encontram-se reduzir a prevalência de obesidade em crianças, adolescentes, adultos e aumentar a prevalência de atividade física no lazer, como também incentivar o consumo de frutas e hortaliças e a redução do consumo médio de Sal. (BRASIL, 2013)

Nessa reestruturação da saúde, em 2013 foi reduzida a idade mínima para a realização da cirurgia bariátrica de 18 para 16 anos. Antes de fazer a cirurgia, os jovens deverão passar por uma avaliação clínica, realizada pela equipe multidisciplinar composta através de critérios, segundo a legislação em vigor, e cabendo ao médico decidir a equipe de pré-operatório, com respaldo do CFM e da Resolução nº 492. Ainda assim, no prontuário deverão constar a análise da idade óssea e a avaliação criteriosa do risco vs benefício, feita por uma equipe com participação de dois médicos especialistas, para avaliarem a necessidade de cirurgia ou não (ANEXO C).

Com a reestruturação, a definição do paciente se submeter à cirurgia não será tomada mais como base na idade máxima de 65 anos, mas levando-se em conta a avaliação clínica (risco vs benefício), podendo ultrapassar o limite atualmente estabelecido (ANEXO C).

O Ministério da Saúde ainda definiu, em 2013, que pacientes obesos e com sobrepeso terão prioridade de atendimento na saúde. Esses indivíduos, quando já instalado o sobrepeso, poderão ser encaminhados a um polo da Academia da Saúde para realização de atividades físicas e a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para receber orientações para uma alimentação saudável e balanceada através da atuação do nutricionista, que irá diagnosticar o perfil nutricional, planejar, programar, monitorar e avaliar o indivíduo integralizado, seguindo sempre as características culturais, econômicas, demográficas e epidemiológicas de cada território. (SCHMIDT; DUCAN, 2011)

Há indicativos que as ações contra a obesidade que tiveram início na década de 2000 começam a surtir efeito, pois os últimos dados publicados pelo Ministério da Saúde em 2014 indicam que houve uma estabilização da obesidade, tanto em homens quanto em mulheres, quando comparadas com dados divulgados anteriormente. (BRASIL, 2014)

#### **4 ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DE PACIENTES “PARTICIPANTES” DO GRUPO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Na cirurgia bariátrica, o nutricionista é o profissional de saúde, que deve fazer parte da equipe multidisciplinar, conforme legislação em vigor para, assim, assegurar a saúde dos indivíduos, corrigir *déficits* nutricionais e hábitos alimentares errôneos, além de melhorar o prognóstico no pós-operatório. Porém, ainda assim existem alguns casos em que o paciente se submete à cirurgia proposta sem acompanhamento correto do profissional habilitado em Nutrição, o que pode acarretar danos à saúde do indivíduo (ANEXO C).

O presente estudo teve início a partir da experiência profissional da pesquisadora, que há oito anos vem atuando na área de obesidade e cirurgia bariátrica em uma Cooperativa de Trabalho Médico, UNIMED-Vitória, Espírito Santo (ES). Neste contexto, foi observado de forma não sistemática que os pacientes que se submetiam a esta cirurgia em outros centros de saúde não tinham um preparo adequado e as consequências no pós-operatório eram desde alguma deficiência nutricional até certas compulsões alimentares, além de dificuldade de mastigação e intolerância a certos tipos de alimentos, o que compromete o estado nutricional no pós-operatório e a qualidade de vida, podendo levar o indivíduo até mesmo a morte.

Diante desta situação e de todo o levantamento bibliográfico apresentado nos capítulos anteriores, sentiu-se a necessidade de entender qual a importância e os benefícios de se fazer um acompanhamento prévio para realização da cirurgia bariátrica.

Para tanto, foi realizado um estudo descritivo de série de casos, com análise quantitativa dos dados, com 12 pacientes que tinham o diagnóstico confirmado de obesidade, e idades entre 18 e 60 anos das Unidades Cias Ambulatorial da UNIMED Vitória-ES e que participavam de um serviço de atenção à obesidade com preparação para cirurgia de obesidade (GAP). Foram aceitos os pacientes que assinaram previamente, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (MS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, conforme Parecer Consubstanciado n. 157.145, de 27/11/2012 (ANEXO D).

O GAP foi montado no ano de 2009 para pacientes que iriam se submeter à cirurgia bariátrica. Este programa fazia parte do Programa de Prevenção Viver UNIMED e perdurou até o ano de 2012. Este serviço de preparação para cirurgia de redução do estômago foi pioneiro no Estado. Apesar de, em 2003, em outro hospital privado da Grande Vitória, ter sido o primeiro a implantar o serviço de bariátrica, seguido do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM), o GAP foi pioneiro no Estado em termos relacionados não somente a palestras isoladas, mas também referente aos números de sessões feitas. Este serviço situava-se no Centro de Especialidades da UNIMED Vitória-ES, que apesar de se subdividir em outras regiões do Espírito Santo, como Guarapari, Campo Grande e Serra, era realizado na cidade de Vitória, especificamente na Avenida Saturnino Rangel Mauro, 245, Pontal de Camburi.

O Programa de Cirurgia Bariátrica tinha como intuito ajudar o paciente no tratamento pré-operatório, através da construção de caminhos criativos e construtivos para equacionar problemas complexos, com profissionais com áreas comuns sustentadas em práticas e saberes do domínio de todos.

Sendo assim, o paciente candidato à cirurgia bariátrica, além de fazer acompanhamento com consulta individual com a equipe multidisciplinar (cirurgião,

endócrino, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, cardiologista), tinha que participar de uma palestra com o cirurgião bariátrico e do GAP, onde eram agendados os encontros quinzenalmente, sendo descritos a seguir as atividades realizadas:

- a) **primeiro encontro:** O nutricionista dava boas vindas aos participantes, solicitava a cada um do grupo que se apresentasse e expressasse o motivo pelo qual buscou o acompanhamento em grupo, solicitando que fossem assinaladas em questionário próprio. Logo após essa apresentação, era entregue o formulário de adesão ao grupo (ANEXO E), o Questionário de Qualidade de Vida SF36 (ANEXO F) e realizada a avaliação antropométrica (peso, altura, índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura), além de entregar o questionário de conhecimento sobre a cirurgia bariátrica, após o seu preenchimento, o mesmo era discutido em sala (ANEXO G). Neste primeiro encontro, o psicólogo se fazia presente, abordando questões relacionadas a transtornos alimentares, através de exercícios em grupo. Após esta etapa, era passado como tarefa para casa um texto explicativo, de simples entendimento, sobre o significado da obesidade, como se adquire e as comorbidades associadas. Também era entregue como tarefa um questionário com escala de 0 a 10, criado pela nutricionista, para anotar o grau de saciedade e de fome, após a ingestão de uma fruta no horário do lanche da manhã (colação), preferencialmente fruta de consistência densa (maçã), essa fruta era para representar a importância de se mastigar o alimento corretamente, independente de qual for. Este questionário continha escalas que deveriam ser registrada após a ingestão da mesma, sendo 0 (continuava com fome), 5 (sentia-se moderadamente satisfeito) e 10 (sentia-se muito satisfeito);
- b) **segundo encontro:** Neste encontro, juntamente com o psicólogo, discutia-se sobre o texto passado como tarefa do encontro anterior, abordando questões pessoais, desde achados em sua infância até suposições pelas quais se adquiriu a obesidade, discutindo suas comorbidades e malefícios ocasionados pela mesma. Após esta discussão em grupo, era entregue ao paciente um questionário de certo e errado, sobre conhecimento a respeito da cirurgia, com objetivo de instruir as possíveis complicações, causas de óbito,

suplementações, orientações nutricionais e acompanhamento médico. Logo depois, era discutido e corrigido em sala. Em seguida, iniciava-se a discussão sobre a escala de fome e saciedade da tarefa de casa, e qual era a sensação adquirida com o fato de comer uma fruta na colação. Após esta discussão, a nutricionista entregava maçãs cortadas em quatro pedaços pequenos aos participantes, iniciando o trabalho de mastigação. Primeiramente, era solicitado que mastigassem o primeiro e o segundo pedaço, sendo observado o tempo de mastigação de cada um (cronometrado no relógio), debatendo-se em sala o que sentiam e qual o gosto da fruta. Após essa discussão, era orientada a quebra mecânica através da mastigação com o uso dos dentes molares, segurando o pedaço da maçã e deixando a saliva fazer sua ação através das enzimas salivares. Após formar um bolo alimentar, era solicitado que engolissem o alimento, no intuito de treinar o paciente para, após a cirurgia, evitar entalhos, engasgos e vômitos. Para fechamento desta sessão, era solicitado a um membro do grupo que lesse uma metáfora, da *águia* e a *tartaruga* com o objetivo de fazer o paciente entender a importância da preparação gradual para a cirurgia bariátrica. Como tarefa de casa, era entregue um texto explicativo com desenho, sobre o sistema gastrointestinal (desde a boca até o ânus) solicitando aos membros do grupo que pesquisassem e anotassem ao lado do desenho a função de cada órgão deste sistema, com o objetivo de saber quais as funções básicas da boca, do estômago, intestino delgado e intestino grosso;

- c) **terceiro encontro:** Era feita a discussão do exercício de casa, da sessão anterior, explicando detalhadamente a absorção de nutrientes em cada órgão e qual a função de cada um; era discutido entre os participantes e sanadas dúvidas do porquê da mastigação, onde iriam ser absorvidos os suplementos prescritos pelo nutricionista (vitaminas e minerais e proteínas), além de orientar o motivo da importância da dieta a ser seguida no pré e no pós-operatório. Após esse exercício, era feito um recordatório de 24 horas da alimentação do dia anterior, sendo que através deste era montado uma pirâmide de alimentos com os grupos alimentares que os pacientes mais consumiam, sendo feitas as devidas correções e orientações nutricionais. Depois, era entregue ao paciente uma folha de papel branca, sendo solicitado

- que *simulasse* em um desenho seu entendimento sobre onde iria ocorrer a mudança física da cirurgia em nível estomacal e no desvio em nível intestinal, a fim de apenas orientar aonde iria se “mexer” dentro de seu corpo. Ao final desta sessão, era solicitado que cada paciente fizesse o agendamento da palestra em grupo com o cirurgião bariátrico, a fim de explicar melhor a técnica operatória, além do agendamento com o fisioterapeuta para iniciar o processo de treinamento de respiração, através de consultas individuais;
- d) **quarto encontro:** era colocada uma pirâmide alimentar de ímã em branco em cima de uma mesa, e era solicitado que montassem a pirâmide novamente, no intuito de verificar o aprendizado e compreensão da reunião anterior. Após a montagem da mesma, a nutricionista corrigia os erros, montava a pirâmide corretamente e solicitava aos participantes que sinalizassem os alimentos mais e menos saudáveis. Eram enfatizados, neste dia, os macronutrientes e suas funções, como: carboidratos, proteínas e lipídios, no intuito de orientar as substituições que poderiam ser feitas dentro de um plano alimentar através do conhecimento destes grupos de alimentos;
- e) **quinto encontro:** era impressa a dieta de pós-operatório e entregue para cada paciente, onde se discutia detalhadamente cada passo da evolução dietoterápica, como também as devidas suplementações e cuidados nutricionais, além de sanar dúvidas referentes à evolução deste tratamento nutricional. Neste encontro, participava também uma enfermeira do Viver UNIMED, que reafirmava o que já havia sido orientado pelo cirurgião na palestra, como: cuidados com curativos, o uso da cinta correta e demais orientações referentes à incisão cirúrgica; e
- f) **sexto encontro:** as atividades do GAP eram finalizadas, efetuando-se a entrega do questionário de avaliação dos encontros e do certificado de participação do grupo, com a confraternização junto ao nutricionista e psicólogo e os participantes. Posteriormente a este encontro, o paciente era encaminhado à Coordenação para possível agendamento da cirurgia, caso fosse esta sua opção.

Antes das participações dos pacientes nas sessões do grupo, os mesmos foram chamados individualmente, para esclarecimentos a respeito da presente pesquisa,

assinar o TCLE e para realização da avaliação inicial, que permitiu caracterizar o perfil dos pacientes, condições socioeconômicas, qualidade de vida e perfil nutricional, como veremos a seguir no presente trabalho. Esta coleta foi realizada no primeiro e último dia das atividades do Gap, com duração de duas horas.

Para caracterizar o perfil dos pacientes, foi realizada uma investigação clínica que constou de perguntas ao paciente, como: sexo, idade, profissão, cidade de origem, nível de escolaridade e doenças associadas.

As condições socioeconômicas foram identificadas com a aplicação de um questionário adaptado (ANEXO H), fundamentado no critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Esse critério considera o poder de compra das pessoas e o grau de instrução do chefe de família, a pontuação varia de 0 a 34 pontos, classificando-as em escala ordinal decrescente como: Classe A1 (30 a 34 pontos), Classe A2 (25 a 29 pontos), Classe B1 (21 a 24 pontos), Classe C (11 a 16 pontos), Classe D (6 a 10 pontos) e Classe E (0 a 5 pontos). Os dados coletados foram direcionados para: sexo, raça, religião, naturalidade, estado civil, casa própria, infraestrutura, quantos membros na família, entre outros.

Para observar o estado nutricional, foi realizada avaliação com coleta de dados antropométricos. Os pacientes foram avaliados de acordo com uma ficha padronizada (APÊNDICE B), onde foram registradas as informações quanto ao peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), de acordo com os seguintes procedimentos:

- a) **Pesagem:** O paciente ficou em posição ereta, vestindo roupas leves, e descalço, em uma balança manual (Welmy) com capacidade de até 150Kg e precisão de 100g;
- b) **Estatura:** a população foi colocada descalça e posicionada eretamente, com os braços pendentes e as mãos espalmadas sobre as coxas, em uma balança manual (Welmy). Essa medida foi feita utilizando-se um estadiômetro fixo com capacidade para 2m e precisão de 0,1cm;

- c) **IMC**: indicador para definir o grau de obesidade do paciente, que consiste na relação entre o peso e a estatura (em metros) ao quadrado. Após a realização deste cálculo, os pacientes foram classificados como: Obeso grau I, grau II, grau III e super obeso, conforme Tabela 1 (ANEXO I);
- d) **Circunferência da cintura**: para a medição da circunferência da cintura, o paciente ficou em pé com os pés unidos e foi utilizada uma fita métrica não extensível que circundou o indivíduo na linha natural da cintura, sendo a região mais estreita entre o tórax e o quadril, no caso de obesos em que não foi possível esta visualização, foi feita uma medição entre o ponto médio da costela e a crista ilíaca e a leitura foi feita no momento da expiração. Foi classificada de acordo com o gênero, sendo considerados os limites normais a circunferência <94 cm para homens; <80 cm para mulheres; e risco elevado cardiovascular quando a medida em homens ultrapassa 104 cm e em mulheres ultrapassa 88 cm, conforme Tabela 2 (ANEXO J);
- e) **Qualidade de Vida (QV)**: Para se avaliar a qualidade de vida, foi aplicado o questionário validado SF36 (*Medical Outcomes Study - 36 - Item Short Form Health Survey*) no primeiro e no último encontro do grupo. O nutricionista, anteriormente à entrega do questionário, lia cada item a fim de esclarecer dúvidas e auxiliar na maneira de preenchimento dos tópicos. Posteriormente a essa explicação, cada participante respondia individualmente, com um tempo de 20 minutos para o preenchimento. Após o preenchimento, os participantes entregavam ao nutricionista, que fazia a pontuação do questionário em outro momento; essa pontuação era dividida em duas fases conforme descrito abaixo:
- a) Na primeira fase era feita a ponderação dos dados, onde se tem a soma final de todos os 36 itens, distribuídos em 11 questões. Após o resultado total, ia-se para a segunda fase;
- b) Na segunda fase era feito o cálculo de *Raw Scale*, transformando o valor das questões da primeira fase em notas referentes aos 8 domínios, sendo estes:
- capacidade funcional;
  - aspectos físicos;

- dor, estado geral de saúde;
- vitalidade, aspectos sociais;
- aspectos emocionais e saúde mental.

Estes domínios variam de 0 (zero) a 100 (cem), sendo 0 o pior, e 100 o melhor. Para o cálculo de cada domínio, era necessário se aplicar a seguinte fórmula conforme abaixo, onde os valores de limite inferior e variação (*Raw Scale*) são fixos e estão distribuídos conforme a Tabela 1:

Tabela 1 - Valores de limite inferior e variação segundo a *Raw Scale* de acordo com cada domínio

Domínio	Pontuação das Questões Correspondentes	Limite Inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação física	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado geral de saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09 (a+e+g+i)	4	20
Aspectos sociais	06+10	2	8
Limitação emocional	05	3	3
Saúde mental	09 (b+c+d+f+h)	5	25

Fonte: Cooperativa do fitness (2013)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

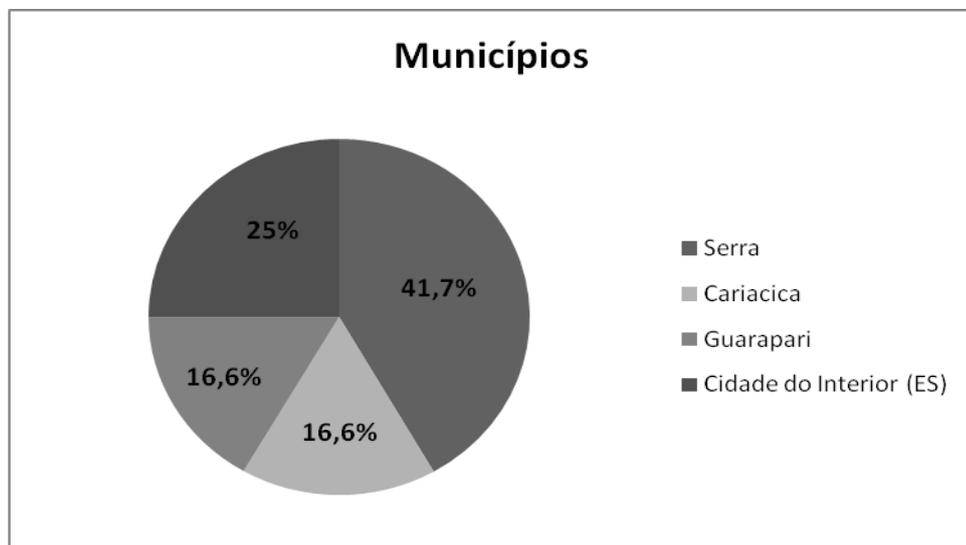
Ao término das sessões do GAP, foram realizadas, novamente, as medidas antropométricas e de QV, com o objetivo de verificar o benefício da realização das sessões no que se refere à perda de peso e QV.

Os dados apontados foram analisados descrevendo-se em cálculos de percentagem, média e variação.

#### 4.1 PERFIL E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DOS PACIENTES

Dos 12 pacientes avaliados, 25% decidiram participar do grupo, somente porque o cirurgião encaminhou, enquanto 75% se sentiram motivados a se preparar melhor para a realização da bariátrica. O Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica da UNIMED-Vitória/ES ocorria apenas em uma unidade Cias Ambulatorial, situado em Vitória. Sendo assim, os pacientes procediam de outros municípios, referente às cidades de Serra (n=5), Cariacica (n=2), Guarapari (n=2) e do interior do Estado do Espírito Santo (n=3), conforme Gráfico 1.

Gráfico1 - Distribuição de Municípios dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao gênero, 58,3% (n=7) eram do sexo feminino, enquanto 41,7% (n=5) do sexo masculino, com predominância da raça branca 59% (n=7), seguida da raça

parda 41% (n=5). Segundo o IBGE, no ano de 2006, 39,5% de homens estavam bem acima do peso, contra 47,3% de mulheres.

A média de idade foi de  $43 \pm 9$  anos, havendo uma variação de 25 a 56 anos entre os participantes da pesquisa. Entre as mulheres a idade média foi  $42,5 \pm$  variando de 27-56 anos, sendo que 42,8% (n=3) estavam com a faixa etária de 30 a 40 anos conforme tabela 1. Segundo Kac *et al* (2003), essa faixa etária apresenta 3,3 vezes mais chances de desenvolver a obesidade em comparação com mulheres entre 15 e 29 anos respectivamente, essa ocorrência pode estar associada com a idade ao nascimento do primeiro filho, idade de menarca e número de filhos. A Tabela 2 mostra a distribuição da faixa etária dos participantes desta pesquisa.

Tabela 2 - Distribuição de gênero e idade dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012

<b>Sexo</b>			<b>Sexo</b>		
<b>Feminino</b>			<b>Masculino</b>		
Idade	n	%	n	%	
25-29	1	8,3%	-----	-----	
30-40	3	25%	2	16,6%	
41-50	2	16,6%	1	8,3%	
51-56	1	8,3%	2	16,6%	

Fonte: Elaborada pela autora

Segundo Conde e Lisboa (2011), 10% da população feminina em todas as regiões do país apresenta maior risco de obesidade, sendo o período crítico a *transição* entre a adolescência e as etapas precoces da vida adulta, independente da etnia.

Porém, dados da literatura nos mostram que a frequência da obesidade relacionada ao sexo não se apresenta de forma homogênea em relação às diferentes capitais. Esta afirmação é corroborada pela pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde em 2013, na qual a obesidade varia de acordo com a capital do país, sendo que na Região Nordeste, João Pessoa/PB e Natal/RN tiveram maior quantidade de homens

obesos, enquanto em Salvador/BA há menor frequência, se comparado às mulheres, juntamente de Goiânia/GO e Belo Horizonte/MG; já em Vitória/ES, houve maioria do sexo masculino com prevalência de obesidade. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013)

No entanto, pela primeira vez, em 2014, após oito anos em ascensão, a obesidade se estabilizou entre homens e mulheres (17,5%), isso porque houve um processo de reeducação alimentar com ação de profissionais de nutrição no país. Já em relação ao excesso de peso, os homens atualmente acumulam percentuais de gordura corporal mais expressivo (54,7%) contra 47,4% das mulheres. (BRASIL, 2014)

No presente estudo, essa estabilização da obesidade em homens e mulheres no país justifica a tendência de equilíbrio (7x5) presente em nossa pesquisa quanto ao número de pacientes que realizará a cirurgia bariátrica, em relação ao sexo. Porém, os presentes resultados não diferem dos encontrados em outros estudos, onde a maioria das pessoas que realizaram a cirurgia foi do sexo feminino, como pode ser observado nas pesquisas descritas a seguir.

Em estudo realizado por Prevedello et al. (2009), com 32 pacientes que iriam se submeter à cirurgia bariátrica, 75% eram do sexo feminino, enquanto 25% do sexo masculino. Segundo Pedrosa et al. (2009), estudo retrospectivo com 205 pacientes mostrou achado semelhante, onde a maioria das mulheres eram obesas e iriam se submeter à bariátrica, totalizando 71,5% da amostra.

Em outro estudo *transversal* feito por Barros (2013) com abordagem quantitativa realizado com 57 pacientes que iriam se submeter à cirurgia de redução de estômago, verificou-se também que a maioria era do sexo feminino (84,2%). Nesta pesquisa, a motivação para realizar a cirurgia bariátrica foi o incômodo com o excesso de peso, além de possuírem comorbidades associadas como Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes *Mellitus* tipo dois.

Segundo o autor acima, estes resultados podem ser explicados devido à maior preocupação das mulheres em relação à sua imagem corporal, desencadeando baixa auto-estima, ansiedade, angústia, agressividade, tristeza, compulsão, negação e insatisfação. (BARROS, 2013)

Outra explicação para o excesso de peso e busca pelo tratamento cirúrgico em mulheres seria a excessiva jornada quádrupla (conjugal, trabalho, afazeres domésticos, maternal) que ajudou a aumentar tanto a escassez de uma alimentação saudável quanto à falta de exercícios físicos que, associados a fatores genéticos, contribuem para a obesidade. (BARROS, 2013)

Em meados da década de 90, também pode ter ajudado no ganho de peso excessivo, pois apesar da estabilização atual da obesidade em ambos os sexos, as mulheres tiveram que ir a busca de trabalho digno, e este, quando associado ao divórcio e afazeres domésticos, sacramenta ainda mais a falta de prevenção em saúde.

A tendência da saída da mulher para o mercado de trabalho foi *reforçada* ainda mais após o discurso de posse da primeira presidente feminina no Brasil, onde ficou registrada a necessidade da mulher ter força, vitalidade e vigor, ocorrendo no dia 21 de dezembro de 2011 conforme abaixo:

Queridas brasileiras e queridos brasileiros: pela decisão soberana do povo, hoje será a primeira vez que a faixa presidencial cingirá o ombro de uma mulher. Sinto uma imensa honra por essa escolha do povo brasileiro e sei do significado histórico desta decisão. Sei, também, como é aparente a suavidade da seda verde-amarela da faixa presidencial, pois ela traz consigo uma enorme responsabilidade perante a nação. Para assumi-la, tenho comigo a força e o exemplo da mulher brasileira. Abro meu coração para receber, neste momento, uma centelha de sua imensa energia. E sei que meu mandato deve incluir a tradução mais generosa desta ousadia do voto popular que, após levar à presidência um homem do povo, decide convocar uma mulher para dirigir os destinos do país. Venho para abrir portas para que muitas outras mulheres, também possam, no futuro, ser presidenta; e para que - no dia de hoje - todas as brasileiras sintam o orgulho e a alegria de ser mulher. (BRASIL, 2011, p. 1)

Espelhando-se na história desta mulher aguçada e na possibilidade de crescimento no trabalho em busca de melhores condições salariais, principalmente entre as mulheres, reféns do sistema, aumenta-se, além da dificuldade do acesso à

prevenção em saúde, o acesso à informação, o que é confirmado quando comparamos o baixo nível de escolaridade da nossa pesquisa, já que entre os participantes não existia nenhum com nível superior de escolaridade. Uma vez que nesta pesquisa verificamos que as mulheres com Ensino Fundamental completo representavam 42% e Ensino Médio 28,5%, respectivamente, enquanto entre os homens, 60% apresentavam Ensino Médio completo, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 - Nível de escolaridade conforme sexo dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012

<b>Gênero</b>	<b>Ensino Fundamental completo</b>	<b>Ensino Fundamental incompleto</b>	<b>Ensino Médio completo</b>
Mulher	3	2	2
Homem	1	1	3

Fonte: Elaborada pela autora

Segundo Monteiro et al. (2003), a obesidade tende a ser mais frequente nos estratos da população com menor escolaridade e com ocupações de menor prestígio social, sendo essa tendência particularmente evidente entre mulheres adultas. O mesmo achado foi confirmado por Gigante et al. (2006), onde verificou que as mulheres com maior renda e com maior nível de escolaridade apresentaram menor prevalência de obesidade; no entanto, entre os homens, observou-se uma tendência inversa. Outro estudo realizado por Pinto (2009) em uma comunidade do Rio de Janeiro/RJ verificou que a baixa renda e a obesidade são diretamente proporcionais, uma vez que a preocupação é não passar fome e sobreviver com o que de fato se tem acesso.

Em outra pesquisa realizada por Sant'Helena e Prá (2012), com o intuito de caracterizar a amostra com 7 pacientes que iriam se submeter à bariátrica, verificou-se que todos eram do sexo feminino e 4 possuíam Ensino Fundamental completo, 2, Ensino Médio completo e apenas 1, Ensino Superior.

Em 2012, segundo os resultados da pesquisa VIGITEL, verificou também que a obesidade tem relação com o menor nível de escolaridade e renda, independente do sexo, pois esta pode interferir negativamente em relação ao acesso a alimentos de maior qualidade nutricional, uma vez que estes estão associados a um maior custo.

Apesar da divulgação do Ministério da Saúde 2014, em relação à estabilidade da obesidade em ambos os sexos, a mesma pesquisa mostra que, em ambos os sexos, quando se tem até oito anos de estudo, a obesidade aumenta em média 58,3%, ao contrário de indivíduos com no mínimo 12 anos de escolaridade, onde o percentual cai para 36,6%. (BRASIL, 2014)

No presente estudo, foi confirmada esta relação de baixo nível de escolaridade e renda, como pode ser constatado na Tabela 4. Existia um paciente que não tinha renda fixa, enquanto 83,3% (n=10) apresentavam renda entre 2 a 3 salários mínimos, sendo que, destes, tinham em média duas pessoas da casa que eram dependentes diretos e apenas um paciente que possuía renda entre 4 a 6 salários mínimos; porém, tinham como dependentes quatro pessoas da família.

Tabela 4 - Renda dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012

<b>Nº de Pacientes</b>	<b>Renda (salário mensal)</b>	<b>Nº de dependentes</b>
1	-----	-----
10	2 a 3	2
1	4 a 6	4

Fonte: Elaborada pela autora

Ao se estabelecer o perfil socioeconômico segundo a ABEP, observou-se que a classe social B foi predominante (83,3%), seguida da C (16,6%) e sua distribuição ocorreu conforme abaixo (Tabela 5).

Tabela 5 - Perfil socioeconômico dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012

<b>Classe Econômica</b>	<b>Número de Pacientes</b>
A1	-----
A2	-----
B1	1
B2	10
C1	-----
C2	1
D	-----
E	-----

Fonte: Elaborada pela autora

Pôde-se verificar, também, que a classe social dos indivíduos da pesquisa determina o seu tipo de plano de saúde, sendo este o Plano Empresarial, de fácil acesso financeiro, pois ao analisarmos o tipo de profissão, observamos: autônomos (sem

emprego fixo), cozinheiro, vendedor, do lar, frentista, balconista, recepcionista comerciário e 25% (n=3) da área da saúde (técnico de Enfermagem), dificultando assim o pagamento de um plano sem ser o oferecido como benefício pelo empregador.

A classe social destes participantes pode confirmar o que foi relatado pelos mesmos, principalmente no terceiro encontro do GAP, onde o perfil alimentar ofertados no lar era composto por alimentos mais baratos e de fácil preparo. Sabe-se que, em conjunto com estes alimentos, vem alto teor de Carboidratos refinados (sem fibras, com alto índice glicêmico e, conseqüentemente, menor tempo de saciedade), gorduras saturadas e *trans* ajudando no aumento de peso, o que torna difícil seguir as orientações nutricionais preconizadas, sendo estas de 3 a 5 porções de frutas ao dia, 3 a 9 porções de leites e derivados magros, 4 a 5 porções de hortaliças e 1 a 2 porções de leguminosas.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2008, os índices de consumo recomendado de frutas e hortaliças eram seguidos por 15,8% de homens contra 23,7% das mulheres; em 2013, 19,3% dos homens e 27,3% das mulheres comiam cinco porções por dia de frutas e hortaliças; já em 2014, este índice em ambos os sexos aumentou 18%. (BRASIL, 2014)

Porém, mesmo com essa melhora, o brasileiro ainda consome excessivamente a gordura saturada. Ao todo, 31% dos entrevistados não dispensam a carne gordurosa e mais da metade (53,3%) consome leite integral regularmente. O consumo de refrigerantes também registrou altos índices: 23,3% da população ingere a bebida pelo menos cinco dias da semana, além de substituírem o almoço ou o jantar por um lanche de baixo valor nutritivo, como uma pizza ou um sanduíche, sendo 12,6% dos homens e 19,7% das mulheres respectivamente, o que pode ser justificado pela rotina do dia a dia entre as mulheres. (BRASIL, 2014)

Para orientar melhor esta população, foi criado, em 2014, o novo Guia Alimentar da População Brasileira (GAPB), elaborado pelo Ministério da Saúde, que orienta os brasileiros sobre os cuidados com a saúde e como manter uma alimentação

saudável e balanceada: a recomendação é pelo consumo de alimentos frescos, de procedência conhecida e utilizando como base da dieta alimentos *in natura* (de origem vegetal e animal) como carnes, verduras, legumes e frutas. O manual também recomenda que as pessoas optem por refeições caseiras e evitem a alimentação em redes de *fast food* (refeições prontas). (BRASIL, 2014)

Devido ao achado da nossa pesquisa, em relação ao perfil socioeconômico, pode-se sugerir que os participantes estão inseridos em um sistema em que a maior preocupação está relacionada ao fato de *não faltar alimento*, independente da qualidade do mesmo, tanto que a orientação nutricional no primeiro momento, realizada no quarto encontro do GAP, se tornou de difícil manejo, pois foi necessário excluir pensamentos e valores enraizados a este perfil populacional, já que o fato de estar bem nutrido é estarem visivelmente *cheinho*, tecnicamente chamados de obesos.

O ponto de partida para o paciente entender que esta obesidade não está associada à saúde é quando se iniciam os malefícios como o aparecimento de doenças associadas e exclusão social devido ao excesso de peso.

Dentre as doenças associadas entre os participantes do grupo, verificou-se a presença de comorbidades em 100% da amostra, uma vez que 75% dos pacientes (n=9) tinham Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); destes pacientes, respectivamente 22,2% (n=2) possuíam intolerância a Glicose, Diabetes *Mellitus* tipo dois (DM2) 44,4% (n= 4), gastrite (n=1) e apenas 22,2% (n=2) possuíam HAS isoladamente. O restante dos pacientes (n=3) não apresentava HAS, porém 100% tinham Esteatose Hepática grau II, conforme pode ser confirmado a seguir, na Tabela 6.

Tabela 6 - Doenças associadas dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012

<b>Doença</b>	<b>Nº de pacientes</b>
HAS Isoladamente	2
HAS + intolerância a glicose	2
HAS + DM2	4
HAS + gastrite	1
Esteatose hepática grau II	3

Fonte: Elaborada pela autora

Essas comorbidades associadas à obesidade são agravadas com o passar do tempo e aumento de peso (HUERTA et al., 2008). Sendo assim, nos encontros do GAP, sempre foi focada a importância de perda ponderal de peso de 5-10%, apesar de não existir consenso sobre como conduzir o processo de perda de peso pré-operatória, cabendo a cada serviço determinar seu protocolo multidisciplinar e as metas para cada paciente. A perda de peso é importante, uma vez que reduz o tempo cirúrgico em média em 22 minutos, se correlaciona a um tempo mais curto de recuperação com menos chances de ficar hospitalizado, além de ter uma perda de peso mais rápida no pós-operatório imediato. (LIVHITS et al., 2009; HUERTA et al., 2008; STILL et al., 2007)

#### 4.2 PERFIL NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA

Na primeira sessão do GAP, a média inicial de peso foi de  $119,7 \pm 21,8$  variando de 90-180Kg; em relação ao índice de massa corporal, a média inicial foi de  $45,7\text{Kg/m}^2 \pm 6,5$ , variando de 40 a  $65\text{Kg/m}^2$ ; já a média da circunferência da cintura foi de  $127,5\text{cm} \pm 12,2$  variando de 120-155cm (dp 12,2) conforme Tabela 7. Observando-se clinicamente este perfil de paciente, tem-se que, no primeiro momento, 100% apresentavam obesidade mórbida e elevada circunferência da cintura, o que favorece o aumento de comorbidades, principalmente as cardiovasculares, que foram o principal achado da pesquisa. (STILL et al., 2007)

Ao observar-se a última sessão, tem-se que a média final de perda de peso foi baixa, de apenas  $1\text{Kg} \pm 19,4\text{Kg}$  o IMC ainda se manteve como obesidade mórbida, com média final de  $44,7\text{ Kg/m}^2 \pm 5,8\text{ Kg/m}^2$ , e a circunferência da cintura finalizou com média de  $118,5 \pm 13,2$ . Destaca-se que o foco do grupo não era somente a perda de peso isolada e sim preparar para a cirurgia de redução do estômago. Podem-se justificar este resultado através do intervalo quinzenal entre uma reunião e outra e pelo número de sessões ser baixo (no total, 6 sessões), fazendo-se necessário um acompanhamento mais efetivo com intervalo menor entre as sessões para que se possa observar perda de peso mais importante.

Tabela 7 - Médias de peso, IMC e CC dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012

	<b>Peso</b>	<b>IMC</b>	<b>CC</b>
1ª sessão	119,7	45,7	127,5
Última sessão	118,1	44,7	118,5

Fonte: Elaborada pela autora

Entretanto, os resultados descritos na Tabela 8 demonstram que o comportamento de ganho ou perda de peso não foi uniforme, pois o paciente F inicialmente tinha 116,5Kg e foi para 115Kg, deixando assim de ser obeso grau III e passando para obesidade grau II. Já o paciente E iniciou o grupo com 106Kg e na última sessão apresentava ganho de 3Kg; em contrapartida, o paciente D iniciou o GAP com 180Kg e, na última sessão, seu peso foi para 170Kg, resultado que indica que a maioria, 91% (n=11) apresentava obesidade grau III ou mórbida. Quanto à circunferência da cintura, foi identificado que 91% (n=11) dos pacientes apresentaram perda expressiva de medida variando de 10 a 14cm.

Tabela 8 - Perfil do estado nutricional dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012

<b>Pacientes</b>	<b>Primeira sessão</b>			<b>Última sessão</b>		
	<b>Peso</b>	<b>IMC</b>	<b>CC</b>	<b>Peso</b>	<b>IMC</b>	<b>CC</b>
A	126,5	49,5	144	125	48,8	134
B	126	46,1	137	125	45,7	127
C	97	41,9	122	95	40	108
D	180	65,9	155	170	62,2	145
E	106	44,1	128	109	45,2	135
F	116,5	40,6	107	115	39,8	97
G	131	43,3	118	129	42,7	108
H	102	43,03	126	101	42,6	116
I	104	42,5	121	104	42,5	111
J	97	42,5	123	98	42	113
K	121	42,5	119	119	41	109
L	130	47	130	128	45	120

Fonte: Elaborada pela autora

Estudo longitudinal realizado por Souza et al. (2005) com cinco sujeitos que possuíam obesidade verificou que apenas dois pacientes conseguiram perder peso, em média 4,5Kg; o restante atribuiu a dificuldade em perder peso a problemas familiares, falta de atividade física, dificuldades financeiras, falta de controle e não apreciação da dieta. Com relação ao estado emocional, três afirmaram que se sentiam incapazes, pois não conseguiam perder peso desde muito tempo, e duas disseram se sentir inseguras no sucesso da perda de peso.

Porém, *qualquer perda* de peso ajuda na melhora das comorbidades, como diminuição da gordura visceral que se associa à melhora de apneia obstrutiva do sono, risco cardiovascular, risco tromboembólico e glicemia, além de diminuir a possibilidade de complicações perioperatórias e ajudar no funcionamento de alguns órgãos vitais como o fígado que, mesmo com ausência de esteatose em obesos, é um fígado globoso, fragilizado e pode impedir a visualização do campo de operação pelo cirurgião, aumentando o grau de dificuldade em executar a cirurgia. (SANTOS; ARAÚJO, 2012)

Não somente focando na perda de peso isolada, o acompanhamento sistemático previamente à cirurgia é também muito importante, pois o paciente passa a entender o que é necessário para a mudança de comportamento, que associados à melhora de fatores emocionais e sociais, ajudam a diminuir as complicações no pós-operatório. Além disso, o paciente bem informado e socializado assume a responsabilidade para si, diminuindo os riscos e aumentando os benefícios da realização da bariátrica, aderindo melhor ao tratamento. Isso pôde ser visto na presente pesquisa, após a medição dos indicadores do Questionário de Qualidade de Vida SF36. (LIVIHITS et al., 2009; ALGER-MAYER, 2008)

Dentre os indicadores do SF36, através dos resultados dos oito domínios obtidos no presente estudo, pode-se constatar grande melhora de aspectos sociais, em conjunto com a saúde mental, conforme Tabela 9.

Tabela 9 - Média dos domínios do SF36 dos 12 pacientes obesos, do GAP da UNIMED Vitória-ES, 2012

	Primeira Sessão	Última Sessão
--	-----------------	---------------

Vitalidade	46	54
Aspectos sociais	31,8	60,5
Limitação emocional	27,2	42
Saúde mental	42,7	57
Capacidade funcional	27,5	37,9
Limitação física	17,5	14,1
Dor	26,3	24
Estado geral de saúde	46,5	53

Fonte: Elaborada pela autora

A saúde mental teve uma melhora caracterizada com uma diferença média positiva de 14,3 pontos, destacando-se em 100% (n=12) dos pacientes. O mesmo achado ocorreu em relação aos aspectos sociais, onde 100% dos pacientes (n=12) relataram melhora na última aplicação do questionário SF36, com uma diferença média positiva de 28,7 pontos.

A saúde mental interfere diretamente no tratamento do paciente, já que quando não tratada, contribui para o aumento da ansiedade, angústia, frustração, tédio, solidão, que são desencadeadores da vontade de comer e da compulsão alimentar. Pacientes obesos que recebem apoio se sentem mais controlados e fortalecidos em relação ao processo de reeducação alimentar e mudanças comportamentais; em contrapartida; outro perfil de pacientes que não recebem apoio é sentirem-se incapazes de controlar suas emoções e focarem na comida. (CAPITÃO; TELLO, 2004)

Os resultados de Valla (1999) corroboram com os presentes resultados. Segundo a referência do autor, o apoio social em obesos é muito importante pois, além de estabelecer vínculos de amizade e de informação, através de apoio material, emocional, afetivo, contribui para o bem estar recíproco e ajuda na construção de fatores positivos na prevenção e na manutenção da saúde.

Segundo este mesmo autor, o apoio social pode ser oferecido por grupos ou pessoas que estabelecem relações e que provocam efeitos emocionais e comportamentos positivos (VALLA, 1999). Andrade e Vaitsman (2002) defendem que o apoio social estabelece um processo de interação entre pessoas ou grupos e provoca consequências físicas positivas, influenciando na melhora do

comportamento das pessoas e ajudando a evitar maus hábitos; sendo assim, atuam na melhora dos sistemas imunológico, nervoso e cardiovascular, além de desempenhar papel ativo dos indivíduos na resolução dos seus problemas e na diminuição das complicações cirúrgicas.

A piora da dor pode ser explicada devido a média de IMC de 45Kg/m, o que ajuda a agravar o quadro se o paciente for exposto a este sintoma por muito tempo, pois ocasiona mais danos ao sistema osteoarticular, principalmente nos membros inferiores (JANNINI et al., 2011). Isso se confirma em estudo *transversal* realizado por Jannini et al. (2011) com 100 adolescentes obesos e 100 eutróficos (peso normal), em que verificou que as alterações ortopédicas em membros inferiores eram mais evidenciadas significativamente nos obesos *versus* eutróficos. Em outro estudo descritivo de corte *transversal* realizado por Melo e São-Pedro (2012), composto por 22 indivíduos adultos obesos, também foi confirmado este achado, pois verificou-se que a dor foi encontrada em 87,5% no pré-operatório de bariátrica, sendo principalmente no tornozelo e pé, 80% em joelho e 91,7% no quadril, piorando a qualidade de vida.

A importante melhora dos domínios referentes à saúde mental e aspectos sociais observados na presente pesquisa, leva a crer que é necessário, além de consultas, um acompanhamento em grupo para, assim, o obeso não socializado, excluído da sociedade, se inserir no meio onde pessoas do mesmo perfil compartilham o mesmo objetivo de melhoria de qualidade de vida, melhorando o fator emocional que interfere, também, no estado nutricional no pós-operatório de bariátrica. Este acesso deveria ser universal, já que o estado nutricional não está associado somente ao fato de *não passar fome e sobreviver com o que de fato se tem acesso* e, sim, com o acesso direto de alimentos seguros que garantam a manutenção e prevenção de comorbidades como a obesidade.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao se realizar o histórico da política pública de alimentação e nutrição no Brasil, observou-se que o modelo alimentar e nutricional na década de 40 eram focados na força de trabalho e o alimento veio como símbolo de representação desta força independente de sua qualidade nutricional, ocorrendo o mesmo em relação à desnutrição infantil da época. Já na década de 50, a abertura de mercados contra o protecionismo estimulou o consumo de gêneros alimentícios industrializados, se inserindo no país um novo padrão de consumo de alimentos.

O poder público quis cegamente corrigir um perfil epidemiológico desta fase através de ações isoladas e populistas no intuito de suprir a desnutrição infantil e aumentar a força de trabalho, com estímulo ao imperialismo norte-americano no país. Crianças e adultos que nunca tiveram acesso a uma alimentação saudável conheceram a gordura vegetal hidrogenada, gordura trans e carboidratos refinados, fugindo totalmente de algum padrão de segurança nutricional.

O Estado reafirmou seu desinteresse em relação à vigilância alimentar e nutricional no país na década de 90 onde houve uma paralisação de programas que ajudariam a tratar, prevenir e controlar doenças de caráter nutricional.

Esta paralisação estimulou doações de gêneros alimentícios de entidades privadas além de elaborações de multimisturas a base de farelos (de arroz, de trigo e milho), sementes (de abóbora, melancia e gergelim), pó de folhas verde escura (de aipim, batata doce e de abóbora) e cascas de ovos, ajudando no tratamento da desnutrição e baixo peso que era ainda um clamor da época, porém sem nenhuma orientação nutricional, mesmo com o questionamento público do Conselho Federal dos Nutricionistas em relação ao seu efetivo valor nutricional e suas condições higiênico-sanitárias.

É arriscado qualquer manejo nutricional sem orientação técnica, seja pelo excesso de peso ou pela falta dele. Pois intrinsecamente o indivíduo obeso, ou *cheinho* pode ainda continuar desnutrido, exemplo disso é o kwasiokor - doença de deficiência de proteína na dieta com alta demanda de carboidrato. Visivelmente o indivíduo apresenta peso normal, porém esse peso nada mais é do que edemas ocasionados pela falta da proteína albumina, essencial ao crescimento e manutenção, podendo levar ao óbito.

Sabemos que falar em orientação nutricional em um perfil populacional de baixa renda ou sem renda, é bastante limitada, como também a falta de alcance do nutricionista a este tipo de população devido à falta de interesse e valorização do Estado em relação à oferta de profissionais capacitados e ao fornecimento correto de alimentos atuando de forma preventiva com atuação fidedigna nos grandes centros urbanos e nas áreas mais remotas do interior do Brasil, que ajudariam a melhorar o perfil nutricional da população brasileira.

Além da desnutrição, outras doenças poderiam ser tratadas e prevenidas com a atuação deste profissional, diminuindo assim gastos públicos e privados principalmente relacionados a doenças metabólicas, como obesidade, hipertensão, diabetes do tipo dois e dislipidemias.

A explosão do excesso de peso na década de 2000 fez crer que existiu uma melhora do perfil nutricional no país, porém esta explosão extrapolou e aumentou o índice de doenças associadas à má alimentação, estilo de vida e excesso de trabalho, ocasionando outro paradigma de perfil nutricional, a obesidade, que leva tanto a morte quanto ao baixo peso em excesso. Crianças que tinham o perfil nutricional de baixo peso desenvolveram o excesso e a probabilidade de se tornarem adultos obesos vítimas do sistema.

O profissional de Nutrição é tanto refém quanto a população, pois muitas vezes tem que se adaptar a oferta e o acesso de alimentos que o poder público oferece. Exemplo clássico é a merenda escolar em escolas da Prefeitura, que mesmo tendo a presença do Nutricionista, tem a disposição alimentos fornecido a base de carboidratos, alimentos ricos em gorduras, sucos com açúcar, ou seja, ainda se mantém o mesmo foco de perfil nutricional de décadas atrás de se prevenir um baixo peso. Para esta população a refeição escolar é um momento oportuno para se ter acesso muitas vezes ao que não se tem diariamente em casa, ficando de difícil manejo orientar nutricionalmente este tipo de público, onde prevalece na maioria das vezes o excesso de peso e obesidade.

A globalização neoliberal *engoliu* também populações protegidas pela lei da segurança alimentar e nutricional, sendo estes os povos indígenas, populações ribeirinhas, pescadores e quilombolas onde a produção local, principalmente a agrícola deveriam ser estimuladas. Infelizmente isso não é visto atualmente, já que o crescimento e fortalecimento das multinacionais e a força da mídia diminuiu o espaço destes pequenos produtores agrícolas e pescadores, ficando a mercê da concorrência desleal, mesmo que para isso existam leis para tentar controlar a ação da publicidade relacionada a alimentos. Para esta população isso pode significar alguma evolução no sentido de se sentirem incluídos socialmente perante a exclusão natural ocasionada pelo sistema capitalista.

O Estado, na tentativa frustrada de reestruturar programas voltados para a alimentação e dar seguimento ao que se diz na Constituição de 1988, só foi entender a importância da prevenção da obesidade em meados de 2008 e, mesmo assim, depois de elevados custos no Sistema Único de Saúde e de muitas mortes atribuíveis à obesidade. Sendo assim, a assistência à saúde teve que se atualizar, e a cirurgia bariátrica veio com o intuito de corrigir a obesidade e suas doenças, aumentando assim a expectativa de vida do paciente. Neste modelo de assistência fica evidente a necessidade do trabalho de equipes multiprofissionais (fisioterapeutas, psicólogos, médicos, assistentes sociais, enfermeiros e nutricionista) que devem atuar efetivamente na melhoria da saúde deste perfil de paciente tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório, tendo em vista que várias condições, entre elas as distorções nutricionais que podem levar a morte caso não prevenidas e tratadas adequadamente.

Em suma o Estado demorou a entender que o profissional habilitado em Nutrição é o que deve atuar na integralização do indivíduo. Este profissional habilitado é seguramente o melhor caminho desde a hegemonia biomédica, quando o alimento era tratado como mero coadjuvante.

Enquanto não for entendido que doenças quando identificadas ou prevenidas em conjunto com a alimentação e mudança de estilo de vida gera maior custo atribuível à saúde e a vida do paciente nada será *tratado* e sim *maquiado*.

É a política incorreta, onde o menos instruído recebe cestas alimentícias, com alimentos nada seguros e pouca informação nutricional, principalmente nas áreas onde o reflexo da situação alimentar é o reflexo da pobreza e demonstra a inconseqüência da seriedade de programas voltados para alimentação no País.

Portanto, a luta dos nutricionistas, junto à atuação do Conselho Federal de Nutrição (CFN) na busca de defender os ideais e espaço desses profissionais, ainda é grande, pois é necessária a mudança de pensamento e de paradigma de poderes públicos e privados em defesa da situação alimentar e nutricional em que vive a maioria da população brasileira, atuando na integralização do ser humano e respeitando suas origens.

Como resultado da pesquisa de campo que teve como objetivo observar as condições socioeconômicas e o estado Nutricional de pacientes atendidos em um serviço de atenção à obesidade de preparação para cirurgia bariátrica, constatou-se que houve um equilíbrio importante entre homens e mulheres com obesidade mórbida, apesar da literatura mostrar flutuações de excesso de peso ao longo dos anos com estabilização somente em 2014.

A classe social menos favorecida da nossa população em conjunto com o baixo nível de escolaridade, dificulta muitas vezes todo o manejo nutricional devido não só a rentabilidade financeira, mas também devido à falta de entendimento da importância da mudança do padrão alimentar errôneo. *Retirar* a comida em excesso, que simboliza fatura e alívio de sintomas de ansiedade, se torna perda de algo importante, já que o alimento é trazido como o símbolo de alívio da péssima qualidade de vida.

Observou-se que essa qualidade de vida ruim não é proveniente apenas da obesidade mórbida e suas doenças associadas, mas e também determinada pelo tipo de rotina de trabalho dos indivíduos analisados (frentista, balconista, vendedor, técnico de enfermagem) que necessitam muitas vezes ficar em pé 12 horas por dia, piorando sua limitação física devido à dor, o que foi relatado pelos participantes no primeiro encontro e principalmente no último encontro do grupo.

Outro fator dificultador seria a falta de colaboração perante os *superiores* pois muitas vezes o funcionário se alimenta das refeições que a empresa oferece, nada balanceadas nutricionalmente, limitando assim o seguimento correto para o tratamento da obesidade.

Seria muito mais fácil se o empregador entendesse que é melhor tratar seu funcionário no sentido de prevenir a obesidade, estimulando-o a fazer uma alimentação saudável com uma melhora de estilo de vida no intuito de diminuir números de idas aos médicos, aos prontos-socorros e conseqüentemente o número de atestados. Também pensando por este lado caso o indivíduo já tenha uma obesidade mórbida com indicação cirúrgica, para a empresa no meu ponto de vista, seria muito melhor liberar o empregado no intuito de ajudá-lo na preparação da bariátrica de forma correta para assim diminuir também complicações pós-cirúrgicas

e faltas devido ao número de atestados, além de motivar o empregado uma vez que se tornaria claro a preocupação do empregador.

Fatores dificultadores se tornam ainda mais agravantes principalmente quando se considera mulheres adultas, onde a taxa metabólica basal se torna lenta com o passar da idade ajudada pelas alterações hormonais, solteiras e divorciadas com filhos, sem expectativa de vida devido à obesidade associada e suas comorbidades. Observou-se que a população feminina estudada, tinha como perfil idade de 25 a 56 anos, obesidade mórbida, elevada circunferência de cintura e desempenham jornada tripla de trabalho (trabalho, afazeres doméstico e maternal). A ausência desta mulher em casa e a obrigatoriedade de saída para o mercado de trabalho, devido à imposição capitalista, sendo provedoras unilaterais do lar muitas vezes é *suprida* pelo alimento que se dá ao filho, também estimulando a obesidade, de maneira ingênua, mas como forma de ajudar na culpabilidade de sua ausência maternal na rotina diária da criança. Muitas destas procuram a bariátrica para excluir não somente os agravos da obesidade e a hostilidade perante a sociedade, mas sim excluir de vez a gordura que é reflexo defensor do incômodo sendo expresso pelo próprio corpo na forma de defesa agravando o isolamento social, sua vitalidade e saúde mental.

Ao observar-se que o fato da participação no grupo melhorou aspectos relacionados à vitalidade, aspectos sociais e saúde mental percebeu-se que na verdade as relações de um indivíduo com outros, independentes do sexo, na mesma situação ajudaram também a melhorar o isolamento social, vitalidade e saúde mental. Se tornando uma espécie de mente coletiva que os faz sentir, pensar e agir de maneira muito diferente daquela relatada na primeira sessão do GAP, excluindo sentimentos de exclusão social, que culminam na baixa vitalidade e baixa saúde mental.

Com esta pesquisa, foi possível perceber que um bom acompanhamento e entendimento das mudanças de estilo de vida e de hábitos alimentares pode fazer com que o paciente perceba que é possível mudar seu estilo de vida, através do entendimento de sua capacidade e função gástrica e das restrições dietéticas.

O acompanhamento pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica devem ser apresentados com recursos que garantam a compreensão do paciente sobre a

capacidade gástrica no pós-operatório, sobre desconfortos fisiológicos potenciais e consequências que podem ser experimentadas, caso as orientações fornecidas nas consultas prévias e no grupo sejam seguidas rigorosamente, auxiliando, assim, o paciente a lidar melhor com sua ansiedade que antecede a cirurgia e com as possíveis complicações no pós-operatório.

## REFERÊNCIAS

ALGER-MAYER, S. et al. Preoperative weight loss as a predictor of long term success following Roux-en Y gastric by-pass. **Obesity Surgery**, New York, USA, v. 7, n.18, p.772-5, 2008.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-34, 2002.

ARAÚJO, A. A. et al. Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1. p. 42-48, jan./fev. 2009.

ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. de. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 319-26, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Orientações para o combate à obesidade**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/>>. Acesso em: 9 ago. 2012.

BAROS, L. M. et al. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.5, n. 7, p.1365-75, maio, 2013.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. S181-S191, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Ementa Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. de 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 fev. 2007. Seção. p. 316.

\_\_\_\_\_. Decreto-lei nº 8.648, de 11 de janeiro de 1946. Abre ao Ministério das Relações Exteriores o crédito especial de Cr\$ 477.143,00, para o fim que especifica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 12 jan. 1946. Seção 1. p. 587.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 set. 2006. Seção 1. p.1.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.721, de 23 de junho de 2008. Institui o Dia Nacional de Prevenção da Obesidade. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 jun. 2008. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.947, de 16 de julho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nºs 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 17 jun. 2009. Seção 1. p. 2.

\_\_\_\_\_. Lei nº 5.276, de 24 de abril de 1967. Dispõe sobre (sic) a profissão de Nutricionista, regula o seu exercício, e dá outras providências. (Revogado pela Lei nº 8.234/1991. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 abr. 1964. Seção 1. p. 4707.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 18055.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as *transferências* intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1. p. 25694.

\_\_\_\_\_. Lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976. Dispõe sobre a dedução, do lucro tributável para fins de imposto sobre a renda das pessoas jurídicas, do dobro das despesas realizadas em programas de alimentação do trabalhador. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 abr. 1976. Seção 1. p. 4895.

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 1.156, de 30 de agosto de 1990. Cria o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília, DF. **Diário Oficial da União**. 31 ago. 1990. Disponível em: [http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_sisvan.pdf). Acesso em: 22 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 628**, de 26 de abril de 2001. Aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida - Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_0628.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf). Acesso em: 21 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial nº 66**, de 25 de agosto de 2006. Altera os parâmetros nutricionais do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 ago. 2006. Disponível em: [http://portal.mte.gov.br/data/files/ff8080812bcb2790012bd4abd1f559c0/p\\_20060825\\_66.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/ff8080812bcb2790012bd4abd1f559c0/p_20060825_66.pdf). Acesso em: 21 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1. p. 39.

\_\_\_\_\_. **Resolução/FNDE/CD/Nº 32**, de 10 de agosto de 2006. Estabelece as normas para a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 ago. 2006. Seção 1. p. 23.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 628**, de 26 de abril de 2001. Aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida - Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_0628.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf). Acesso em: 21 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 358**, de 18 de maio de 2005. Dispõe sobre as atribuições do Nutricionista no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res358.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Brasil 2012**: 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 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **BRASIL 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRILMANN, M.; OLIVEIRA, M. S.; THIERS, V. O. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 39-54, 2007.

CAPITÃO, C. G.; TELLO, R. R. Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.2, n. 2, dez. 2004.

CARVALHO, D. F. et al. Abordagem terapêutica da obesidade na síndrome de Prader-Willi. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, SP, v. 51, n. 6, 913-9, 2007.

CAVALCANTI, C. L. et al. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas; **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.16, p. 2383-90, 2011.

CHAVES, L. G.; BRITO, R. R. **Políticas de alimentação escolar**. Brasília, DF: CEAD, UNB, 2006.

CONDE, W. L.; BORGES, C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.1, n.14, Supl.1, p. 71-9, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Portaria nº 1942**, de 12 de fevereiro de 2010. Contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 12 fev. 2010. Seção 1. p. 72.

COOPERATIVA DO FITNESS. **Testes**: versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36. Disponível em: < <http://www.cdof.com.br/testes13.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

CORREIA, L.; SILVEIRA, I. M. D. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 133-45, 2011.

COUTINHO, W. **Etiologia da obesidade**. São Paulo: ABESO, 2012.

CRISTOFOLLI, C.; BONATO, L.; RAVAZZANI, E. D. A. Análise histórica da profissão de nutricionista. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 1-7, jul./ago. 2011.

FARIA, O. et al. Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com bypass gástrico em y de roux: análise de 160 pacientes. **Brasília Médica**, Brasília, v. 1/4, n. 39, p. 26-34, 2002.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 2279-87, 2011.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, abr. 2000.

FRANQUES, M. R. A.; SEGAL, A. **Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica**. São Paulo: Miró, 2012.

GARRIDO JUNIOR, A. B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003.

GIACOMONI, C. H. Bem estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 32., 2004, Florianópolis, **Trabalhos...** Florianópolis: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2004.

GIGANTE, D. P. et al. Obesidade da população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil e associação com nível sócio-econômico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n. 22, p.1873-9, set. 2006.

GIMENES, G. F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 291-318, 2013.

GRANS, R. et al. Qualidade de vida e prevalência de dor osteoarticular em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Einstein**, São Paulo, v.10, n. 4, p. 415-21, out./dez. 2012.

GRUMMER-STRAWN, L. M.; Mei, Z. Does breastfeeding protect against pediatric overweight?: analysis of longitudinal data from the centers for disease control and prevention pediatric nutrition surveillance system. **Pediatrics**, Evanston, v. 113, n. 2, p. e81-6, Feb. 2004.

HUERTA, S. et al. Preoperative weight loss decreases the operative time of gastric bypass at a veterans administration hospital. **Obesity Surgery**, Dallas, v. 18, n.5, p. 508-12, May, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estudo nacional da despesa familiar: 1974-1975**. Rio de Janeiro: IBGE, 1978.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de orçamentos familiares: 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões.** Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de orçamentos familiares: 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 2002-2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 2008-2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 2008-2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JANNINI, S. N. Dor músculo-esquelética em adolescentes obesos. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 87, n. 4, p. 329-35, jul./ago. 2011.

KOLOTKIN, R. L. et al. Does Binge Eating Disorder impact weightrelated quality of life? **Obesity Research**, Pennsylvania, USA, v. 12, n. 6, p. 999-1005, 2004.

KUNKEL, N.; OLIVEIRA, W. F.; PERES, M. A. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis/SC. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 226-35, abr. 2009.

LABOISSÈRE, P. **Quase metade dos brasileiros está acima do peso, indica pesquisa.** 2012. Disponível em: < <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-04-10/quase-metade-dos-brasileiros-esta-acima-do-peso-indica-pesquisa>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

L'ABATTE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: período de 1940-1964. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 1, n. 2, p. 87-138, jul./dez. 1988.

LIVHITS, M. et al. Does weight loss im-mediately before bariatric surgery improveoutcomes: a systematic review. **Surgery Obesity and Related Diseases**, New York, v. 5, n. 6, p. 713-21, Nov./Dec. 2009.

LOPES, A. P.; PONTES, E. A. S. Síndrome de Burnout: um estudo comparativo entre professores das redes pública estadual e particular. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 275-81, jul./dez. 2009.

LOPES, C. J. R.; POUSA, L. M.; NEVES, E. M. Análise do arranjo nutricional dos alimentos que compõem o índice de custo da cesta básica: ESALQ/FEALQ. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (SIICUSP), 16, 2008, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2008.

MARCHESINI, S. D. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, Curitiba, n.23, v.2, n. 23, p.108-13, 2010.

MARX, K. **O Capital.** São Paulo: Nova Cultural, 1980.

MAZZOCCANTE, R. P.; MORAES, J. F. V. N.; CAMPBELL, C. S. G. Gastos públicos com a obesidade e doenças associadas no Brasil. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 21, n. 1-2, p. 25-34, jan./dez. 2012.

MELO, I. T.; SÃO-PEDRO, M. Dor musculoesquelética em membros inferiores de pacientes obesos antes e depois da cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, Curitiba, v. 1, n. 25, p. 29-32, 2012.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. P. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MIGUEL, G. S. P. **Resultados da cirurgia bariátrica e metabólica**: gastrectomia vertical versus gastroplastia vertical com derivação em Y-deRoux. Ensaio clínico prospectivo. 2009. 173 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Experimentação da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, Supl. 1, p. S67-S75, 2003.

MOROSINI, M. V. G. C. (Coord.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 255-61, 2005.

NAZAR, T. P. **Você tem fome de que?**: três abordagens dos transtornos de alimentação. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2013.

NOVAIS, P. F. S. Evolução e classificação aos resultados da cirurgia bariátrica: derivação gástrica em Y de Roux. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, Araraquara, v. 54, n. 3, p. 303-10, 2010.

OVERSEAS DEVELOPMENT INSTITUTE. **Brazil**: an emerging aid player: lessons on emerging donors, and South-South and trilateral cooperation. Disponível em: <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6295.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da Obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-33, 2004.

\_\_\_\_\_.; CARVALHO, D. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da política nacional de alimentação e nutrição?: elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n. 2, p.170-83, 2008.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010.

PINTO, M. A. **Avaliação da memória recente e da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2009. 52 f. Dissertação ( Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2009.

PRADO, M. S. A trajetória da política de alimentação e nutrição no Brasil: de 1889-1945. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 20, n.1/4, p. 23-31, jan./dez.1993.

PREVEDELLO, C. F. et al. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do Estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. **Arquivo de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 199-203, jul./set. 2009.

PUGLIA, R. C. Indicação para o tratamento operatório da obesidade mórbida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 118, 2004.

RAMOS ROSA, M.; IKEDA, M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 2, p. 263-272, abr./jun., 2004.

RAVAZZANI, E. D. A.; BONATO, L.; CRISTOFOLLI, C. Análise histórica da profissão de nutricionista. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 2 n. 6, p.1-7, 1984.

ROMILDO, J. **Preço da cesta básica cai nas 18 capitais pesquisadas pelo DIEESE**. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-08-06/preco-da-cesta-basica-cai-nas-18-capitais-pesquisadas-pelo-dieese>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

ROMERO, C. E. M.; ZANESCO, A.; O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade. Arquivos Brasileiro de Endocrinologia. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.1, p. 85-91, jan./fev. 2006

ROSSI, V. J. **As duas faces do primeiro Governo Vargas**. Disponível em: <<http://www.memoriaoperaria.org.br/revistaelectronica/as-duas-faces-do-governo.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2013.

SANT'HELENA, M. M.; PRÁ, K. R. D. A fase pós-operatória da cirurgia bariátrica: um estudo sob a perspectiva do serviço social. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1., 2013, Florianópolis. **Trabalhos...** Santa Catarina: CRESS, 2013.

SANTOS, L. G.; ARAÚJO, M. S. M. Perda de peso pré-operatória em pacientes submetidos à gastroplastia redutora com derivação gastrointestinal em Y-de-Roux. **Comunicação Ciências Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2. p.127-34, 2012.

SCHMITZ, B. A. S. et al. Políticas e programas governamentais de alimentação e nutrição no Brasil e sua involução. **Cadernos de Nutrição**, São Paulo, n.13, p.39-54, 1997.

SCHMIDT, M. I.; DUNCN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 20, n. 4, p. 421-3, out./dez. 2011.

SOARES, K. K. D. et al. Avaliação do desempenho físico e funcional respiratório em obesos. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, n. 24, n. 4, p. 697-704, out./dez. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Informações sobre cirurgia bariátrica**. 2012. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/>>. Acesso em: 4 ago. 2012.

SOUTO, S.; FERRO-BUCHER, J. S. N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n. 6, p. 693-704, nov./dez. 2006.

SOUZA, B. et al. Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, n.1. v.1, jan./jun. 2005.

STILL, C. D. et al. Outcomes of preoperative weight loss in high-risk patients undergoing gastric bypass surgery. **Archives Surgery**, Chicago, v. 142, n. 10, p. 994-8, n.142, 2007.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive Medicine**, Philadelphia, v. 29, n. 6 pt1, p. 563-70, 1999.

TAVARES, B.T.; NUNES, M. S.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Medica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 359-66, 2010.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, Sup. 2, p. 7-14, 1999.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 127-38, 2002.

\_\_\_\_\_. A ciência da nutrição em trânsito: da nutrição e dietética à nutrigenômica. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 935-45, nov./dez. 2010.

\_\_\_\_\_; CALADO, C. L. A. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 605-17, jul./ago. 2011.

VASCONCELOS, P. O.; COSTA NETO, S. B. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **Psico**, Rio Grande do Sul, n.39, v.1, p. 58-65, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **BMI classification**. Geneva: WHO, 2006.

YPIRANGA, L.; GIL, M. F. Formação profissional do nutricionista: por que mudar? In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE O ENSINO DE NUTRIÇÃO, 2., 1989. Goiânia. **Anais...** Goiânia: FEBRAN, 1989. p. 19-36.

ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO NETO, M.; RAMOS, A. C. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 258-64, abr. 2002.

## ANEXOS

### **ANEXO A - Portaria nº 1.570 de 28 de junho de 2007**

Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adote todas as providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria nº 1.569, de 28 de junho de 2007, que institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e à assistência ao portador de obesidade; e

Considerando a necessidade de regulamentar técnica e operacionalmente a atenção aos pacientes com indicação de cirurgia bariátrica,

#### **R E S O L V E:**

Art. 1º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adote todas as providências necessárias à organização da assistência ao portador de obesidade grave, contemplando:

I - as diretrizes e formulários para a avaliação inicial e especializada com vistas à cirurgia bariátrica, as indicações, o preparo e o pós-operatório, o acompanhamento a curto, médio e

longo prazos dos doentes operados, as indicações de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica e a avaliação dos resultados observados;

II - os fluxos de encaminhamento dos doentes entre os estabelecimentos de saúde nos diversos níveis da atenção;

III - as normas de credenciamento e habilitação na alta complexidade dos hospitais; e

IV - a exclusão, recomposição e a inclusão, na Tabela de Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e nas tabelas de procedimentos do SIH-SUS e do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS), dos procedimentos necessários à assistência ao portador de obesidade grave.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

DOU-142 PG- 56 SEQ-1 DE 25.7.07

## **ANEXO B - Portaria nº 1.569, de 28 de junho de 2007**

Institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a magnitude social da obesidade na população brasileira e suas consequências;

Considerando o quadro de morbidade, composto por elevada prevalência de comorbidades associadas à obesidade;

Considerando as condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de Cirurgia Bariátrica;

Considerando a possibilidade de êxito de intervenção na história natural da obesidade por meio de ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade, em todos os níveis de atenção à saúde;

Considerando os custos cada vez mais elevados da atenção ao paciente portador de obesidade;

Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada que ofereça uma linha de cuidados integrais e integrados no tratamento da obesidade e suas comorbidades, com vistas a minimizar o dano da obesidade, melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado e, quando necessário, à cirurgia bariátrica;

Considerando a necessidade de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação ao tratamento da obesidade no País;

Considerando a necessidade da implementação do processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação da atenção ao portador de obesidade, com vistas a qualificar a gestão pública; e

Considerando a necessidade de promover estudos que demonstrem o custo-efetividade e analisem as diversas formas de intervenção na obesidade, resolve:

Art. 1º Instituir diretrizes para a atenção à saúde com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a prevenção da obesidade e a assistência ao portador de obesidade seja organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção, proteção e de recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar a linha de cuidados ao portador da obesidade grave, em todos os níveis de atenção, promovendo, desta forma, a integralidade assistencial;

III identificar os principais determinantes e condicionantes que levam à obesidade e ao desenvolvimento de ações *transsetoriais* de atenção à saúde;

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços que realizam cirurgia bariátrica, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o paciente após a realização da cirurgia;

V - ampliar a cobertura do atendimento, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de atenção aos portadores de obesidade no Brasil;

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica ao tratamento da obesidade;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes das diretrizes para a atenção ao portador de obesidade, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com obesidade e aqueles em acompanhamento pós-cirúrgico;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das formações; e

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais da saúde envolvidos com a implantação e a implementação das diretrizes para a atenção ao portador de obesidade, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º Definir que as diretrizes para a atenção à saúde com vistas à prevenção da obesidade e à assistência ao portador de obesidade, de que trata o artigo 1º desta Portaria, sejam operacionalizadas a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e a prevenção dos danos, bem como as ações para o controle da obesidade e suas comorbidades que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde;

II - Média Complexidade: realizar ações diagnósticas e terapêuticas especializadas garantidas a partir do processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

III - Alta Complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade das cirurgias bariátricas, visando alcançar impacto positivo na sobrevivência, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na realização do tratamento cirúrgico da obesidade, cuja assistência nessa modalidade se dará por meio dos hospitais credenciados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave;

IV - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de obesidade;

V - a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de obesidade serão de competência das três esferas de governo;

VI - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação;

VII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; e

VIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde.

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde crie uma câmara técnica, a ela subordinada, com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da política instituída no artigo 1º desta Portaria.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

### **ANEXO C - Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007 - 108**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº 1.569/GM, de 28 de junho de 2007, que institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade;

Considerando a Portaria nº 1.570/GM, de 28 de junho de 2007, que determina a operacionalização da assistência ao portador de obesidade grave;

Considerando a necessidade de definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, bem como a de determinar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;

Considerando a necessidade de auxiliar o gestor no controle e avaliação da atenção às pessoas portadoras de obesidade grave;

Considerando a necessidade de estabelecer regulamento técnico, normas e critérios para as Unidades de Assistência de Alta Complexidade com a finalidade de credenciamento e habilitação para o tratamento da obesidade grave; e

Considerando a necessidade do estabelecimento de um sistema de fluxo de referência e contrarreferência no âmbito do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º - Definir Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave como o hospital que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave.

Parágrafo único - Portadores de obesidade grave são aqueles que necessitam de intervenção cirúrgica, conforme os critérios estabelecidos no Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Estabelecer que a Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverá:

I - participar de forma articulada e integrada com o sistema público de saúde local e regional, conforme os critérios definidos nos artigos 7º e 8º, desta Portaria;

II - ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficácia, eficiência e efetividade das ações prestadas; e

III participar no desenvolvimento profissional, em parceria com a gestão do SUS.

Parágrafo único – Para cumprir as suas finalidades, os hospitais credenciados/habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverão atuar conforme as diretrizes do gestor estadual ou municipal, em:

I - Ações de promoção da saúde e de prevenção e detecção precoce da obesidade, que devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais ou municipais de saúde; e

II - Diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento, compondo a rede de assistência aos pacientes portadores de obesidade grave, incluindo: atendimento de urgência referida; preparo pré-operatório e seguimento pós-cirúrgico; internação para cirurgia bariátrica e internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias; acompanhamento ambulatorial de obesos graves, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor local; e reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

Art. 3º - Aprovar, na forma de Anexos desta Portaria, o que segue:

I - Anexo I - Diretrizes para a Atenção ao Paciente com Obesidade Grave;

II - Anexo II - Normas de Credenciamento/Habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave; e

III - Anexo III - Formulário de Vistoria.

Art. 4º - Definir que o credenciamento/habilitação de hospitais como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave dar-se-á sob as normas estabelecidas no Anexo II desta Portaria.

§1º - Os atuais hospitais credenciados/habilitados como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica, com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 628, de 21 de abril de 2001, ficam automaticamente habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave;

§ 2º - Os hospitais de que trata o §1º deverão adequar-se aos critérios de credenciamento/habilitação estabelecidos nesta Portaria no prazo de 1 (um) ano, a contar da data de publicação desta Portaria.

§ 3º - Somente os hospitais credenciados/habilitados poderão cobrar os procedimentos relativos aos Anexos I e II da Portaria SAS/MS nº 493, de agosto de 2007, e desde que tenham realizado o procedimento de Cirurgia Bariátrica no respectivo doente.

Art. 5º – Definir que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverão submeter-se à regulação, controle e avaliação do

gestor estadual e municipal, conforme as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria e as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Art. 6º - Determinar que as Secretarias de Saúde dos estados, ao indicarem os hospitais a serem habilitados como Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, estabeleçam, em conjunto com as dos seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência dos doentes.

Art. 7º - Determinar que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave realizem as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos pacientes portadores de obesidade grave de acordo com as diretrizes estabelecidas no Anexo I - Diretrizes para a Atenção ao Paciente com Obesidade Grave, desta Portaria.

Art. 8º - Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População nos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados habilitados em Gestão Plena/Avançada.

Art. 9º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência outubro de 2007.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA  
Secretário

## **- DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO AO PACIENTE COM OBESIDADE GRAVE**

O hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave constitui-se na referência para o tratamento da obesidade grave, de acordo com as normas descritas nesta Portaria e anexos. A sua estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados devem garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo diagnóstico e terapêutico, clínico e cirúrgico, visando a alcançar impacto positivo na sobrevivência, com menor morbidade e melhor qualidade de vida, do obeso grave.

As diretrizes a seguir buscam garantir a equidade do acesso e orientar as boas práticas assistenciais.

### **1. AVALIAÇÃO INICIAL E ESPECIALIZADA DO OBESO GRAVE**

A avaliação inicial do obeso grave é feita por médico, na residência (saúde da família), em ambulatório isolado ou hospitalar de atenção especializada (média complexidade) ou em ambulatório de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, e deve contemplar todos os itens do I-A - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA.

A avaliação especializada, por sua vez, é feita por médico ou equipe, em ambulatório isolado ou hospitalar de atenção especializada (média complexidade) ou em ambulatório de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, e deve contemplar todos os itens do I-B - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA.

### **2. FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO**

Se o resultado da avaliação inicial for indicativo de cirurgia bariátrica, os seguintes encaminhamentos são possíveis, respectivamente: 1) da atenção básica, para consulta na atenção especializada; 2) da atenção especializada, para consulta em hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave; ou 3) permanência do doente avaliado nesse mesmo hospital.

Se o resultado da avaliação especializada for indicativo de cirurgia bariátrica, os seguintes encaminhamentos são possíveis, respectivamente: 1) da atenção especializada, para consulta em hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta

Complexidade ao Portador de Obesidade Grave; ou 2) permanência do doente avaliado nesse mesmo hospital.

Em não se confirmando a indicação de cirurgia bariátrica, o doente deve dar continuidade ao tratamento clínico e ter o seu atendimento mantido no respectivo estabelecimento de origem, independentemente do nível de atenção, e que seja o mais próximo do município e estado de residência.

Os Formulários para Avaliação Especializada de Candidatos à Cirurgia Bariátrica avaliados no hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave com decisão para a cirurgia bariátrica devem ser mantidos neste hospital, constituindo a respectiva lista de espera por cirurgia bariátrica, e cópias deles devem ser enviadas para o setor da Secretaria Estadual de Saúde responsável pela atualização e controle dessa lista e dos doentes oriundos de outros estados federativos.

Os encaminhamentos intermunicipais ou interestaduais para a avaliação especializada em ambulatório isolado ou hospitalar de atenção especializada (média complexidade) ou em ambulatório de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave devem ser feitos com a anuência das respectivas secretarias municipais ou estaduais de saúde.

As secretarias estaduais de saúde devem regular esses encaminhamentos e manter sob regulação a lista de espera por cirurgia bariátrica nos hospitais credenciados/habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.

### 3. INDICAÇÕES DE CIRURGIA BARIÁTRICA

A cirurgia bariátrica tem as seguintes indicações:

- a. Portadores de obesidade mórbida com IMC (índice de massa corpórea) igual ou maior do que  $40 \text{ Kg/m}^2$ , sem co-morbidades e que não responderam ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física, etc.), realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação direta ou indireta de equipe de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade.
- b. Portadores de obesidade mórbida com IMC igual ou maior do que  $40 \text{ Kg/m}^2$  com co-morbidades que ameaçam a vida.
- c. Pacientes com IMC entre 35 e  $39,9 \text{ Kg/m}^2$  portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade.

Porém, os seguintes critérios devem ser observados:

- a. excluir os casos de obesidade decorrente de doença endócrina (por exemplo, Síndrome de Cushing devida a hiperplasia supra-renal);
- b. respeitar os limites da faixa etária de 18 a 65 anos, e o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes de as epífises de crescimento estarem consolidadas nos jovens;
- c. o doente ter capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento, bem como dispor de suporte familiar constante;
- d. o doente e os parentes que o apóiam assumirem o compromisso com o seguimento pós-operatório, que deve ser mantido indefinidamente;
- e. o doente não apresentar alcoolismo ou dependência química a outras drogas, distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio.

### 4. PREPARO DO PACIENTE

O paciente de obesidade mórbida apresenta uma maior incidência de doenças associadas, entre elas diabetes mellitus, hipertensão arterial, apneia do sono, doenças pulmonares e cardiopatia isquêmica. Tal situação clínica determina um maior risco cirúrgico, tanto na mortalidade quanto na morbidade pela cirurgia bariátrica.

Descreve-se a seguir o preparo pré-operatório, didaticamente dividido em três fases, em conformidade com o I-C - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA:

#### 4.1. Fase Inicial

a) Avaliação pelo cirurgião – o paciente deve ser entrevistado pelo cirurgião que deve colher o máximo de informação sobre a história clínica do candidato à cirurgia bariátrica. Nessa anamnese, devem ser levantados dados como tempo de obesidade, tratamentos clínicos realizados previamente e resultados obtidos, preferência e hábitos alimentares, prática de atividades físicas ou sedentarismo, etilismo, tabagismo ou outras dependências químicas, além da existência de comorbidades orgânicas e psicológicas. O exame físico permite quantificar o grau de obesidade e suas consequências orgânicas. Também faz parte deste primeiro encontro uma explicação criteriosa sobre o tratamento cirúrgico e suas bases lógicas, potenciais complicações operatórias e pós-operatórias e as medidas que devem ser adotadas para evitá-las. É importante que o paciente tenha consciência e aceitação das medidas dietéticas pós-operatórias que serão necessárias para o êxito do tratamento. Parentes, responsáveis ou amigos devem estar presentes e ser estimulados a participar desse diálogo.

b) Avaliação por clínico ou endocrinologista - uma avaliação especializada deverá ser realizada quanto à situação do doente complicado do ponto de vista endocrinológico, a fim de ter o tratamento e o acompanhamento adequados.

c) Avaliação e preparo psicológico - nessa fase, *transtornos* do humor, do comportamento alimentar e outros relevantes para o tratamento cirúrgico da obesidade devem ser abordados, orientados e tratados, se presentes.

#### 4.2. Fase Secundária

Cumprida a fase inicial e havendo indicação e concordância para o tratamento cirúrgico, deve-se prosseguir na avaliação pré-operatória necessária a uma operação de grande porte:

a) Avaliação cardiológica – o eletrocardiograma e, quando indicado, o ecocardiograma e outros exames necessários devem ser solicitados.

b) Avaliação respiratória – a radiografia de tórax e as provas de função respiratória contribuem para o diagnóstico e orientação quanto ao quadro respiratório. Nos pacientes portadores de apneia de sono grave, é recomendável a realização de polissonografia, para a avaliação da indicação de uso do suporte respiratório. Pacientes fumantes exigem especial atenção. A orientação é de que o fumo deve ser abolido, pelo menos dois meses antes do procedimento cirúrgico. O pneumologista ou anestesista pode prever possíveis dificuldades na entubação oro-traqueal do paciente.

c) Avaliação endoscópica – A endoscopia digestiva alta é indispensável para o diagnóstico de doenças esôfago-gastro-duodenais e pesquisa do *Helicobacter pylori*. Quando encontrada essa bactéria, a infecção deve ser erradicada no pré-operatório.

d) Avaliação ultrassonográfica – A ultra-sonografia abdominal é indicada porque permite diagnosticar colelitíase e esteatose hepática, presentes num percentual elevado de pacientes obesos. Nas mulheres, o exame favorece ainda a investigação de órgãos pélvicos.

e) Avaliação odontológica – Um bom aparelho mastigatório facilitará a ingestão após a cirurgia. Correções ortodônticas devem ser feitas antes da operação, e é esperado que usuários de próteses precisem ajustá-las após.

f) Avaliação de risco cirúrgico - de posse de todos os exames e pareceres anteriores, o doente deve ser submetido a uma avaliação clínica para emissão do risco cirúrgico.

g) Nessa fase secundária, o monitoramento nutricional é importante já que hábitos alimentares incorretos são cada vez mais frequentes. Caberá ao nutricionista ou nutrólogo desenvolver um programa de reeducação alimentar que possibilitará perda de peso no pré-operatório.

h) Também nessa etapa, os candidatos ao tratamento cirúrgico são obrigados a frequentar as reuniões do grupo multidisciplinar, realizadas mensalmente.

i) Em algumas situações especiais, pacientes obesos mórbidos que tenham comorbidades orgânicas graves, incluindo dificuldade séria de locomoção, merecem ser internados para

facilitar a realização de todos os exames do preparo pré-operatório e medidas hospitalares para diminuição de peso pré-cirúrgicas.

j) Avaliação laboratorial – hemograma, coagulograma, eletrólitos, lipidograma, glicose, hemoglobina glicosilada, ureia, creatinina, proteínas totais e frações, *transferases* (*transaminases*), fosfatase alcalina, gama-GT, ácido úrico, T3, T4 e TSH, além de exame de urina e fezes.

k) Teste para gravidez, nos casos de mulheres em período fértil.

l) Outros exames – Nos pacientes com doença venosa de membros inferiores grave ou antecedentes de tromboembolismo, um ecodoppler de membros inferiores e região pélvica deve ser solicitado e a opinião de um especialista deve ser obtida.

#### 4.3. Fase Terciária

Uma vez realizados todos os exames da investigação pré-operatória e o paciente liberado para a operação, este deve assinar um "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", no qual lhe são informados os aspectos éticos e legais do procedimento e as possíveis complicações da cirurgia, e estabelecido o compromisso do paciente em fazer o acompanhamento pós-operatório adequado.

### 5. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Os procedimentos ou categorias operatórias que têm suficiente evidência na literatura médica e experiência mundial para serem considerados testados e efetivos como cirurgias bariátricas e que alcançam os melhores resultados são os quatro abaixo:

a) Banda gástrica ajustável;

b) Gastroplastia vertical com banda;

c) Desvio gástrico com Y de Roux (redução gástrica ou gastroplastia com desvio intestinal com Y de Roux, com ou sem anel de estreitamento ou contenção na saída do estômago reduzido), Fobi, Fobi-Capella, Capella ou Bypass gástrico; e

d) Derivação bilio-pancreática, com gastrectomia distal ou com gastrectomia vertical, preservação pilórica e desvio duodenal.

Cada procedimento acima é apresentado com sua capacidade potencial média de redução do excesso do peso inicial (EPI) baseada nos relatos selecionados, levando em conta somente ensaios clínicos randomizados, séries bem documentadas e artigos de grupos de centros acadêmicos e privados de referência internacional.

A eficácia de cada um, baseada na redução do EPI, é:

a) Banda gástrica ajustável: 49,5 % do EPI;

b) Gastroplastia vertical com banda: 60,2% do EPI;

c) Desvio gástrico com Y de Roux: 70,1% do EPI; e

d) Derivação bilio-pancreática ou Switch Duodenal: 71,7% do EPI.

Dentre os procedimentos acima, recomenda-se que se utilizem somente aqueles que levem à redução de mais de 60% do EPI (itens *b*, *c* e *d*) e os critérios de indicação para os três tipos de cirurgia estão descritos adiante, no item 6.

Dentre as cirurgias feitas no mundo, no momento atual, a que tem sido a mais utilizada é a redução ou desvio gástrico com Y de Roux. Não foram considerados procedimentos cujo grau de complicações foi inaceitável e, por isso desaprovado, como a derivação jejuno-ileal. Aqueles procedimentos considerados experimentais e sem a suficiente evidência na literatura especializada não são recomendados.

Os procedimentos cirúrgicos bariátricos podem ser realizados por via direta (aberta) ou por via laparoscópica, não havendo definição concreta e baseada em observação de longo prazo sobre as reais vantagens de uma modalidade sobre a outra. No momento, poucos são os profissionais com treinamento e experiência necessárias para o método laparoscópico, e este método não dispensa a necessidade de que o cirurgião também domine a modalidade aberta.

### 6. DIRETRIZES PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA

As intervenções realizadas para o tratamento da obesidade grave obedecem a recomendações divididas em três classes fundamentais, conforme se segue:

**Classe I:** Há consenso quanto à indicação da realização da Cirurgia Bariátrica. O consenso é resultado de estudos a partir de evidências científicas. Somente os procedimentos descritos como desta classe podem ser autorizados.

**Classe II:** Há controvérsia quanto à indicação da Cirurgia Bariátrica. Procedimentos assim classificados não deverão ser autorizados.

**Classe III:** Há consenso quanto à falta de indicação ou há contra-indicação da Cirurgia Bariátrica.

O uso de procedimento cirúrgico para o tratamento da obesidade mórbida é uma tendência mundial. As indicações estão definidas na faixa etária entre 18 e 65 anos, e os diferentes tipos de técnicas cirúrgicas têm sua indicação de acordo com as características dos pacientes, estes agrupados conforme as necessidades decorrentes do tipo de paciente, além da faixa etária, habilidade no método e outros.

Na avaliação geral das cirurgias antiobesidade, independente do nível de classificação considerado, os seguintes procedimentos e parâmetros são estabelecidos:

Cirurgia Restritiva, ou Gastroplastia Vertical sem Derivação, também conhecida por Cirurgia de Mason, em 5% (cinco por cento) dos casos;

Cirurgia Mista, ou Gastroplastia com Derivação Intestinal, também conhecida por Cirurgia de Fobi – Capella, em 85% (oitenta e cinco por cento) dos casos;

Cirurgia Predominantemente Desabsortiva, ou Gastrectomia com ou sem Desvio Duodenal, também conhecida como Cirurgia de Scopinaro e Duodenal Switch, respectivamente sem e com desvio duodenal, em 10% (dez por cento) dos casos.

### **Diretrizes para Cirurgia Restritiva**

#### **Classe I**

A Cirurgia Restritiva ou Gastroplastia Vertical deverá seguir os seguintes critérios de indicação:

- Quanto ao tempo e ao IMC:

1. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m<sup>2</sup> com comorbidade ou IMC igual ou maior do que 40 Kg/m<sup>2</sup> com ou sem comorbidade.
2. Pacientes que não necessitem de perdas acentuadas (IMC menor do que 50 Kg/m<sup>2</sup>).
3. Falha do tratamento clínico realizado por, pelo menos, dois anos.
4. Obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos.

- Quanto ao perfil psico-social:

5. Sem uso de álcool ou outras drogas nos últimos cinco anos.

#### **Classe II**

Há controvérsia quanto à indicação da Cirurgia de Mason nos seguintes casos:

6. Superobesidade (IMC igual ou maior do que 50 Kg/m<sup>2</sup>)

#### **Classe III**

Está contraindicada a Cirurgia de Mason nos seguintes casos:

7. Hábito de comer doce.
8. Pacientes psiquiátricos (risco suicídio).
9. Usuários de álcool ou drogas.

### **Diretrizes para a Cirurgia Mista**

#### **Classe I**

A Cirurgia Mista ou Gastroplastia com Derivação Intestinal deve seguir os seguintes critérios de indicação:

- Quanto ao tempo e ao IMC:

1. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m<sup>2</sup> com comorbidade e IMC igual ou maior do que 40 Kg/m<sup>2</sup> com ou sem comorbidade
2. Obesidade mórbida tratada clinicamente por, pelo menos, dois anos sem resposta. .
3. Obesidade mórbida instalada há mais de 5 anos.
- Quanto ao perfil psicossocial:
5. Perda da autoestima
6. Dificil inclusão social (trabalho, lazer etc.) devido à obesidade.

### **Classe II**

Há controvérsia quanto à indicação da Cirurgia de Fobi-Cappela, na seguinte situação:

7. Paciente super-super obeso (IMC maior do que 60 Kg/m<sup>2</sup>).
8. Maiores de 65 anos.
9. Menores de 18 anos.
10. Portadores de doenças do estômago (úlceras, pólipos etc.).

### **Classe III**

Há consenso quanto à falta de indicação ou contraindicação para a Cirurgia de Fobi-Cappela nos seguintes casos:

11. Usuários de droga ou álcool.
12. Pacientes psiquiátricos (risco de suicídio).
13. Portadores de doença endócrina (síndrome de Cushing, tumores secretores...).
14. Hipertensão portal, com varizes esôfago-gástricas.
15. Lesões da mucosa gastro-duodenal que necessitem controle.
16. Pacientes submetidos à gastrectomia parcial com reconstrução a BII.

## Diretrizes para Cirurgia Predominantemente Desabsortiva

### **Classe I**

A Gastrectomia com ou sem Desvio Duodenal, deve seguir os seguintes critérios de indicação:

- Quanto ao tempo e ao IMC:
- 1. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m<sup>2</sup> com comorbidade ou IMC igual ou maior do que 40 Kg/m<sup>2</sup> com ou sem comorbidade.
- 2. Doentes que necessitem de perdas acentuadas e sustentáveis (IMC igual ou maior do que 50 Kg/m<sup>2</sup>).
- 3. Insuficiente perda de peso obtida por meio de outros procedimentos bariátricos.
- 4. Falha do tratamento clínico realizado por, pelo menos, dois anos.
- 5. Obeso mórbido há mais de cinco anos.
- Quanto ao perfil psico-social:
- 6. Pacientes que desejam comer maiores volumes comparados com os possíveis de serem ingeridos em caso de outras operações.
- 7. Perda da autoestima.
- 8. Dificil inclusão social (trabalho, lazer etc.) devido à obesidade.
- 9. Pacientes que tenham um bom perfil de adesão a controle de longo prazo.

### **Classe II**

Há controvérsia quanto à indicação da Cirurgia de Scopinaro ou para o Duodenal Switch, na seguinte situação:

9. Menores de 18 ou maiores de 65 anos.
10. Impossibilidade de seguir a orientação nutricional e adesão a controle de longo prazo.
11. Falta de compreensão sobre o procedimento cirúrgico indicado.
12. Síndrome de Pradder-Willi.

### **Classe III**

Há consenso quanto à falta de indicação ou contraindicação para a Cirurgia de Scopinaro ou para o Duodenal Switch nos seguintes casos:

13. Usuários de álcool ou outra droga.
14. Pacientes psiquiátricos.
15. Impossibilidade ou falta de adesão a controle de longo prazo.

## 7. RISCOS E COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Quanto à mortalidade e morbidade nos primeiros 30 dias pós-operatórios, não há parâmetros conclusivos que diferenciem as três modalidades operatórias recomendadas, mas os dados indicam que elas são mais dependentes da capacidade técnica dos cirurgiões do que do tipo de procedimento.

Já as complicações de curto e longo prazo são dependentes, primariamente, do tipo de operação realizada. O tratamento cirúrgico da obesidade grave tem repercussões nutricionais, sendo necessárias reposições com suplementos vitamínicos, que nem sempre resultam em uma resposta adequada. Pode haver também complicações digestivas como “dumping”, colelitíase, oclusão intestinal e hérnias, entre outras.

O I-D – ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA (adaptado do BAROS) dispõe como os resultados cirúrgicos podem ser avaliados.

## 8. ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

No 15º dia do pós-operatório de cirurgia bariátrica, o doente deverá ter consulta com o cirurgião e nutricionista e receber orientação sobre como seguir indefinidamente em acompanhamento ambulatorial, conforme descrito em I-E - ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA. Como no primeiro ano do pós-operatório ocorre a perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente. A partir do segundo ano, o acompanhamento será anual.

## 9. INDICAÇÃO PARA CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdome, das mamas e de membros, conforme as diretrizes para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, descritas a seguir.

As intervenções reparadoras realizadas após o tratamento da obesidade grave, ou seja, após o emagrecimento máximo obtido, seguirão as recomendações divididas em três classes fundamentais:

*Classe I:* Há consenso quanto à indicação da realização da Cirurgia Plástica Reparadora. O consenso é resultado de estudos a partir de evidências científicas. Somente os procedimentos descritos nesta classe podem ser autorizados.

*Classe II:* Há controvérsia quanto à indicação de Cirurgia Plástica Reparadora. Procedimentos assim classificados não deverão ser autorizados.

*Classe III:* Há consenso quanto à falta de indicação ou há contra-indicação da Cirurgia Plástica Reparadora.

*Classe I:*

1. Mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna;
2. Abdominoplastia: incapacidade funcional pelo abdome em avental e desequilíbrio da coluna;
3. Excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação;
4. Nas indicações 1, 2 e 3: Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas;
5. Nas indicações 1, 2 e 3: Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

*Classe II:*

6. Sem especificação.

*Classe III:*

7. Mamoplastia: ptose mamária, sem incapacidade funcional, desequilíbrio da coluna nem piora da autoestima;
8. Abdominoplastia: abdome em avental, sem doenças cutâneas nem desequilíbrio da coluna;
9. Excesso de pele no braço e coxa: sem limitação da atividade profissional ou impossibilidade de movimentação;
10. Nas situações 7, 8 e 9: ausência de infecções cutâneas de repetição por excesso de pele ou ausência de redução de peso (falta de aderência ao tratamento).

## I-A - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
Idade:	DN: ___/___/___
Estado Civil:	Profissão:
Documento de Identidade:	
Endereço de Residência:	
Cidade/UF	
DDD e Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
NOME:	
CNES:	DDD e Fone:
Endereço:	
Cidade/UF	
INFORMAÇÕES CLÍNICAS RELEVANTES	
_____	
_____	
_____	

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
1. IMC (Índice de massa corporal) igual ou maior do que 40 Kg/m <sup>2</sup> (fórmula para cálculo do IMC = Peso / Altura <sup>2</sup> ) ( ) Sim ( ) Não
2. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m <sup>2</sup> associado às comorbidades (hipertensão arterial, diabete, dislipidemia, doenças articulares degenerativas, outras doenças determinadas pela obesidade): ( ) Sim – qual(ais): ( ) Não
3. Evidência de insucesso no tratamento clínico realizado por, no mínimo, 2 anos: ( ) Sim ( ) Não
4. Garantia do apoio familiar em todas as etapas do tratamento: ( ) Sim ( ) Não ( ) Indeterminado
5. Compromisso com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica, anestésica, laboratorial e por imagem):

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indeterminado
6. Compromisso consciente do paciente e parentes em participar de todas as etapas da programação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indeterminado
NOTA: Os três primeiros critérios qualificam a inclusão do paciente e os três últimos deverão ser reavaliados posteriormente, a não ser que haja evidência imediata clara de não cumprimento.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	
1. Psicose: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2. Tentativa prévia de suicídio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Bulimia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	4. Dependência de álcool e outras drogas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Doenças associadas que aumentam o risco cirúrgico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	6. Idade menor do que 18 e maior do que 65 anos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Desajuste familiar impeditivo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>NOTA:</b> A evidência da presença de qualquer dos critérios acima exclui o paciente.	

<b>ENCAMINHAMENTO:</b>
<input type="checkbox"/> Permanência/retorno à origem, para continuidade do tratamento clínico. <input type="checkbox"/> Agendar consulta especializada (especificar o estabelecimento e a data): <input type="checkbox"/> Agendar consulta em Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave (especificar o hospital e a data):
Nome do Médico Avaliador: _____ CRM: _____
Local (cidade/UF): _____ Data: _____

Data do Encaminhamento:

I-B - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Pacientes com escore igual ou maior que 10 devem ser priorizados.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
Idade:	DN: ___/___/___
Estado Civil:	Profissão:
Data da Avaliação:	
Documento de Identidade:	
Endereço de residência:	
DDD e Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
NOME:	
CNES:	DDD e Fone:
Endereço:	
Cidade/UF	
INFORMAÇÕES CLÍNICAS RELEVANTES	

## CRITÉRIOS E PONTUAÇÃO

	Nunca tratado	Controle terapêutico	Não controlado
Hipertensão	0	1	2
Diabete	0	1	2

Doença	Com uso de medicamento	Sem uso de medicamento
Pulmonar	2	1

Doença	Com uso de medicamento	Sem uso de medicamento
Cardiovascular	2	1
Colelitíase	Sintomático	Assintomático
	2	0

	Incapacitante	Não incapacitante
Apneia do sono	2	1
Linfedema	1	0

	Incapacitante	Não incapacitante
Artropatia em MMII	2	1

	Sem sintomas neurológicos	Com sintomas neurológicos
Hérnia de disco	1	2

	Sem sintomas	Com sintomas
Manifestações psicossociais	1	0

ENCAMINHAMENTO:
( ) Permanência/retorno à origem, para continuidade do tratamento clínico.
( ) Agendar consulta na Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave (especificar o estabelecimento e a data):
( ) Permanecer na Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave (especificar o estabelecimento e a data):
Nome do Médico Avaliador: _____ CRM: _____
Local (cidade/UF): _____ Data: _____

Data do Encaminhamento:

NOTA: Os Formulários para Avaliação Especializada de Candidatos à Cirurgia Bariátrica avaliados no hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave com decisão para a cirurgia bariátrica devem ser mantidos neste hospital, constituindo a respectiva lista de espera por cirurgia

bariátrica, e cópias deles devem ser enviadas para o setor da Secretaria Estadual de Saúde responsável pela atualização e controle dessa lista e dos doentes oriundos de outros estados federativos.

#### I-C - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
Idade:	DN: ___/___/___
Estado Civil:	Profissão:
Data da inclusão em lista:	
Documento Identidade:	
Endereço:	
Fone:	

<p><b>AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA</b></p> <p>Fase Inicial:</p> <p>a) Avaliação pelo cirurgião</p> <p>b) Avaliação pelo clínico ou endocrinologista</p> <p>c) Avaliação e preparo psicológico (psicólogo ou psiquiatra)</p> <p>Fase Secundária:</p> <p>a) Avaliação cardiológica</p> <p>b) Avaliação respiratória</p> <p>c) Avaliação endoscópica</p> <p>d) Avaliação ultrassonográfica</p> <p>e) Avaliação ginecológica</p> <p>e) Avaliação odontológica</p> <p>f) Avaliação vascular</p> <p>g) Avaliação de risco cirúrgico: O obeso mórbido é um paciente de risco moderado a alto para cálculo de morbi-mortalidade cirúrgica. Por isso, classificam-se os pacientes em três grupos de risco para preparo pré-operatório e cuidados <i>trans</i>- e pós-operatórios. As comorbidades clínicas relacionadas ao aumento do risco cirúrgico são classificadas em dois grupos, maiores e menores:</p>
<p><b>Maiores</b></p> <p>1. Idade igual ou maior do que 50 anos</p> <p>2. Diabetes mellitus</p> <p>3. Apneia do sono</p> <p>4. Pneumopatia</p> <p>5. Cardiopatia</p> <p>6. Doença do sistema venoso profundo</p> <p>7. Síndrome metabólica</p>
<p><b>Menores</b></p> <p>1. Hipertensão arterial sistêmica</p> <p>2. Dislipidemia</p> <p>3. Doença ósteo-muscular</p> <p>4. Hiperuricemia</p>

<b>CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO DE RISCO</b>
O risco cirúrgico mínimo considerado é o moderado (ASA 3).
<b>1º GRUPO</b>
Pacientes com um ou duas comorbidades menores.







- Exames: Hemograma e dosagens séricas de albumina (ou proteinograma), zinco, cálcio, vitamina B12, ácido fólico, ferritina, lipídios plasmáticos (lipidograma), vitaminas lipossolúveis e, nos casos de derivação bilio-pancreática, eletrólitos.

## **- NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE**

### **1 – NORMAS GERAIS DE CREDENCIAMENTO**

#### **1.1. Planejamento/Distribuição das Unidades**

As Secretarias de Saúde dos Estados deverão estabelecer um planejamento regional para a distribuição das Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave com seus serviços, conforme a produção mínima estabelecida por Unidade, neste Anexo VI, a fila de espera por cirurgia bariátrica e a disponibilidade orçamentária.

#### **1.2. Processo de Credenciamento e Habilitação**

Entende-se por credenciamento de uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave o ato do respectivo Gestor Municipal ou Estadual do SUS de contratar/conveniar para que preste serviço de média e alta complexidade ao SUS o hospital já incluso no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e que tenha o perfil definido nos artigos 1º e 2º desta Portaria.

Entende-se por habilitação de uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave o ato do Gestor Federal que ratifica o credenciamento do Gestor Pleno Municipal ou Estadual do SUS, devidamente encaminhado ao Ministério da Saúde pelo respectivo Gestor Estadual do SUS.

1.2.1 - O processo de credenciamento/habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave inicia-se com a solicitação por parte do estabelecimento de saúde ao respectivo Gestor do SUS, da esfera municipal (municípios em gestão plena) ou estadual, ou por proposta desse Gestor ao estabelecimento.

1.2.2 - O processo de credenciamento/habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a divisão de responsabilidades estabelecidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 e no Pacto pela Saúde. O respectivo Gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada, atendida a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento/habilitação exarados nesta Portaria e seus anexos, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo Gestor do SUS impede a sequência do processo.

1.2.3 - O processo de credenciamento/habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

Documento de Solicitação/Aceitação de Credenciamento/ Habilitação por parte do estabelecimento de saúde pelo Diretor do hospital;

Formulário de Vistoria, Anexo VII desta Portaria, preenchido e assinado, pelos respectivos Gestores do SUS;

Documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento/habilitação estabelecidas neste Anexo VI;

Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por Secretaria de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do Gestor municipal, o parecer do Gestor estadual do SUS, que será

responsável pela integração da Unidade à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes;

Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento da Unidade, bem como a informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital especificamente para a habilitação em pauta.

1.2.4 - Uma vez emitido o parecer a respeito do credenciamento pelo(s) Gestor(es) do SUS e, se o mesmo for favorável, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.2.5 - A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Coordenação Geral da Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS (CGAC/DAE/SAS/MS) os seguintes documentos:

- Formulário de Vistoria (Anexo VII) preenchido e assinado pelo respectivo Gestor do SUS.
- Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento da Unidade, bem como a informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital, especificamente para a habilitação em pauta.

1.2.6 - O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, e a habilitação, se necessário, estará vinculada à vistoria in loco pelo Ministério da Saúde.

1.2.7 - Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação da Habilitação.

1.2.8 - Em caso de pendências o Ministério da Saúde informará a respectiva Secretaria de Estado da Saúde para conhecimento, manifestação e providências.

## 2 - Estrutura Assistencial

O hospital a ser credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave deve oferecer atendimento especializado e integral, em:

- a) diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico;
- b) atendimento de urgência referida nos casos de co-morbidades da obesidade grave, que funcione nas 24 horas, mediante o termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS;
- c) atendimento ambulatorial dos obesos graves, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor local e mediante termo de compromisso firmado entre as partes;
- d) internação hospitalar em leitos apropriados;
- e) cirurgia bariátrica em salas de cirurgia equipadas para operações cirúrgicas de obesos graves e disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;
- e) internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias, mediante termo de compromisso firmado com o gestor; e
- c) reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

O hospital deverá dispor de acessos especiais para pacientes obesos graves, tais como rampas de acesso e portas adequadas; vasos sanitários que suportem pelo menos 300 Kg, reforçados com plataforma de aço inoxidável e armações metálicas; e suportes e pegadores de parede instalados na parede adjacente às banheiras e aos chuveiros. Devem também possuir Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária) e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que venham substituir ou complementá-los, a saber:

- a) RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras normas que vierem a complementar, alterar ou substituí-la;

- b) RDC 306 de 06 de dezembro de 2004, da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde.
- c) Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

### 3 – Recursos Humanos

#### 3.1 Responsabilidade Técnica e Equipe de Cirurgia Bariátrica

- a) O hospital para ser credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deve contar com um responsável técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, médico membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica – SBCB.
- b) O médico responsável técnico só poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade credenciada/habilitada pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.
- c) A equipe de cirurgia bariátrica deve contar com, pelo menos, mais um médico membro titular ou associado da SBCB, e ter um quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, ambulatório semanal e intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

#### 3.2 Exigências gerais para o Hospital

##### 3.2.1 Equipe Mínima de Saúde:

- a) Cardiologia Clínica: Médico com Certificado de Residência Médica em Cardiologia, emitido por Programa de Residência Médica reconhecida pelo MEC, ou Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, para atendimento diário e em regime de plantão;
- b) Anestesiologia: Médico com Certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC em Anestesia, ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia;
- c) Enfermagem: Enfermeiro coordenador e enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente.

##### 3.2.2 Equipe Complementar de Saúde (apoio multidisciplinar):

O hospital deverá contar, em caráter permanente, com:

- a) Equipe médica composta por: clínico geral, pneumologista, endocrinologista e angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico;
- b) Nutricionista;
- c) Psiquiatra/Psicólogo;
- d) Assistente Social;
- f) Fisioterapeuta.

### 4 - Materiais e Equipamentos

O hospital deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes e possibilitar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. O hospital deverá destinar quantitativo de leitos específicos preparados para pacientes obesos graves, conforme descrito a seguir, tanto para internações clínicas como cirúrgicas.

#### 4.1 Ambulatório;

- a) Consultório equipado com cadeira, mesa de exame, cadeiras de rodas adequadas aos pacientes obesos graves e balança antropométrica com capacidade mínima para 300 Kg.
- b) Sala de espera com cadeiras ou bancos adequados aos pacientes obesos graves.

#### 4.2 Enfermagem:

- a) 01 (uma) balança antropométrica com capacidade mínima para 300 Kg;
- b) 02 (dois) aparelhos de pressão com manguito especial;
- c) pelo menos três leitos com as seguintes especificações: cama hospitalar do tipo Fowler especial, acionável por controle eletrônico, para obesos, com capacidade mínima para 300 Kg (acionável por controle eletrônico), movimento de Trendelemburg (acionável por meio de

motor ou por manivela), grades (acionáveis por meio de alavanca com três posições) e colchão de alta densidade;

d) no mínimo, três poltronas com as seguintes especificações: poltrona reclinável específica, com descanso para pés e capacidade mínima para 300 Kg;

e) no mínimo três mesinhas de refeição específicas com altura regulável;

f) uma cadeira de rodas específica para pacientes obesos com capacidade mínima para 300 Kg;

g) uma maca de *transporte* com cilindro de O<sub>2</sub> que suporte paciente com ou mais 300 Kg;

h) roupa específica, tais como camisolas, roupões e pijamas, para pacientes com ou mais 300 Kg.

#### 4.3 Bloco Cirúrgico:

O hospital deve contar com sala cirúrgica equipada para pacientes obesos graves, com mesa cirúrgica eletrônica com elevador hidráulico que resista a pesos superiores a 300 Kg e suportes que possibilitem a fixação e a mobilidade do doente, além dos equipamentos descritos a seguir:

a) capnógrafo;

b) oxímetro de pulso;

c) monitor de *transporte*;

d) monitor de pressão não invasiva;

e) monitor de pressão invasiva;

f) aquecedor de sangue;

g) 02 bombas de infusão, no mínimo;

h) aparelho de pressão de parede com manguito especial;

i) material de emergência para reanimação cárdio-respiratória;

j) afastadores cirúrgicos especiais para operações cirúrgicas de obesos graves;

k) válvulas com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas.

#### 4.4 Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS, equipada para obesos graves:

- box ou leito de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica;

- respiradores volumétricos que suportem volumes e pressões especialmente elevados nos pacientes obesos graves;

- Bipap (*bi-level Positive Airway Pressure*);

- cama do tipo Fowler para obesos conforme especificado no sub-item 4.2;

- esfigmomanômetro especial para obesos;

- cadeira ou poltrona para obesos graves conforme especificado no sub-item 4.2.

#### 5 - Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia:

a) Laboratório de Análises Clínicas que participe de programa de Controle de Qualidade e realize exames no próprio hospital, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, gasométricos, de líquidos orgânicos e de urina;

b) Serviço de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, equipamento de radiologia portátil, Ecodoppler, Ecografia e Tomografia Computadorizada, compatíveis com obesos graves;

c) Eletrocardiografia e Ergometria;

d) Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência *Transfusional* (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a legislação vigente; e

e) Farmácia;

NOTA Os exames de Tomografia Computadorizada e Ergometria poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

#### 6 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:

O hospital a ser credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deve possuir:

- a) rotinas de funcionamento escritas, atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, que devem abordar todos os processos complementares envolvidos na assistência aos pacientes portadores de obesidade grave;
- b) protocolos nutricionais;
- c) protocolos de acompanhamento fisioterápico, com reabilitação funcional;
- d) protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico;
- e) formulários de avaliações e acompanhamento, no mínimo os estabelecidos no Anexo I desta Portaria;
- f) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados; e
- g) rotinas de manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos específicos.

#### 7 - Registro das informações sobre os pacientes:

O hospital deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial, de internação e de pronto-atendimento) e contenha as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados e disponíveis, e conter as seguintes informações indispensáveis e mínimas:

- a) identificação do paciente;
- b) anamnese e exame físico;
- c) resultado de exames complementares;
- d) risco cirúrgico;
- e) descrição do ato operatório, em ficha específica, contendo a identificação da equipe e a descrição do ato cirúrgico;
- d) condições ou sumário da alta hospitalar; e
- e) ficha de registro de infecção hospitalar.

#### 8 – Comissões

O hospital, para ser credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, deve ter em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

#### 9 - Produção do Hospital

Os hospitais credenciados/habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade devem realizar, em pacientes do Sistema Único de Saúde, em média 8 (oito) atos operatórios de cirurgia bariátrica mensais ou, no mínimo, 96 (noventa e seis) atos operatórios de cirurgia bariátrica anuais de alta complexidade, listados no Anexo II desta Portaria.

A avaliação da prestação de serviços será realizada anualmente. O hospital credenciado/habilitado que não tenha alcançado o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 meses terá sua habilitação reavaliada.

#### **- FORMULÁRIO DE VISTORIA**

(Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor.)

(Este formulário não deve ser modificado nem substituído.)

Nome do hospital: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_  
 Fax: ( ) \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

**Diretor Técnico:** \_\_\_\_\_  
 Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

**TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):**

- ( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo  
 ( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual  
 ( ) Federal

**TIPOS DE ASSISTÊNCIA:**

- ( ) Ambulatorial ( ) Internação  
 ( ) Urgência aberta ( ) Urgência referida

**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PARA:**

- ( ) Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.

**NORMAS GERAIS DE CREDENCIAMENTO**

1. O processo de credenciamento e habilitação foi formalizado pela Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, em gestão plena do sistema municipal de saúde, de acordo com a divisão de responsabilidades estabelecidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 e no Pacto pela Saúde.

- ( ) Sim ( ) Não

1.1 Consta no processo da Unidade Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento e habilitação estabelecidas no Anexo V, tais como:

a. Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS

- ( ) Sim ( ) Não

b. Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB

- ( ) Sim ( ) Não

c. Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

- ( ) Sim ( ) Não

d. Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

- ( ) Sim ( ) Não

e. Titulação do Responsável Técnico

- ( ) Sim ( ) Não

f. Titulação dos profissionais que compõem a equipe

- ( ) Sim ( ) Não

g. Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS

- ( ) Sim ( ) Não

**2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL**

2.1 O hospital oferece atendimento especializado e integral, em:

a) diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico.

- ( ) Sim ( ) Não

b) atendimento de urgência referida nos casos de co-morbidades da obesidade grave, que funcione nas 24 horas (termo de compromisso).

( ) Sim ( ) Não

c) atendimento ambulatorial dos obesos graves, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor local (termo de compromisso).

( ) Sim ( ) Não

d) internação hospitalar em leitos apropriados.

( ) Sim ( ) Não

e) cirurgia bariátrica em sala de cirurgia equipada para operações cirúrgicas de obesos graves e disponibilidade de sala para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório.

( ) Sim ( ) Não

f) internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias (termo de compromisso)

( ) Sim ( ) Não

g) reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

( ) Sim ( ) Não

2.2 O Hospital se enquadra nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que venham substituir ou complementá-los, a saber:

a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

( ) Sim ( ) Não

b) RDC 306 de 06 de dezembro de 2004, da ANVISA.

( ) Sim ( ) Não

c) Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

( ) Sim ( ) Não

2.3 O hospital dispõe de acessos especiais para pacientes obesos graves, tais como rampas de acesso e portas adequadas; vasos sanitários que suportem pelo menos 300 Kg, reforçados com plataforma de aço inoxidável e armações metálicas; e suportes e pegadores de parede instalados na parede adjacente às banheiras e aos chuveiros.

( ) Sim ( ) Não

### 3. RECURSOS HUMANOS

a) O hospital conta com um responsável técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, médico membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica – SBCB.

( ) Sim ( ) Não

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

Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

b) O médico responsável técnico assume a responsabilidade técnica por uma única Unidade credenciada e habilitada pelo Sistema Único de Saúde e residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

( ) Sim ( ) Não

c) A equipe de cirurgia bariátrica conta com, pelo menos, mais um médico cirurgião membro titular ou associado da SBCB.

( ) Sim ( ) Não

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

Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

d) A Unidade conta com quantitativo suficiente de profissionais para o atendimento de enfermaria, ambulatório semanal e intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.  
 Sim  Não

### 3.1 Exigências gerais para o Hospital

#### 3.1.1 Equipe Mínima de Saúde:

a) Cardiologia Clínica: a Unidade conta com Médico com Certificado de Residência Médica em Cardiologia, emitido por Programa de Residência Médica reconhecida pelo MEC, ou Título de Especialista em Cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, para atendimento diário e em regime de plantão.

Sim  Não

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

Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

b) Anestesiologia: a Unidade conta com Médico com Certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC em Anestesia, ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Sim  Não

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

Especialidade: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

c) Enfermagem: a Unidade conta com Enfermeiro coordenador e enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente.

Sim  Não

Nome do enfermeiro: \_\_\_\_\_

COREN: \_\_\_\_\_

#### 3.1.2 Equipe Complementar de Saúde (apoio multidisciplinar):

- O hospital conta, em caráter permanente, com:

a) Clínico geral

Sim  Não

b) Pneumologista

Sim  Não

c) Endocrinologista

Sim  Não

d) Angiologista

Sim  Não

e) Cirurgião vascular

Sim  Não

f) Cirurgião plástico

Sim  Não

g) Nutricionista

Sim  Não

h) Psiquiatra/Psicólogo

Sim  Não

i) Assistente Social

Sim  Não

j) Fisioterapeuta

Sim  Não

## 4. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

4.1 O hospital dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, que assegure a qualidade da assistência aos pacientes e

possibilite o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

( ) Sim ( ) Não

4.2 O hospital destina o quantitativo de leitos específicos preparados para pacientes obesos graves, tanto para internações clínicas como cirúrgicas, conforme descrito a seguir:

4.2.1 Ambulatório:

a) Consultório equipado com cadeira, mesa de exame, cadeiras de rodas adequadas aos pacientes obesos graves e balança antropométrica com capacidade mínima para 300 Kg.

( ) Sim ( ) Não

b) Sala de espera com cadeiras ou bancos adequados aos pacientes obesos graves.

( ) Sim ( ) Não

4.2.2 Enfermaria:

a) 01 (uma) balança antropométrica com capacidade mínima para 300 Kg.

( ) Sim ( ) Não

b) 02 (dois) aparelhos de pressão com manguito especial.

( ) Sim ( ) Não

c) pelo menos 03 (três) leitos com as seguintes especificações: cama hospitalar do tipo Fowler, especial para obesos, com capacidade mínima para 300 Kg (acionável por controle eletrônico), movimento de Trendelenburg (acionável por meio de motor ou por manivela), grades (acionáveis por meio de alavanca com três posições) e colchão de alta densidade.

( ) Sim ( ) Não

d) no mínimo 03 (três) poltronas com as seguintes especificações: poltrona reclinável específica, com descanso para pés e capacidade mínima para 300 Kg.

( ) Sim ( ) Não

e) no mínimo 03 (três) mesinhas de refeição específicas, com altura regulável.

( ) Sim ( ) Não

f) 01 (uma) cadeira de rodas, específica para obeso, com capacidade mínima para 300 Kg.

( ) Sim ( ) Não

g) 01 uma maca de *transporte* com cilindro de O<sub>2</sub> que suporte paciente com ou mais 300 Kg.

( ) Sim ( ) Não

h) roupa específica, tais como camisolas, roupões e pijamas, para pacientes com ou mais 300 Kg.

( ) Sim ( ) Não

4.2.3 Bloco Cirúrgico:

a) O hospital conta com sala cirúrgica equipada para pacientes obesos graves, com mesa cirúrgica eletrônica com elevador hidráulico que resista a pesos superiores a 300 Kg e suportes que possibilitem a fixação e a mobilidade do doente.

( ) Sim ( ) Não

b) Conta ainda com:

- capnógrafo

( ) Sim ( ) Não

- oxímetro de pulso

( ) Sim ( ) Não

- monitor de *transporte*

( ) Sim ( ) Não

- monitor de pressão não invasiva

- Sim  Não
- monitor de pressão invasiva
  - Sim  Não
  - aquecedor de sangue
  - Sim  Não
  - 02 bombas de infusão, no mínimo
  - Sim  Não
  - aparelho de pressão de parede com manguito especial.
  - Sim  Não
  - material de emergência para reanimação cárdio-respiratória.
  - Sim  Não
  - afastadores cirúrgicos especiais para operações cirúrgicas de obesos graves.
  - Sim  Não
  - válvulas com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas.
  - Sim  Não

4.2.4 Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS, equipada para obesos graves com:

- Sim  Não
- Box ou leito de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica
  - Sim  Não
  - respiradores volumétricos que suportem volumes e pressões especialmente elevados nos pacientes obesos graves
  - Sim  Não
  - Bipap (*bi-level Positive Airway Pressure*)
  - Sim  Não
  - cama do tipo Fowler para obesos conforme especificado no sub-item 4.2 do Anexo V
  - Sim  Não
  - esfigmomanômetro especial para obesos
  - Sim  Não
  - cadeira ou poltrona para obesos graves conforme especificado no sub-item 4.2 do Anexo V.
  - Sim  Não

## 5. RECURSOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA:

a) a Unidade conta com Laboratório de Análises Clínicas que participe de programa de Controle de Qualidade e realize exames no próprio hospital, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, gasométricos, de líquidos orgânicos e de urina.

Sim  Não

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

b) Serviço de Imagenologia: equipamentos compatíveis com obesos graves de:

- Radiologia convencional de 500 mA fixo

Sim  Não

- Radiologia portátil

Sim  Não

- Ecodoppler

Sim  Não

- Ecografia

Sim  Não

- Tomografia Computadorizada

Sim  Não

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

c) Eletrocardiografia

Sim  Não

d) Ergometria

Sim  Não

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

e) Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência *Transfusional* (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a legislação vigente

Sim  Não

f) Farmácia

Sim  Não

## 6. ROTINAS E NORMAS DE FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO:

6.1 O hospital possui:

Rotinas de funcionamento escritas, atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, que aborde todos os processos complementares envolvidos na assistência aos pacientes portadores de obesidade grave.

Sim  Não

Protocolos nutricionais.

Sim  Não

Protocolos de acompanhamento fisioterápico, com reabilitação funcional.

Sim  Não

Protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico

Sim  Não

Formulários de avaliações e acompanhamento, no mínimo os estabelecidos no Anexo I desta Portaria.

Sim  Não

Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências inter-institucionais e dos serviços terceirizados

Sim  Não

Rotinas de manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos específicos.

Sim  Não

## 7 - REGISTRO DAS INFORMAÇÕES SOBRE OS PACIENTES:

7.1 O hospital possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial, de internação e de pronto-atendimento) e contenha as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento.

Sim  Não

7.2 Os prontuários estão devidamente ordenados e disponíveis, além de conter as seguintes informações indispensáveis e mínimas:

a) identificação do paciente

Sim  Não

b) anamnese e exame físico

Sim  Não

c) resultado de exames complementares

Sim  Não

d) risco cirúrgico

Sim  Não

e) descrição do ato operatório, em ficha específica, contendo a identificação da equipe e a descrição do ato cirúrgico.

( ) Sim ( ) Não

d) condições ou sumário da alta hospitalar

( ) Sim ( ) Não

e) ficha de registro de infecção hospitalar

( ) Sim ( ) Não

**8. COMISSÕES**

8.1 O hospital mantém em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

( ) Sim ( ) Não

**AVALIAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL**

---

---

**AVALIAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL**

---

---

**CONCLUSÃO:**

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº 492, de 31 de agosto de 2007, para o credenciamento e a habilitação solicitados.

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

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do gestor municipal

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

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do gestor estadual

## ANEXO D

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estado Nutricional de Pacientes indicados a cirurgia bariátrica: discutindo políticas públicas, hábitos alimentares e qualidade de vida.

**Pesquisador:** Mariana Von Doellinger de Andrade

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 07663712.2.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 157.145

**Data da Relatoria:** 27/11/2012

## Apresentação do Projeto:

**Título:** Estado Nutricional de Pacientes indicados a cirurgia bariátrica: discutindo políticas públicas, hábitos alimentares e qualidade de vida.

A presente pesquisa se propõe em identificar o estado nutricional, hábitos alimentares e o perfil socioeconômico dos pacientes indicados ao grupo de preparação para cirurgia bariátrica de um hospital privado de Vitória/ES.

Trata-se de um pesquisa de dissertação de mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local - EMESCAM.

## Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Observar como as ações do grupo pré-operatório de cirurgia bariátrica influenciam no estado nutricional e hábitos alimentares e na opção de realização da cirurgia bariátrica.

**Objetivo Secundário:**

Conhecer o perfil socioeconômico, nutricional e hábitos alimentares. Conhecer a política de atenção a prevenção de obesidade e ao portador de obesidade mórbida.

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 Prédio da Fisio.

**Bairro:** Bairro Santa Luzia

**CEP:** 29.045-402

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3334-3586

**Fax:** (27)3334-3586

**E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Não oferecerá risco, uma vez que a pesquisa não será invasiva. Será utilizada análise de documentos, como prontuário eletrônico, avaliação socioeconômica, avaliação da qualidade de vida e avaliação de medidas antropométricas, como: peso, altura, índice de massa corporal e circunferência da cintura.

**Benefícios:**

Os benefícios desta pesquisa será identificar a melhoria da qualidade de vida e de hábitos alimentares de pacientes obesos, candidatos a cirurgia bariátrica. Assim como todo o processo de reeducação alimentar e mudança de estilo de vida do paciente. Diante do exposto pretende-se levantar as questões quanto a necessidade de preparação para a cirurgia bariátrica em centros de atenção ao paciente obeso, a fim de propor atenção detalhada, com foco em cada participante do grupo de preparação para a cirurgia bariátrica, no intuito de melhorar sua auto-estima, sua alimentação, seu auto-controle e diminuir as complicações no pós-cirúrgico através do entendimento detalhado quanto a técnica cirúrgica, ao tipo de alimentos e suplementos necessários.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa viável e com tema relevante.

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

Apresenta todos termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

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

Não há lista de inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 Prédio da Fisioite.

**Bairro:** Bairro Santa Luzia

**CEP:** 29.045-402

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3334-3586

**Fax:** (27)3334-3586

**E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

VITORIA, 28 de Novembro de 2012

---

**Assinador por:**  
**Paulo Augusto Sessa**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 Prédio da Fisiote.  
**Bairro:** Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

## **ANEXO E – Formulário de adesão ao grupo**

### **Prezado (a) participante:**

Vimos por meio desta esclarecer as normas para participação do Grupo de Atenção Pré-bariátrica (GAP). Caso decida não participar em algum momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Segue abaixo as orientações para o bom andamento do grupo de apoio aos pacientes que realizarão cirurgia bariátrica.

O grupo é constituído por no máximo 12 participantes e no mínimo 05, sendo que a sessão tem 02 horas de duração, durante seis quinzenas consecutivas. As cadeiras serão dispostas em formato de círculo; as reuniões irão acontecer na UNIMED FÁCIL CAMBURI (consultório 31);

O Grupo será coordenado por uma nutricionista;

O tempo de tolerância para que o participante entre na sala de reunião é impreterivelmente 10 minutos. Após esse tempo a porta será trancada e não será permitida a entrada. Será aberta exceção em casos especiais, acordado entre os participantes do grupo.

Antes do início das sessões é necessário que os participantes e coordenadores desliguem o celular ou então deixem no modo silencioso; as bolsas deverão ficar sobre a mesa; não é permitido atender celular durante o atendimento em grupo;

Caso o participante falte mais de duas sessões, será necessário que ele reinicie seu acompanhamento em outro grupo ou então agende consulta individual, dependendo da disponibilidade da agenda;

Para ingressar no GAP é imprescindível que o participante tenha sido atendido individualmente pela nutricionista do Programa Viver, onde será feita avaliação e encaminhamento para o grupo. Antecedendo o atendimento em grupo cada participante receberá um telefonema da equipe de prevenção para confirmar ou não sua participação no GAP;

É de suma importância que haja a participação em todos os encontros visto que os mesmos serão organizados numa sequência;

Caso o participante falte alguma sessão ele não receberá o material referente à mesma que não esteve presente;

Se possível que parentes não participem do mesmo grupo.

Atenciosamente, *Viver Unimed.*

**Nome do participante:**

**Data:**

## ANEXO F - Questionário de qualidade de vida (SF36)

### Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida-SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes	Definitivamente falso

				falso	
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## **ANEXO G - Questionário de conhecimento sobre cirurgia bariátrica**

**CERTO/ERRADO 1:** Há outras cirurgias disponíveis para obesidade mórbida além da indicada pelo meu cirurgião

**CERTO/ERRADO 2:** O grampeamento do estômago e as costuras intestinais nunca abrem e resultam em infecções e vazamento

**CERTO/ERRADO 3:** Coágulos nas pernas ou pelve podem suceder da cirurgia de obesidade. Estes coágulos podem se desprender e se encaminhar para os pulmões, causando sensação de falta de ar e dor no peito

**CERTO/ERRADO 4:** Poucos meses após a cirurgia da obesidade, o paciente é capaz de comer e beber qualquer coisa que deseje e em qualquer quantidade.

**CERTO/ERRADO 5:** A cirurgia da obesidade garante ao paciente a perda permanente de peso após essa cirurgia.

**CERTO/ERRADO 6:** Diabetes, pressão alta, dores musculares ou doenças similares SEMPRE melhoram após a cirurgia bariátrica

**CERTO/ERRADO 7:** Existe a possibilidade de necessitar de cuidados intensivos no hospital (U.T.I.), por um tempo curto ou longo, após a cirurgia de obesidade.

**CERTO/ERRADO 8:** Algumas vezes a reoperação é necessária devido a sangramentos, hérnias, úlceras, abertura dos “grampos cirúrgicos”, fístulas, obstrução dos intestinos ou estômago e outras causas.

**CERTO/ERRADO 9:** Esta operação para obesidade implica acompanhamento com o médico por toda a vida e outras cirurgias caso necessitar

**CERTO/ERRADO 10:** Após a cirurgia da obesidade, o paciente precisa tomar suplementos vitamínicos por toda a vida.

**CERTO/ERRADO 11:** Após esta cirurgia, nunca serei capaz de engolir (esmagado ou mastigado) os comprimidos novamente

**CERTO/ERRADO 12:** A cirurgia da obesidade não é procedimento grande ou de risco

**CERTO/ERRADO 13:** Algumas vezes o paciente pode vomitar bastante após a cirurgia

**CERTO/ERRADO 14:** Após a cirurgia da obesidade, tendo alta hospitalar, o paciente deve obedecer rigorosamente as instruções médicas

**CERTO/ERRADO 15:** Nenhum paciente apresenta depressão após a cirurgia

**CERTO/ERRADO 16:** Os pacientes ficam totalmente satisfeitos nas 48 horas após a cirurgia da obesidade

**CERTO/ERRADO 17:** Foi garantido que eu perderia peso após esta cirurgia de gastroplastia

**CERTO/ERRADO 18:** Após a cirurgia posso apresentar cólicas abdominais e diarreias especialmente comer determinados alimentos ricos em gorduras e açúcares

**CERTO/ERRADO 19:** No Brasil, aproximadamente um paciente em cem, morre devido esta cirurgia.

**CERTO/ERRADO 20:** Por dez semanas da cirurgia da obesidade, o paciente não poderá comer nenhuma comida sólida.

**Certifico que fiz este teste sozinho (a) sem qualquer ajuda nas respostas deste questionário durante o exame.**

**ANEXO H - Formulário socioeconômico**

Identificação: \_\_\_\_\_ nº do prontuário: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Nº de filhos: \_\_\_\_\_

<b>Nível de escolaridade</b>	
<input type="checkbox"/> nenhuma instrução	<input type="checkbox"/> ensino médio completo
<input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> ensino superior incompleto
<input type="checkbox"/> ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> ensino superior completo
<input type="checkbox"/> ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> pós- graduação
<b>Estado civil</b>	<b>Onde reside atualmente?</b>
<input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a)	<input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Vitória <input type="checkbox"/> Cariacica
<input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> interior (Espírito Santo) <input type="checkbox"/> Vila velha
<b>Qual tipo de sua residência?</b>	
<input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> cedida <input type="checkbox"/> outros _____	
Tipo de construção: <input type="checkbox"/> casa de alvenaria <input type="checkbox"/> casa de madeira <input type="checkbox"/> edifício	
Tipo de piso: <input type="checkbox"/> cimento <input type="checkbox"/> cerâmica <input type="checkbox"/> taco <input type="checkbox"/> outros _____	
Nº de cômodos da casa: _____ nº de quartos _____	
<b>Que meio de transporte você utiliza?</b>	
<input type="checkbox"/> carro próprio <input type="checkbox"/> carro da família <input type="checkbox"/> coletivo <input type="checkbox"/> moto	
<input type="checkbox"/> outros meios	
<b>Quantas pessoas contribuem para renda do seu grupo familiar?</b>	
<input type="checkbox"/> uma <input type="checkbox"/> duas <input type="checkbox"/> três a quatro <input type="checkbox"/> cinco a seis <input type="checkbox"/> mais de seis	
<b>Quantas pessoas vivem da renda mensal do seu grupo familiar?</b>	
<input type="checkbox"/> uma <input type="checkbox"/> duas <input type="checkbox"/> três a quatro <input type="checkbox"/> cinco a seis <input type="checkbox"/> mai de seis	
<b>Qual o seu salário?</b>	
<input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> < salário mínimo <input type="checkbox"/> um salário mínimo	
<input type="checkbox"/> 2-3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 4-6 salários mínimos	
<input type="checkbox"/> 7-9 salários mínimos <input type="checkbox"/> 10 ou mais salários mínimos	
<b>Qual é sua participação na vida econômico familiar?</b>	
<input type="checkbox"/> não trabalho	
<input type="checkbox"/> trabalho, mas recebo ajuda financeira da família ou de outras pessoas	
<input type="checkbox"/> trabalho para o meu próprio sustento	
<input type="checkbox"/> trabalho, sou responsável pelo meu sustento e contribuo parcialmente para o sustento da família	
<input type="checkbox"/> trabalho, sou responsável pelo sustento total da família	
<b>Dependentes do plano de saúde:</b>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> mais de dois	
<b>Tipo de plano:</b>	
<input type="checkbox"/> fácil <input type="checkbox"/> mix <input type="checkbox"/> participativo	
<b>Qual o método de comunicação que você mais utiliza para se manter informado?</b>	
<input type="checkbox"/> jornal falado (TV) <input type="checkbox"/> jornal falado (rádio) <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> revistas <input type="checkbox"/> outras fontes	

Há pessoas com excesso de peso em casa? ( ) sim ( ) não.  
 Quem? \_\_\_\_\_

### ANEXO I - Classificação do Índice de Massa Corporal - IMC

<b>IMC</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
<18,5	MAGREZA
18,5-24,9	EUTROFIA
25-29,9	SOBREPESO
30-39,9	OBESIDADE GRAU I
35-39,9	OBESIDADE GRAU II
MAIOR OU IGUAL A 40	OBESIDADE GRAU III OU MÓRBIDA

**ANEXO J - Classificação da Circunferência da Cintura**

	<b>Risco de complicações metabólicas</b>	
	<b>Elevado</b>	<b>Muito elevado</b>
Sexo masculino	> ou = 94cm	> ou = 102cm
Sexo feminino	> ou = 80cm	> ou = 88cm

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. As informações conseguidas neste estudo serão analisadas, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar a sua identificação. O objetivo desta pesquisa é avaliar o benefício de preparação para cirurgia de redução do estômago vida segundo o questionário SF-36 , análise de peso, estatura e circunferência da cintura e análise alimentar. Gostaríamos de deixar claro que a participação nesta pesquisa não acarretará qualquer gasto financeiro com relação aos procedimentos. É garantida a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem necessidade de qualquer explicação. Você tem o direito de se manter informado a respeito dos resultados parciais da pesquisa. É importante afirmar que não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Esta pesquisa será realizada com recursos próprios dos autores. Os resultados deste estudo serão mantidos em sigilo e serão utilizados somente para esta pesquisa sendo divulgado em publicações científicas com a sua autorização, assegurando o caráter confidencial dos dados e identificação dos participantes. Caso você desejar, poderá tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa.

**Consentimento Livre e Esclarecido:** Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma e concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo”

**Identidade do paciente/ participante da pesquisa:** \_\_\_\_\_

**Vitória,** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Assinatura do sujeito da pesquisa.**

**Vitória,** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Assinatura do pesquisador responsável.**

Contato: [mandrade@unimedvx.com.br](mailto:mandrade@unimedvx.com.br); telefone: (27) 31348057

**Contato do Centro de Ensino e Pesquisa (CEP):**

Contato: [Comitê.etica@emescam.br](mailto:Comitê.etica@emescam.br); telefone: (27) 33343586

Endereço: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - **Vitória - ES** - 29045-402.

**APÊNDICE B - Formulário de coleta de dados antropométricos**

Dados antropométricos:

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

Identificação: \_\_\_\_\_

Nº do prontuário: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Doença associada:

( ) Diabetes ( ) Pressão Alta ( ) problemas articulares ( ) apneia do sono

Outras: \_\_\_\_\_

**Primeiro dia grupo**

	<b>Valores obtidos</b>
Estatura (cm)	
Peso atual (kg)	
IMC(Kg/m)	
CC	

**Último dia grupo**

	<b>Valores obtidos</b>
Estatura (cm)	
Peso atual (kg)	
IMC(Kg/m)	
CC	

