UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

ELLEN CRISTIANE GOMES

**Consumo de álcool no pré e pós-cirurgia bariátrica: estudo
longitudinal retrospectivo**

BAURU
2019

ELLEN CRISTIANE GOMES

**Consumo de álcool no pré e pós-cirurgia bariátrica: estudo
longitudinal retrospectivo**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Versão Corrigida

BAURU

2019

Gomes, Ellen Cristiane

Consumo de álcool no pré e pós-cirurgia bariátrica: estudo longitudinal retrospectivo / Ellen Cristiane Gomes. – Bauru, 2019.

89p.: il. ; 31cm.

Dissertação Mestrado – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, meus exemplos de persistência e perseverança na vida e no trabalho. Sou eternamente grata por toda ajuda que me deram ao longo desses anos.

AGRADECIMENTOS

*“A felicidade aparece para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passam em nossas vidas”*

Clarice Lispector

O sentimento ao término da minha dissertação é de gratidão! Gostaria de agradecer a todos que estiveram presentes durante toda a minha trajetória do mestrado, sem os quais a concretização desse trabalho não seria possível. Nesse momento agradeço primeiramente a Deus, por abençoar a minha vida, por renovar a cada dia minhas forças para que eu superasse os obstáculos que se apresentaram em meu caminho.

À minha família, meus pais, minha irmã e meu cunhado pelo apoio e torcida de sempre.

Ao meu noivo, obrigada por estar sempre do meu lado me incentivando, apoiando e compreendendo minha ausência muitas vezes, agradeço por fazer dos meus dias mais leves e cheios de alegria.

À minhas amigas de equipe e mestrado, Ana Elisa e Marcia, obrigada pelo incentivo, apoio, colaboração e pelo companheirismo de sempre.

Ao Dr Celso Roberto Passeri chefe da equipe de Cirurgia Bariátrica do Hospital Amaral Carvalho, e aos demais membros da equipe, muito obrigada pelo incentivo, oportunidade e ensinamento, minha eterna gratidão.

As minhas amigas do Serviço de Psicologia do HAC agradeço imensamente pelo apoio e torcida de sempre e a secretária Larissa obrigada por toda colaboração.

Em especial à minha orientadora Professora Silvia, obrigada pela oportunidade, por todo seu apoio, disponibilidade, compreensão e confiança concedidos a mim durante esses anos do mestrado, eu sou realmente muito grata.

A todos os pacientes voluntários deste trabalho, motivo e razão dos estudos, meus sinceros agradecimentos.

*“Sonhe com o que quiser. Vá
para onde você queira ir.
Seja o que você quer ser, porque
você possui apenas uma vida
e nela só temos uma chance de
fazer aquilo que queremos.
Tenha felicidade bastante para
fazê-la doce. Dificuldades
para fazê-la forte. Tristeza para
fazê-la humana. E
esperança para fazê-la
feliz.”*

Clarice Lispector

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar o consumo de álcool no pré e pós-cirurgia bariátrica e identificar fatores associados ao consumo. O presente estudo é longitudinal retrospectivo, envolvendo pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 40 kg/m e idade superior aos 20 anos, atendidos no Hospital Amaral Carvalho de Jahu (HAC). A amostra foi composta por 181 pacientes. As variáveis analisadas foram: peso, IMC, idade, tempo de cirurgia, consumo de bebida alcoólica e estresse percebido. Para identificação de desordens devido ao uso de álcool, foi aplicado o questionário AUDIT já validado em português e para análise do estresse foi aplicada a Escala de Estresse Percebido (PPS). Não houve correlação significativa entre o consumo de álcool pré-operatório X escolaridade, gênero e profissão. Já no pós-operatório, não houve correlação entre o consumo de álcool e as variáveis escolaridade, gênero e profissão. Foi encontrado aumento no consumo de álcool após a cirurgia bariátrica, correlação entre consumo de álcool e hipertensão arterial no pré e no pós-operatório, e com depressão no pós-operatório. Concluiu-se que cerca de um terço dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica (CB), que eram abstêmios no pré-operatório passaram a consumir bebida alcoólica e esta mudança esteve associada à depressão.

Palavras-chave: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Consumo de bebida alcoólica, Estresse percebido

ABSTRACT

The objective of the present study was to analyze alcohol consumption in pre and post-bariatric surgery and to identify factors associated with consumption. The present study is retrospective longitudinal, involving patients with a Body Mass Index (BMI) over 40 kg/m and over the age of 20, attended at the Hospital Amaral Carvalho de Jahu (HAC). The sample consisted of 181 patients. The variables analyzed were: weight, BMI, age, surgery time, alcohol consumption and perceived stress. To identify disorders due to alcohol use, the AUDIT questionnaire, already validated in Portuguese, was applied and for stress analysis it was applied to Perceived Stress Scale (PPS). There was no significant correlation between preoperative alcohol consumption and schooling, gender and occupation. In the postoperative period, there was no correlation between alcohol consumption and the variables schooling, gender and occupation. There was an increase in alcohol consumption after bariatric surgery, correlation between alcohol consumption and arterial hypertension in the pre- and postoperative period, and postoperative depression. It was concluded that about one-third of the individuals undergoing bariatric surgery (CB), who were pre-operative abstainers, started to consume alcoholic beverage and this change was associated with depression.

Key words: Obesity, Bariatric Surgery, Consumption of alcoholic beverage, Stress perceived

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1	- Classificação do estado nutricional em relação ao IMC	22
Figura 2	- Tipos de procedimentos bariátricos.....	24
Figura 3	- AUDIT pré-cirurgia e AUDIT pós-cirurgia	54
Figura 4	- Escala de estresse percebido x AUDIT pós-cirurgia	54
Figura 5	- Peso pós-operatório e o AUDIT pós-operatório	55
Figura 6	- Consumo de álcool pós-cirurgia bariátrica e o tempo após cirurgia	55
Figura 7	- Consumo de álcool pós-operatório e a idade.....	56
Figura 8	- Correlação do consumo de álcool pós-cirurgia e IMC pós-cirurgia	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Circunferência Abdominal (CA) e risco de complicações metabólicas	41
Tabela 2 - Relação Cintura Quadril e risco para doenças cardiovasculares (DCV)	41
Tabela 3 - Perfil sócio demográfico da amostra analisada.....	45
Tabela 4 - Média, IC 95% e desvio-padrão das variáveis quantitativas	46
Tabela 5 - Teste de Wilcoxon - Comparação do consumo de bebida alcoólica antes e após CB.....	47
Tabela 6 - Correlação Pearson entre as variáveis após CB.....	47
Tabela 7 - Correlação entre as variáveis pré-operatórias e o consumo de álcool pré-operatório e escolaridade	48
Tabela 8 - Correlação consumo de álcool pós-operatório X escolaridade, gênero e profissão.....	49
Tabela 9 - Comparação classificação AUDIT/ Consumo de álcool pré e pós-cirurgia	50
Tabela 10 - Teste de Wilcoxon - Classificação AUDIT	50
Tabela 11 - Correlação consumo de álcool pós-cirurgia bariátrica / Comorbidades	51
Tabela 12 - Correlação consumo de álcool pré-cirurgia bariátrica / Comorbidades	52

Tabela 13 - Classificação da Relação Cintura Quadril (RCQ) de acordo com o risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares	52
Tabela 14 - Análise de regressão linear múltipla AUDIT pós	53
Tabela 15 - Análise de regressão linear múltipla Diferença AUDIT pré x pós	53

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

IMC	Índice de Massa Corporal
CB	Cirurgia Bariátrica
CC	Circunferência da Cintura
CQ	Circunferência Quadril
CA	Circunferência abdominal
WHO	World Health Organization
DGYR	Derivação Gástrica em Y de Roux
BGYR	Bypass Gastrico em Y de Roux
AGB	Bandagem Gástrica Ajustável
SG	Gastrectomia Vertical
BPD – DS	Desvio biliopancreático com troca duodenal
AUD	Transtorno de uso de álcool
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
PSS	Perceived Stress Scale
DSM 5	American Psychiatric Association
BPE	Beber Pesado Episódico
CISA	Centro de informações sobre saúde e álcool
SBCBM	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Superior
DM2	Diabetes Mellitus 2
AVC	Acidente Vascular Cerebral
SM	Síndrome metabólica
OMS	Organização Mundial da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HAC	Hospital Amaral Carvalho
SUS	Sistema Único de Saúde
DRS-6	Departamento Regional de Saúde de Bauru
FOB-USP	Faculdade de Odontologia de Bauru-Universidade de São Paulo
VIGITEL	Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1	OBESIDADE.....	21
2.2	CIRURGIA BARIÁTRICA.....	23
2.3	TRANSTORNO DO USO DE ÁLCOOL	26
2.3.1	Padrões de consumo.....	27
2.3.2	Audit	27
2.4	ESTRESSE.....	28
2.4.1	Escala de Estresse Percebido (PSS)	30
3	PROPOSIÇÃO	33
3.1	OBJETIVO PRIMÁRIO	33
3.2	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	33
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	37
4.1	TIPO DO ESTUDO	37
4.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4.3	CONTEXTO.....	37
4.4	CÁLCULO DA AMOSTRA	38
4.5	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	38
4.5.1	Critérios de Exclusão.....	38
4.5.2	Composição da Amostra.....	38
4.6	VARIÁVEIS.....	39
4.6.1	Questionário AUDIT.....	39
4.6.2	Escala de Estresse Percebido (PSS)	39
4.6.3	Avaliação Antropométrica.....	40
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	42
5	RESULTADOS	45
6	DISCUSSÃO	59
7	CONCLUSÕES	67
	REFERÊNCIAS	71
	ANEXOS.....	83

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A prevalência da obesidade atingiu proporções epidêmicas e tornou-se um grave problema de saúde pública, com alto índice de morbidade e mortalidade (DIAS et al., 2017). Em 2013, a Associação Médica Americana reconheceu a obesidade como uma doença (SLJIVIC; GUSENOFF, 2019), determinada pela associação de diversos fatores, genéticos, metabólicos, neuroendócrinos, ambientais, comportamentais, culturais e emocionais. Sendo uma doença multifatorial, sabe-se o quanto complexo é o seu tratamento (MATOS, 2006).

Atualmente o tratamento cirúrgico é a alternativa com melhores resultados frente à perda de peso a longo prazo, melhora ou remissão das comorbidades e redução da mortalidade (ADAMS et al., 2015; ROSLIN; CRIPPS; PERISTERI, 2015).

Segundo Matos (2006, p.151), “a literatura é unânime em afirmar que o tratamento de eleição, ou talvez o único nos casos de obesidade grau III, é a gastroplastia”.

O sucesso da cirurgia não depende apenas da perda de peso e do controle das comorbidades, mas da ausência de complicações cirúrgicas no pós-operatório (JULIA et al., 2013).

Apesar de não ser significativa a diferença em relação às psicopatologias entre indivíduos obesos e a população geral, verificamos a presença de comorbidades psiquiátricas entre os obesos de grau III que buscam a cirurgia bariátrica (CB) (GUERRA, 2014).

Uma revisão comparando as comorbidades psiquiátricas no pré e pós-operatório observou significativa diminuição dos sintomas depressivos e dos transtornos alimentares, resultando em melhor qualidade de vida (PULL, 2010).

Apesar de verificarmos de maneira geral uma melhora no funcionamento psíquico após a cirurgia bariátrica, transtornos psiquiátricos podem aparecer nesse período (FANDINO; APPOLINARIO, 2006).

Estudos referem que pacientes submetidos à cirurgia bariátrica apresentam um risco maior em desenvolver problemas relacionados ao uso de álcool após a cirurgia (SUZUKI; HAIMOVICI; CHANG, 2012; SVENSSON et al., 2013; KING et al., 2012, 2017).

Há evidências de que alguns procedimentos cirúrgicos alteram a farmacocinética e o metabolismo do álcool, assim os pacientes no pós-operatório atingem níveis mais elevados de álcool em relação aos pacientes no pré-operatório (MALUENDA et al., 2010). E demoram um tempo maior para retornar a seu estado sóbrio (KLOCHOFF; NÄSLUND; JONES, 2002).

Outros estudos investigam outras hipóteses, verificando se o consumo maior de bebida alcoólica no período pós-operatório pode estar relacionado àqueles que já abusavam antes da cirurgia e tiveram uma recaída, ou por indivíduos que apresentavam histórico de dependência e encontravam-se em remissão ou se há o surgimento de novos casos de abuso de álcool sem histórico de uso problemático (HEINBERG; ASHTON, COUGHLIN, 2012).

A história pregressa de uso de substâncias psicoativas (tabaco, álcool e outras drogas ilícitas) no período pré-operatório pode ser um importante fator relacionado com o uso de substâncias no pós-operatório (SAULES et al., 2010).

King et al. (2012, 2017), aponta que existe um risco considerável para o desenvolvimento de transtornos por uso de álcool após o bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR), especialmente entre aqueles com história pregressa de abuso de álcool.

Entre os pacientes que foram submetidos à cirurgia de bypass, verificou-se o aumento da probabilidade de desenvolver problemas com uso de álcool em comparação com aqueles que foram submetidos a outros tipos de cirurgia para perda de peso (SUZUKI; HAIMOVICI; CHANG, 2012; ÖSTLUND et al., 2013). Esse aumento pode ser explicado pela mudança anatômica que altera o metabolismo do álcool após a cirurgia (ERTELT et al., 2008).

Em relação aos aspectos psicológicos, um estudo refere à hipótese da transferência da compulsão alimentar para o álcool o que evidenciaria a condição de dependência desta substância (YODER et al., 2018; OSTLUND et al., 2013).

Nos últimos anos vários estudos clínicos investigaram o estresse como preditor de abuso de álcool, demonstrando que o estresse pode desencadear o aumento da ingestão de bebida alcoólica (SÖDERPALM; BRKIC; SÖDERPALM, 2011).

Em uma revisão integrativa, foi demonstrado que o bypass gástrico apresentou maior associação com o aumento do consumo de álcool no pós-operatório. Entretanto, os autores ressaltaram que nos estudos encontrados sobre o uso de substâncias psicoativas em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica havia a limitação no tamanho amostral, sem inserção de amostras probabilísticas ou de base populacional (GREGÓRIO et al., 2016)

Diante das hipóteses relacionadas ao consumo de álcool em pacientes de cirurgia bariátrica, o estudo se faz necessário para agregar conhecimento referente às variáveis psicológicas, psiquiátricas e psicossociais frente os resultados da cirurgia bariátrica. Tais esforços são necessários para o desenvolvimento de intervenções apropriadas, com o objetivo de definir estratégias e programas de acompanhamento e intervenções.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 OBESIDADE

A obesidade é definida como um estado em que há maior quantidade de tecido adiposo em relação à massa magra em comparação com o sexo, a idade e altura (HALPERN; NUNES, 2006, p. 284).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a classificação de obesidade é realizada de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado pela equação do peso em quilogramas, dividido pela altura em metros quadrados ($IMC = Kg/m^2$), sendo classificada em três categorias: obesidade grau I, com intervalo de 30 a 34,99 kg/m^2 , obesidade grau II de 35 a 39,99 kg/m^2 e obesidade grau III ou obesidade mórbida com IMC maior ou igual a 40,0 kg/m^2 . (SBCBM, 2019).

Apesar do IMC ser o parâmetro mais utilizado, outras técnicas ou métodos de avaliação também podem ser usados para classificação da composição corporal: pesagem hidrostática, bioimpedância, absorptometria radiológica de raio X de dupla energia (DEXA), tomografia computadorizada, ressonância magnética nuclear, pletismografia, relação cintura quadril, medição de pregas subcutâneas entre outros (BERTI, 2010).

Os indicadores mais utilizados para avaliar a gordura abdominal são a circunferência de cintura (CC) e a relação cintura / quadril (RCQ) (OMS, 2004). A obesidade abdominal é considerada um fator de risco para doenças não transmissíveis, considerando a síndrome metabólica (SM) (NCEP, 2002).

Os valores são considerados normais quando a relação cintura/quadril permanece até 1,0 para homens e até 0,85 para mulheres. No caso da medida da circunferência da cintura abdominal os valores normais são de até 94 para homens e 80 para as mulheres, aumentando o risco de complicação cardiovascular quando os valores ultrapassam 102 para homens e 88 para mulheres (ABESO, 2009).

Não existe até o momento um consenso universal para a definição da SM. A definição da OMS preconiza que a avaliação da insulinoresistência ou do distúrbio

do metabolismo da glicose seja um componente essencial para o diagnóstico da SM. (SUPLICY, 2006, p. 273).

A seguir, a figura 1 ilustra a atual classificação do estado nutricional da em relação ao IMC.

<i>Classificação do estado nutricional em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC)</i>		
IMC	Classificação	Denominações usuais
Abaixo de 18,5	Abaixo do peso	
18,5 – 24,9	Peso normal	
25,0 – 29,9	Sobrepeso	
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I	Obesidade leve
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II	Obesidade moderada
40,0 em diante	Obesidade Grau III	Obesidade grave ou mórbida
50,0 em diante	Superobeso	

Fonte: SBCM, 2015

A obesidade é uma doença crônica, complexa e de origem multifatorial e embora a causa do seu desenvolvimento não esteja totalmente esclarecida, alguns fatores podem favorecer o seu surgimento como fatores genéticos, endócrinos, comportamentais, socioeconômicos, psicológicos e ambientais (ROSENBAUM, 2006).

Acredita-se que o comportamento alimentar, o crescimento do sedentarismo atuando sobre o componente genético de susceptibilidade constituem fatores determinantes diante do crescimento da obesidade mundial. É possível que a obesidade se desenvolva como resultado da herança poligênica e de um ambiente obesogênico (COUTINHO; DUALIB, 2006, p. 265).

Dentre as comorbidades associadas à obesidade, destacam-se: a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a diabetes mellitus tipo 2 (DM2), doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), alguns tipos de câncer e doenças respiratórias crônicas (WHO, 2008).

Segundo a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2017, do Ministério da Saúde apontou que no Brasil a obesidade atinge 18,9% e o sobrepeso 54% da população. Sendo considerada um grave problema de saúde em todo o mundo, a obesidade afeta cerca de 13% da população adulta mundial (NVD-RisC, 2016).

A obesidade é uma doença que exige tratamento transdisciplinar, aliando-se diferentes formas de tratamento: reeducação alimentar, realização de exercícios físicos, suporte psicológico e tratamento medicamentoso, que nem sempre alcançará resultados satisfatórios (FANDIÑO; BENCHIMOL; APPOLINARIO, 2004). Frente ao insucesso do tratamento clínico por um período mínimo de dois anos, a cirurgia bariátrica é indicada como uma alternativa para rápida perda de peso, melhora das comorbidades e melhora da qualidade de vida (BRASIL 2013a).

2.2 CIRURGIA BARIÁTRICA

O tratamento cirúrgico da obesidade é indicado para os casos de obesidade grau III ou grau II com comorbidades. Os candidatos estão aptos a se candidatarem diante dessas condições, com idade entre 16 a 65 anos, com histórico de obesidade de cinco anos e com dois anos diante de falha no tratamento clínico. Os pacientes candidatos a CB serão avaliados por equipe multidisciplinar: cirurgião, endocrinologista, cardiologista, psicólogo e nutricionista (GARRIDO JÚNIOR et al., 2002).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, o Brasil é o segundo país no mundo que mais realiza estes procedimentos, com 100 mil cirurgias anuais, perdendo apenas para os EUA. Apesar do aumento nos últimos dez anos ainda não atende nem 1% dos candidatos à cirurgia (SBCBM, 2017).

De acordo com a recente pesquisa da SBCBM foram realizadas no ano de 2017, 105.642 mil procedimentos no Brasil, 5,6% a mais do que no ano de 2016. Esses números crescem anualmente: em 2015 foram realizadas 93,5 mil CB; em 2014, 88 mil; em 2013, 80 mil e em 2012, 72 mil cirurgias. Entre os anos de 2008 e

2017, o número de cirurgias bariátricas cresceu 215%. O crescimento anual médio é de 13,5% (SBCBM, 2018).

A escolha da técnica cirúrgica depende dos objetivos individuais para cada paciente (perda de peso, controle glicêmico), perícia do cirurgião, preferência do paciente e diminuição de risco. Em geral, os procedimentos bariátricos laparoscópicos são preferidos aos procedimentos abertos, devido à menor morbidade e mortalidade pós-operatória (BOUR, 2015).

Os procedimentos de perda de peso mais comuns nos Estados Unidos (Fig. 2) incluem bandagem gástrica ajustável (AGB), gastrectomia vertical (SG) e bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR) e o menos comum o desvio biliopancreático com troca duodenal (BPD-DS) (SLJIVIC; GUSENOFF, 2019).

Fonte: Sljivic e Gusenoff, 2019.

Figura. 2 Tipos de procedimentos bariátricos: (A) BGYR; (B) AGB; (C) SG; (D) BPD-DS.

Dentre as técnicas cirúrgicas, o desvio gástrico em Y-de-Roux (BGYR) tem sido preconizado por proporcionar excelente perda percentual de peso, particularmente para aqueles com síndrome metabólica ou diabetes mellitus. Além de ser considerada por muitos cirurgiões, como o padrão ouro para tratamento de obesidade mórbida com relativamente baixa morbidade e mortalidade (HÖRCHNER; SCHWEITZER, 2013; FARIAS et al., 2016).

O tratamento cirúrgico não se limita apenas a efeitos mecânicos de restrição e desabsorção de nutrientes, mas estende-se aos mecanismos hormonais de fome e saciedade (REPETTO; RIZZOLLI, 2006, p. 344).

Entretanto, essas técnicas não estão isentas de complicações. Dentre as técnicas, o desvio gástrico em Y-de-Roux (BGYR) pode resultar em deficiências de proteínas, vitaminas, úlceras, estenose, hipoglicemias, hérnias e colelitíase (ABDEEN; LE ROUX, 2016).

Estudos levantaram preocupações sobre a possibilidade do aumento do risco de abuso de álcool após o bypass gástrico (CANASON, 2013; KING et al., 2012; SVENSSON et al., 2013). Isso possivelmente ocorre devido às mudanças fisiológicas na absorção de álcool, que produzem uma maior sensibilidade aos efeitos do álcool (HAGEDORN et al., 2007).

No entanto, não se deve considerar isoladamente que alterações fisiológicas aumentam o uso de álcool. Evidências de vários estudos de coorte apontam para outros fatores como: sexo masculino, tabagismo, uso regular de álcool antes da cirurgia, idade mais jovem e uso de drogas recreativas (KING et al., 2012; SVENSSON et al., 2013).

Há evidências de que alguns procedimentos cirúrgicos bariátricos (isto é, BGYR e gastrectomia vertical) alteram a farmacocinética do álcool. Dada uma quantidade específica de álcool, os pacientes no pós-operatório alcançam um pico de alcoolemia mais alto em comparação com os pacientes no pré-operatório e também levam um tempo maior para retornar ao estado sóbrio (MALUENDA et al., 2010; WOODARD, 2011), também apresentam uma maior sensibilidade ao álcool após o BGYR, uma vez que tendem a ficar intoxicados mais rápido, mesmo bebendo pouco (ERTELT et al., 2008).

2.3 TRANSTORNO DO USO DE ÁLCOOL

Segundo as diretrizes da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica recomenda que os pacientes submetidos à cirurgia de bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR) se abstenham do consumo de álcool, devido à mudança no metabolismo e ao risco de transtornos decorrentes do seu uso (MECHANICK et al. 2013). Além disso, o abuso de álcool pode levar à recidiva da obesidade, considerando o valor calórico das bebidas alcoólicas (ODOM et al., 2010).

Dependência e abuso de álcool, atualmente conceituados como transtorno de uso de álcool (AUD), segundo o DSM-5, está relacionado com as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (APA, 2013; GRANT et al., 2015).

O consumo de substâncias psicoativas vem sendo discutido na literatura, particularmente o álcool e o tabaco, tendo em vista que são substâncias causadoras de prejuízos aos indivíduos e à sociedade, sendo considerados como importante problema de saúde pública (WHO, 2001).

Estima-se que, mundialmente, 237 milhões de homens e 46 milhões de mulheres sofram de transtornos por uso de álcool, sendo a maior prevalência entre homens e mulheres na região da Europa (14,8% e 3,5%) e nas Américas (11,5% e 5,1%) (WHO, 2018).

No Brasil, aproximadamente 40% da população consumiu álcool no ano de 2017 e cerca de 21,4% nunca experimentou. Os homens são a grande maioria que bebeu nesse período (54%, contra 27,3% das mulheres). Estima-se que anualmente os homens consumam 13,4 litros e as mulheres 2,4 litros. Podemos destacar que o consumo está abaixo da média da região das Américas (8 litros de álcool puro per capita), porém maior do que a média mundial (6,4 litros) (OMS, 2018).

A cirurgia bariátrica modifica diversos aspectos da vida dos pacientes, a mudança no uso de álcool pode ser uma delas. Entender os fatores que impulsionam o uso ou abuso de álcool após a cirurgia bariátrica contribuiria em estabelecer critérios e intervenções com o intuito de reduzir esse evento.

2.3.1 Padrões de Consumo

Quando consideramos os fatores de risco para a saúde, incluímos a quantidade de álcool consumida, o padrão de consumo utilizado pelo indivíduo bem como o tempo. O Beber Pesado Episódico (BPE), é equivalente a 60 gramas ou mais de álcool (padrão de 5 doses, considerando o tipo de bebida) consumida em uma única ocasião ao menos uma vez no último ano, (Anexo 3). Esse padrão está associado a diversos problemas, como acidentes de trânsito, doenças e violência. Foi observada uma diminuição da frequência de BPE no mundo, de 22,6% em 2000 para 18,2% em 2016. No Brasil, esse padrão foi referido por 19,4% das pessoas (32,6% entre homens; 6,9% entre mulheres;), em 2016, ocorreu um aumento em comparação aos dados de 2010 (12,7%, 20,7% e 5,2% respectivamente) (CISA – Centro de informações sobre saúde e álcool, 2014).

Segundo Naimi 2003, beber consumindo um volume excessivo de álcool num curto período de tempo é conhecido na literatura internacional como “beber em binge”. O termo é empregado para definir o “uso pesado episódico do álcool”, podendo trazer ao sujeito diversos problemas biopsicossociais. Durante o episódio podem ocorrer modificações neurofisiológicas, como alterações cognitivas, baixa capacidade de julgamento, atenção e prejuízos na coordenação motora.

O álcool é a droga de maior consumo no mundo. A quantidade que define o “beber em binge” é definida como 5 doses para homens e 4 doses para mulheres, em uma só ocasião (BREWER; SWAHN, 2005). Beber essa quantidade ou mais pode levar a intoxicação. Os efeitos do “beber em binge” também podem ser agravados frente outras condições como o peso corporal do indivíduo, a idade, a velocidade da ingestão, o jejum alimentar antes do consumo e o número de doses. Fatores biopsicossociais também podem ser considerados como fatores de agravamento (MAKELA et al., 2001; MILLER; PLANT; PLANT, 2005).

2.3.2 AUDIT

A detecção de pacientes com problemas relacionados ao consumo de álcool é importante na avaliação para cirurgia bariátrica.

Frente aos diversos tipos de instrumentos utilizados para rastreio do consumo de álcool no mundo, destaca-se o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 80, elaborado a partir de um projeto que envolveu alguns países como a Austrália, Bulgária, EUA, México, Noruega e Quênia. (BABOR et al., 2001). Esse instrumento se configura como padrão-ouro, como uma das medidas mais empregadas mundialmente no rastreamento do uso inadequado de álcool na população em geral (MENESES-GAYA et al., 2009; RIST; GLÖCKNER-RIST; DEMMEL, 2009).

O AUDIT é questionário autoaplicável, que fornece informações sobre a frequência e a quantidade do consumo de álcool nos últimos 12 meses, é uma ferramenta de triagem composta por 10 questões e de acordo com a pontuação é possível identificar o risco frente ao uso do álcool. A classificação é dividida em 4 categorias: uso de baixo risco, uso de risco, uso de alto risco e provável dependência. O questionário foi desenvolvido principalmente para ser utilizado em serviços de atenção primária, por ser de fácil e rápida aplicação, além de orientar o profissional frente à intervenção que deve ser realizada. Nas questões 2 e 3, relacionadas ao número de doses, os autores alertam para concentrações alcoólicas diferentes, de forma que o instrumento deve estar adaptado às bebidas locais e seu teor alcoólico (MORETTI-PIRES, 2011).

Eventos estressantes da vida têm sido associados ao aumento no risco de consumo abusivo de álcool, sugerindo que os indivíduos podem usar álcool para lidar com eventos negativos da vida. No entanto, poucas pesquisas exploraram a associação de estresse seguido do uso posterior de álcool.

2.4 ESTRESSE

O estresse pode ser definido como uma reação psicológica, manifestada por um conjunto de fatores, podendo ser de ordem emocional, física e química, frente a determinados estímulos (LIPP, 2000).

Pesquisas sugerem que o enfrentamento de eventos estressantes é um fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas como o álcool (NEWCOMB; HARLOW, 1986; COOPER et al., 1992; KEYES; HATZENBUEHLER; HASIN, 2011).

Estudos que associaram o estresse ao aumento do uso de álcool fortaleceram teorias que postulam que o álcool pode ser consumido para ajudar na redução do estresse (POWERS; KUTASH, 1985).

Pessoas com transtornos por uso de álcool têm sido relacionadas aos diversos transtornos mentais (HASIN et al., 2007). Dentre os transtornos psiquiátricos, os mais frequentes são os transtornos do humor e os transtornos por uso de substâncias (MANN et al., 2005).

As situações de estresse geralmente são entendidas pelos indivíduos como situações imutáveis. O enfrentamento desejado é que o indivíduo se adapte ou se ajuste, de modo que a pessoa consiga reestabelecer o seu equilíbrio. Porém, nem sempre o indivíduo consegue manter uma estabilidade emocional na fase de enfrentamento do estresse, assim pode-se tornar mais vulnerável ao consumo ou abuso do álcool (JORA et al., 2010).

A associação entre estresse e o uso de álcool é bastante complexa devido a diversos fatores como a definição de estresse e as ferramentas de medida de estresse (FOX; SINHA, 2009).

No entanto, nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade em consumir bebida alcoólica em resposta ao estresse. Embora vários fatores possam influenciar essa probabilidade, o histórico de uso de substâncias é um fator relevante. (PERREIRA; SLOAN, 2001).

O estresse pode desencadear reações fisiológicas no organismo, essas alterações podem ser físicas e emocionais, produzindo uma série de sintomas tais como ansiedade, apatia, depressão, desânimo, emotividade e irritabilidade (LIPP, 2000).

A avaliação psicológica no período pré-operatório de cirurgia bariátrica é fundamentalmente clínica e pode ter como auxílio de entrevistas semiestruturadas e testes psicológicos (FANDINO; APPOLINARIO; NUNES, 2006).

2.4.1 Escala de Estresse Percebido (PERCEIVED STRESS SCALE - PSS)

A Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale - PSS) (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983) é um dos instrumentos mais citados na literatura para avaliar a percepção do estresse, validada em mais de 20 países. (LEE, 2012).

A PSS avalia o estresse sob três perspectivas: presença de fatores específicos que causam estresse, sinais de sintomas físicos e psicológicos frente ao estresse e nível de percepção geral do estresse, independente da etiologia (DIAS et al. 2015).

A PSS pode ser utilizada na população geral com nível mínimo de escolaridade equivalente ao ensino fundamental completo. Atualmente existem três versões da escala. A versão original é composta por 14 itens (PSS-14) (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983) e as versões reduzidas apresentam 10 e 4 itens (PSS-10 e PSS-4,) (COHEN; WILLIAMSON, 1988).

Todas as versões da escala foram desenvolvidas na língua inglesa, mas atualmente está disponível em aproximadamente 25 idiomas (DIAS et al. 2015).

Frente a esses achados na literatura, deve-se considerar que o indivíduo submetido à cirurgia bariátrica, oferece um desafio no processo de reabilitação para a equipe multiprofissional, uma vez que sofre alterações físicas e comportamentais, que interferem na sua saúde mental. Além de ficarem mais expostos ao consumo de álcool interferindo no controle glicêmico (BUFFINGTON, 2007), prejudicando o resultado final da cirurgia.

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

O objetivo do presente estudo retrospectivo foi analisar o consumo de álcool no pré e no pós-cirurgia bariátrica e identificar os fatores associados a este consumo, em pacientes atendidos no Hospital Amaral Carvalho de Jahu (HAC).

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- 3.2.1 Analisar o consumo de bebida alcoólica através do questionário AUDIT, antes e após a cirurgia bariátrica.
 - 3.2.2 Verificar se o consumo de álcool está associado ao peso após a cirurgia.
 - 3.2.3 Verificar se o estresse é fator de risco para aumento do consumo de álcool, após a cirurgia bariátrica.
 - 3.2.4 Verificar se o tempo de cirurgia tem relação ao aumento do consumo de álcool após a cirurgia.
-
-

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi de caráter longitudinal e retrospectivo.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Fundação Hospital Amaral Carvalho de Jahu - SP, (Anexo 1), respeitando a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os pacientes participaram da pesquisa somente após assinarem o Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). Neste termo foi descrito ao sujeito como ele seria examinado, garantindo o sigilo da informação e desautorizando qualquer forma de coação ou pressão pela participação voluntária por parte desse indivíduo.

4.3 CONTEXTO

O estudo foi realizado na cidade de Jahu, localizada na região central do estado de São Paulo, tendo uma área de superfície de 690,96km². Segundo o censo do ano 2010 tem uma população de 131.040 habitantes. O índice de desenvolvimento humano de Jahu, no ano 2010 foi de 0,778 se situando no ranking brasileiro no número 145º lugar (BRASIL, 2013b).

Foram recrutados pacientes obesos mórbidos do ambulatório de Cirurgia Bariátrica da Fundação Hospital Amaral Carvalho (HAC), do município de Jahu-SP, encaminhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS-6), candidatos à cirurgia bariátrica.

O delineamento do estudo ocorreu durante o período pós-operatório, sendo que a coleta de dados foi realizada de setembro de 2017 até maio de 2018.

4.4 CÁLCULO DA AMOSTRA

O cálculo da amostra foi realizado a partir da análise retrospectiva dos pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, sendo que foi atendida uma população de 338 pacientes. Foi utilizado o programa estatístico Winpepi versão Windows e a fórmula para cálculos do tamanho de amostras para descrição de variáveis quantitativas em uma população finita, com nível de confiança de 95% e com margem de erro de 5%, após aplicação do cálculo, a amostra apresentou $n = 181$ pacientes.

4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de elegibilidade para participação do presente estudo foram: Indivíduos que foram submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Amaral Carvalho e que passaram pela avaliação psicológica e preencheram o questionário AUDIT, com IMC acima de 40,0 kg/m² e com idade superior a 20 anos, de ambos o gênero.

4.5.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram: Pacientes pós-operatório com tempo menor do que seis meses, pacientes com comprometimento mental e /ou cognitivo e pacientes com distúrbios psiquiátricos graves.

4.5.2 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 181 pacientes. Os pacientes foram inseridos seguindo a lista de agendamento dos grupos de acompanhamento pós-operatório, escolhidos aleatoriamente de acordo com os critérios de elegibilidade vistos no próprio grupo. Foram agendados cerca 25 pacientes por dia, sendo que a pesquisadora aplicava inicialmente os critérios de elegibilidade e os que atenderam os requisitos, foram recrutados. Destaca-se que houve cegamento da pesquisadora, quanto aos pacientes que haviam sido agendados, para reduzir viés nessa amostra de conveniência.

4.6 VARIÁVEIS

Os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica que apresentaram ou não abuso do consumo de bebida alcoólica foram considerados no presente estudo.

Foram registradas informações sobre a idade, gênero, escolaridade, profissão, peso, altura, IMC, circunferência da cintura, circunferência do quadril, comorbidades, estresse percebido.

4.6.1 Questionário AUDIT – Teste de identificação de desordens devido ao uso de álcool (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Para identificação de desordens devido ao uso de álcool, foi aplicado o questionário AUDIT já validado em português. O instrumento é autoaplicável e é composto por 10 questões. Cada resposta possui uma pontuação que varia de 0 a 4. O valor somatório de cada questão indica a classificação frente ao consumo de bebida alcoólica, que pode variar de 0 a 7, classificado como consumo de baixo risco, de 8 a 15 considerado consumo de risco, de 16 a 19 uso nocivo ou alto risco e de 20 a 40 possível dependência de álcool. (BABOR, 2001). O referido questionário já faz parte do protocolo de avaliação pré-operatório e também foi aplicado no pós-operatório e seus dados foram comparados em de cada um dos participantes da presente pesquisa.

4.6.2 Escala de Estresse Percebido (PSS - Perceived Stress Scale)

Para avaliar o nível de estresse percebido foi aplicada a PSS. Esta escala mede o grau em que os indivíduos percebem as situações como estressantes. A PSS possui um total de 14 questões. Cada resposta possui uma pontuação que varia de 0 a 4 (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões são divididas em positivas e negativas. As questões com conotação positiva são as de número (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) e têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O valor total da escala é realizado

frente à soma das pontuações das 14 questões e os escores podem variar de 0 a 56, sendo que quanto maior o escore maior o nível de estresse do paciente.

A PSS é uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto (LUFT et al., 2007).

No Brasil, a escala foi traduzida e validada para a avaliação do estresse percebido em idosos apresentando um índice de confiabilidade de 0,82 (LUFT, 2007). A escala PSS não deve ser dividida em cortes específicos, pois o estresse deve ser avaliado no seu contínuo assim aprimorando a validade estatística das análises e ganhando na precisão.

4.6.3 Avaliação antropométrica

O peso corporal foi aferido em balança mecânica de plataforma com capacidade de 300 kg, da marca *Welmy - W 300 (Welmy, Santa Barbara d'Oeste, Brasil)*, com divisões de cem gramas, estando o indivíduo em pé, ereto e descalço. A altura foi aferida por meio de haste metálica graduada com comprimento máximo de 2,0 metros e divisões de 0,5 centímetros. O Cálculo de IMC foi determinado pela relação do peso (kg) dividido pela altura (metros) ao quadrado.

A circunferência da cintura e a circunferência do quadril foram realizadas respeitando à padronização da WHO (2000), utilizou uma fita métrica inelástica, apropriada para indivíduos obesos, em centímetros (cm), as circunferências foram medidas com o indivíduo usando roupas adequadas, em posição ortostática, abdômen relaxado, braços ao lado do corpo e com os pés juntos. Para a medição da circunferência da cintura foi posicionada a fita métrica no meio da distância entre o rebordo costal inferior e crista ilíaca, esses pontos anatômicos são recomendados pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SBC, 2005). Para as medidas da circunferência do quadril, foi utilizado o ponto de maior circunferência da região glútea (IRIBARREN et al., 2006).

Tabela 1. Circunferência abdominal (CA) e risco de complicações metabólicas

CA e risco de complicações metabólicas	
Risco Aumentado	Homens: ≥ 94 cm Mulheres: ≥ 80 cm
Risco Aumentado Substancialmente	Homens: ≥ 102 cm Mulheres: ≥ 88 cm

Fonte: WHO, 2000.

A relação da cintura/quadril (RCQ) esta associada com a gordura localizada na região visceral. Para o cálculo foi dividido a circunferência da cintura (cm) pela circunferência do quadril (cm). Os pontos de corte para RCQ foram estabelecidos segundo a World Health Organization (WHO, 2000), de acordo com o sexo.

Tabela 2. Relação Cintura Quadril para risco de doenças cardiovasculares

RCQ e Risco para DCV	
Risco	Homens: $> 0,90$ cm Mulheres: $> 0,85$ cm

Fonte: WHO, 2000.

4.6.4 Dados coletados do prontuário

Os dados do questionário AUDIT e da avaliação antropométrica iniciais foram coletados do prontuário médico, estas informações foram registradas pela psicóloga e pela equipe multidisciplinar, respectivamente.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram utilizadas as seguintes variáveis para análise estatística:

- a) Variáveis quantitativas: idade, peso, altura, IMC, circunferência da cintura, circunferência do quadril, relação cintura/quadril e tempo de cirurgia.
- b) Variáveis qualitativas: gênero, escolaridade, profissão, consumo de bebida alcoólica e estresse percebido.

Foi checada a homogeneidade dos dados por meio teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo encontrados dados não paramétricos ($p=0,000$).

Para comparação do teste AUDIT pré x AUDIT pós e Classificação AUDIT pré x Classificação AUDIT pós, utilizou-se o teste de Wilcoxon para amostras pareadas não paramétricas.

Para analisar o estresse percebido e o consumo de álcool foi realizado a regressão linear múltipla.

A comparação, entre variáveis qualitativas x quantitativas foi realizada por meio da Análise de variância – ANOVA.

As análises foram conduzidas utilizando-se o programa IBM SPSS statistics 22 adotando-se para todos os testes um nível de significância de 95% ($p<0,05$).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A Tabela 3 mostra os resultados frente o perfil sócio demográfico dos participantes quanto ao gênero, escolaridade e profissão. A amostra foi constituída majoritariamente do sexo feminino (89,5%). A escolaridade houve predomínio do ensino médio completo (33,1%), seguido do ensino fundamental incompleto (32,7%). Quanto à profissão, os sem ocupação foram os mais frequentes (42%).

Tabela 3. Perfil sócio demográfico da amostra analisada.

Variáveis	N (%)
Gênero	
Masculino	19 (10,5)
Feminino	162 (89,5)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	59 (32,7)
Fundamental completo	22 (12,2)
Médio incompleto	14 (7,7)
Médio completo	60 (33,1)
Superior incompleto	12 (6,6)
Superior completo	14 (7,7)
Profissão	
Sem ocupação	76 (42,0)
Manual	43 (23,8)
Autônomo	19 (10,5)
Técnico	36 (19,9)
Especializado	7 (3,8)

A Tabela 4 apresenta a distribuição da média e o desvio padrão das variáveis quantitativas idade, peso (inicial e pós-operatório), IMC e tempo pós-cirurgia. A média de idade dos pacientes foi de $46 \pm 10,65$ anos. O valor médio do IMC foi de $48,75 \pm 6,56$. O tempo pós-cirurgia foi de $23 \pm 14,91$ meses.

Tabela 4. Média, IC 95% e desvio-padrão das variáveis

Variáveis	Média (IC 95%)	Desvio Padrão
Idade (anos)	46 (19 - 68)	10,65
Tempo pós-cirurgia (meses)	23 (6 - 82)	14,91
Peso pré (kg)	126,51 (86 - 233)	21,52
Peso pós (kg)	86,13 (58 - 133)	15,24
Diferença peso pré x pós (kg)	40,38 (15 - 100)	12,92
IMC (kg/m ²) pré	48,75 (38,37 - 75,22)	6,56
IMC (kg/m ²) pós	33,00 (20,48 - 51,93)	4,96
Cintura pré (cm)	122,12 (98,0 - 187,0)	12,92
Cintura pós (cm)	95,22 (69,0 - 125,0)	11,06
Quadril pré (cm)	141,66 (103,0 - 178,0)	13,52
Quadril (pós) (cm)	106,36 (76,0 - 145)	13,37
RCQ pré	0,86 (0,67 - 1,44)	0,09
RCQ pós	0,89 (0,68 - 1,05)	0,06
AUDIT pré	1,17 (0 - 20)	2,64
AUDIT pós	1,95 (0 - 25)	4,02
Diferença AUDIT pós x pré cirurgia	0,77 (-16 a 20)	4,27
Escala estresse	23 (1-46)	9,98

A Tabela 5 mostra a comparação do consumo de bebida alcoólica através do questionário AUDIT, antes e após a cirurgia bariátrica. Os resultados demonstram que o consumo de bebida alcoólica foi maior após a cirurgia bariátrica (Média AUDIT 1,95 pós-cirurgia x 1,17 pré-cirurgia ($p=0,024$)).

Tabela 5. Teste de Wilcoxon - Comparação do consumo de bebida alcoólica antes e após CB

AUDIT	Média	Diferença	p
AUDIT pré	1,17	0,779	0,024
AUDIT pós	1,95		

A Tabela 6 mostra que não houve correlação significativa entre AUDIT pós-cirurgia (1,95) x escala de estresse percebido x peso pós-operatório x tempo.

Tabela 6. Correlação Pearson entre as variáveis após CB

Variáveis	Média	Correlação de Pearson	P
AUDIT pós	1,95	0,082	0,272
Escala estresse	23,03		
Peso pós	86,13	0,071	0,343
Tempo pós	22,45	0,106	0,155

A tabela 7 mostra que não houve correlação significativa entre o consumo de álcool pré-operatório X escolaridade, gênero e profissão.

Tabela 7. Correlação entre as variáveis pré-operatórias e o consumo de álcool pré-operatório e escolaridade

Variáveis	N	Média AUDIT pré	P
Escolaridade			
Fundamental incompleto	59	0,32	0,074
Fundamental completo	22	1,73	
Médio incompleto	14	1,43	
Médio completo	60	1,60	
Superior completo	12	2,00	
Superior incompleto	14	1,07	
Gênero			
Masculino	19	3,58	0,000
Feminino	162	0,89	
Profissão			
Sem ocupação	76	0,92	0,439
Manual	43	0,93	
Autônomo	19	1,21	
Técnico	36	1,86	
Especializado	7	1,71	

A tabela 8 mostra que, não houve correlação entre o consumo de álcool pós-operatório e as variáveis escolaridade, gênero e profissão.

Tabela 8. Correlação consumo de álcool pós-operatório X escolaridade, gênero e profissão

Variáveis	N	Média AUDIT pós	P
Escolaridade			
Fundamental incompleto	59	1,37	0,393
Fundamental completo	22	1,23	
Médio incompleto	14	1,29	
Médio completo	60	2,82	
Superior completo	12	2,17	
Superior incompleto	14	2,29	
Gênero			
Masculino	19	3,26	0,133
Feminino	162	1,80	
Profissão			
Sem ocupação	76	1,74	0,512
Manual	43	1,37	
Autônomo	19	3,00	
Técnico	36	2,58	
Especializado	7	1,71	

Na tabela 9 foi realizada a comparação do consumo de álcool pré e pós-cirurgia bariátrica frente à classificação do questionário AUDIT . Foi possível observar que 31% dos pacientes no pós-operatório iniciaram uso de álcool.

Tabela 9. Comparação classificação AUDIT/ Consumo de álcool pré e pós-cirurgia

Classificação AUDIT pré	Classificação AUDIT pós				Dependência
	Abstêmio	Baixo Risco	Risco	Alto Risco	
Abstêmio (n=114)	83 (73%)	23 (20%)	5 (4%)	2 (2%)	1 (1%)
Baixo Risco (n=59)	17 (29%)	38 (65%)	2 (3%)	-	2 (3%)
Risco (n=7)	3 (42%)	2 (29%)	2 (29%)	-	-
Dependência (n=1)	-	1 (100%)	-	-	-

A tabela 10 mostra a comparação do consumo de álcool segundo a classificação do teste AUDIT. Pode-se observar que 19% dos pacientes aumentaram a ingestão de álcool, mas não foi significativa.

Tabela 10. Teste de Wilcoxon - Classificação AUDIT pré e pós

Classificação AUDIT	N	%	P
Aumentaram a ingestão de álcool	35	19%	0,062
Diminuíram a ingestão de álcool	23	13%	
Sem alterações	123	68%	

Na tabela 11 foi realizada a correlação do consumo de álcool pós-operatório e as comorbidades. Pode-se observar que houve correção entre o consumo de álcool pós-operatório e hipertensão arterial ($p=0,007$) e com depressão ($p=0,001$).

Tabela 11. Correlação consumo de álcool pós-cirurgia bariátrica / Comorbidades

Sem comorbidades	N	Média AUDIT pós	P
Sim	3	6,00	0,079
Não	178	1,88	
Outras comorbidades	N	Média AUDIT pós	P
Sim	165	1,99	0,641
Não	16	1,50	
Pressão alta	N	Média AUDIT pós	P
Sim	130	1,45	0,007
Não	51	3,24	
Diabetes	N	Média AUDIT pós	P
Sim	51	2,55	0,211
Não	130	1,72	
Dislipidemias	N	Média AUDIT pós	P
Sim	40	2,08	0,825
Não	141	1,91	
Depressão	N	Média AUDIT pós	P
Sim	35	3,89	0,001
Não	146	1,49	

No pré-operatório pode-se observar que houve correlação entre o consumo de álcool pré-operatório e a HAS ($p=0,014$).

Tabela 12. Correlação consumo de álcool pré-cirurgia bariátrica / Comorbidades

Sem comorbidades	N	Média AUDIT pré	P
Sim	3	0,33	0,582
Não	178	1,19	
Outras comorbidades	N	Média AUDIT pré	P
Sim	165	1,23	0,336
Não	16	0,56	
Pressão alta	N	Média AUDIT pré	P
Sim	130	0,87	0,014
Não	51	1,94	
Diabetes	N	Média AUDIT pré	P
Sim	51	0,84	0,297
Não	130	1,30	
Dislipidemias	N	Média AUDIT pré	P
Sim	40	0,87	0,424
Não	141	1,26	
Depressão	N	Média AUDIT pré	P
Sim	35	1,46	0,478
Não	146	1,10	

A RCQ de acordo com o gênero é apresentada na tabela 13, os dados revelaram que 48% dos pacientes frente a variável relação cintura quadril (RCQ) apresentaram risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Tabela 13. Classificação da Relação Cintura Quadril (RCQ) de acordo com o risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares

Risco para doenças cardiovasculares	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Global n (%)
Sim	13 (68%)	74 (46%)	87 (48%)
Não	6 (32%)	88 (54%)	94 (52%)

Na tabela 14 analisamos o AUDIT pré e pós frente às variáveis, podemos observar que o AUDIT pré influenciou no resultado de AUDIT pós-cirurgia (risco relativo t 2,94, IC 0,11 a 0,55 e p 0,004).

Tabela 14. Análise de regressão linear múltipla AUDIT pós

Regressão Linear Múltipla	t	Intervalo confiança (95%)	P
AUDIT pós	1	-	-
AUDIT pré	2,94	0,11 a 0,55	0,004
Escala Estresse	0,83	-0,35 a 0,08	0,407
Peso pós cirurgia	0,62	-0,27 a 0,05	0,530
Idade (anos)	-1,00	-0,87 a 0,02	0,317
Tempo pós cirurgia (meses)	1,51	-0,01 a 0,07	0,131

Ao analisarmos a diferença do AUDIT pré e pós frente às variáveis, não observamos diferença significativa.

Tabela 15. Análise de regressão linear múltipla da diferença do AUDIT pré x pós

Regressão Linear Múltipla	t	Intervalo confiança (95%)	P
AUDIT pré x AUDIT pós	1	-	-
Diferença peso pré x pós	1,32	-0,01 a 0,08	0,186
Escala Estresse	1,04	-0,03 a 0,10	0,299
Peso pós cirurgia	0,37	-0,03 a 0,05	0,705
Idade (anos)	-0,15	-0,06 a 0,05	0,876
Tempo pós cirurgia (meses)	1,26	-0,01 a 0,07	0,207

A figura 3 apresenta a comparação do consumo de bebida alcoólica através do questionário AUDIT, antes e após a cirurgia bariátrica usando o teste de Wilcoxon para amostras pareadas, não paramétricas, pode-se verificar que o consumo de bebida alcoólica aumentou no período pós-operatório (Média AUDIT 1,95 pós-cirurgia x 1,17 pré-cirurgia, diferença 0,779 (p=0,024).

Figura 3 – AUDIT pré-cirurgia e AUDIT pós-cirurgia.

Ao correlacionar o consumo de álcool após a cirurgia e a escala de estresse percebido na figura 4, o peso na figura 5, o tempo na figura 6, e a idade na figura 7, não encontramos correlação significativa.

Figura 4 - Escala de estresse percebido x AUDIT pós-cirurgia.

Figura 5 - Peso pós-operatório e o AUDIT pós-operatório

Figura 6 - Consumo de álcool pós-cirurgia bariátrica e o tempo após cirurgia.

Figura 7 - Consumo de álcool pós-operatório e a idade.

Na figura 8, usando o IMC pós-cirurgia que é válido, também não observamos uma correlação significativa entre as variáveis.

Fig 8. Correlação consumo de álcool pós-cirurgia bariátrica / IMC pós-cirurgia

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo permitem afirmar que cerca de um terço dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica (CB), que eram abstêmios no pré-operatório passaram a consumir bebida alcoólica.

Em relação às variáveis sociodemográficas este estudo demonstrou que a amostra era predominantemente feminina. Este dado foi semelhante à de outros estudos já publicados, onde a prevalência de mulheres obesas mórbidas candidatas à cirurgia bariátrica é maior quando comparado ao gênero masculino. Fato que pode ser explicado uma vez que as mulheres procuram mais por tratamento cirúrgico. Assim hipóteses têm sido citadas para justificar esse fato, como a alta exigência estética, aumento das comorbidades e a busca da qualidade de vida (KELLER et al., 2014; SANTOS; LIMA; SOUZA, 2014). A escolaridade mais prevalente foi o ensino médio, sendo que entre fundamental completo ou incompleto representou 65% da amostra, semelhante ao estudo de Barros et al. (2015), onde a prevalência do grau de escolaridade ensino médio foi de 46,9% nos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica em um hospital SUS.

Quanto à ocupação, 42% se declaram sem ocupação. Existem estudos que apontam a baixa condição socioeconômica com o aumento da incidência e do grau da obesidade (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005; OGDEN et al., 2010). O presente estudo reforça esses achados.

O presente estudo verificou um aumento do uso de álcool no pós-operatório, esse achado está em acordo com estudos anteriores envolvendo populações que aplicaram o questionário AUDIT, que também relataram aumento significativo no uso de álcool após BGYR (KING et al., 2012; SUZUKI; HAIMOVICI; CHANG, 2012; SPADOLA et al., 2015).

O estudo de Conason et al. (2013), demonstrou que pacientes submetidos à cirurgia bariátrica bypass gástrico apresentaram aumento significativo na frequência de uso de álcool, desde o início do pós-operatório até 24 meses. Entretanto, no

presente estudo foram inseridos pacientes com 6 meses ou mais de pós-operatório, o que pode de alguma forma interferir nos resultados encontrados.

Uma pesquisa de grande evidência clínica frente o risco potencial do BGYR frente o uso subsequente do consumo de risco de álcool mostrou que os pacientes com BGYR tiveram um risco aumentado significativo para abuso de álcool, já a gastroplastia vertical e banda gástrica estiveram relacionadas aos problemas de alcoolismo autorrelatados. O estudo acompanhou pacientes submetidos à diversas técnicas como a gastroplastia vertical (68%), bandagem gástrica (19%) e bypass gástrico (13%). O estudo mostrou que a grande maioria dos pacientes relataram um consumo de álcool de "baixo risco". Os pacientes com gastroplastia e bypass gástrico apresentaram risco aumentado de diagnóstico de abuso de álcool (Svensson et al. 2013). Esta informação deve ser observada com cautela, tendo em vista que a avaliação foi autorelatada, o que pode subestimar o risco. (SVENSSON et al., 2013).

Outro estudo com amostra significativa, em um banco de dados com 11.115 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, sendo que 37% foram submetidos ao bypass gástrico e 63% à outros tipos de procedimentos. Demonstrou que pacientes submetidos ao bypass gástrico tiveram risco duas vezes maior de internação hospitalar devido ao abuso de substâncias em comparação com aqueles que foram submetidos à outras cirurgias (OSTLUND et al., 2013). Esta questão não foi avaliada neste estudo. Entretanto, estudos futuros poderão investigar riscos prognósticos futuros.

O estudo de Suzuki, Haimovici e Chang (2012) verificou que os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica que preencheram os critérios para abuso ou dependência de álcool antes da cirurgia tinham maior probabilidade de desenvolver transtornos por uso de álcool no pós-operatório, também observou que pacientes com BGYR eram mais propensos a desenvolver transtornos por uso de álcool (SUZUKI; HAIMOVICI; CHANG, 2012). Nossos achados foram menores quanto ao alto risco ou dependência no pré-operatório.

Sobre a perda de peso e o consumo de álcool, este estudo não teve correlação significativa frente o ganho de peso pós-operatório e o consumo de

álcool. Este fato pode ser verificado em vários estudos que relataram correlação entre o consumo de álcool e perda de peso no pós-operatório (GREGORIO et al., 2018) e descobriram que os pacientes com ingestão maior que 100 g por semana perderam mais peso em comparação com aqueles sem consumo de álcool. Outros estudos mostraram também tendência de aumento da perda de peso associada ao abuso de álcool (HEINBERG; ASHTON; COUGHLIN, 2012; BLACKBUR; HAJNAL; LEGGIO, 2017). A ingestão excessiva de álcool, parece interferir na sensação de saciedade, o que pode ter contribuído para esses achados. Estudos futuros deverão investigar a associação dessas variáveis para que os profissionais possam controlar melhor os fatores relacionados.

No presente estudo, o tempo de cirurgia foi de 6 meses ou mais, o que pode ser observado na figura 6. Este fato pode ser entendido com uma limitação do presente estudo, tendo em vista que estudos demonstraram aumento no consumo de bebidas alcólicas, após 24 meses de CB. Um estudo de coorte prospectivo com 2.458 pacientes de cirurgia bariátrica constatou que os sintomas do transtorno por uso de álcool, medidos pelo AUDIT foram significativamente maiores dois anos após a cirurgia (KING et al., 2012). Neste estudo, pacientes com mais de 24 meses de pós-operatório foram mais difíceis de serem recrutados, tendo em vista que a maioria deles faz o acompanhamento médico até 24 meses e deixam de participar do seguimento clínico.

Outro ponto a ser discutido é que os pacientes são aconselhados a abster-se do uso de álcool após a cirurgia, devido ao excesso de consumo de calóricas e mudanças no metabolismo do álcool, após o bypass gástrico. Assim os participantes tendem a aderir às recomendações pós-cirúrgicas mais de perto imediatamente após a cirurgia e menos, ao longo do tempo.

No presente estudo, utilizou-se o instrumento Escala de Estresse Percebido (PSS) para mensurar o nível estresse, sendo que quando foi relacionada ao consumo de álcool, não houve associação entre as variáveis. Entretanto, deve-se levar em consideração que essa escala mede a percepção do indivíduo sobre situações imprevisíveis ocorridas no último mês, muitas vezes diferindo do seu estado psicológico real (LUFT et al., 2007).

Em situações estressantes os indivíduos procuram beber ou comer para ter uma sensação de conforto emocional. Dessa forma, tem sido relacionado ao consumo frequente de bebidas alcoólicas e comida calórica em homens, mulheres e adolescentes, após essas circunstâncias (JÄÄSKELÄINEN et al., 2000).

Embora exista associação entre estresse percebido e alimentação emocional, que, por sua vez, tem sido associada às escolhas alimentares não saudáveis (KESKITALO et al., 2008; KONTTINEN et al., 2010), não foram encontradas associações entre estresse percebido e ingestão de álcool, no presente estudo. Também é importante levar em consideração que aproximadamente um terço das pessoas comem menos que o normal durante o estresse (OLIVER; WARDLE, 1999; EPEL et al., 2004).

A questão da dependência de álcool deve ser entendida como uma doença crônica e multifatorial. Esta dependência diminui a fome, visto que o álcool aumenta a liberação de leptina. A leptina é um peptídeo que desempenha importante papel na regulação da ingestão alimentar e no gasto energético, gerando aumento na queima de energia e diminuindo a ingestão alimentar. Outro hormônio relacionado ao metabolismo é a grelina. A grelina é um peptídeo produzido nas células do estômago, e está diretamente envolvida na regulação do balanço energético a curto prazo (WURST et al., 2007; HILLEMACHER et al., 2007). Esses hormônios podem causar modificações no organismo dos pacientes submetido à cirurgia bariátrica e fazem ingestão abusiva de álcool. Estudos deverão ser conduzidos para avaliar o uso de álcool após a cirurgia bariátrica e a ação da grelina e da leptina na possível perda de peso.

A presente investigação tem limitações que devem ser abordadas. O número de pacientes do sexo masculino pode ter levado a viés, bem como o relato frente ao consumo de álcool, podendo levantar a hipótese de que muitos pacientes não revelaram problemas, temendo que os resultados da avaliação pudessem levar à desaprovação ou ao atraso da cirurgia. Por outro lado, exagerando seus sintomas poderia servir para ignorar sua classificação na lista de espera. Esse fenômeno do gerenciamento de impressões é bem reconhecido na literatura entre pacientes e profissionais bariátricos, afetando a real frequência da psicopatologia.

É importante citar outras limitações deste estudo, a aplicação de um questionário subjetivo para mensurar o nível de estresse. Estudos têm sido conduzidos incorporando a avaliação do estresse frente o nível de cortisol na saliva (CAMPOS; DAVID, 2014; ASSIS; RESENDE; MARZIALE, 2018). Entretanto, muitas considerações vêm sendo feitas no sentido do nível de cortisol se modificar frente a situações estressantes pontualmente. Aliado às dificuldades de colaboração dos pacientes para essa coleta e análise, neste estudo não foi possível incluir a avaliação do cortisol.

Os resultados sugerem que investigações adicionais são necessárias para identificar fatores de risco psicológico e comportamentais pré e pós-operatório e levantar possíveis prognósticos do paciente vir a desenvolver consumo abusivo após a cirurgia. Esses achados ressaltam a necessidade de avaliação bem estruturada e psicoeducação pré-operatória, alertando os riscos do consumo acima do recomendado, bem como a avaliação contínua do uso de álcool após a cirurgia.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que ocorreu o aumento do comportamento de consumo de bebida alcoólica no pós-operatório, porém não encontrou associações significativas com relação à idade, ao estresse percebido, o peso e o tempo após a cirurgia. Em conjunto, os resultados são consistentes com pesquisas anteriores frente ao aumento do consumo de álcool após a CB. Assim os resultados mostram a importância de informar os pacientes frente ao risco aumentado, bem como investigações adicionais são necessárias para identificar fatores de risco que podem ser de ordem psicológica ou comportamental que aumentem as chances do paciente desenvolver problemas decorrentes do uso de álcool após a cirurgia. Ressaltamos a importância de uma avaliação estruturada no período pré-operatório e psicoeducação, bem como avaliação contínua no pós-operatório dos pacientes que apresentam fator de risco frente o desenvolvimento do transtorno de uso de álcool.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABDEEN, G.; LE ROUX, C. W. Mechanism underling the weight loss and complications of Roux-en-Y gastric bypass. **Obes Sug.**, v. 26, n. 2, p. 410-421, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 3.ed. Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.

ADAMS, T. D. et al. All-cause and cause-specific mortality associated with bariatric surgery: a review. **Curr Atheroscler Rep.**, v. 17, n. 12, p. 74, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth. Washington/DC: American Psychiatric Press, 2013.

ASSIS, Dnieber Chagas de; RESENDE, Deisy Vivian de; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Associação entre turnos de trabalho, níveis de cortisol salivar, estresse e fadiga em enfermeiros: revisão integrativa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e20170125, 2018 .

BABOR, T. F. et al. **The alcohol use disorder identification test**: guideline for use in primary care. Geneva: WHO-World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.

BARROS, L. M. et al. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 2, p. 312-321, 2015.

BERTI, L. V. Princípios básicos do tratamento: indicações e objetivos. In: SZEGO, T. **Tratado de Obesidade**. 1. ed. Itapevi/SP: Guanabara Koogan, 2010. p.573-576.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**, documento que se constitui no atual documento-referência para a organização da dinâmica de funcionamento dos Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de

Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União 15 de abril de 2013a.

BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**: Jaú. 2013b. Disponível em: < http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/1959 >. Acesso em: 18 jan. 2019.

BREWER, R. D.; SWAHN, M. H. Binge drinking and violence. **JAMA**, v. 294, n. 5, p. 616- 618, 2005.

BOUR, E. S. Evidence supporting the need for bariatric surgery to address the obesity epidemic in the United States. **Curr Sports Med Rep**, v. 14, n. 2, p. 100-103, 2015.

BLACKBURN, A. N.; HAJNAL, A.; LEGGIO, L. The gut in the brain: the effects of bariatric surgery on alcohol consumption. **Addict Biol**, v. 22, n. 6, p.1540-1553, 2017.

BUFFINGTON, CK. Alcohol use and health risks: survey results. **Bariatric Times**, v. 68, n. 4, p. 607-614, 2007.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Análise de cortisol salivar como biomarcador de estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 447-453, jul./ago. 2014.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

COHEN, S.; WILLIAMSON, G. M.. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: SPACAPAN, S.; OSKAMP, S. (Eds.), **The social psychology of health**: The Claremont Symposium on Applied Social Psychology. Newbury Park, CA: Sage, 1988. p. 31-67.

CONASON, A. et al. Substance use following bariatric weight loss surgery. **JAMA Surg.**, v. 148, n. 2, p. 145-150, 2013.

COOPER, M. L. et al. Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 101, n.1, p. 139–152, 1992.

COUTINHO, W.; DUALIB, P. Etiologia da obesidade. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, J. C. R. et al. Escala de Estresse Percebido Aplicada a Estudantes Universitárias: Estudo de Validação. **Psychology, Community & Health**, v. 4, n. 1, p. 1–13, 2015.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. 1-12, 2017.

EPEL, E. S. et al. Accelerated telomere shortening in response to life stress. ,Proc Natl Acad Sci U S A, v. 101, n. 49, p. 17312-17315, 2004.

ERTELT, T. W. et al. Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery: a review of the literature and report of a new data set. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 4, n. 5, p. 647-650, 2008.

FANDIÑO, J.N.; APPOLINARIO, J. C. Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FANDIÑO, J.; BENCHIMOL A. K.; APPOLINARIO, J. C. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 26, p. 47-51, 2004.

FARIAS, G. et al. Good weight loss responders and poor weight loss responders after Roux-en-Y gastric bypass: clinical and nutritional profiles. **Nutr Hosp**. v. 33, n. 5, p. 574, 2016.

FERREIRA, V. C.; MAGALHÃES, R. Obesity and poverty: the apparent paradox. A study among women from the Rocinha slum, Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saúde Públ.**, v. 2, n. 6, p. 1792-1800, 2005.

FOX, H. C.; SINHA, R. Sex differences in drug-related stress-system changes: Implications for treatment in substance-abusing women. **Harv Rev Psychiatry**, v. 17, n. 2, p.103–119, 2009.

GARRIDO JÚNIOR, A. B. et al. **Cirurgia da Obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002.

GRANT, B. F. et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. **JAMA psychiatry**, v. 72, n. 8, p. 757-766, 2015.

GREGORIO, V. D. et al . O PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL É ALTERADO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA? UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 31, n. 2, e1378, 2018 .

GUERRA, L. S. D. **Frequência de transtornos mentais em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica por meio de Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de DSM (SCID-I/P)**. 2014. 150fl. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2014.

HAGEDORN, J. et al. Does gastric bypass alter alcohol metabolism? **Surg Obes Relat Dis.**, v. 3, n. 5, p. 543-548, 2007.

HASIN, D. S. et al. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. **Arch Gen Psychiatry**, v. 64, n. 7, p. 830-842, 2007.

HEINBERG, L. J.; ASHTON, K.; COUGHLIN, J. Alcohol and bariatric surgery: review and suggested recommendations for assessment and management. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 8, n. 3, p. 357-363, 2012.

HILLEMACHER, T. et al. Role of Appetite-Regulating Peptides in Alcohol Craving: An Analysis in Respect to Subtypes and Different Consumption Patterns in Alcoholism. **Alcohol Clin Exp Res.**, v. 31, n. 6, p. 950-954, 2007.

HÖRCHNER, R.; SCHWEITZER, D. Evaluation of weight loss failure, medical outcomes, and personal experiences after Roux-en-Y gastric bypass: a critical analysis. **ISRN Obes**, v. 2013, 943423, 2013.

IRIBARREN, C. et al. Value of the sagittal abdominal diameter in coronary heart disease risk assessment: cohort study in a large, multiethnic population. **Am J Epidemiol.**, v. 164, n. 12, p. 1150-1159, 2006.

JÄÄSKELÄINEN, I. P. et al. Dose-dependent suppression by ethanol of transient auditory 40-Hz response. **Psychopharmacology**, v. 148, n. 2, p. 132-135, 2000.

JORA, N. P. et al. Campanha saúde na estrada: avaliação do padrão de consumo do álcool e de estresse. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Ribeirão Preto v.12, n. 1, p. 37-46, 2010.

JULIA, C. et al. Quality of life after Roux-en-Y gastric bypass and changes in body mass index and obesity-related comorbidities. **Diabetes Metab.**, v. 39, n. 2, p. 148-154, 2013.

KESKITALO, K. et al. The ThreeFactor Eating Questionnaire, body mass index, and responses to sweet and salty fatty foods: a twin study of genetic and environmental associations. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 88, n. 2, p. 263-271, 2008.

KELLER, S. D. et al. Patient reports of health outcome for adults living with sickle cell disease: development and testing of the ASCQ-Me item banks. **Health Qual Life Outcomes**, v. 22, n. 12, p.125, 2014.

KHANTZIAN, E. J. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. **Harv Rev Psychiatry**, v. 4, n. 5, p. 231-44, 1997.

KEYES, K. M.; HATZENBUEHLER, M. L.; HASIN, D. S. Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. **Psychopharmacology**, v. 218, n. 1, 1-17, 2011.

KING, W. C. et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. **JAMA**, v. 307, n. 23, p. 2516-2525, 2012.

KING, W. C. et al. Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a US multicenter cohort study. **Surg Obes Relat Dis**, v. 13, n. 8, p. 1392–1402, 2017.

KLOCKHOFF, H.; NÄSLUND, I.; JONES, A. W. *Faster absorption of ethanol and higher peak concentration in women after gastric bypass surgery*. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 54, n. 6, p. 587-591, 2002.

KONTTINEN, H. et al. Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. **Am J Clin Nutr**, v.92, n. 5, p. 1031-1039, 2010.

LEE, E. H. Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale. **Asian Nursing Research**, v. 6, n. 4, p. 121-127, 2012.

LIPP, M. E. N. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LUFT, C. D. B. et al. Versão Brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-615, ago. 2007.

MAKELA, P. et al. Episodic Heavy Drinking in Four Nordic Countries: a Comparative Survey. **Addiction**, v. 96, n. 11, p. 1575-1588, 2001.

MALUENDA, F. et al. Alcohol absorption modification after a laparoscopic sleeve gastrectomy due to obesity. **Obesity Surgery**, v. 20, n. 6, p.744-748, 2010.

MANN, K. et al. Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: Are women more vulnerable? **Alcoholism: Clinical & Experimental Research**, v. 29, n. 5, p. 896-901, 2005.

MATOS, M. I. R. Quando o hábito alimentar se transforma em transtorno alimentar. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, F. M. S. (Orgs.). **Contribuição da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo/SP: Vetor, 2006.

MECHANICK, J. I. et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. **Surg Obes Relat Dis**, v. 9, n. 2, p. 159-191, 2013.

MENESES-GAYA C. et al. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): an updated systematic review of psychometric properties. **Psychol Neurosci**, v. 2, n.1, p. 83-97, 2009.

MILLER, P.; PLANT, M.; PLANT, M. Spreading out or Concentrating Weekly Consumption: Alcohol Problems and Other Consequences within a UK Population Sample. **Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 5, p. 461 - 468, 2005.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 497-509, mar. 2011.

NAIMI, T. et al. Binge Drinking among US Adults. **Journal of the American Medical Association**, January 1, v. 289, n. 1, p. 70-75, 2003.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP). Third Report of the National Cholesterol Education Program. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). **Circulation**, v.106, p. 3143-3421, 2002.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NVD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19•2 million participants. **Lancet**, v. 387, n.10026, p.1377-96, 2016.

NEWCOMB, M. D.; HARLOW, L. L. Life events and substance use among adolescents: mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 51, n. 3, p. 564-577, 1986.

ODOM, J. et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. **Obes Surg.**, v. 20, n. 3, p. 349-356, 2010.

OGDEN, C. L. et al. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. **JAMA**, v. 311, n. 8, , p. 806-814, 2014.

OLIVER, G.; WARDLE, J. Perceived Effects of Stress on Food Choice. **Physiology & Behavior**, v. 66, n. 3, p. 511-515, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesidade**: prevenindo e controlando a epidemia global. Relatório da consultoria da OMS. Favano, a. (Trad.). revisão científica: MAEDA, S. S. (Rev. Cient.). São Paulo: Roca, 2004.

ÖSTLUND, M. P. et al. Increased Admission for Alcohol Dependence After Gastric Bypass Surgery Compared With Restrictive Bariatric Surgery. **JAMA Surgery**, v. 148, n. 4, p. 374-377, 2013.

PERREIRA, K. M.; SLOAN, F. A. Life events and alcohol consumption among mature adults: A longitudinal analysis. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 62, n. 4, p. 501-508, 2001.

POWERS, R. J.; KUTASH, I. L. Stress and alcohol. **International Journal of the Addictions**, v. 20, n. 3, p. 461-482, 1985.

PULL, C.B. Current Psychological assessment practices in obesity surgery programs: What to assess and why. **Current Opinion in Psychiatry**, Luxemburgo, v. 23, n. 1, p. 30-36, 2010.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J. Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2006.

RIST, F.; GLÖCKNER-RIST, A.; DEMMEL, R. The Alcohol Use Disorders Identification Test revisited: establishing its structure using nonlinear factor analysis and identifying subgroups of respondents using latent class factor analysis. **Drug Alcohol Depend.**, v. 100, n.1-2, p. 71-82, 2009.

ROSENBAUM, P. Endocrinologia - Definição do Problema: obesidade. Cap. 2. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2006.

ROSLIN, M. S.; CRIPPS, C.; PERISTERI, A. Bariatric and metabolic surgery: current trends and what's to follow. **Curr Opin Gastroenterol**, v. 31, n. 6, p. 513-518, 2015.

SANTOS, H. N.; LIMA, J. M. S.; SOUZA, M. F. C. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Suplementar de Saúde. *Ciência e saúde coletiva*, v. 19, n. 5, p. 1359-1365, 2014.

SAULES, K. K. et al. Bariatric surgery history among substance abuse treatment patients: prevalence and associated features. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 6, n. 6, p. 615-621, 2010.

SLJIVIC, S.; GUSENOFF, J. A. The Obesity Epidemic and Bariatric Trends. **Clin Plast Surg**, v. 46, n.1, p. 1-7, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Rev. Soc. Bras. Hipert.*, v. 84, supl. 1, p. 122-162, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Classificação do estado nutricional em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC)**. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Número de cirurgias bariátricas no Brasil cresce 7,5% em 2016**. 2017. Disponível em: < <https://www.sbcm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-cresce-75-em-2016/> >. Acesso em: 19 jan. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%**. 2018. Disponível em: <<https://www.sbcm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

SÖDERPALM GORDH, A. H. V.; BRKIC, S.; SÖDERPALM, B. Stress and consumption of alcohol in humans with a type 1 family history of alcoholism in an experimental laboratory setting. **Pharmacol biochem behav.**, v. 99, n. 4, p. 696-703, 2011.

SPADOLA, C. E. et al. Alcohol and drug use among postoperative bariatric patients: a systematic review of the emerging research and its implications. **Alcohol Clin Exp Res.**, v. 39, n. 9, p. 1582-1601, 2015.

SUPLICY, H. Obesidade e síndrome metabólica. In: NUNES, M. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2006.

SVENSSON, P. et al. Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. **Obesity**, v. 21, n.12, p. 2444-2451, 2013.

SUZUKI, J.; HAIMOVICI, F.; CHANG, G. Alcohol use disorders after bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v. 22, n. 2, p. 201-207, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report a WHO Consultation. Technical Report Series n. 894. GENEVA: World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2001 - Mental Health**: New Understanding, New Hope. GENEVA: World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity**. WHO/ World Economic Forum report of a joint event. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol**. GENEVA: World Health Organization, 2018.

WOODARD, G. A. et al. Impaired alcohol metabolism after gastric bypass surgery: a case-crossover trial. **J Am Coll Surg.**, v. 212, n. 2, p. 209-214, 2011.

WURST, F.M. et al. Gender differences for ghrelin levels in alcohol-dependent patients and differences between alcoholics and healthy controls. **Alcohol Clin Exp Res.**, v. 31, n. 12, p. 2006-2011, 2007.

YODER, R. et al. How do individuals develop alcohol use disorder after bariatric surgery? A grounded theory exploration. **Obes Surg.**, v. 28, n. 3, p.717-724, 2018.

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer consubstanciado do CEP **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: CONSUMO DE ÁLCOOL NO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Pesquisador: ELLEN CRISTIANE GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76651317.4.0000.5434

Instituição Proponente: FUNDACAO DOUTOR AMARAL CARVALHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.480.264

Apresentação do Projeto:

O presente estudo é de caráter longitudinal, de coorte e retrospectivo. Será composto por 300 indivíduos que apresentem IMC acima de 40,0 kg/m², com idade superior a 20 anos e submetidos à cirurgia bariátrica e que foram avaliados quanto ao consumo de álcool no pré-cirúrgico e passarão pela avaliação psicológica para identificação de desordens devido ao uso de álcool por meio do questionário AUDIT. Excluídos pacientes pós-operatório com tempo menor que 6 meses, pacientes com comprometimento mental e /ou cognitivo e pacientes com distúrbios psiquiátricos graves.

Objetivo da Pesquisa:

Número do Parecer Colegiado Anterior: 2.319.929

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Número do Parecer Colegiado Anterior: 2.319.929

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Número do Parecer Colegiado Anterior: 2.319.929

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Recomendou-se que se retirasse do TCLE a frase: "Através desse documento você declara conhecer a Resolução Ética CNS 466/12.", o que foi atendido no novo TCLE apresentado. Acrescentou-se, também, ao projeto através desta emenda, junto aos questionários de coleta de dados o formulário de Escala de Estresse Percebido - PPS (Perceived Stress Scale) traduzido e

Endereço: Rua das Palmeiras, 89

Bairro: VILA ASSIS

CEP: 17.210-120

UF: SP

Município: JAU

Telefone: (14)3602-1194

Fax: (14)3602-1207

E-mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br

Continuação do Parecer: 2.480.264

validado para o Brasil, conforme justificativa inclusa no estudo.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acompanha o parecer do relator.

Informamos que nenhum dos pesquisadores envolvidos no estudo participou da votação.

Aproveito para recordar-lhe do compromisso de enviar Relatórios Semestrais referentes à evolução do estudo e Relatório Final contendo os resultados da pesquisa.

Qualquer alteração/emenda o projeto deverá passar novamente por apreciação deste Comitê de Ética em Pesquisa.

Não autorizamos divulgação dos dados e/ou publicação sem antes passar para análise deste CEP o Relatório Final de encerramento do estudo contendo os resultados da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1060763_E1.pdf	05/01/2018 14:52:53		Aceito
Outros	Escala_de_estresse_percebido.pdf	05/01/2018 14:49:01	ELLEN CRISTIANE GOMES	Aceito
Outros	Justificativa_emenda.pdf	05/01/2018 14:48:29	ELLEN CRISTIANE GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	13/10/2017 13:54:02	Osvaldo Contador Junior	Aceito
Outros	autorizacao_viviane.pdf	15/09/2017 14:21:47	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tcle.pdf	15/09/2017 11:25:15	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito

Endereço: Rua das Palmeiras, 89

Bairro: VILA ASSIS

CEP: 17.210-120

UF: SP

Município: JAU

Telefone: (14)3602-1194

Fax: (14)3602-1207

E-mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br

Continuação do Parecer: 2.480.264

Ausência	tcle.pdf	15/09/2017 11:25:15	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	termo_orientadora.pdf	15/09/2017 11:23:26	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	termo_ellen.pdf	15/09/2017 11:22:55	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	cv_silvia.pdf	15/09/2017 11:22:03	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	cv_ellen.pdf	15/09/2017 11:20:52	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	autorizacao_dracristina.pdf	15/09/2017 11:19:16	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	autorizacao_celso.pdf	15/09/2017 11:18:58	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	15/09/2017 11:17:59	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	termo_relatoriofinal.pdf	15/09/2017 11:16:53	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	questionario.pdf	15/09/2017 11:08:18	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Outros	orcamento_financeiro.pdf	15/09/2017 11:08:03	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/09/2017 11:07:49	GABRIEL ALMEIDA FERRACINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JAU, 31 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Oswaldo Contador Junior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Palmeiras, 89**Bairro:** VILA ASSIS**CEP:** 17.210-120**UF:** SP**Município:** JAU**Telefone:** (14)3602-1194**Fax:** (14)3602-1207**E-mail:** cep.aurea@amaralcarvalho.org.br

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada **“Consumo de álcool no período pré e pós-cirurgia bariátrica”** de autoria da pós-graduanda Ellen Cristiane Gomes, orientada pela Profa. Dra. Silvia Helena de Carvalho Sales-Peres. Sua participação não é obrigatória. É importante esclarecer que a sua não aceitação em participar da pesquisa não prejudicará seu atendimento e tratamento fornecido por este hospital Fundação Amaral Carvalho / Jaú - SP. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar o consumo de álcool de indivíduos obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica, antes e após a cirurgia.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

O participante, após aceitar participar da pesquisa, preencheram o questionário AUDIT, esse teste tem como objetivo avaliar o nível do risco frente o consumo de álcool, em seguida será preenchido a Escala de estresse percebido (PSS) para avaliar o nível de estresse. As informações obtidas são confidenciais e utilizadas apenas para os objetivos da pesquisa. Caso algum detalhe não esteja claro, o Sr/Sra. poderá solicitar maiores esclarecimentos com os pesquisadores antes de definir se deseja ou não participar da pesquisa.

A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo pessoal ou em seu tratamento.

Os resultados obtidos serão analisados e posteriormente divulgados para todos os interessados, a população em geral e em eventos científicos, sem qualquer identificação de indivíduos.

Todo participante receberá uma cópia deste documento (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) que será assinado e poderão ter acesso ao resultado final da pesquisa caso assim deseje. É importante ressaltar que o paciente não será pago e não terá gasto algum ao consentir em participar da pesquisa, bem como o Hospital Amaral Carvalho de Jaú que está isento de qualquer responsabilidade na realização deste estudo. Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento do estudo, para contato em caso de dúvidas: Ellen Cristiane Gomes, Hospital Amaral Carvalho – Jaú - SP, situado na Rua: Dona Silvéria, 150, Chácara Braz Miraglia. CEP: 17210-070. Telefone: (14) 3602-1200 e Silvia Helena de Carvalho Sales Peres, Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, Bauru – SP, situada à Alameda Octávio Pinheiro Brisolla nº 9-75 CEP: 17012-901. Telefone: (14) 3235-8000 caso de dúvida sobre o processo ético de aprovação e acompanhamento desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Amaral Carvalho, Éderson Roberto de Mattos, através do telefone (14) 3602-1194, ramal 1552, ou pelo endereço Rua das Palmeiras, 89 – Vila Assis CEP 17210-120, Jaú – SP. Caso tenha interesse, você poderá ter acesso aos resultados finais da pesquisa. Através desse documento você declara conhecer a Resolução Ética CNS 466/12. Você

receberá uma cópia deste documento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) assinado pelo pesquisador principal.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr (a) _____ portador (a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Por fim, como pesquisador responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3 e IV.4, este último se pertinente, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Obrigada pela sua colaboração!

Jaú - SP, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Ellen Cristiane Gomes

Anexo 3 – AUDIT

Nome _____ Sexo () F () M Idade _____ Registro _____
Entrevistador _____ Data _____

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses". Explique o que você quer dizer com "consumo de álcool", usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas à quantidade em termos de "doses padrão". Veja o quadro abaixo. Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final.

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10]</p> <p>(1) Mensalmente ou menos</p> <p>(2) De 2 a 4 vezes por mês</p> <p>(3) De 2 a 3 vezes por semana</p> <p>(4) 4 ou mais vezes por semana</p>	<p>6. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u>, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2</p> <p>(1) 3 ou 4</p> <p>(2) 5 ou 6</p> <p>(3) 7, 8 ou 9</p> <p>(4) 10 ou mais</p>	<p>7. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u>, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>3. Com que frequência você toma "seis ou mais doses" de uma vez?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u>, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.</p>	
<p>4. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u>, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(2) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>5. Quantas vezes, ao longo dos <u>últimos 12 meses</u>, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(2) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>Anote aqui o resultado: _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = _____</p> <p style="text-align: center;">Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10</p>	

EQUIVALÊNCIAS DE DOSES DE DIVERSAS BEBIDAS PARA DOSES PADRÃO

1 "DOSE" (contém 14g de álcool puro)

CERVEJA: 1 lata ou 1 copo de chope (350 ml) = 1 "DOSE"; 1 garrafa (600 ml) = 2 "DOSES"; 1 garrafa (1 litro) = 3 "DOSES"

VINHO: 1 taça (140 ml) = 1 "DOSE"; 1 garrafa (750 ml) = 5 "DOSES"

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: "meio copo americano" (60 ml) = 1,5 "DOSES"; 1 garrafa (1 litro) = 25 "DOSES"

UÍSQUE, RUM, LICOR etc.: 1 "dose de dosador" (40 ml) = 1 "DOSE"

- Adaptação e Validação para o Brasil por MENDEZ, E. B. et al. Uma versão brasileira do AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999.

- Versão original desenvolvida por SAUNDERS, J. et al. (1993). Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/index.html>.

- Este Instrumento faz parte do KIT FORMATURA do curso SUPERA, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, e executado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Anexo 4 – PSS - ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão freqüentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca

1= quase nunca

2= às vezes

3= quase sempre

4= sempre

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4