



**EACH**

**GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**A CIRURGIA BARIÁTRICA COMO UMA POLÍTICA PÚBLICA DE  
COMBATE A OBESIDADE E DE REDUÇÃO DE CUSTOS NOS  
SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA COMPARAÇÃO ENTRE  
BRASIL E ESPANHA**

**VITOR BINI TEODORO  
FLÁVIA MORI SARTI**

**SÃO PAULO, JUNHO DE 2015**

# **A CIRURGIA BARIÁTRICA COMO UMA POLÍTICA PÚBLICA DE COMBATE A OBESIDADE E DE REDUÇÃO DE CUSTOS NOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E ESPANHA**

Trabalho de Conclusão do Curso em Gestão de Políticas Públicas da Universidade de São Paulo, apresentado inicialmente na Universidade de Vigo (Espanha) através do programa de dupla titulação entre as referidas universidades, sobre a orientação da Professora Doutora Flávia Mori Sarti.

São Paulo  
2015

A Mercinha, com quem mediante as tempestades, sempre me mostrou o melhor lado da felicidade com amor, simplicidade e determinação. Dedico não as páginas aqui expostas, mas a trajetória que construímos juntos até aqui. Muito obrigado.

## **Agradecimentos**

A Deus, pela oportunidade.

Aos meus pais, pelos inúmeros sacrifícios.

Aos meus avós maternos e avó paterna, pelo apoio.

Aos meus tios e tias, primas e primos, em especial aos torcem pelo meu sucesso.

Aos meus padrinhos e madrinha, por serem tão bons para mim.

Ao Dr. Jefferson Yoshiharu de Toledo Taguti, por ser um instrumento no combate a obesidade e incentivador deste estudo.

Aos professores da EACH-USP, em especial ao coordenador Jaime Crozatti e Alessandro Soares.

A minha orientadora no Brasil, professora Dr<sup>a</sup>. Flávia Mori Sarti.

Ao meu orientador na Espanha, professor Dr<sup>o</sup>. Xosé Maria Mahou, pela confiança.

Aos professores da Universidade de Vigo, pela acolhida.

Aos meus amigos brasileiros, que me acompanharam nesta jornada.

Aos amigos que, de uma certa forma, foram minha família por aqui.

Aos cidadãos de Paraguaçu Paulista, pelo qual batalho e acredito.

Aos irmãos da Ordem Demolay.

Aos amigos de São Paulo, Dourados, Pontevedra e todos os que estão por vir.

A cidade de Pontevedra, pelo exemplo a ser seguido.

A todos os profissionais que dedicam-se em melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A todos que, torcem por uma Gestão Pública melhor, mais eficiente e digna para os seus cidadãos.

*“O que aconteceu foi que saí dali convertido em um homem maduro. Poucas coisas são tão raras – ou tão valiosas – como um homem maduro.”*

**Nelson Mandela**

## RESUMO

A saúde pública mundial depara-se com um novo desafio no século XXI, representada pela disseminação da obesidade, considerada como uma pandemia global e multifatorial, que necessita de atenção e controle por meio de políticas públicas eficientes. Neste contexto, surge métodos de cura para um determinado segmento de cidadãos – os obesos mórbidos e os super obesos – que, mediante a hábitos alimentares irregulares, atrelados ao sedentarismo e também problemas agravantes de saúde, têm a sua qualidade de vida comprometida e conseqüentemente, um custo de longo prazo para o tratamento da obesidade e das comorbidades nos serviços públicos de saúde. O presente estudo, busca identificar o perfil da obesidade no Brasil e também na Espanha, evidenciando a cirurgia bariátrica como solução para a redução de custos e melhoria na qualidade de vida da população.

Palavras Chave: Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Sistemas Públicos de saúde.

## SUMÁRIO

<b>Glossário</b> .....	08
<b>Introdução</b> .....	10
<b>Capítulo 1: Políticas públicas de combate a obesidade</b> .....	14
1.1. Definição do problema.....	14
1.2. Ramificações da obesidade na saúde pública.....	18
1.3. Histórico e evolução da obesidade.....	23
1.4. Formulação e impacto das políticas públicas.....	27
1.5. Resultados da cirurgia bariátrica na vida do cidadão.....	30
<b>Capítulo 2: Sistemas Públicos de Saúde</b> .....	39
2.1. Sistema de saúde público brasileiro.....	39
2.2. Sistema de saúde público espanhol.....	43
<b>Capítulo 3: Políticas públicas de combate a obesidade na contemporaneidade</b> .....	49
3.1. Políticas Públicas de combate a obesidade na Espanha.....	51
3.2. Políticas Públicas de combate a obesidade no Brasil.....	53
<b>Conclusão</b> .....	56
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	59
<b>Anexos</b>	
1. Declaração de Salamanca.....	65
2. Termo de Consentimento Informado – SERGAS – Galícia.....	68
3. Sistema BAROS.....	70

## Listagem de gráficos, tabelas e imagens

### Gráficos

Gráfico 01: Porcentagem da população obesa por país.....	15
Gráfico 02: Taxa de participação população economicamente ativa.....	25
Gráfico 03: Evolução mundial do sobrepeso, segundo a OMS.....	27
Gráfico 04: Evolução das cirurgias bariátricas.....	35
Gráfico 05: Evolução das cirurgias bariátricas por sistema (Brasil).....	42
Gráfico 06: Distribuição do peso por IMC e comunidades autônomas (Espanha).....	48

### Figuras

Figura 01: Distribuição global do sobrepeso e obesidade.....	16
Figura 02: Probabilidade de incidência de doenças.....	18
Figura 03: Fatores condicionantes da obesidade.....	21
Figura 04: Profissionais envolvidos no tratamento da obesidade.....	21
Figura 05: Comorbidades associadas a obesidade.....	22
Figura 06: O ciclo das políticas públicas.....	28

### Tabelas

Tabela 01: Classificação do IMC.....	17
Tabela 02: IMC da população brasileira e espanhola.....	17
Tabela 03: Evolução da obesidade na Espanha.....	46

## Glossário

BAROS: *Sistema de evaluación y análisis de resultados de la cirugía de la obesidad*

CID 10: Catálogo Internacional de Doenças

CONANDA: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

DORICA: *Dislipemia, Obesidad y Riesgo Cardiovascular*

ECNT: Consulta Regional de Alto Nível das Áreas contra Enfermidades Crônicas não-Transmissíveis

ELSA: Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto

GM/MS: Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde

IFSO: *International Federation of the Surgering Obesity*

IHME: *Institute for Health Metrics and Evaluation*

IMC: Índice de Massa Corporal

NAOS: *Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad*

NIH: *National Institutes of Health*

ODI: *Overseas Development Institute*

OMS: Organização Mundial da Saúde

PAOS: *Código de Autoregulación da Publicidad de Alimentos Dirigidos a Menores*

PE: Parlamento Europeu

PIB: Produto Interno Bruto

PNAE: Programa Nacional de Alimentação Escolar

RDL: *Real Decreto Legislativo*

SBCB: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SBEM: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

SECO: *Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad*

SEEDO: *Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad*

SERGAS: *Servicio Galego de Saúde*

SIH/SUS: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SNS: *Sistema Nacional de Salud*

SOS: *Swedish Obese Subject* (ou Corte Sueca)

SUS: Sistema Único de Saúde

## Introdução

O presente trabalho tem como objetivo analisar pontos de contato entre a saúde pública do Brasil e da Espanha, buscando estabelecer possíveis elos das políticas públicas utilizadas por eles no combate a obesidade, enfatizando para tal a prática da cirurgia bariátrica como forma de combate a obesidade de seus cidadãos em detrimento de tratamentos de morbidade, buscando estabelecer uma possível relação entre o tratamento por via cirúrgica como mais viável e menos custoso em comparação com práticas e tratamentos cirúrgicos agravantes da obesidade, tais quais: diabetes, hipertensão arterial, dificuldades cardio-vasculares e respiratórias, transtornos alimentares, esteatose hepática, artropatias e outras.

O estudo, desta forma, pretende também responder objetivos específicos, comparando os sistemas públicos de saúde em relação a sua estrutura e atendimento ao paciente obeso, identificando as portarias e normativas que regulam o funcionamento desta atividade, bem como as taxas e causas de mortalidade por ano, buscando por fim identificar uma possível política de combate a obesidade, por meio de procedimentos cirúrgicos.

Para tal, o estudo buscará a evolução dos pacientes obesos nos 30 últimos anos e também as políticas de combate a obesidade que tem sido adotadas pelos poderes públicos, tanto no Brasil quanto na Espanha, para controlar a proliferação do número de crianças e adultos obesos.

Observará também a evolução da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade, buscando compreender se há uma tendência de crescimento desta modalidade e se, futuramente, poderá ser utilizada como uma política efetiva de combate a obesidade e de redução de custos para os sistemas públicos de saúde.

Por fim, serão apresentadas as políticas públicas de combate a obesidade que já estão sendo adotadas pelos países que englobam este estudo e qual o resultado esperado por eles.

A fim de auxiliar o estudo, buscaremos responder a algumas perguntas tangenciais aos objetivos mencionados e que serviram de inspiração para a investigação, à saber:

Ao se investir na cirurgia bariátrica, o estado deixa de gastar futuramente com possíveis comorbidades da obesidade no futuro?

- 1) Na perspectiva do Estado, a cirurgia bariátrica deve ser incentivada para evitar gastos futuros com doenças correlatas ou para propiciar uma melhor qualidade de vida para os pacientes obesos?
- 2) A medicina preventiva e o incentivo de práticas nutricionais qualitativas podem contribuir significativamente para a redução da população obesa no futuro? Como o Estado pode influenciar na alimentação e no incentivo de práticas nutricionais e saudáveis na vida do cidadão?
- 3) Em que medida a cirurgia bariátrica pode ser considerada uma política pública de combate a obesidade?

Para buscar responder tais perguntas, a investigação parte da hipótese de que os sistemas públicos de saúde – tanto brasileiro quanto espanhol – devem considerar a obesidade crescente da população uma ameaça real na saúde coletiva, sendo necessário portanto, reforçar o investimento em políticas públicas de prevenção.

Partindo desse pressuposto, o gasto porcentual de seus orçamentos em tratamentos emergenciais poderiam ser evitados com a adoção destas políticas, como a cirurgia bariátrica em pacientes obesos que tendem a necessitar de tratamentos futuros em função da própria obesidade, pode significar um melhor aproveitamento de gastos para o Estado, bem como uma melhoria significativa na qualidade de vida dos cidadãos obesos que por sua vez, serão menos passivos a tratamentos em decorrência de comorbidades, sendo esta a hipótese-chave de todo o estudo.

Esta hipótese foi construída com base nas mudanças que vem ocorrendo nos estilos de vida e de consumo da população mundial de uma forma geral e global. Neste contexto, o estudo pretende estabelecer uma relação entre a obesidade e sua evolução na transição do século e seus primeiros resultados no século XXI, visando observar como o Estado contemporâneo busca, por meio das políticas públicas, combater seja os custos com doenças correlatas (e futuras) ou propiciar uma melhor qualidade de vida aos seus cidadãos obesos.

Trata-se portanto de um estudo comparativo, de cunho documental, analisando dados consolidados e disponibilizados pelas inúmeras fontes de informações dos sistemas locais, nacionais e internacionais de saúde pública, bem como os institutos de avaliação e indicadores de políticas públicas já existentes.

Justifica-se por fim a importância deste estudo mediante a uma realidade encontrada pela sociedade contemporânea, bem como os grandes desafios que entram na pauta da saúde pública global neste início de século, o que inclui a melhoria contínua da qualidade de vida em meio ao sedentarismo proporcionado pelas facilidades que surgiram com o passar dos anos seja em tecnologia ou na alimentação.

Neste aspecto, a obesidade passa a ocupar um dos grande malefícios para toda a população, recaindo diretamente sobre o Estado a necessidade de promover medidas que ao mesmo tempo evitem uma massificação de cidadãos obesos e com comorbidades latentes nos hospitais públicos como também evitar o aumento de gastos públicos com saúde de forma altamente individualizada, o que resulta na necessidade de adotar medidas preventivas.

A cirurgia bariátrica, neste aspecto, pode vir a ser uma medida que proporcione ao obeso uma melhor qualidade de vida e ao Estado um menor custo futuro, sendo de extrema relevância seu estudo e observação.

Para tratar destes temas, com maior profundidade, o trabalho será dividido em três partes: no capítulo 1, abordaremos o conceito das políticas públicas na função do Estado, bem como a aplicação específica para as políticas sugeridas por este estudo. Conseqüentemente, faremos uma abordagem conceitual sobre a obesidade e a evolução do ganho de peso na população e o surgimento da cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade severa.

No capítulo 2, buscaremos abordar os sistemas públicos de saúde, do Brasil e da Espanha bem como suas particularidades, tais quais: a regulação constitucional da saúde, as verbas e os principais dispêndios e por fim, a regulamentação da cirurgia bariátrica. No caso brasileiro, buscaremos evidenciar a política geral, pelo sistema unificado e global do sistema, enquanto no espanhol, falaremos sobre uma comunidade autônoma específica – a Galícia – e sua regulamentação sobre a prática da cirurgia bariátrica.

No último capítulo, buscaremos evidenciar algumas políticas de combate a obesidade que já estão sendo adotadas pelos países deste estudo, bem como os resultados esperados por estas políticas.

Por fim, remataremos com algumas conclusões e possíveis respostas a cerca das pesquisas elencadas no início do estudo.

## Capítulo 1

### Políticas públicas de combate a obesidade.

#### 1.1. Definição do problema.

A obesidade é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença global, caracterizada como uma epidemia já convertida a uma pandemia, ou seja, trata-se de uma doença já espalhada por todo o mundo, sendo portanto um fator preocupante para a saúde pública global, atrelado a interrupção da atividade física rotineira, maior consumo energético e sedentarismo. Desta forma, a obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo humano e um consequente desequilíbrio entre o gasto de energia e o consumo de calorias que desembocam em um estoque energético.

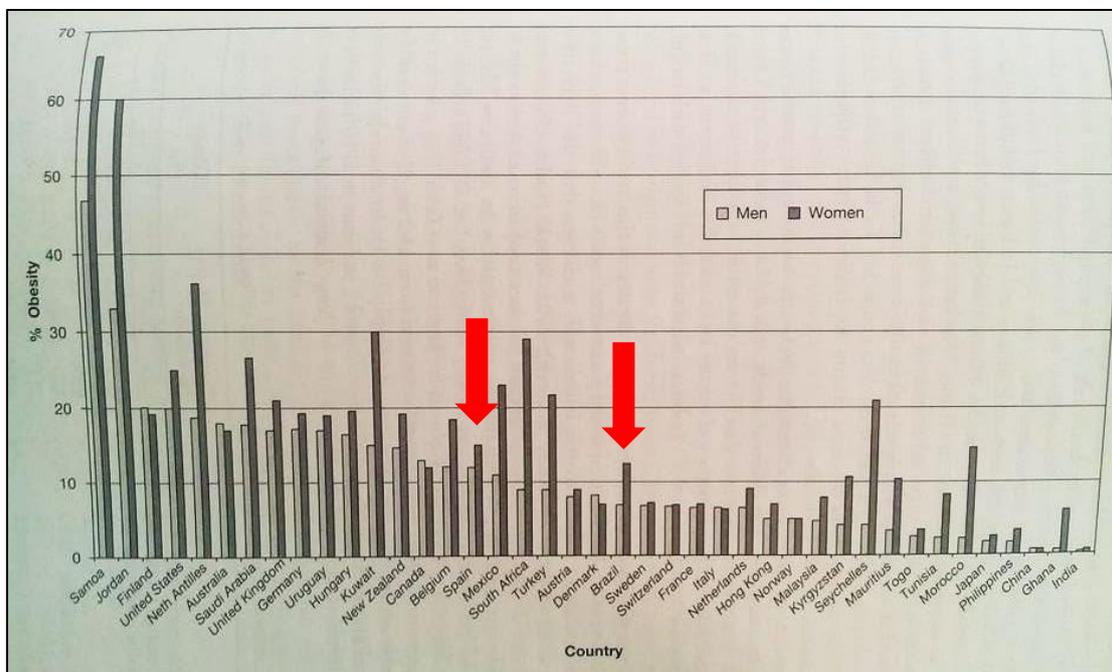
Segundo Wiggins & Keats (2014), o número de adultos obesos e/ou com sobrepeso quase quadruplicou desde 1980 tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, um número próximo a um bilhão de pessoas. Segundo este mesmo estudo, a evolução da obesidade consistiu em um aumento de 30% para 60% em pessoas obesas entre 1980 e 2008, ou seja, a população obesa dobrou o seu tamanho em um período correspondente a três décadas em todo o mundo.

A mudança nos hábitos de vida populacional em geral, bem como os novos estilos comportamentais inseridos na sociedade a partir do final do século XX e neste início do século XXI, evidenciam a evolução do sedentarismo proporcionado pela tecnologia e também pela acessibilidade a uma alimentação voltada a alimentos industrializados, congelados e comidas rápidas com grande valor calórico.

De acordo com o OMS (2014), ocorrem anualmente 9,2 milhões de mortes, pelos quais 337 mil são diretamente relacionados a obesidade, que atrelados a inatividade física, somam-se a este número 676 mil mortes anuais,

representando portanto pouco mais de 10% das mortes anuais, em níveis globais.

**Gráfico 01: porcentagem da população obesa por país.**



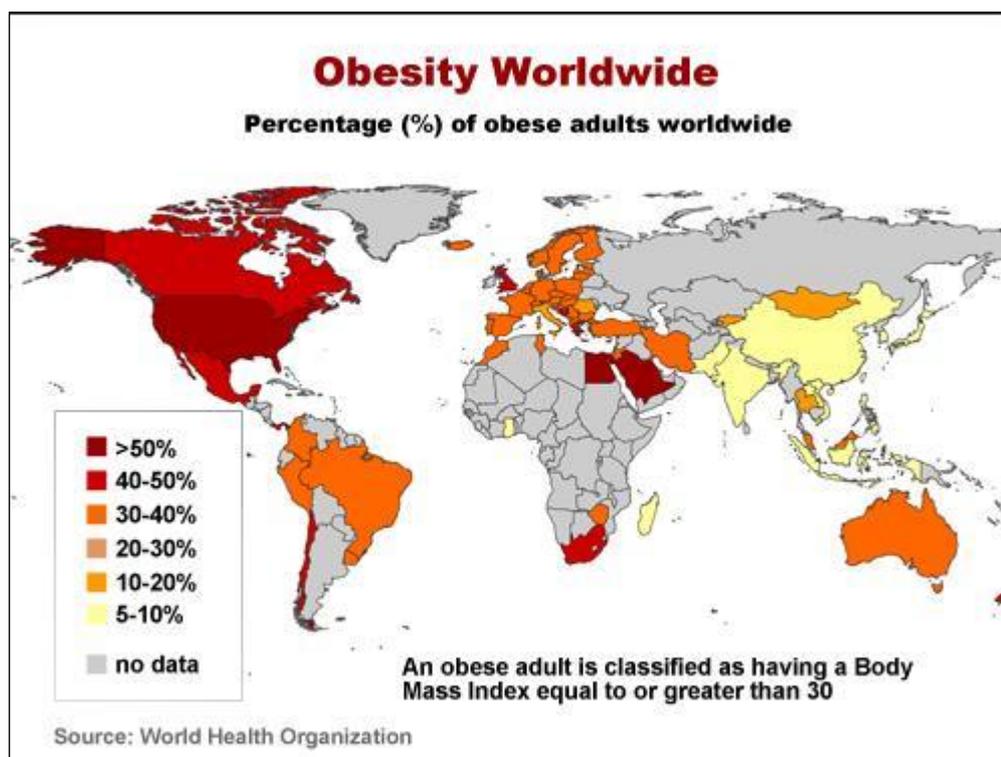
Fonte: Organização Mundial da Saúde (2009)

Segundo o Catálogo Internacional de Doenças (CID 10), a obesidade é classificada pela sigla E66 (enquadrando-a como uma doença endócrina, nutricional e metabólica) e trata-se de uma doença que gera agravantes, reduzindo a qualidade de vida, sendo fator gerador de outros quadros clínicos preocupantes, como a diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, apnéia do sono, doenças cardio-vasculares e pulmonares, entre outras, que culminam em última instância, na diminuição da expectativa de vida dos portadores.

Considera-se que atualmente 30% da população mundial possua sobrepeso ou obesidade segundo o *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) (2013), sendo de maior interesse para este estudo, uma parcela reduzida da população, ou os obesos mórbidos e super-obesos.

Ainda segundo o IHME, em números absolutos, 50% dos obesos do mundo vivem em 10 países: Estados Unidos, China, Índia, Rússia, Brasil, México, Egito, Alemanha, Paquistão e Indonésia, que por sua vez são países com características muito distintas entre si.

**Figura 01: Distribuição global do sobrepeso e obesidade**



Fonte: Organização Mundial da Saúde. (2012)

Outro fator complicador da obesidade remete ao fato de ser uma doença multifatorial, pelo qual envolve uma complexidade de fatores externos a própria doença e que, por sua vez, estão cada vez mais presentes no mundo contemporâneo, tais quais: *stress*, sedentarismo, privação do sono, aumento do consumo de comidas industrializadas em larga escala e altamente calóricas e atrativas em comparação a alimentos mais saudáveis.

A atual mensuração da obesidade pela Organização Mundial de Saúde consiste em uma fórmula matemática chamada Índice de Massa Corpórea

(IMC), que é obtido pela relação do peso (em quilos) e a altura (em centímetros) elevada ao quadrado, obtendo o quociente ponderado de classificação de peso, à saber:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{\text{ALTURA}^2}$$

**Tabela 01: Classificação do IMC**

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
< 16	Magreza grau III
16 a 16,9	Magreza grau II
17 a 18,4	Magreza grau I
18,5 a 24,9	Eutrofia
25 a 29,9	Pré-obesidade
30 a 34,9	Obesidade moderada (grau I)
35 a 39,9	Obesidade severa (grau II)
≥ 40	Obesidade muito severa (grau III)

Fonte: Organização Mundial de Saúde.

Segundo a revista *The Lancet* (2011), a taxa média de IMC tanto no Brasil quanto na Espanha são relativamente similares:

**Tabela 02: IMC da população brasileira e espanhola**

Homens	IMC Médio
Brasil	25,8
Espanha	27,5
Mulheres	
Brasil	26,0

Fonte: The Lancet (2011)

A cura da obesidade, assim como a própria doença, depende de vários fatores multidisciplinares na alimentação e também no estilo de vida, e entre elas está a cirurgia bariátrica – um processo cirúrgico e invasivo que, buscaremos aprofundar neste estudo como uma forma de solução preventiva e de garantia da qualidade de vida aos obesos mórbidos e super obesos.

## 1.2. Ramificações da obesidade na saúde pública

Os custos associados da obesidade, envolvem algumas das doenças mais comuns e correlatas, como por exemplo, a Diabetes tipo II (*Melittus*) cuja estima de custo na América Latina representa U\$ 65 bilhões, sendo U\$ 10 bilhões em custos diretos. No Brasil, a critério isolado, o dispêndio com esta doença representa 2,2% do orçamento do Ministério da Saúde. Em contrapartida, este tipo de diabetes representa um custo de U\$ 3.000.000, ou 1,5% do orçamento do SNS, na Espanha.

A diabetes tipo II é três vezes mais comum em pacientes obesos. A hipertensão por sua vez é 2,5 vezes mais comum neste grupo populacional. Um paciente obeso é 12 vezes mais propício à mortalidade, perante a um indivíduo de peso normal.

**Figura 02: % de probabilidade de incidência de doenças**

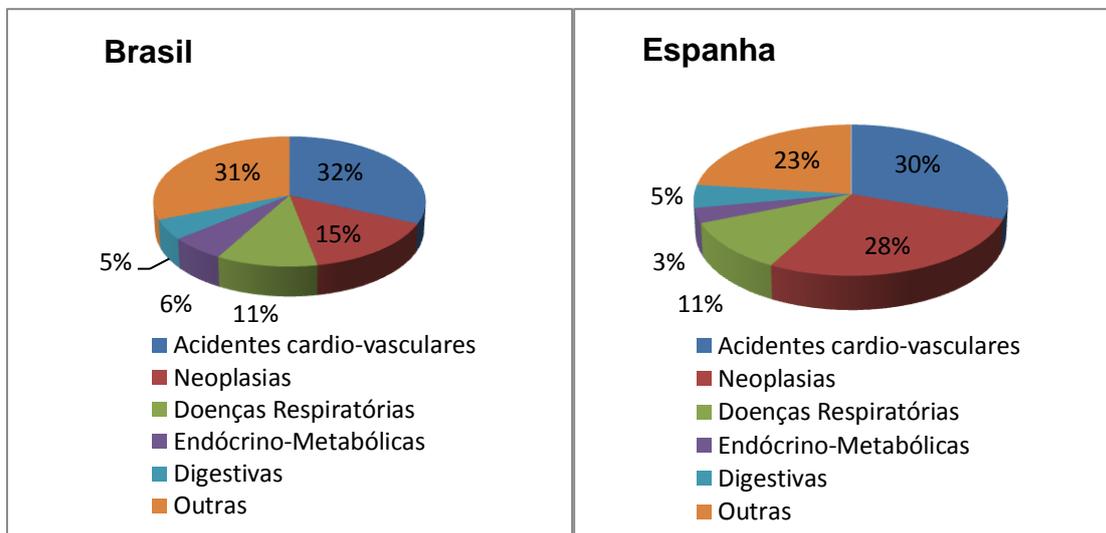


Fonte: Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA) (2009).

Segundo o estudo ELSA (2009), 69% dos óbitos no Brasil são decorrentes de: acidentes cardio-vasculares (32%); neoplasias (câncer) (15%); respiratórias (11%); endócrino-metabólicas (6%) e; digestivas (5%). O conjunto destas doenças também representa o maior gasto com a atenção médica.

A Espanha por sua vez, possui números similares em alguns aspectos que podem estar relacionados ao sobrepeso, como as doenças respiratórias, acidentes cardio vasculares, endócrino-respiratórias e digestivas.

**Gráfico 02: Mortes por ano e por causa (Brasil e Espanha)**



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil e Sistema Nacional de Sanidad (2013).

O National Center on Health Statistics (NHANES) (2002) estipula que 20% da população da União Européia seja obesa (IMC entre 35 e 40%), sendo 4% da população espanhola, enquanto no Brasil (Dados do Ministério da Saúde do Brasil), apontavam que em 2009, o país possuía 13,9% de obesos, sendo 4 milhões de portadores de obesidade mórbida (IMC superior a 40).

A declaração de Milão de acordo com Drenick; Bale; Seltren *et. al.* (1980) atribui uma carga social e econômica as comunidades europeias, sendo

necessário desenvolver estratégias que contornassem o quadro que, motivado pelo stress, depressão e outros fenômenos sociais levam dentre outras doenças, a compulsão alimentar e conseqüentemente, a obesidade.

A perda de peso, conforme cita Mason, Tang, Renquist *et. al.* (1997) tem uma relação direta com a diminuição tanto na mortalidade quanto na morbidade e reflete em uma melhoria – considerável – nas complicações físicas, metabólicas e endocrinológicas da obesidade bem como na qualidade de vida dos pacientes. E é por este motivo que os obesos estão em busca de métodos considerados inadequados no tratamento da obesidade, pois comprometem o metabolismo e são, por vezes, ineficazes no longo prazo e facilitam a recuperação do peso perdido.

O fator “ser obeso” é uma condicionante que limita ainda mais os portadores da obesidade mórbida na luta constante contra a balança, pois existem limitações quanto a adoção de uma dieta saudável e prática de exercícios físicos, exigindo medidas consideradas “drásticas”, de acordo com Marcelino & Patricio (2011).

Repetto, Rizzolli & Borato (2003) indicam que os tratamentos para a perda de peso para este grupo de obesos mórbidos tornam-se por sua vez uma frustração, com conseqüente aumento da ansiedade, estresse e até a depressão frente ao insucesso dos métodos paliativos, o que gera um comprometimento maior no comportamento alimentar e conseqüentemente, um avanço da morbidade pelo ganho de peso.

Foi decorrente a estes sucessivos insucessos atrelado a um aumento exponencial da população obesa, que surge na medicina uma medida alternativa: o desenvolvimento de uma técnica cirúrgica e eficaz no combate a obesidade, a cirurgia bariátrica.

A obesidade, assim como seu tratamento, é complexo pois envolve diversos fatores, ocasião que faz com seu tratamento seja de igual

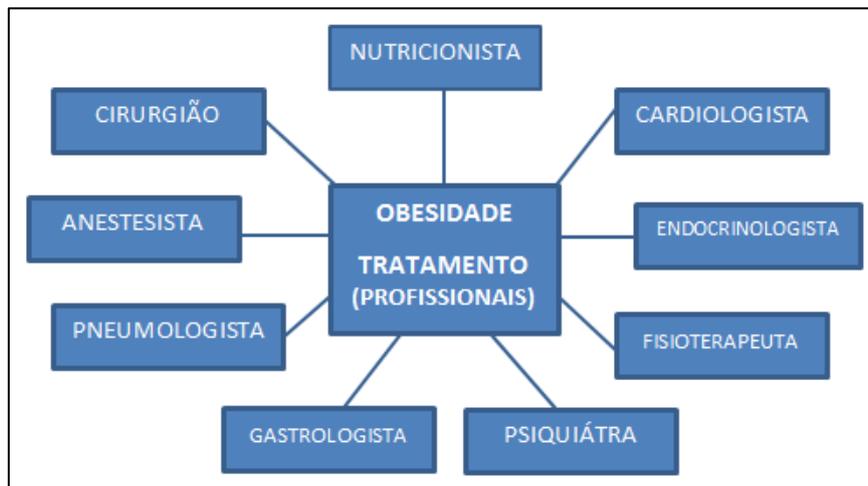
complexidade, envolvendo um alto número de profissionais, como observamos nas tabelas

**Figura 03: Fatores condicionantes da obesidade**



Fonte: Elaboração própria.

**Figura 04: Profissionais envolvidos no tratamento da obesidade**



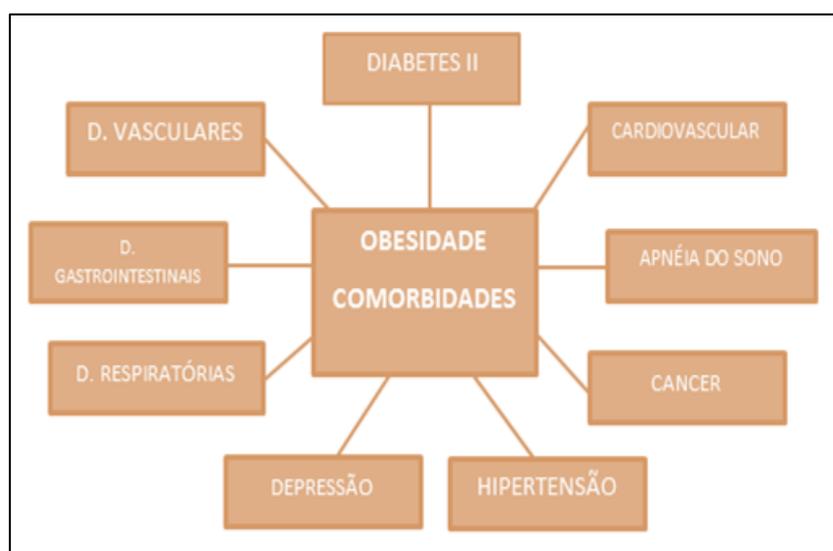
Fonte: Elaboração própria.

Os pacientes obesos tendem a possuir maior taxa de depressão, menor produtividade, menor chances de empregabilidade e diminuição da autoestima, derivados pelo desencadeamento de todos os citados anteriormente, seja de forma isolada ou atrelada.

De acordo com o Boletim Brasileiro de Tecnologias em Saúde (BRATS) (2008), a cirurgia consiste em um processo longo e sistematizado que não deve ser encarado como uma atividade isolada e restrita. Do contrário, deve ser realizada e praticada com uma gama de profissionais em uma constante coordenação e cooperação dentre os envolvidos: serviços hospitalares, corpo clínico e pacientes.

A finalidade da cirurgia bariátrica, segundo Seal & Fandiño (2002) é induzir e manter a perda de peso corporal e conseqüentemente, reduzir ou eliminar as comorbidades relacionadas a obesidade.

**Figura 05: Comorbidades associadas a obesidade**



Fonte: Elaboração própria.

Neste aspecto, vamos considerar neste estudo que, partindo-se do ponto de vista do Estado, a cirurgia bariátrica pode vir a ser uma ferramenta preventiva e de redução de gastos futuros, mas do ponto de vista do cidadão obeso, trata-se em uma alternativa única e efetiva no combate a obesidade e de melhoria nos hábitos de vida.

Trata-se portanto de um paradigma pelo qual a saúde pública passa a considerar uma cirurgia até então tida como a ultima alternativa no tratamento da obesidade mórbida como uma atividade preventiva, que pode vir a coibir gastos futuros no longo prazo.

O tratamento clínico com ou sem medicamentos possui uma taxa de insucesso elevado em pacientes obesos. Tipicamente, este tipo de tratamento consiste em 3 pilares básicos: dieta, atividade física e terapia comportamental (mudança nos hábitos incorretos de alimentação).

A dieta, visa restringir a quantidade de carboidratos e gorduras e, associadas a atividade física garantem que o gasto energético seja maior que o consumido, tendo como resultado a perda de peso. A terapia comportamental por sua vez, consiste em um apoio psicológico para ajudar os pacientes a mudarem os hábitos. O tratamento clínico por sua vez, pode ou não ser atrelado a medicamentos, pelos quais são mais comuns os inibidores de apetite e os bloqueadores de absorção de gordura.

Uma vez que este tratamento falha, por repetidas vezes no tratamento da obesidade, surge o tratamento final – a cirurgia bariátrica – sendo na atualidade, o único tratamento considerado efetivo no tratamento da obesidade mórbida a longo prazo, conforme indica Brolin (1996).

De acordo com uma pesquisa realizada pelo *Swedish Obese Subjects* (SOS), foram estudados dois grupos: um submetido ao tratamento clínico e outro ao tratamento cirúrgico. De acordo com os resultados, a perda de peso ocorreu nos dois primeiros grupos, nos dois primeiros anos, com maior perda para o grupo submetido a cirurgia bariátrica. Nos dois anos seguintes, observou-se porém um aumento de peso em ambos os grupos, entretanto menor no grupo submetido a cirurgia que por sua vez, demonstrou maior tendência a estabilidade de peso.

### 1.3. Histórico e evolução da obesidade

A obesidade surge num contexto de envelhecimento da população frente a uma mudança radical nos hábitos alimentares e inatividade física, fazendo com que a incidência de doenças diretamente relacionadas a obesidade sejam cada vez mais frequentes e como consequência, temos o aumento do peso e cada vez mais cidadãos com IMC superior a 25kg/m<sup>2</sup> (valendo observar que o peso ideal considerado pela OMS deve variar entre 18,5 a 24,9kg/m<sup>2</sup>).

Portanto, se faz necessário uma mudança nas prioridades da saúde pública. O sobrepeso no Brasil saltou de 16% em 1974 para 41% em 2003 e atualmente, atingimos a marca dos 50%, representando que metade da população brasileira está acima do peso ideal.

Em 1969, maioria da população com sobrepeso pertencia a uma classe econômica mais pobre e com menor escolaridade, algo que já não se aplica nos dias atuais por conta de uma pandemia generalizada, atingindo as distintas classes sociais e econômicas.

Em 1986, estimava-se que o custo da obesidade na União Européia representava 5,5% do gasto em saúde pública, sendo 8% diretamente relacionados a ela. Na Espanha, o *Estudio prospectivo Delphi de Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas* (1999), demonstrou que este custo representava 6,9% dos custos totais de saúde.

O estudo DORICA realizado na Espanha entre 1990 e 2000 demonstrou que a obesidade mórbida naquele país representava 4% de todos os obesos, representando 0,63% da população total atingida por esta doença, afetando os grupos economicamente menos favorecidos e também as mulheres.

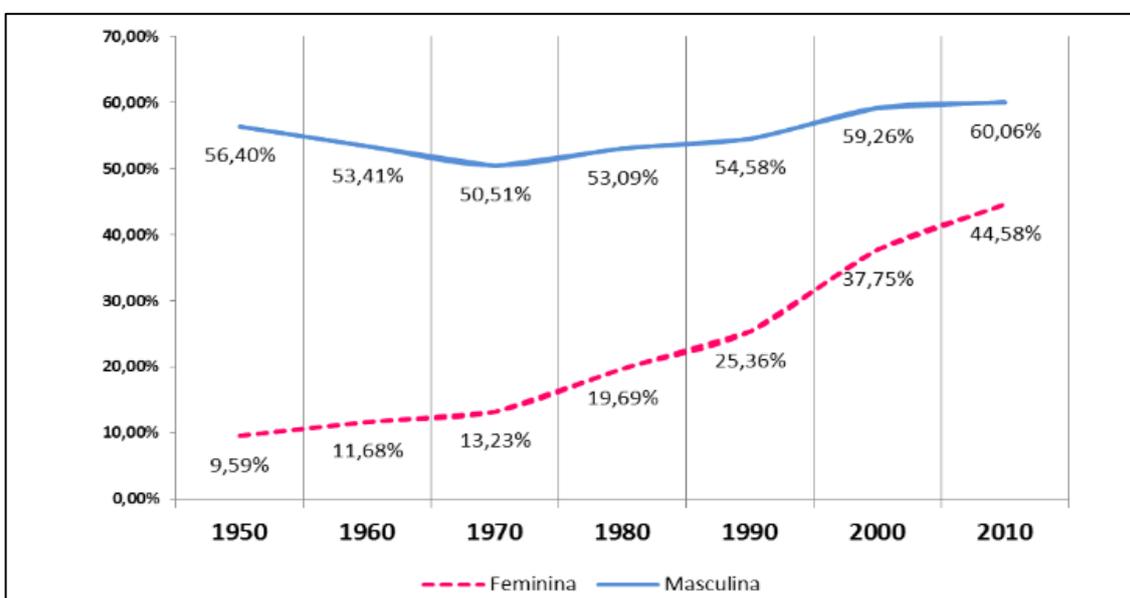
De acordo com a OMS, haviam em 2005 1,6 bilhão de pessoas adultas (maiores de 15 anos) acima do peso e 400 milhões são obesos. Para 2015, a

estimativa é que a humanidade tenha 2,3 bilhões de pessoas com sobrepeso e 700 milhões de obesos, representando que a população de obesos tende a dobrar a cada década.

O termo mórbido, é utilizado pela primeira vez por Itallie (1980), e refere-se ao “grau de obesidade que compromete a esperança de vida do indivíduo” e é por vezes considerada uma obesidade “rebelde” a qualquer tratamento clínico e sensível ao surgimento de novas doenças, como de transtornos psicológicos graves de saúde e ao bem estar dos indivíduos portadores.

Para Neumark; Sztainer *et. al.* (2003) os anos oitenta representam uma fase determinante para o crescimento da obesidade, com um rápido processo de urbanização, mudança nas estruturas familiares e infraestruturas de comunicação. É também a fase que marca a inserção da mulher – de forma mais acentuada – no mercado de trabalho, fator este que pode estar diretamente relacionado com a transição na alimentação familiar, com a inserção de alimentos mais industrializados e elaborados e como consequência, menos frutas, legumes e verduras e incremento de mais proteínas, gorduras e açúcares servidos nas refeições, tanto dos adultos como das crianças.

**Gráfico 02: Taxa de participação população economicamente ativa – Brasil (1950-2010)**



Fonte:Censos Demográficos. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010).

Conjuntamente a isto, Levine (2005) atribui que o gasto energético no novo modelo de vida tendeu-se a diminuir, ou seja, a sociedade passa a realizar menos esforço físico que em outrora para realizar as atividades rotineiras, passando a adotar um estilo de vida mais sedentário e adaptado as novas condições a disposição no processo de urbanização e crescimento de grandes centros. No Brasil, por exemplo, 80,48% das cirurgias foram realizadas nas regiões mais desenvolvidas e de maior contingente populacional – sudeste e sul.

A balança, desta forma, segundo Lobstein; Baur & Vans (2004) tende a proporcionar um alto consumo energético a um alto número de indivíduos, que continuam progredindo de forma globalizada tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, surgindo aí uma cadeia de sobrepeso e conseqüentemente, mais crianças que se tornam obesas desde muito cedo e tendem a ser adultos também obesos.

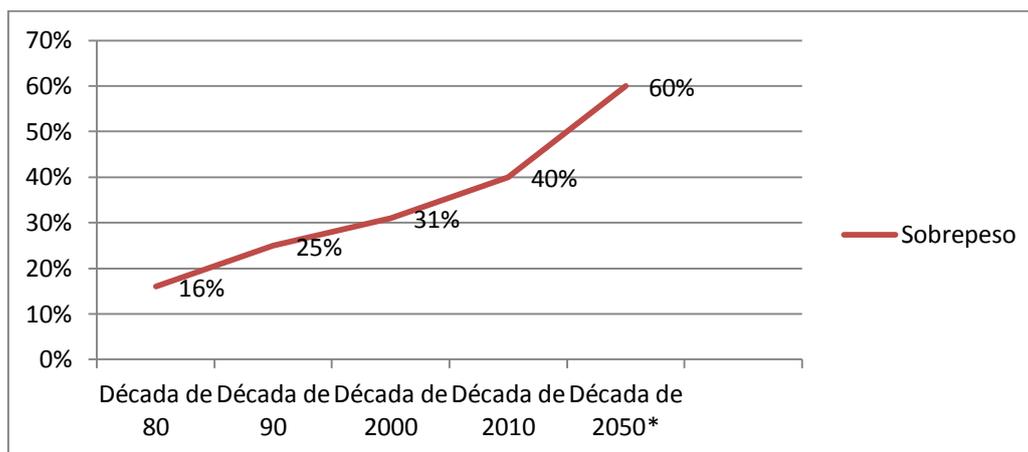
Na contramão deste progressivo aumento de peso e no numero de cidadãos obesos, a sociedade contemporânea adota um culto ao corpo e a beleza física, colocando portanto à margem da sociedade os que não se enquadram no estereótipo “ideal”, ou seja, todos aqueles que estão a cima do peso, gerando uma procura incessante para reversão da obesidade e/ou do sobrepeso, seja por meio de dietas milagrosas, exaustivos exercícios físicos e medicamentos inibidores de apetite, muitas vezes sem o resultado esperado, desencadeando em uma série de problemas psicológicos e de inadaptação social.

Do ponto de vista da saúde pública, Roux & Donaldson (2004) acreditam que esta gama de problemas que envolvem aspectos psicológicos, sociais, econômicos e ergonômicos, implicam em efeitos colaterais de alto custo, pois

a obesidade – por ser multifatorial – esta atrelada ao desenvolvimento de outras comorbidades associadas ao excesso de peso, levando portanto a ser considerada como a epidemia – já convertida em pandemia – do século XXI.

Se faz necessário um grande esforço, portanto, para mobilizar os cidadãos e o poder público para identificar, controlar e amenizar prematuramente o problema do sobrepeso e conseqüentemente dos futuros obesos.

**Gráfico 03: Evolução mundial do sobrepeso segundo a OMS**



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2011).

#### **1.4. Formulação e impacto das políticas públicas**

Neste contexto, de amplo crescimento da obesidade, surge a necessidade do Poder Público realizar políticas públicas visando combater a obesidade em seus cidadãos, o que demanda um complexo ciclo de ações para que sejam efetivas. Segundo Peters (1996) As políticas públicas, são o resultado de ações governamentais que culminam em ações voltadas ao atendimento de demandas dos cidadãos, algo cada vez mais complexo na sociedade contemporânea, sendo os recursos escassos e as demandas crescentes. De uma forma geral, as políticas públicas são todas as ações que o governo decide ou não realizar, no conceito de Dye (1984).

O desenvolvimento de uma política pública, para que ela se concretize, deve envolver 5 fases, segundo Lasswel (1936):

- 1) a identificação de uma questão a ser resolvida ou um conjunto de direitos a serem efetivados, a partir de um diagnóstico do problema;
- 2) a formulação de um plano de ação para o enfrentamento do problema;
- 3) a decisão e escolha das ações prioritárias;
- 4) a implementação (através de leis e procedimentos administrativos); e
- 5) a avaliação dos resultados alcançados.

**Figura 06: O ciclo das políticas públicas**



Fonte: Laswell. *Politics: Who Gets What, When, How* (Adaptado). (1936).

A primeira fase consiste em identificar um problema e analisar as possíveis soluções por meio de pesquisas e análises em torno da problemática e dos atores envolvidos. Uma vez averiguado, passa-se a definição da agenda, pelo qual os esforços são utilizados para dar visibilidade ao problema, buscar as soluções plausíveis entre o público envolvido e os tomadores de decisão.

A segunda fase, por sua vez, consiste em formular as políticas públicas, ou seja, após a aceitação do problema como uma realidade, insere-se na

agenda governamental, sendo necessário portanto delinear as linhas de ação que serão adotadas para solucionar os problemas observados na primeira etapa. É nesta fase também que são definidos qual o objetivo a ser atingido, bem como as metas esperadas.

Isto se dá por meio da elaboração conjunta de políticas públicas com os atores envolvidos no processo, onde ela será implementada e qual será a melhor alternativa para a solução eficaz da maioria dos problemas encontrados.

A terceira fase refere-se ao processo de tomada de decisões envolvendo o que de fato será realizado e de que forma, levando diretamente a quarta fase, denominada implementação. Esta fase é marcada pelo momento em que o planejamento e as escolhas são transformados em ações concretas. É nesta fase também que a política pode sofrer alterações conforme seu desenvolvimento.

A última fase, que culmina no fechamento do ciclo, refere-se a avaliação e visa avaliar a eficácia da política pública e observar se de fato os resultados esperados nas primeiras fases – na detecção do problema – foram sanados como esperados. Caso a análise conclua que não houve sucesso na realização das atividades propostas, os resultados levam a uma nova definição do problema, fazendo com que o ciclo recomece.

Para este estudo em especial, vamos nos ater as duas primeiras etapas: a identificação do problema e a formulação de soluções possíveis para o combate a obesidade mórbida pelos poderes públicos.

Portanto, as políticas públicas, em especial as voltadas para o combate da obesidade, consistem em reduzir uma desigualdade e também um impacto econômico e social, pelo qual se encontra uma determinada segmentação de cidadãos, visando melhorar os indicadores dos que estão inseridos neste grupo em específico.

Segundo Lowi (1972), existem ainda tipologias de políticas públicas. Este estudo, enfatiza prioritariamente as políticas regulatórias, que visão combater o problema – a obesidade – por meio de uma série de políticas específicas que são demandas pelo cidadão em prol de uma diminuição de custos para o Estado no planejamento, a longo prazo, do custo e também da demanda, da saúde preventiva da população obesa.

As estatísticas, convertidas em informações para o problema da obesidade, consistem assim, em um primeiro passo para a identificação do problema: levando-se em consideração o sobrepeso da população, frente a hábitos de consumo cada vez mais associados ao sedentarismo, as ações governamentais devem ser cada vez mais pautadas a uma saúde pública voltada a melhoria nos hábitos de vida e prevenção, sendo portanto, o objetivo final da política pública aqui sugerida.

Isto é justificável em se falando de políticas públicas uma vez que o ciclo é, segundo Laswell (1936), um sistema de conjuntos que estão interligados e visam uma atividade fim: o bem comum de um determinado grupo populacional ao qual se dirige a ação do estado.

Este ciclo para a formação das políticas públicas envolvem uma série de atores que estão no processo, envolvendo portanto: poder público, técnicos, associações, pesquisadores, público-alvo, profissionais e instituições relacionadas, entre outras.

Por outro lado, a de se considerar também os instrumentos que tornam a finalidade da política pública tangível e operacional. O ciclo das políticas públicas, culmina portanto, em uma implementação conjunta de atividades, que direta ou indiretamente determinarão o sucesso e a avaliação posterior dos resultados obtidos.

## **1.5. Resultados da Cirurgia Bariátrica na vida do cidadão**

Até pouco tempo a “cura” para a obesidade limitava-se ao uso de medicamentos com resultados efetivos no curto prazo. Surge aí um primeiro paradoxo: como curar uma doença de longo prazo com uma ferramenta de curto prazo? Tratando-se, portanto de uma falha no perfil da doença com perfil do tratamento. A cirurgia por sua vez, consegue ser um instrumento eficiente em um intervalo maior de tempo, alinhando um tratamento e uma doença de longo prazo.

A obesidade é um conglomerado de fatores que, se fosse isolado, seria fácil trata-la. Lean (2010) acredita que é mais fácil curar um câncer que tratar com êxito um paciente obeso, uma vez que o câncer é pontual enquanto a obesidade é multifatorial sendo difícil dar uma solução desde um único planejamento terapêutico. Neste aspecto, por ser tão amplo, a cirurgia bariátrica é uma pequena peça num grande quebra-cabeças.

Neste sentido, quanto mais fatores o paciente conseguir controlar, mais fácil será o sucesso para combater a doença.

Ainda de acordo com Lean (2010), o grupo de obesos esta erroneamente atribuído aos que fizeram cirurgia e por sua vez deixaram de ser obesos. Isto é uma inverdade, pois o tratamento consistem em realizar a cirurgia e utiliza-la como instrumento, onde de forma pessoal é “o que o paciente operado para se manter magro e saudável por longo tempo, ou para o resto da vida”. Dá-se aí a importância do conhecimento sobre a doença e da importância deste tratamento para que seja duradouro e tratado como instrumento e não finalidade.

De acordo com Giansante (2015) “É errônea a ideia, ou no mínimo ultrapassada, de que o obeso é aquele que come errado e que para tratar a obesidade os passos consistem em: ser motivado, redirecionando a reeducação alimentar e um programa de atividades físicas frequentes”. Este pensamento tem levado a resultados que não surgem e temos mais de um

bilhão de adultos com sobrepeso. A falta destes resultados positivos é a prova de que precisamos reavaliar os métodos e reformular o discurso.

Todo obeso, ainda segundo Giansante (2015), oscila entre períodos de ansiedade, depressão e compulsão alimentar, as vezes não os três em conjunto. A compulsão tem a mesma base psicopatológica que o usuário de drogas ilícitas: todo usuário esta por sua vez “cansado de saber dos malefícios que elas trazem para sua saúde”. O uso contínuo da droga é uma resposta do cérebro que insistentemente, 24 horas por dia, solicita seu uso. A compulsão possui o mesmo padrão de comportamento e a mesma dificuldade de controle.

A conscientização sobre o risco de saúde e não da beleza é fundamental para que as políticas públicas de combate a obesidade evoluam e sejam eficazes e portanto, o melhor tratamento é a prevenção, mas que se provam por vezes, ineficazes e se faz necessária a intervenção cirurgia definitiva.

Segundo Garrow (2009) “A maioria dos obesos que começam um tratamento dietético o abandonam, a maioria dos que continuam não perdem peso e a maioria dos que perdem voltam à ganha-lo”.

Estima-se que 95% dos obesos submetidos a tratamentos clínicos tem insucesso e voltam a ganhar peso e é fortemente difundido que só o tratamento cirúrgico é capaz de solucionar a obesidade, uma vez que a medicina não pode ainda oferecer um tratamento curativo para esta doença.

As medidas terapêuticas visam perder peso e mantê-lo mas a cura da obesidade é paliativa e constante: requer um esforço e atenção por toda a vida. É neste quesito que surge a grande dificuldade para o paciente obeso: o tempo necessário para o tratamento – busca-se resultados rápidos para um problema longo.

Ainda segundo Garrow, as dietas em si, não é uma prevenção inicial da obesidade, ou seja, é válida antes de chegar a obesidade mórbida e extrema. Somente a cirurgia bariátrica tem se demonstrado eficaz no tratamento e no controle de peso do paciente obeso.

Tratamentos farmacêuticos como a sibutramina (inibidor de apetite) demonstram-se efetivos para perdas de peso em torno de 10 quilos, entretanto o êxito deste tratamento é extensível e eficaz num período de 4 anos. Essa perda de peso, porém, para um obeso mórbido neste intervalo de tempo é insuficiente.

A Corte Sueca (SOS) (2010) acredita que a “mortalidade dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico é 9 vezes menor dos que os tratados com medicamentos”, sendo a cirurgia bariátrica o único método efetivo de tratamento no longo prazo, variando de 40 a 75% de sobrepeso perdido 5 anos após a realização do procedimento.

A cirurgia visa reduzir as comorbidades e melhorar a qualidade de vida. No caso da diabetes, mesmo sem uma grande perda de peso, observou-se que dos 27% dos portadores desta doença e submetidos a cirurgia e 27,3% dos intolerantes a glicose, 10 anos após a cirurgia 85 e 95% dos casos normalizaram seu organismo, considerados portanto, curado.

Comumente, o paciente obeso goza de todas as informações possíveis sobre os malefícios de comer – de forma exagerada - seja pela família, nutricionistas, amigos e médicos, mas ao ser atraído pelo apelo do cérebro, ultrapassa esses limites. Ao fazê-lo, inventa desculpas para si mesmo, arrependendo-se sente envergonhado, desolado, deprimido e, quando menos espera, ocorre novamente um bombardeio. Podemos inferir portanto que o processo de indicação de uma cirurgia bariátrica não começa pelo peso, mas pela conscientização de estar doente – estar obeso.

Ainda e acordo com uma pesquisa realizada pelo SOS, foram estudados dois grupos: um submetido ao tratamento clínico e outro ao tratamento cirúrgico. De acordo com os resultados, a perda de peso ocorreu nos dois primeiros grupos, nos dois primeiros anos, com maior perda para o grupo submetido a cirurgia bariátrica.

Nos dois anos seguintes, observou-se porém um aumento de peso em ambos os grupos, entretanto menor no grupo submetido a cirurgia que por sua vez, demonstrou maior tendência a estabilidade de peso.

“A cirurgia bariátrica é mais eficaz que o tratamento clínico em reduzir e manter o peso corporal em obesos mórbidos e pode reduzir consideravelmente algumas comorbidades associadas a ela” (Giansante, 2015). Estima-se que é possível manter uma perda de 50 a 60% da perda do excesso de peso 10 a 14 anos após o procedimento cirúrgico, atrelado também a atenção psicossocial ao obeso, para não desenvolver novos distúrbios sociais.

De acordo com um do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (2005), recomenda-se considerar a cirurgia aos indivíduos que estejam motivados a uma qualidade de vida mais saudável e adoção de hábitos de alimentação diferentes, quando tratamentos anteriores fracassaram.

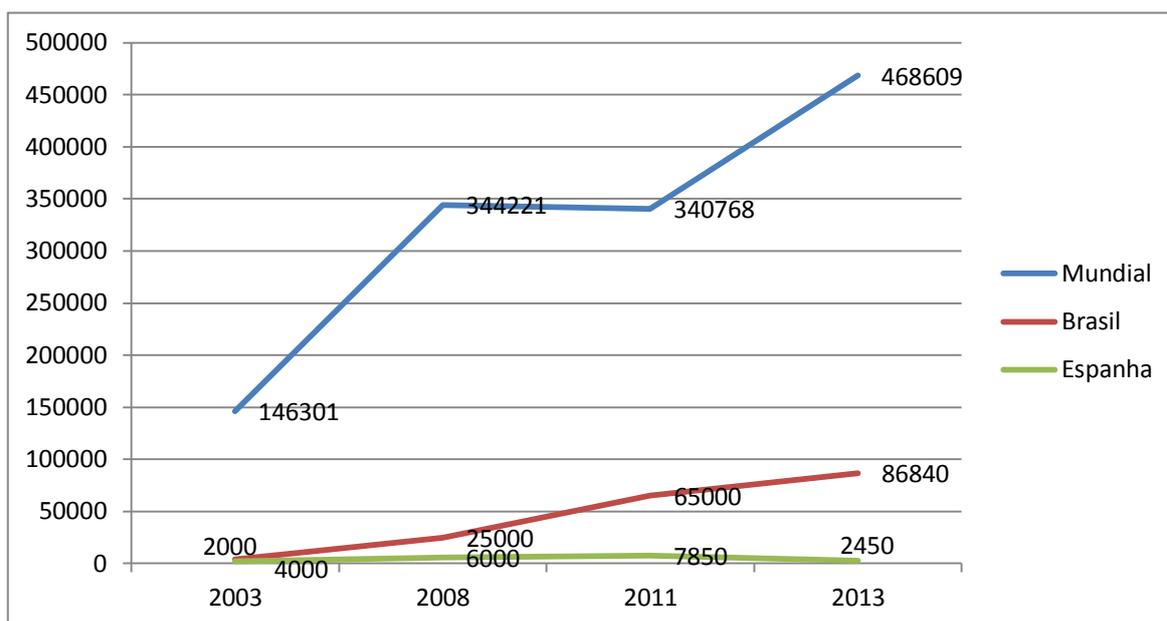
No Brasil, o aumento expressivo de cirurgias no setor privados podem ser refletidos em: limitação do acesso no procedimento pelo SUS, diferentes protocolos de indicação de cirurgia em atender somente a casos extremos e como última alternativa. Neste sentido, o país vive um paradigma: em 2010 foram realizadas pouco mais de 64 mil cirurgias – um aumento de 275% em relação a 2003 – o que fez com que as filas no sistema público tenham aumentado, e o tempo de médio de espera é de oito anos, decorrente de um aumento entre 2001 e 2010 de 800%, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.

O país é também o 2º país com maior número de cirurgias realizadas, atrás apenas dos Estados Unidos – que também é o país com maior número de obesos no mundo – possuindo 34,9% da população obesa, ou 99 milhões de habitantes. Aquele país, em 2010, realizou 300 mil cirurgias bariátricas. Estima-se que 20% da população da União Européia seja obesa (IMC entre 35 e 40%), sendo 4% da população espanhola. O estudo DORICA, indica ainda

que entre 2002 e 2003, ou seja, em apenas um ano foram realizadas 2000 intervenções bariátricas na Espanha.

O procedimento cirúrgico atinge o resultado esperado que, apesar de complexo e altamente interligado com outros fatores (como físicos, psicológicos e sociais) representa uma melhoria significativa por uma vida mais saudável.

**Gráfico 04: Evolução das cirurgias bariátricas**



Fonte: *Metabolic Bariatric Surgery Worldwide* (2013)

Esta motivação, tem levado algumas comunidades autônomas (na Espanha) e também os convênios privados e SUS (no Brasil) a adotar O Termo Consentido Informado (Anexo 01). Trata-se de um documento formal pelo qual o paciente e o corpo clínico firmam uma “parceria” pelo qual, responsabiliza e adverte sobre a necessidade de responsabilização frente ao procedimento pelo candidato a cirurgia que isoladamente não impede o ganho de peso futuro, sendo necessário acompanhamentos periódicos e disciplina na luta contra a obesidade por parte do paciente.

O papel do Estado em ajudar o cidadão pela intervenção cirúrgica, atrelado a delegação de responsabilidades ao paciente obeso por meio do consentimento informado, permite uma responsabilização de ambos. Vale considerar, neste sentido que a cirurgia bariátrica não é uma técnica infalível apesar da sua crescente procura e aprovação. A educação alimentar tanto antes como depois do procedimento é parte essencial do tratamento, pois sem ela, os pacientes podem vir a querer um resultado sem esforço pessoal.

Segundo resultados da pesquisa de Apolinario (1998) os obesos mórbidos candidatos ao procedimento cirúrgico viviam em constantes desconfortos e desafios sociais, pois o convívio com a obesidade limitavam o processo de “viver saudável”, profundizado pelas comorbidades existentes que geravam afastamentos laborais, ônus econômico, restrições a atividades físicas e de lazer e também forte desgaste emocional mediante ao preconceito em relação a aparência corporal (Brander, 2000).

Observou-se também uma “limitação” sexual, restringindo os relacionamentos tanto afetivos quanto físicos, que culminavam na baixa auto-estima e no auto-preconceito, levando a uma maior inatividade física e aumento exponencial de dietas hipercalóricas – fator determinante da obesidade – e conseqüente preocupação nas políticas públicas de saúde.

Relatou-se na pesquisa que o prazer de comer nos indivíduos atrelada a uma dieta inadequada, buscava suprimir com a ingestão de alimentos o prazer “renegado”, tornando-se um vício.

Os sofrimento psicológicos ajudam a compreender essa situação, pois ao se deparar com problemas de ordem psicossocial, a rejeição ao obeso acaba por submete-lo ao agravamento da doença. Estigmas sociais correlatos também colaboram para este quadro, onde o corpo “gordo” é todo como feio e inaceitável. Estes fatores, conduzem a autodepreciação e a baixa auto estima, relacionando-se com a ênfase midiática, marginalizando o obeso quanto a sua inadequação aos padrões estabelecidos pelo meio e conseqüentemente pela sociedade contemporânea, atrelando ao obeso a imagem de “não saudável”.

A pesquisa indica ainda que acima das restrições físicas para a realização de atividades físicas, observou-se a depreciação social sofrida pelos obesos, que relatam preconceito pelos frequentadores deste espaço.

Todos os fatores elencados, demonstram que o obeso vê na realização da cirurgia bariátrica uma esperança de reinserção social e de uma vida mais ativa e social, atrelando a ela uma necessidade de adequar-se a hábitos mais saudáveis de vida. Na avaliação do grupo, apesar dos riscos submetidos e dificuldades encontradas, promover as condições não conquistadas por outros métodos, propiciou melhores condições em atingir aspectos físicos, emocionais e sociais.

A prática da cirurgia deve ser realizada, porém, mediante a uma condição segura, que deve ser regulada pelo Estado ou pelos órgãos competentes, como as sociedades de cirurgiões especializados na prática de cirurgias bariátricas.

#### **EXPECTATIVA DE MELHORIAS DO PACIENTE OBESO EM RELAÇÃO A CIRURGIA**

		<b>%. SATISFAÇÃO</b>
RELAÇÕES SOCIAIS	67%	34%
RELAÇÕES SEXUAIS	78%	50%
RELAÇÃO A DOIS	77%	47%
ACEITAÇÃO NO M. DE TRABALHO	85%	50%

Equivoca-se o paciente que atribui a perda de peso pela via cirúrgica a uma beleza corporal ou aceitação social como único atributo do procedimento, pois o principal atributo da cirurgia é reduzir a morbidade e aumentar a qualidade de vida do paciente obeso. Ao não conseguir superar estas duas barreiras que atribui a obesidade, se vê por vezes frustrado.

Por um lado é positivo a existência de poucas técnicas de intervenção cirúrgica, pois cada vez mais especializada fica a técnica e os cirurgiões e é cada vez mais possível enquadrar o paciente a melhor forma disponível para o tratamento personalizado a suas comorbidades e necessidades.

É necessário que os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica aprendam a desenvolver e estabelecer um novo padrão alimentar e conseqüentemente um novo estilo de vida, diferentemente do vivido até então. Isto é de vital importância, pois de acordo com Balginger; Murr; Poggio & col. (2000), depois do ápice da perda de peso – 18 meses após a intervenção – a tendência é que 30% dos operados recuperem parte do peso perdido.

Isto ocorre devido ao fato de os operados comerem mais vezes ao dia mas em menor quantidade, alimentos com grande valor energético, sem adoção de práticas saudáveis, como exercícios físicos. O objetivo da cirurgia é ser uma ferramenta capaz de propor uma sensação de saciedade ao paciente e assim reduzir o consumo energético, possibilitando uma dieta menos calórica. Ao adotar uma dieta calórica, espaçada em várias refeições, o paciente encontra uma forma de burlar o cérebro e a própria cirurgia derivado pela própria doença – a obesidade – aumentando a quantidade de calorias consumidas.

Para Oria (1998) e Wolf; Falcone; Kortner *et al* (2000), os resultados da cirurgia bariátrica devem ser considerados efetivos pela soma de alguns fatores, tais quais: evolução do peso; evolução das comorbidades; complicações cirúrgicas; qualidade de vida e; hábitos alimentares.

Estes fatores devem ser sistematicamente analisados- segundo os mesmo autores - e já o são por um sistema denominado *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS) (anexo 2), que visa acompanhar a evolução do paciente obeso frente a cirurgia e os resultados esperados com o passar dos anos.

Podemos assim concluir em um primeiro momento que a cirurgia da obesidade é capaz de melhorar a maior parte das comorbidades que apresentam as previsões submetidas a ela. E é ainda considerada pela bibliografia, o único método capaz de reverter significativamente a obesidade.

## **Capítulo 2**

### **Sistemas Públicos de Saúde**

#### **2.1. Sistema de saúde pública brasileiro**

O sistema público de saúde no Brasil é denominado Sistema Único de Saúde - SUS, e possui suas bases de funcionamento na Constituição Brasileira de 1988, pelo qual define-se a saúde pública como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Possui um caráter universal, ou seja, todos os cidadãos brasileiros tem acesso ao sistema de forma universal e gratuita – o que representa 70% da população que depende exclusivamente do sistema público - sendo obrigatório o atendimento e proibido cobrança de qualquer ordem financeira ao cidadão.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, o Brasil empenha 8,4% de seu Produto Interno Bruto – PIB, em gastos diretos com saúde.

Dependem direta e exclusivamente do SUS 140 milhões de usuários, enquanto outros 48 milhões contam com saúde suplementar (planos privados ou coletivos de saúde), valendo ressaltar que muitos usuários usufruem concomitantemente ambos, uma vez que os gastos do sistema privado, diferentemente do SUS, possuem limites.

A Constituição Brasileira (BRASIL,1988), reserva os artigos 196 à 198 o sistema público de saúde, bem como seus princípios: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social.

Como já citado no início deste capítulo, a universalidade é garantida partindo-se do princípio de que a saúde é um direito fundamental do cidadão e cabe desta forma ao Estado, assegurar a garantia de atendimento e atenção aos que necessitem de atendimento.

A integralidade, faz referencia ao artigo 198 da constituição e prevê um atendimento integral, ou seja, que ao mesmo tempo valorize as políticas de

ação preventivas, de também suporte ao serviços emergenciais e assistenciais ao cidadão que dele necessitar, cabendo ao Estado dessa maneira, ordenar e coordenar uma série de ações que garantam desde o atendimento preventivo ao mais complexo grau de enfermidade com garantias de suporte satisfatório ao usuário em todos estes âmbitos.

A equidade, refere-se ao fato de que todos os cidadãos devem ser atendidos de forma igualitária e sem distinção.

Já a descentralização, permite compreender a organização do sistema público de saúde, pelo qual devem ser “uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um único sistema” (BRASIL, 1988). Assim sendo uma característica também de fiscalização e organização, pelo qual todos os entes possuem uma responsabilidade.

São considerados parte do sistema todos os centros e postos de saúde, hospitais universitários, bancos de sangue, hemocentros e também os institutos de pesquisa relacionados com a saúde.

O SUS é financiado pelos entes federativos e preza pela descentralização dos serviços prestados, responsabilizando de forma hierárquica e vertical. Possui um orçamento vinculado e estabelecido por lei, pelo qual os municípios comprometem obrigatoriamente 15% da arrecadação de determinados impostos exclusivamente em gastos vinculados com a saúde, como definidos pela emenda constitucional 29 de 2000. Trata-se desta forma de um sistema financiado coletivamente por meio dos impostos e que são arrecadados tanto pelos governos federal, estadual e também municipal.

A sua constituição prevê um sistema descentralizado, buscando atender as exigências regionais e democratizando progressivamente o acesso universal a saúde coletiva mediante a desigualdade populacional, ou seja, busca promover a equidade no atendimento das necessidades de saúde da população.

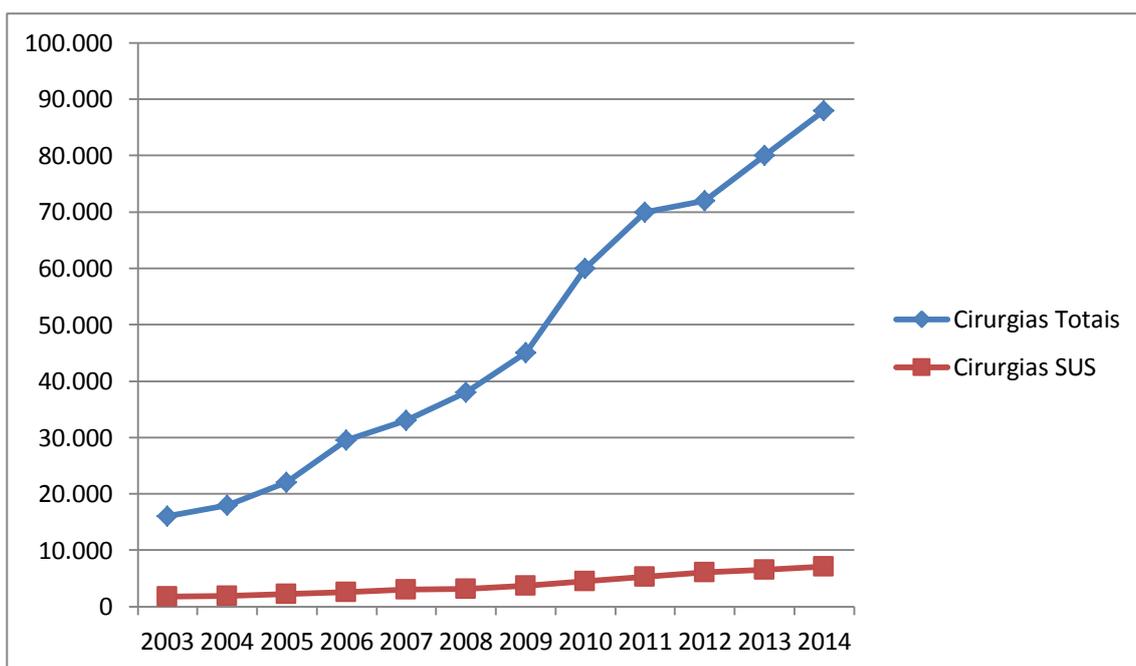
Pelo sistema, é possível ao usuário realizar consultas, exames, internações e também tratamentos de pequena ou grande complexidade se assim necessitar.

A cirurgia bariátrica foi incluída inicialmente na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS pela portaria GM/MS nº 252 de 30 de março de 1999 e posteriormente regulamentada pelo SUS a partir da ascensão e propagação da técnica tendo como base as portarias nº 196 e nº628 de 26 de abril de 2001, definindo os critérios clínicos a serem adotados para realização da cirurgia no âmbito do SUS.

A obesidade, representada pelo grupo de doenças diretamente relacionadas, faz com que o SUS gaste uma média de 488 milhões de reais/ano em despesas associadas – 116 milhões somente no tratamento da obesidade mórbida.

O SUS obteve um aumento de 45% no número de cirurgias entre 2010 e 2013 – de 4.489 para 6.493, sendo que o tempo de espera pode chegar a até oito anos, tal é o aumento da demanda. O total de cirurgias bariátricas realizadas no país, entretanto, foi de 70 mil segundo dados da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, isto representa uma alta demanda de cirurgias realizadas pelo setor privado de saúde, sendo assim, restritivo a pessoas com um poder aquisitivo para “adquirir” a realização do procedimento, o que justifica a vasta fila de 7 milhões de obesos que aguardam a indicação de cirurgia e recorrem à saúde privada, que é responsável por mais de 90% das cirurgias realizadas no Brasil.

**Gráfico 05: Evolução das cirurgias bariátricas no Brasil**



Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2015)

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, o SUS por meio da portaria 492/2007 realiza três modalidades de cirurgia bariátrica, variando em valores entre U\$ 1.100 e U\$ 2000. Além do valor cirúrgico, a portaria – anexo - ainda define um tratamento multidisciplinar aos cidadãos contemplados, o que inclui o tratamento gratuito envolvendo psicólogos, nutricionistas e, se necessário, cirurgias plásticas reparadoras.

A portaria 492/2007 define ainda as regras para a realização do procedimento cirúrgico que possuem caráter universal, ou seja, são válidas tanto para os usuários do sistema público quanto privado.

São considerados obesos aptos ao tratamento cirúrgico na rede pública de saúde no Brasil (SUS), de acordo com a Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007 os portadores de IMC igual ou superior a 40, que não obtiveram sucesso em outras formas de tratamento por dois anos seguidos, ou ainda por portadores de IMC igual ou superior a 35 que já possuam alguma comorbidade (doença atrelada e/ou agravada pela obesidade).

## **2.2. Sistema de saúde público espanhol**

O sistema público de saúde espanhol é denominado Sistema Nacional de Salud, e também possui suas bases na Constituição Espanhola de 1978, pela qual reconhece a saúde um direito do cidadão cuja competência de organização cabe aos poderes públicos “a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios” (ESPAÑA, 1978). Possui um caráter universal, pelo qual todo cidadão tem acesso também garantido pelo texto constitucional.

Define-se ainda uma ampla descentralização, outorgando grande responsabilidade para as Comunidades Autônomas para que sejam atendidas concomitantemente características em níveis gerais e também locais tornando-os coordenados por um sistema único, o Sistema Nacional de Salud.

No total, a Espanha possui dezessete serviços de saúde das comunidades autônomas, que após Constituição de 1978 foram paulatinamente obtendo maior autonomia perante o governo central, sendo a primeira a obtê-la a comunidade da Cataluña em 1978 e a última Castilla y León, em 2001.

Todas as comunidades autônomas tomam para si, portanto, a responsabilidade de funções e serviços do planejamento da saúde, incluindo-se a transferência de pessoa e também de orçamento para gerir a saúde pública em seu território.

Desta forma, cabe ao Sistema Nacional de Saúde o papel de articulação e coordenação geral de todas as comunidades autônomas, legislando por exemplo, nas questões inerentes a legislação de produtos farmacêuticos e também de assuntos internacionais. A gestão é realizada pelo Ministro da Saúde em conjunto com os Conselheiros de Saúde das Comunidades Autônomas, que delegam por via consensual em reuniões que ocorrem ao menos quatro vezes ao ano, com uma equipe de representantes advindos do

Ministério, das Comunidades, de um Comitê Consultivo, da Administração local, de entidades empresariais e também de organizações sindicais.

O acesso aos serviços públicos de saúde em território espanhol abrange todos os portadores da Carteira de Saúde, que reconhece o cidadão como usuário do sistema. É válido inserir neste ponto também o papel da seguridade social no contexto da saúde pública espanhola, que agrega direitos aos cidadãos. O Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junho – Lei Geral da Seguridade Social – inclui aos cidadãos espanhóis o acesso ao sistema público de assistência social e delimita o atendimento em casos específicos, tais quais imigrantes não-residentes e determinados tratamentos em casos de cidadãos da União Européia.

Atualmente o SNS espanhol consta de 2702 Centros de saúde, com 779 hospitais e 422.171 servidores públicos, sendo 194.668 médicos.

O gasto nacional com saúde, segundo dados consolidados de 2014 foi de U\$ 70 milhões de dólares, o que equivale a 9,3% do Produto Interno Bruto espanhol.

No que diz respeito ao tratamento da obesidade pelo SNS as diretrizes e bases para o tratamento da obesidade na Espanha, estão expostas na *Declaración de Salamanca* (2004), pelo qual elenca uma série de pressupostos e indicativos para a eleição do paciente apto a realização da cirurgia bariátrica pelos membros da *Sociedad Española de Cirugía de La Obesidad* (SECO). Neste documento, são delegados aos centros de saúde das comunidades autônomas o papel de definir como eleger seus pacientes prioritários, valendo-se da capacidade de recursos para tratar seus pacientes obesos. Um outro fator de interesse é a criação de um banco de dados a fim de melhorar continuamente os resultados esperados pelos procedimentos cirúrgicos.

São definidos por fim, uma série de requisitos mínimos para o funcionamento pleno de centros especializados em cirurgias bariátricas, à saber:

- 1) Equipe multidisciplinar e uma unidade de cuidados intensivos;
- 2) Circuito perioperatório (período de tempo que vai desde que o cirurgião decide indicar a operação e comunica ao paciente até que este último retorne, depois da alta hospitalar, às atividades normais) definido por escrito;
- 3) Equipamentos adequados e adaptados ao atendimento do paciente obeso mórbido;
- 4) Produção acadêmica e capacidade docente;
- 5) Resultados adequados em quanto a segurança e efetividade, ou em outras palavras, eleição das técnicas ideias e personalizadas a cada paciente.

Segundo a SEEDO, são realizadas cinco mil cirurgias bariátricas por ano na Espanha, contudo, cada comunidade autônoma tem a prerrogativa de regulamentar a cirurgia bariátrica em seu território, sendo portanto, de distintas formas e procedimentos em cada lugar. Para este estudo, utilizaremos os métodos adotados pelo *Servicio Galego de Saúde* (SERGAS), responsável pela gestão da saúde no contexto da Comunidade Autónoma da Galícia, uma vez que o sistema público espanhol, como já exposto no capítulo 2, possui uma autonomia baseada nas comunidades autônomas, sendo portanto de difícil acesso aos dados e aos sistemas de e exposição dos datos de todos neste estudo.

**Imagem 02: População obesa por comunidade autónoma – Espanha.**

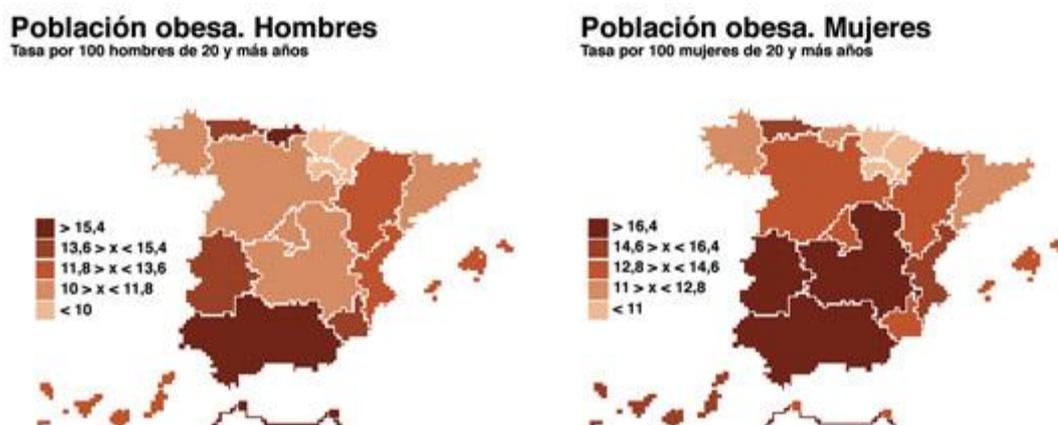


Imagem: *Instituto Nacional de Estadística* (2010).

Entretanto, para relatar o caso específico desta localidade, apresentamos a situação geral da obesidade na Espanha em 2007 segundo dados da pesquisa DORICA (gráfico acima), pelo qual observamos uma média de sobrepeso geral de 37,4% e obesidade em 16,4% dos Espanhóis, número muito similar ao observado na Galícia, como 38,1% e 17,9% respectivamente.

**Tabela 03: Evolução da obesidade na Espanha**

	Bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
2003	2,32*	48,46	35,91	13,32
2006	1,82	45,50	37,43	15,25
2009**	2,07	44,28	37,65	16,00
2011-12	2,17	44,16	36,65	17,03

Fonte: *Sistema Nacional de Sanidade* (2014).

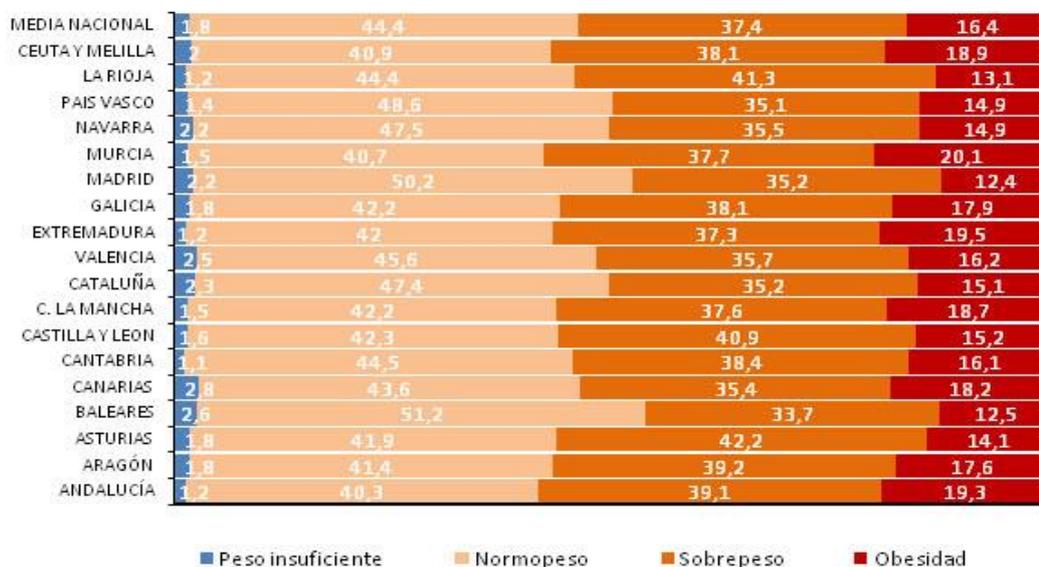
Uma primeira observação, refere-se ao fato de os números regionais serem bastante similares frente ao Brasil – com maior destaque para o sudeste e sul com maior prevalência de cidadãos obesos.

O SERGAS, segundo o *Informe de avaliación de tecnoloxías sanitarias* (2001), por sua vez, utiliza duas ferramentas para controle e acompanhamento da obesidade. O primeiro, refere-se ao consentimento informado ao paciente para a realização da cirurgia bariátrica, mediante a um cumprimento de fatores pré-requisitados, à saber:

- a) Sobrepeso de 45 kg sobre o peso ideal, ou um IMC superior a 40.
- b) Idade de 18 a 45 anos, podendo ser mais amplos se enquadrados em riscos de mortalidade.
- c) Obesidade resistente a tratamentos clínicos nos últimos (mínimo) de 5 anos.
- d) Cumprir com as condições estipuladas pelos protocolos pré-operatórios desde o ponto de vista cardiológico, respiratório, psiquiátricos e todos os demais solicitados.

O segundo aspecto adotado pelo SERGAS, refere-se a uma autorização de realização de procedimentos, que obedece a Constituição Espanhola, em seu artigo 10, pelo qual determina que o paciente: *“A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario”.*(*Ley General de Sanidade. España. 1986.*)

**Gráfico 06: Distribuição do peso por IMC e comunidades autônomas na Espanha**



Fonte: Estudo DORICA (2007)

A Galícia, também busca estruturar a realização de cirurgias bariátricas através de centros hospitalares especializados, possuindo para tal 5 centros, distribuídos em:

- 1) *Complexo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza*, em Coruña;
- 2) *Policlínico Vigo S.A.*, em Vigo;
- 3) *Hospital do Meixoeiro*, em Vigo;
- 4) *Complexo Hospitalario de Pontevedra*, em Pontevedra;
- 5) *Hospital Xeral Básico de Conxo*, em Santiago de Compostela.

Outro fator relevante, refere-se a adoção do Sistema BAROS como avaliador de eficácia a longo prazo em todos os pacientes que realizaram o procedimento em um dos centros especializados.

Observa-se que a Espanha, possui um sistema mais “livre” de atuação para as comunidades autônomas, cabendo a elas o poder de regulamentar – mediante a portarias específicas e gerais – adequando-se a sua realidade, o que é um fator positivo.

## Capítulo 3

### Políticas Públicas de combate à obesidade na contemporaneidade

Como podemos observar, a obesidade é um processo dinâmico e contínuo, ou seja, por se tratar de uma doença crônica e em constante crescimento, se faz necessário a criação de políticas públicas para combater o problema em seu início ou, como sugerido neste estudo, no final, por meio da realização da cirurgia bariátrica.

Entretanto, passaremos a elencar a seguir as políticas públicas adotadas pelos países que são o cerne deste estudo – Brasil e Espanha – no combate ao sobrepeso e a obesidade em seu início, em especial as políticas de combate a obesidade infantil, na forma de controle e prevenção.

Nesta altura, já é possível inferir que o combate a obesidade se faz com uma série de ações coordenadas que a longo prazo, evitem a obesidade extrema na população mundial.

Em 2011 no México, é proposto pela Consulta Regional de Alto Nível das Áreas contra Enfermidades Crônicas não-Transmissíveis (ECNT) a criação de políticas públicas afim de combater a obesidade, erradicando-a. Em contrapartida, foi protocolado também a Carta Européia de luta contra a obesidade. Ambas propõem uma liderança da área da saúde no combate a obesidade, mas englobam um caráter intersetorial, envolvendo: educação, cultura, comércio e mídia.

Baseadas no ritmo de ganho de peso atual, estima-se que até 2050, portanto até a metade do século XXI, seremos 60% de obesos na população geral, sem considerar a taxa de sobrepeso. Estima-se ainda que de 55 a 70% das crianças obesas, tendem a ser adultos obesos no futuro, atrelado a comportamentos do fim do século passado e persistentes neste início de século como vídeo-games, televisão, sedentarismo e adoção de hábitos alimentares mais rápidos com elevado teor calórico (fast-foods, refrigerantes, salgadinhos, frituras).

De uma forma macro específica, as recomendações genéricas sugeridas por Speiser *et. al.* (2005), as recomendações nutricionais devem obedecer a

princípios básicos de metodologia nas refeições, baseando-se no cotidiano das famílias, como por exemplo:

- 1) Comer em lugares fixos, com dedicação exclusiva a alimentação.
- 2) Não pular refeições, em especial o café da manhã.
- 3) Não assistir a televisão enquanto se alimenta.
- 4) Utilizar pratos pequenos para servir as porções.
- 5) Evitar beber junto com as refeições.
- 6) Restringir a duas ou três horas o tempo em tecnologias (TV, Video-Games, etc).
- 7) Restringir o consumo do açúcar e aumentar o número de frutas.

O autor ainda elenca outras regras que devem ser adotadas pelos colégios, pelos quais as crianças e adolescentes passam parte considerável do dia e por sua vez também realizam a alimentação:

- 1) Revisar as máquinas automáticas de comida e seus conteúdos.
- 2) Evitar contratos com empresas responsáveis pelas cantinas que sirvam alimentos que contenham açúcar, balas, refrigerantes, entre outros.
- 3) Instalar bebedouros em diferentes lugares e incentivar o seu uso.
- 4) Introduzir conhecimentos sobre alimentação saudável no currículo pedagógico.
- 5) Controle permanente da qualidade nutricional dos refeitórios escolares.
- 6) Realização diária de práticas esportivas em grupo, que incentivem a atividade física.
- 7) Educar as crianças desde cedo sobre a importância da alimentação saudável.
- 8) Incentivar o transporte por meio de bicicletas.

O autor ainda atribui, a atenção que a comunidade deve possuir para prevenir a obesidade, à saber:

- 1) Incrementar os espaços de lazer das crianças, dos jovens, adultos e idosos.
- 2) Desaconselhar o uso de elevadores ou escadas rolantes.
- 3) Proporcionar informação de como aprender a comprar alimentos mais saudáveis, ensinando a observar os valores nutricionais.

Por fim, ainda define diretrizes para que o poder público atue, adotando práticas que visem combater a obesidade nos cidadãos:

- 1) Reconhecer a obesidade como uma enfermidade crônica de primeira magnitude.
- 2) Encontrar formulas para ajudar a estabelecer programas saúdaveis: elevar impostos a alimentos que fomentem a obesidade y subsídios aos mais saúdaveis.
- 3) Promover o consumo de frutas e hortaliças frescas.
- 4) Controlar a publicidade falaciosa ou mentirosa.
- 5) Proporcionar incentivos aos colégios que fomentem a educação nutricional, controlem os seus refeitórios e a incentivem a atividade física.
- 6) Subvenção de custos para tratamentos e programas de perda de peso para aqueles pacientes com maior aderência e comprometimento para emagrecer.
- 7) Controle da publicidade de comida rápida dirigida as crianças, em especial na fase pré-escolar.

### **3.1. Políticas Públicas de combate a obesidade na Espanha**

#### **Estratégia NAOS**

De acordo com a a *Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición* (2005), com crescente número de obesos na Espanha, se faz necessário a criação de políticas governamentais que envolvam os cidadãos em torno deste tema, conscientizando sobre os perigos que o sobrepeso e a obesidade representam para a saúde. É considerado desde 2006 uma importante ferramenta para contornar, desde a infância o ganho de peso, evitando portanto a obesidade infantil e o autocontrole na fase adulta.

A *Estratégia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad* tem o objetivo de sensibilizar a população do problema que a obesidade representa para a saúde, bem como impulsionar todas as iniciativas

que contribuam a lograr que os cidadãos e especialmente crianças e jovens adotem hábitos de vida saudáveis através de uma alimentação mais equilibrada e a prática regular de atividades físicas.

A Estratégia NAOS pretende ainda reunir as ações e os atores responsáveis: sociedade, administrações públicas, estudiosos, empresas do setor privado, consumidores e toda a população. Desde modo, os âmbitos e os campos de atuação e influencia da estratégia são múltiplas: a família, o entorno escolar, o mundo empresários e o sistema sanitário.

Neste sentido, uma das grandes preocupações na formulação das políticas públicas de combate a obesidade na Espanha é reduzir o número de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, buscando evitar o agravo de adultos obesos (*Agencia Nacional de Seguridad Alimentaria*, 2005).

Focando-se especificamente neste grupo de cidadãos, é criado o código PAOS, pelo qual passamos a definir.

### **Código PAOS**

O Código de *Autoregulación da Publicidad de Alimentos Dirigidos a Menores* (Ministerio de Sanidade, 2015) trata-se de um conjunto de normas diretamente ligados a Estratégia NAOS, cujo objetivo central é a prevenção da obesidade infantil e o cuidado da saúde por meio da regulamentação da informação destinada a crianças menores de doze anos.

### **Documento Europeu de Consenso sobre a Alimentação em Custos Educativos**

Trata-se de um documento baseado em recomendações procedentes de diversas organizações internacionais liderados pela OMS, pelo qual acredita-se que a saúde e o bem estar presentes e futuros da população em idade escolar estão profundamente condicionados pelo tipo de alimentação recebida e a manutenção de um peso saudável.

Este documento aprovado pelo Parlamento Europeu em 2010, constitui-se de uma ferramenta de consulta para os gestores dos serviços de refeitórios escolares, informando sobre os requisitos que devem possuir os menus para cobrir os requisitos nutricionais dos estudantes – por faixa etária – e contribuir para a realização de uma dieta equilibrada.

A elaboração do documento tem buscado atingir duas propostas: promover o consumo de alimentos considerados saudáveis pela sua riqueza nutricional e tratar de evitar o excesso de outros nutrientes, evitando assim extrapolar a ingestão diária recomendada.

Algumas recomendações do texto incluem:

- *El establecimiento de criterios comunes para los menús servidos en los centros escolares en todo el territorio nacional, en los aspectos siguientes: contenido energético en función de la edad de los escolares, la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos y el tamaño de las raciones.*
- *Las garantías que deben asegurar los centros escolares en relación a la oferta de menús para escolares con necesidades especiales por intolerancias o alergias alimentarias.*
- *El compromiso de enviar a las familias la programación mensual de los menús de forma detallada junto con propuestas u orientaciones sobre cenas complementarias a los menús del mediodía que se sirvan en los centros.*
- *La supervisión de los menús por profesionales con formación acreditada y específica en nutrición humana y dietética.*
- *Los contenidos nutricionales que deben tener los alimentos y bebidas que se oferten en los centros educativos.*

### **3.2. Políticas públicas de combate a obesidade no Brasil**

A população brasileira, como já citado anteriormente no capítulo 1 encontra-se maioritariamente no grupo de cidadãos com sobrepeso ou obeso, sendo necessário portanto a adoção de políticas públicas que contornem este quadro. Neste lógica, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), foi reformulado com o intuito de melhorar a alimentação escolar frente a nova realidade, visando combater a obesidade infantil e o sobrepeso, por meio de uma alimentação balanceada e equilibrada servida aos estudantes.

### **Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE**

O Programa Nacional de Alimentação Escolar foi implementado em 1955 (MEC, 2015) e tem como objetivo o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de hábitos alimentares saudáveis por meio da oferta da alimentação escolar e de ações de educação alimentar e nutricional.

São contemplados pelo programa todos os alunos da educação básica matriculados em escolas públicas, filantrópicas e entidades comunitárias desde que possuam convênio com o poder público.

Acredita-se que a merenda escolar faça parte da educação alimentar, sendo um instrumento que demonstra a importância de uma boa alimentação para a saúde e os problemas que podem surgir no desenvolvimento e rendimento escolar.

Uma merenda escolar de qualidade beneficiaria não apenas a criança, mas toda a família, estimulando hábitos alimentares melhores e consequentemente, mudanças no comportamento alimentar das famílias no longo prazo.

Vale ressaltar que enquanto no Brasil até poucas décadas atrás a preocupação do programa era o combate a desnutrição, e hoje é voltada a uma alimentação equilibrada que alimente e também combata o sobrepeso. É

importante também frisar que 30% assegurados pela lei 11.947 deve ser investido na “compra direta de produtos oriundos da agricultura familiar”, incluindo-se portanto frutas, legumes e hortaliças servidos diretamente na merenda escolar.

### **Publicidade infantil**

Desde 2014, também está proibido no Brasil, através do CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, qualquer estratégia de marketing que envolva ou induza crianças com finalidades de consumo. A resolução baseia-se no Código de Defesa do Consumidor que declara em seu artigo 37 ser “abusiva, dentre outras, a publicidade que se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança”.

Acredita-se que com a adoção desta proibição, as crianças tenderam a possuir menor desejo ao consumo por produtos açucarados ou que proporcionem o aumento de peso.

## Conclusão

Como podemos observar durante todo o estudo, a obesidade é um problema presente e altamente em voga nas pautas da saúde pública contemporânea. Trata-se de um problema de alta complexidade, que envolve um tratamento sistêmico e de conscientização da população sobre os malefícios que a doença pode causar.

Observamos entretanto, que apesar de algumas iniciativas em políticas públicas tentarem diminuir a obesidade pelas vias tradicionais – exercício físico e hábitos alimentares saudáveis – o número de obesos continua em plena expansão, alicerçados pela mudança nos hábitos sociais: maior sedentarismo frente as tecnologias disponíveis, consumo de produtos industrializados com altos índices de açúcar e gorduras e redução do consumo de frutas, hortaliças e leguminosas.

Todos estes fatores somados, levam a uma necessidade de mudança no pensamento, ou seja, os métodos para combater a obesidade extrema precisam ser reflexionados pela saúde pública.

Isto quer dizer que é possível reverter a obesidade, no longo prazo, por meio do combate a obesidade infantil com a educação das crianças sobre o consumo saudável e o incentivo das práticas de atividades físicas. Entretanto, estas medidas compreendem uma mudança para as gerações vindouras, não solucionando o problema atualmente em voga.

Com um crescimento altamente forte, dobrando-se a cada década desde os anos 70, a obesidade mórbida e severa já atinge um percentual considerável dos habitantes de muitos países, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Neste estudo, em especial, observamos que apesar das diferenças sociais, culturais e políticas, o Brasil e a Espanha possuem uma população obesa que merece atenção das autoridades públicas.

A adoção da cirurgia bariátrica como uma técnica de prevenção e não de última alternativa para este determinado grupo – os obesos mórbidos – tem se mostrado altamente eficiente na melhoria da qualidade de vida dos pacientes

submetidos a esta técnica, com especialização tendenciosamente mais alta dos centros e equipes que envolvem todo o processo.

Trata-se portanto de uma medida que deve ser adotada no combate a obesidade extrema, mas atrelando-se também a políticas de combate ao sobrepeso e de incentivos a práticas saudáveis de alimentação.

Neste sentido, é possível reafirmar que a hipótese inicial deste trabalho tende a estar correta, pelo qual os sistemas públicos de saúde – tanto brasileiro quanto espanhol – devem considerar a obesidade crescente da população uma ameaça real na saúde coletiva, sendo necessário portanto, reforçar o investimento em políticas públicas de prevenção, o que neste caso inclui a adoção da cirurgia bariátrica como uma política pública de combate a obesidade.

Somando-se a isto, reforça-se a importância de adotar a cirurgia bariátrica como uma ferramenta de grande utilidade no controle da obesidade severa nos cidadãos, devendo assim ser considerada a única técnica capaz de reverter satisfatoriamente o excesso de peso em pacientes que já possuem um grau elevado desta doença, sendo o procedimento cirúrgico eficaz na perda e manutenção do peso.

Não foi objetivo deste trabalho incentivar continuamente a prática da cirurgia bariátrica, mas sim encontrar um caminho para que os obesos mórbidos encontrem uma possibilidade de melhoria na qualidade de vida e em contrapartida, os poderes públicos um menor custo com estes pacientes no futuro.

Atrelado a todos estes fatores, devemos também reforçar a importância da cirurgia bariátrica para a qualidade de vida dos obesos submetidos a ela: apesar de ser um grupo relativamente pequeno, os obesos mórbidos merecem a devida atenção dos poderes públicos no caminho para obter uma qualidade de vida. Por sua vez, o Estado deve proporcionar as ferramentas necessárias para o tratamento, com a estimativa de que: o tratamento cirúrgico da obesidade hoje, representa menores gastos com comorbidades futuras.

As recomendações devem possuir cautela: as indicações de cirurgia devem continuar atendendo aos requisitos mínimos exigidos por cada país,

embasados nas recomendações da OMS e não deve ser considerada a única solução no combate a obesidade.

Não se espera que os pacientes tornem-se obesos sabendo que poderão reverter a doença. Do contrário, espera-se que cada vez mais pessoas, sabendo dos riscos envolvidos para a saúde com a obesidade, controlem seu peso e adotem hábitos de vida saudáveis.

Assim, é de extrema importância que, aquém dos serviços cirúrgicos, os poderes públicos de forma coordenada e cooperativa, estimulem por meio de outras políticas públicas a educação alimentar, a prática de exercícios físicos e a medicina preventiva, tendo como foco combater não somente a obesidade, mas também o sobrepeso.

Desta forma, espera-se que a população de uma maneira geral, atinja melhores indicadores de longevidade e qualidade de vida. Apesar de não ser uma meta passível de curto prazo, é possível desenhar programas articulados que progressivamente diminuam as taxas de obesidade, o sobrepeso infantil e adulto e em contrapartida, aumentem a qualidade nutricional e a adoção de hábitos saudáveis de vida de forma escalonada.

Por fim, este estudo reafirma a importância da técnica cirúrgica como instrumento de combate a obesidade na contemporaneidade e sua efetividade até o momento única no combate a obesidade extrema, sendo portanto uma chave para considerarmos a técnica de realização uma instrumento preventivo, que deve ser incentivado em casos com poucas chances de reversão.

## Referências Bibliográficas

ALASTRUÉ, A; RULL M; FORMIGUERA X; CASAS D; MORENO P; MIRA X; et al. Cirugía de la obesidade grave. Endocrinología y Nutrición. 1999.

APPOLINÁRIO J.C. Obesidade e psicopatologia. In: Halpern A, Godoy MAF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT, organizadores. Obesidade. São Paulo: Lemos Editorial; 1998.

AVALIACIÓN DAS TÉCNICAS DE CIRURXÍA BARIÁTRICA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA. Santiago de Compostela: Avalia-T. 2001.

BALSINGER B.M; MURR M.M; POGGIO J.L; y cols. Surgery for weight control in patients with morbid obesity. Med Clin North Am. 2000.

BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE. Cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade mórbida. Ano III nº 5. 2008.

BOSCATTO, E.C; DUARTE, M.F.S; GOMES, M.A; GOMES, G.M.B. Aspectos físicos, psicossociais e comportamentais de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica. Revista do Instituto de Ciências da Saúde (UNIP), v. 28, p. 195-198, 2010.

BRANDER N. Autoestima e os seus seis pilares. São Paulo: Saraiva; 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gastroplastia é a solução para a obesidade mórbida. Brasília, DF; Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>.2004. Acesso em: 15/03/2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 424, DE 19 de março de 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). 2013. Acesso em 15/03/2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE . ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América. : Latina Rev Saúde Pública, v. 43, n. 1. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/it-decit.pdf>. 2009. Acesso em 17/05/2015

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria-Executiva; Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2008.

BUCHWALD H, OIEN DM: METABOLIC/BARIATRIC SURGERY WORLDWIDE 2011. Obes Surg. (2013).

CAMPILLO ÁLVAREZ, José Enrique. El mono obeso, Crítica. 2004.

CASTRO C. Ministros da Saúde das Américas se com-prometem a criar políticas públicas para reduzir a obe-sidade no continente. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade – ABESO; 2011.. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>. Acesso em: 19/05/2015.

CÓDIGO PAOS. Disponível em: <http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/publicidad/>. Acesso em: 15/05/2015.

COWAN G.S. What do patients, families and society expect from the bariatric surgeon? Obes Surg. 1998.

DEUBEL, Andre-Noel Roth. Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación. Bogotá, Colômbia: Ediciones Aurora, 2006.

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN CENTROS EDUCATIVOS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponível em: [http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/escolar/documentacion\\_alimentacion\\_centros\\_educativos/](http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/escolar/documentacion_alimentacion_centros_educativos/). 2010.

DYE, T.R. Policy Analysis: what governments do, why they do it, and what difference it makes. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1984.

ESTRATEGIA NAOS. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Disponível em: Acesso em: [http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que\\_es/](http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/). Acesso em: 15/05/2015

ESTUDIO PROSPECTIVO DELPHI. Costes sociales y económicos de la obesidadey sus patologias asociadas. Madrid: Gabinete de estudos Bernard Krief. 1999.

FARIA, CARLOS AURÉLIO PIMENTA. “Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas: Um Inventário Sucinto das Principais Vertentes Analíticas Recentes”, Revista Brasileira de Ciências Sociais 18. 2003.

FLEGAL K.M, CARROLL M.D, ODGEN C.L, JOHNSON C.L. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. JAMA. 2002.

KEATS S; WIGGINS S. Future diets. Implications for agriculture and food prices. Overseas Development Institute, January 2014.

GALING P, ELIRINY H. Perioperative care of the patient with morbid obesity. AORN J. 2003.

GARD, M.; WRIGHT, J. E. The Obesity Epidemic: Science, Morality and Ideology. (1 ed.). London: Routledge.2005.

GARRIDO JUNIOR, A. B . O obeso e a cirurgia bariátrica, São Paulo. 2014.

IZQUIERDO J; RODRIGO C; MAJEM *et al.* Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.2008. Disponible em: [http://www.fesnad.org/publicaciones/pdf/renc\\_senc.pdf](http://www.fesnad.org/publicaciones/pdf/renc_senc.pdf).

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGÍA .La obesidad: monografía de la Sociedad Española de Endocrinología: Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología. Ediciones Díaz de Santos, 1994.

LECUBE A; MONEREO S. RICIBA, ¿qué sabemos sobre la cirugía bariátrica en España? Vol. 58. Núm. 07. Agosto 2011 - Septiembre 2011

LEVINE J.A, LANNINGHAM-FOSTER L.M, MC CRADY SK, KRIZAN A.C, OLSON LR, KANE PH y cols. Interindividual variation allocation: ehabil role in human obesity. Science. 2005.

LOBSTEIN T, BAUR L, UAUI R. IASO – International Obesity TaskForce. Obesity in children and Young people: a crisis in public health. Obes Rv. 2004.

LOWI, THEODORE J. Four Systems of Policy, Politics and Choice in: Public Administration Review, Vol. 32, No. 4. 1972.

MAGGARD M, SHUGARMAN L, SUTTROP M, MAGLIONE M, SUGERMAN H, LIVINGSTON E ET AL. Meta-Analysis: Surgi- cal Treatment of Obesity. Annals of Internal Medicine 2005.

MARCELINO, L. F.; PATRICIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16,n. 12. 2011.

MASON EE, TANG S, RENQUIST KE, BARNES DT, CULLEN JJ, DOHERTY C et al. A decade of change in obesity surgery. National Bariatric Surgery Registry (NBSR) Contributor. Obes Sugery. 1997.

MITCHELL JE, LANCASTER KL, BURGARD MA y cols. Long term follow up patient's status after gastric by-pass. Obes Surg. 2001.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. NAOS, Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidade. Madrid. 2005.

NEUMARK-SZTAINER D, HANNAN PJ, STORY M, CROLL J, PERRI C. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. J am Diet Assoc. 2003.

NHANES. National Center on Health Statistics. Results from the 1999-2000. Centers for Disease Control. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Doenças não-transmissíveis: estratégia regional para 2000-2010. Disponível em: [www.afro.who.int/textonly/press/portuguese/2000/rc/rc5006.html](http://www.afro.who.int/textonly/press/portuguese/2000/rc/rc5006.html). Acesso em: 23/02/2015.

ORIA HE, MOOREHEAD MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). Obes Surg. 1998.

PETERS, B. G. American Public Policy. Chatham, EUA: Chatham House, 1996.

RABNER JG, DALTON S, GREENSTEIN RJ. Obesity surgery: dietary and psychosocial expectations and reality. Mt Sinai J Med. 1993.

RANCETA J, PEREZ C, SERRA L, VIOQUE J, TUR JA, MATAIX J, et al. Estudio DORICA: Dislipemia, obesidad y riesgo cardiovascular. En: Aranceta J, Foz M, Gil B, Jover E, Mantilla T, Millan J, et al, editores. Obesidad y riesgo cardiovascular. Madrid: Panamericana; 2004. p. 125-56.

REPETTO G, RIZZOLLI J, BONATTO C. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. 2003.

ROUX L, DONALDSON C. Economics and obesity: Costing the problem or evaluating solutions? Obes res, 2004.

RUBIO HERRERA, M.A. Manual de obesidade mórbida. Buenos Aires; Madrid. Médica Panamericana. 2005.

RYDÉN A, TORGERSON J. The Swedish Obese Subjects Study - What has been accomplished to date? Surgery for Obesity and Related Diseases 2006;

SCOPINARO N. The IFSO and obesity surgery throughout the world. Obes Surg. 1998

SECO. Recomendaciones de la SECO para la practica de la cirugiá bariátrica (Declaración de Salamanca). Cir Esp. 2004.

SEGAL A, FANDIÑO J. Indicações e contra-Indicações para a realização das operações bariátricas. Revista Brasileira de Psiquiatria 2002;

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - PRINCÍPIOS Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <http://www.uff.br/psienf/sis.htm>. Acesso em: 17/02/2015.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DE LA OBESIDAD MÓRBIDA Y DE LAS ENFERMEDADES METABÓLICAS. Disponível em: <http://www.seco.org/index.php>. Acesso em: 17/02/2015.

SOCIEDAD ESPANOLA PARA EL ESTUDIO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD (SEEDO). Consenso SEEDO'2000 para la evolución del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapeutica. Med Clin (Barc). 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). Disponível em: <http://www.sbcbr.org.br>. Acesso em: 18/02/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Disponível em: [www.sbcbr.org.br](http://www.sbcbr.org.br). Acesso em: 18/02/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Disponível em: [www.endocrino.org.br/](http://www.endocrino.org.br/). Acesso em: 18/02/2015.

SPEISER P; RUDOLF M; ANHALT H e col. Childhood obesity. J Clin Endocrinol, 2005.

VAN ITALLIE TB. Morbid obesity; a hazardous disorder that resists conservative treatment. Am J Clin Nutr. 1980.

WADDEN TA, STERNBERG JÁ, LETIZIA KA, STUNKARD AJ, FOSTER GD, Treatment of obesity by very calorie diet, behaviour therapy, and ther combination: a five-year perspective. Int J Obes. 1989.

WHITAKER RC, WRIGHT JÁ, PEPE MS, SEIDEL KD, DIETZ WH. Predicting obesity in Young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl J Med. 1997.

WOLF AM, FALCONE AR, KORTNER B, KUHLMANN HW. BAROS: na efecctive system to evaluate the results after bariatric surgery. Obes Surge. 2000

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity and overweight. Fact sheet n.311, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/a/in-dex.html>. Acesso em: 23/02/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em:  
en://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs\_obesity.pdf. Acesso em  
15/05/2015.

### **Anexos**

1. Declaração de Salamanca
2. Termo de Consentimento Informado – SERGAS – Galícia.
3. Sistema BAROS.



# Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca)

La obesidad mórbida es una condición crónica, incurable y de tendencia epidémica en los países industrializados, con una prevalencia del 0,5% de los adultos en España y que tiende a duplicarse cada 5 a 10 años. Se asocia a una serie de comorbilidades, entre las que destacan la enfermedad coronaria, la hiperlipemia, la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial (HTA), los trastornos del sueño y la osteoartropatía de extremidades de carga, así como a una importante repercusión social y laboral. El riesgo de mortalidad se duplica a partir de un índice de masa corporal (IMC) de 35 kg/m<sup>2</sup>, especialmente entre varones de 25 a 34 años de edad. Por otro lado, supone la segunda causa de mortalidad prevenible tras el hábito tabáquico.

Tras el fracaso de los métodos no quirúrgicos como la dieta, el ejercicio físico, la terapia conductual y/o el tratamiento farmacológico, la cirugía representa la única posibilidad terapéutica efectiva a largo plazo.

Debido a la demanda creciente por parte de los enfermos y al aumento del número de intervenciones realizadas, con la consiguiente sobrecarga potencial de los servicios sanitarios, la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO), en el curso de su 6.ª Asamblea General celebrada en Salamanca el día 3 de septiembre de 2003, propone el presente marco de referencia para la buena práctica de la cirugía bariátrica en España.

### Indicaciones de la cirugía

La cirugía bariátrica puede estar indicada en pacientes con un perfil psicológico adecuado en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un IMC igual o superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, o a 35 si se asocian comorbilidades mayores. Las comorbilidades menores susceptibles de mejoría con el tratamiento quirúrgico, como

Correo electrónico: [seco@htxa.osakidetza.net](mailto:seco@htxa.osakidetza.net)

la enfermedad por reflujo, la colelitiasis, la hipertensión craneal idiopática u otras, deben considerarse individualmente.

### Objetivos del tratamiento quirúrgico

La cirugía bariátrica tiene como objetivo prevenir la morbimortalidad ligada a la obesidad, reducir la comorbilidad asociada y mejorar la calidad de vida, a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo, y con un mínimo de complicaciones. No es necesario que el paciente alcance su peso ideal para cumplir estos objetivos.

### Técnicas quirúrgicas

A medida que aumenta la complejidad de las técnicas quirúrgicas se incrementa su efectividad, así como sus

complicaciones potenciales. Se considera "ideal" la técnica que beneficia a más del 75% de los pacientes a largo plazo, con una morbilidad mayor inferior al 10% y una mortalidad menor del 1%, así como con un número de revisiones o reintervenciones por debajo del 2% anual. Asimismo, la técnica ideal debe ser reproducible, proporcionar una buena calidad de vida y conllevar pocos efectos secundarios.

El *bypass* gástrico en "Y" de Roux y la derivación biliopancreática (incluyendo la clásica de Scopinaro y el cruce duodenal) se acercan globalmente a estos criterios. Por su parte, las técnicas restrictivas deben reservarse para pacientes no golosos con IMC menores de 45 kg/m<sup>2</sup> bien informados, conscientes de las limitaciones de la técnica y de las posibilidades de conversión a otra técnica por pérdida de peso insuficiente, complicaciones y/o calidad de vida inadecuada.

La cirugía laparoscópica permite la realización de cualquiera de las técnicas citadas. Para que los beneficios derivados de este abordaje no se vean empañados por

los riesgos de la llamada curva de aprendizaje, la SECO recomienda que cada equipo desarrolle por esta vía la misma técnica que por laparotomía, aplicando las mismas indicaciones, seleccionando inicialmente los casos más favorables, previa experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, habiendo recibido formación previa teórica y asistido en sus primeros casos por cirujanos experimentados.

### Consideraciones perioperatorias

Cada centro debe definir el circuito perioperatorio, desde atención primaria hasta el especialista en endocrinología y nutrición, psiquiatría y cirugía, incluidas las interconsultas necesarias para mejorar o compensar la comorbilidad asociada con vistas a la intervención. Deben planificarse sesiones periódicas del equipo multidisciplinario de cirugía bariátrica para discutir y consensuar los casos dudosos.

El consentimiento informado es necesario en todos los casos. Sin embargo, la SECO anima a hacer evolucionar este concepto pasivo hacia un contrato médico-paciente que incluya el compromiso de seguimiento indefinido, controles establecidos y modificación de hábitos de vida.

La SECO recomienda que los pacientes obesos mórbidos que van a ser intervenidos completen un preoperatorio adaptado a la cirugía mayor, incluidos los parámetros susceptibles de modificación postoperatoria (glucemia, colesterol, lipoproteínas de alta densidad [HDL], triglicéridos, etc.), pruebas de función respiratoria, ecografía hepatobiliar y gastroscopia con determinación de *Helicobacter pylori* si la técnica incluye la exclusión gástrica. Se aconseja aplicar medidas de profilaxis antibiótica y antitromboembólica.

Cada centro debe definir igualmente sus criterios de estancia en cuidados intensivos o reanimación, pautas de alimentación y medicación postoperatoria, así como un calendario de visitas y pruebas complementarias.

### Priorización de pacientes en lista de espera

Dada la demanda creciente por parte de los pacientes y la tendencia epidémica de la enfermedad, con el consiguiente alargamiento en los tiempos de espera de los pacientes candidatos a cirugía, es necesario establecer criterios de priorización basados en el grado de obesidad, comorbilidad mayor asociada, repercusión social y otros factores de riesgo.

La SECO anima a las autoridades sanitarias competentes a contribuir a la definición, la implantación y la aplicación de estos criterios dentro de las políticas sanitarias desde una óptica de utilización racional de los recursos y no discriminación de los pacientes obesos.

### Registro de datos

A fin de mejorar la calidad de la atención prestada, evaluar de forma continua los resultados de la cirugía y sugerir modificaciones pertinentes, es preciso sistematizar, al

tiempo que simplificar, la recogida de datos. Además de la obligada base de datos de pacientes individuales que cada equipo debe mantener, se propone la creación de un registro mínimo de datos de carácter nacional con datos globales enviados anualmente a la SECO, que incluya:

- Número de pacientes operados, con edad, sexo, IMC medios y comorbilidad mayor asociada.
- Técnica(s) utilizada(s), incluidos tamaño del reservorio gástrico, gastrectomía o no, calibre del estoma, longitudes de asas (alimentaria, biliopancreática y común), colecistectomía sistemática o selectiva.
- Complicaciones perioperatorias: dehiscencias, hemorragias que precisan transfusión o reintervención, mortalidad, infección de la herida quirúrgica (IHQ), tromboembolia pulmonar (TEP) y complicaciones cardiopulmonares.
- Cirugía diferida: por complicaciones (eventración, colecistectomía, estenosis, úlcera anastomótica...) o pérdida de peso insuficiente.
- Evolución en la pérdida de peso, comorbilidad asociada y calidad de vida a los 2 y 5 años. Se recomienda utilizar como indicadores el porcentaje de sobrepeso perdido y el IMC medios, así como el porcentaje de pacientes que se sitúa por debajo del 50% de sobrepeso perdido y de 35 kg/m<sup>2</sup>. (Nota: con los datos citados puede calcularse el % del exceso de IMC perdido.) Debe incluirse el porcentaje de pacientes seguidos a los 2 y 5 años (porcentaje de seguimiento, que debe superar el 75%).

### Acreditación de centros y del cirujano bariátrico

Aunque la SECO no pretende erigirse en agencia de acreditación, se aconseja que los centros que realizan este tipo de cirugía dispongan de:

- Un equipo multidisciplinario de atención, incluido una unidad de cuidados intensivos o reanimación de al menos 24h.
- Un circuito perioperatorio definido por escrito.
- Equipamiento, material e instrumental, adaptado a las necesidades del paciente obeso mórbido.
- Volumen suficiente de actividad.
- Producción académica (comunicaciones, publicaciones, cursos) y capacidad docente.
- Resultados adecuados en cuanto a seguridad y efectividad ("técnica ideal").

Por su parte, los cirujanos deben trabajar en equipo, ser miembros de sociedades nacionales o internacionales acreditadas y participar en reuniones nacionales o internacionales, tener un volumen mínimo de actividad al año y seguir un proceso tutorizado en sus fases iniciales.

### Líneas de investigación para el futuro

Dada la variabilidad de técnicas actualmente disponibles y la escasez de estudios controlados y aleatorizados en cirugía de la obesidad, la SECO anima a sus miembros a profundizar mediante ensayos bien diseñados en las posibles respuestas a las controversias actuales, entre otras:



## CIRURXÍA DA OBESIDADE MÓRBIDA

A obesidade mórbida é unha enfermidade con alta porcentaxe de morbimortalidade, o que fai que algúns enfermos necesiten tratamento cirúrxico.

Este tratamento cirúrxico está indicado en:

- A) Sobre peso de 45 kg sobre o peso ideal, ou un índice de masa corporal superior a 40.
- B) Idade de 18 a 45 anos, se ben os límites poden ser máis amplos.
- C) Obesidade refractaria ó tratamento médico e cunha antigüidade mínima de 5 anos.
- D) Cumprir condicións de protocolo preoperatorio desde o punto de vista cardiolóxico, respiratorio, psiquiátrico, etc.

Esta intervención realízase con anestesia xeral e intubación.

A través dunha incisión abdominal vertical, colocando un separador que nos permite traballar no interior do abdome, pero pode ser causante de molestias postoperatorias.

A técnica consiste en realizar un reservorio gástrico duns 15 c.c. de capacidade, mediante sutura automática, e unha saída gástrica, reforzada con material protésico de 1 cm.

A cirurxía da obesidade está considerada de risco elevado, debido ás características físicas e anatómicas dos pacientes, e as súas complicacións máis frecuentes son: dehiscencia e fistula, fallos de instrumental automático, absceso subfrénico, pneumonía, infección da ferida operatoria, seroma, sangrado intrabdominal ou da ferida, evisceración, esplenectomía, etc. E outras tardías como vómitos, oclusión do estoma, dilatación da bolsa gástrica, inclusión gástrica do anel, colelitiase, eventracións.

Complicacións máis graves, pero de baixa frecuencia, poden presentarse como:

Sepse, trombose do sistema venoso profundo, tromboembolismo pulmonar, hemorraxia dixestiva, etc. e mesmo fracaso da técnica e polo tanto non alcanza-los obxectivos buscados.

Estas complicacións adoitan ser case sempre controlables.

Esta intervención indícase despois de que os seus médicos descartaron outras medidas terapéuticas.

A recuperación é progresiva, con diminución da dor, mellor mobilización, aínda que en ocasións pode permanecer algunha molestia como acorchamento na zona da ferida operatoria.

Se vostede, ou algún familiar, desexa maior información, non dubide en consultar con calquera dos médicos do servizo.

**RISCOS PERSONALIZADOS**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Art. 10 da Lei Xeral de Sanidade (25/4/1986).

Don/Dona ..... maior de idade, con DNI ..... veci-  
ño/a de ..... rúa ..... nº .....  
..... teléfono .....

### MANIFESTO:

Que fun informado/a polo médico/a .....  
en data ...../...../..... (é que me foi entregada a información) do procedemento .....

e igualmente dos beneficios que se esperan e do tipo de riscos que comporta a súa realización (complica-  
cións máis frecuentes) e a súa non realización, así como das posibles alternativas segundo os medios asis-  
tenciais deste centro.

Comprendín toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoria-  
mente.

### CONSINTO:

Os facultativos do Servizo de .....  
a que me practiquen o procedemento mencionado e descrito no anverso e as probas complementarias  
necesarias. Son coñecedor/a de que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as  
actuacións médicas necesarias para manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revoga-lo meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)  
Don./Dona .....

DNI ..... en calidade de .....

Asino dous exemplares en: ..... o ..... de ..... de .....

Sinatura do/a paciente      Sinatura do/a representante legal      Sinatura do/a facultativo/a

O día ..... decidín **REVOGA-LO** consentimento para a realización do procedemento  
referido neste documento.

Sinatura paciente  
(ou persoa autorizada)

Sinatura testemuña

Sinatura facultativo

## Anexo 3 – Sistema Baros

### 1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:

REGISTRO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

RAÇA:

PROFISSÃO:

NÍVEL EDUCACIONAL:

ESTADO CIVIL:

TELEFONE:

EMAIL:

### 2. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

ALTURA (cm):

PESO PRÉ-OPERATÓRIO (Kg):

PESO ATUAL (Kg):

PESO IDEAL:

%EWL:

CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA PRÉ-OPERATÓRIA (cm):

CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA ATUAL (cm):

### 3. DADOS DA CIRURGIA

TÉCNICA CIRÚRGICA:

DATA DA CIRURGIA:

TEMPO PÓS-OPERATÓRIO (MESES):

#### 4. COMORBIDADES

QUADRO 1: COMORBIDADES NO PRÉ-OPERATÓRIO			
COMORBIDADES	Sem doenças	Doença controlada com medidas clínicas	Doença descontrolada com medidas clínicas
<b>MAIORES</b>			
HAS			
DOENÇA CARDIOVASCULAR			
DIABETES			
DISLIPIDEMIA			
OSTEOARTROSE			
APNÉIA DO SONO			
INFERTILIDADE			
<b>MENORES</b>			

QUADRO 2: COMORBIDADES NO PÓS-OPERATÓRIO					
COMORBIDADES	Sem doenças	Doença controlada com melhora clínica após a cirurgia	Doença controlada sem alteração clínica após a cirurgia	Doença controlada com piora clínica após a cirurgia	Doença descontrolada após a cirurgia
<b>MAIORES</b>					
HAS					
DOENÇA CARDIOVASCULAR					
DIABETES					
DISLIPIDEMIA					
OSTEOARTROSE					
APNÉIA DO SONO					
INFERTILIDADE					
<b>MENORES</b>					

## 5. RISCO RELATIVO DE MORBIMORTALIDADE

**QUADRO 3: FATORES DE RISCO**

CATEGORIA	PRÉ-OPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO
Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL)		
Dietas hiperlipídicas		
Hipertensão arterial		
Hipertrofia ventricular esquerda		
Tabagismo		
Fibrinogênio Sérico		
Diabetes		
Sedentarismo		
Lipoproteína de Alta Densidade (HDL)		
Triglicerídios		
Obesidade		
Pós-Menopausa		
Fatores Psicossociais		
Lipoproteína (a)		
Homocisteína		
Estresse Oxidativo		
Ingestão de Bebidas Alcoólicas		
Idade		
Sexo		
Estado socioeconômico		
História familiar de doença arterial coronária		
FONTE: PORTO, 2005		

**QUADRO 4: CLASSIFICAÇÃO ASA**

PERÍODO	CLASSIFICAÇÃO				
	I	II	III	IV	V
PRÉ-OPERATÓRIO					
PÓS-OPERATÓRIO					

**QUADRO 5: CLASSIFICAÇÃO GOLDMAN**

PERÍODO	CLASSIFICAÇÃO			
	I	II	III	IV
PRÉ-OPERATÓRIO				
PÓS-OPERATÓRIO				

QUADRO 6: CLASSIFICAÇÃO CINTURA ABDOMINAL						
PERÍODO	HOMEM			MULHER		
	<94	≥94 a ≤101	≥102	<80	≥80 a ≤87	≥88
PRÉ-OPERATÓRIO						
PÓS-OPERATÓRIO						

## 6. QUALIDADE DE VIDA

### INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo. Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

	nada	Muito pouco	Médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

**POR FAVOR, LEIA CADA QUESTÃO, VEJA O QUE VOCÊ ACHA E CIRCULE NO NÚMERO E LHE PARECE A MELHOR RESPOSTA**

### PRÉ-OPERATÓRIO

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

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

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5

| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	um pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

As questões seguintes referem-se **o quanto satisfeito** você está com o seu hábito alimentar e intestinal nas últimas duas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
27	Quão satisfeito (a) você está com o seu hábito alimentar?	1	2	3	4	5
28	Quão satisfeito(a) você está com o seu hábito intestinal?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

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

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

### PÓS-OPERATÓRIO

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

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

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

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

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas	1	2	3	4	5

---

necessidades?

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

As questões seguintes referem-se a **o quão satisfeito** você está com o seu hábito alimentar e intestinal nas últimas duas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
27	Quão satisfeito (a) você está com o seu hábito alimentar?	1	2	3	4	5
28	Quão satisfeito(a) você está com o seu hábito intestinal?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

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



**7. COMPLICAÇÕES****QUADRO 7: COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS**

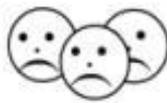
<b>MENORES</b>	<b>MAIORES</b>	<b>REOPERAÇÕES</b>
<b>TOTAL</b>		

**8. PROTOCOLO BAROS**

**QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA  
AUTO-ESTIMA E NÍVEIS DE ATIVIDADE**

Por favor assinale  para mostrar como sua vida mudou após sua perda de peso

1- Comparado com a época anterior ao tratamento para perda de peso eu me sinto ...

				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito Pior	Pior	O Mesmo	Melhor	Muito Melhor

2- Eu me sinto capaz de participar fisicamente em atividades...

				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito Menos	Menos	O Mesmo	Mais	Muito Mais

3- Eu estou me relacionando socialmente...

				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito Menos	Menos	O Mesmo	Mais	Muito Mais

4- Agora sou capaz de trabalhar...

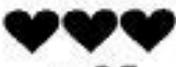
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito Menos	Menos	O Mesmo	Mais	Muito Mais

5- Atualmente me interesso por sexo...

				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muito Menos	Menos	O Mesmo	Mais	Muito Mais

Melodie K. Moorehead, Ph. D., Bariatric Surgery Clinical Psychologist, 1201 E. Broward Blvd, Ft. Lauderdale, FL 33301. Norman Samuels M. D., Surgeon.  
Elizabeth Ardelt, Ph. D., Institute für Psychologie, Universität Salzburg, Emanuel Hell, M.D. Surgeon.  
MOOREHEAD - ARDELT QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE  
SELF ESTEEM, AND ACTIVITY LEVELS  
Copyright 1997 M.K. MOOREHEAD, Ph.D. (954) 524-5244

<b>PERDA DE PESO % DO EXCESSO (pontos)</b>	<b>CONDIÇÕES CLÍNICAS (pontos)</b>
<b>Ganho de Peso (-1)</b>	<b>Agravada (-1)</b>
<b>0 - 24 (0)</b>	<b>Inalterada (0)</b>
<b>25 - 49 (1)</b>	<b>Melhorada (1)</b>
<b>50 - 74 (2)</b>	<b>Uma das maiores co-afecções resolvida outras melhoradas (2)</b>
<b>75 - 100 (3)</b>	<b>Todas das maiores co-afecções resolvidas outras melhoradas (3)</b>
<b>Subtotal:</b>	<b>Subtotal:</b>
<p><b>COMPLICAÇÕES:</b></p> <p>Menores: deduzir 0,2 pontos  Majores: deduzir 1 ponto</p> <p><b>REOPERAÇÃO:</b></p> <p>Deduzir 1 ponto</p>	

<b>QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA</b>				
<b>1- AUTO-ESTIMA</b>				
 <b>-1.0</b>	 <b>-.50</b>	 <b>0</b>	 <b>+.50</b>	 <b>+1.0</b>
<b>2- FÍSICA</b>				
 <b>-.50</b>	 <b>-.25</b>	 <b>0</b>	 <b>+.25</b>	 <b>+.50</b>
<b>3- SOCIAL</b>				
 <b>-.50</b>	 <b>-.25</b>	 <b>0</b>	 <b>+.25</b>	 <b>+.50</b>
<b>4- TRABALHO</b>				
 <b>-.50</b>	 <b>-.25</b>	 <b>0</b>	 <b>+.25</b>	 <b>+.50</b>
<b>5- SEXUAL</b>				
 <b>-.50</b>	 <b>-.25</b>	 <b>0</b>	 <b>+.25</b>	 <b>+.50</b>
<b>Subtotal:</b>				
<b>PONTUAÇÃO TOTAL:</b>				
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>				
<b>RESULTADO FINAL</b>				
<b>INSUFICIENTE</b>	<b>1 PONTO OU &lt;</b>			
<b>ACEITÁVEL</b>	<b>&gt; 1 a 3 PONTOS</b>			
<b>BOM</b>	<b>&gt; 3 a 5 PONTOS</b>			
<b>MUITO BOM</b>	<b>&gt; 5 a 7 PONTOS</b>			
<b>EXCELENTE</b>	<b>&gt; 7 a 9 PONTOS</b>			

# PROTOCOLO DE PESQUISA NOVO BAROS

## ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO E PONTUAÇÃO

### 1. ORIENTAÇÕES GERAIS

Serão preenchidos os questionários NOVO BAROS e BAROS.

### 2. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

A coleta das medidas antropométricas seguirá as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)– peso (kg), altura (cm) e circunferência da cintura (cm).

A verificação do peso corporal é feita com os pacientes descalços, vestindo roupas leves e utilizando-se balanças antropométricas com precisão de 0,1 kg.

Afere-se a circunferência da cintura com fita métrica flexível e inextensível de 200cm de comprimento, com precisão de uma casa decimal. É feita estando o indivíduo em posição ortostática, abdômen relaxado, expiração, braços ao lado do corpo, pés juntos e diretamente sobre a pele. O local de medição é a região mais estreita entre o tórax e o quadril ou, em caso de não haver ponto mais estreito, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, e na impossibilidade desta, 2 cm acima da cicatriz umbilical. A fita é mantida no plano horizontal, sendo a mesma colocada com firmeza, sem esticar excessivamente, evitando-se assim a compressão do tecido subcutâneo sendo a leitura feita no ponto de cruzamento da fita no centímetro mais próximo.

Afere-se a altura com o auxílio de um estadiômetro com precisão de 0,1 cm.

### 3. PESO

O cálculo da pontuação do peso no pré-operatório utiliza o percentual de excesso de IMC (%EIMC) calculado pela fórmula a seguir (figura 1):

FIGURA 1 - FÓRMULAS PARA O CÁLCULO DO PERCENTUAL DE EXCESSO DE IMC (%EIMC)

$$\% EIMC = \frac{EIMC}{25} \times 100$$

% EIMC = PERCENTUAL DE IMC

IMCIDEAL = 25

EIMC (EXCESSO DE IMC) = IMCATUAL – 25

A pontuação final no quesito no pré-operatório varia de 0 a 100 pontos e equivale a %EIMC deduzido de 100 pontos.

Caso o paciente tenha mais de 100% de excesso de IMC a pontuação será zero.

A pontuação do quesito no pós-operatório utiliza %EBL (percentual de excesso de IMC perdido) calculado pela fórmula a seguir (figura 2):

FIGURA 2 - FÓRMULAS PARA O CÁLCULO DO PERCENTUAL DE IMC PERDIDO (%EBL)

$$\%EBL = \frac{(IMC_{pré} - IMC_{pós})}{IMC_{pré} - 25} \times 100$$

%EBL = PERCENTUAL DE EXCESSO DE IMC

PERDIDO IMC = ÍNDICE DE MASSA CORPORAL = P/A<sup>2</sup>

IMCPRÉ = IMC PRÉ-OPERATÓRIO

IMCPÓS = IMC PÓS-OPERATÓRIO

A pontuação final no quesito no pós-operatório é equivalente ao %EBL e varia de 0 a 100 pontos e equivale ao percentual redução do excesso de IMC.

Caso o paciente tenha perdido mais de 100% do excesso de IMC a pontuação será 100 pontos.

#### 4. COMORBIDADES

Utiliza todas as doenças dos pacientes, classificando-as em maiores e menores.

Para fins de classificação consideram-se 5 categorias: sem doença, doença controlada, doença controlada com melhora clínica, doença controlada com piora clínica e doença descontrolada, como descrito nos quadros abaixo.

As comorbidades maiores têm peso 8. Obtêm-se a média das pontuações das comorbidades maiores através da somatória das comorbidades maiores, dividida pelo número de comorbidades maiores. A pontuação final do quesito é obtida pela média das comorbidades maiores multiplicada pelo peso 8.

As comorbidades menores têm peso 2. Obtêm-se a média das pontuações das comorbidades menores através da somatória das comorbidades menores, dividida pelo número de comorbidades menores. A pontuação final do quesito é obtida pela média das comorbidades menores multiplicada pelo peso 2.

Para se obter a pontuação do quesito, faz-se a média da somatória das pontuações das comorbidades maiores, seguida da multiplicação pelo peso 8 e a média da somatória das pontuações das comorbidades menores, multiplicada pelo peso 2. A pontuação final do quesito é obtida através da média ponderada da somatória de comorbidades maiores e menores e varia de 0 a 100 pontos.

Caso o paciente apresente comorbidade nova no pós-operatório, ela será classificada no momento do diagnóstico em doença controlada ou doença descontrolada. Nos demais seguimentos pós-operatórios a classificação será igual à classificação do pós-operatório habitual.

QUADRO 8: CLASSIFICAÇÃO DAS COMORBIDADES NO PRÉ-OPERATÓRIO E PONTUAÇÃO NOVO BAROS		
CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO
SEM DOENÇA	Paciente sem comorbidades no pré-operatório ou paciente que obteve cura da comorbidades após a cirurgia	100
DOENÇA CONTROLADA	Portadores de comorbidades maiores ou menores controladas adequadamente com medidas terapêuticas	50
DOENÇA DESCONTROLADA	Portadores de comorbidades, maiores ou menores, no pré ou pós-operatório não controladas adequadamente com medidas terapêuticas	0

QUADRO 9: CLASSIFICAÇÃO DAS COMORBIDADES NO PÓS-OPERATÓRIO E PONTUAÇÃO NOVO BAROS		
CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO
SEM DOENÇA	Paciente sem comorbidades no pré-operatório ou paciente que obteve cura da comorbidades após a cirurgia	100

DOENÇA CONTROLADA COM MELHORA CLÍNICA EM RELAÇÃO AO PRÉ-OPERATÓRIO	Portador de comorbidade no pré-operatório que após a cirurgia teve melhora parcial da comorbidade com redução das medidas terapêuticas para mantê-la controlada	75
DOENÇA CONTROLADA SEM ALTERAÇÃO CLÍNICA EM RELAÇÃO AO PRÉ-OPERATÓRIO	Portador de comorbidade no pré-operatório que após a cirurgia manteve-se controlada sem alteração das medidas terapêuticas adotadas no pré-operatório	50
DOENÇA CONTROLADA COM PIORA CLÍNICA EM RELAÇÃO AO PRÉ-OPERATÓRIO	Portador de comorbidade no pré-operatório que após a cirurgia teve piora parcial da doença e aumento das medidas terapêuticas para mantê-la controlada no pós-operatório	25
DOENÇA DESCONTROLADA	Portadores de comorbidades, maiores ou menores, no pré ou pós-operatório não controladas adequadamente com medidas terapêuticas	0

**QUADRO 10: COMORBIDADES MAIORES RELACIONADAS À OBESIDADE MÓRBIDA**

DOENÇA	DIAGNÓSTICO	RESOLUÇÃO	MELHORA
HIPERTENSÃO	Mx > 140mm Hg Mn > 90mm Hg	Somente dieta e diurético	Medicação anti-hipertensiva
DOENÇA CARDIOVASCULAR	Doença coronariana, vascular periférica e ou insuficiência cardíaca	Sem medicação	Tratamento ainda necessário
DISLIPIDEMIA	Colesterol > 200mg/dl Perfil lipídico anormal <sup>(1)</sup>	Sem medicação	Normaliza com medicação
DIABETE TIPO II	Glicemia de jejum > 140mg/dl e/ou Glicemia >200mg/dl em teste de tolerância a glicose	Dieta e exercício somente	Não é necessário o uso de insulina
APNÉIA DO SONO	Estudo formal com polisonografia, pCO <sub>2</sub> >45 mmHg e Hemoglobina >15mg/dl	Normalizado	5 a 15 apnéias por hora
OSTEOARTRITE	Avaliação radiográfica	Sem medicação	Controlada com medicação
INFERTILIDADE	Infertilidade acrescido estudos hormonais	Consegue engravidar	Menstruações normais

FONTE: ORIA, H.E.; MOOREHEAD, M.K. Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). **Obesity Surgery**, n.8, p.487-499, 1998.

(1) Perfil lipídico anormal:

- HDL>35mg/dl (mais importante fator de predição de doença coronariana);
- LDL>100mg/dl já com doença coronariana instalada;
- LDL>130mg/dl com mais de dois fatores de risco de doença coronariana;
- LDL>160mg/dl com dois ou menos fatores de risco de doença coronariana;
- Triglicerídios >250mg/dl

**5. RISCO RELATIVO DE MORBIMORTALIDADE**

Utiliza a avaliação do risco relativo de comorbidades comparando a sua evolução no pré e pós-operatório. Para a análise deste quesito são utilizados os fatores de risco conhecidos para doença coronariana e as metodologias de ASA, Goldman e circunferência abdominal, segundo os quadros a seguir.

Cada item será pontuado separadamente. A pontuação final deste domínio corresponde a média dos 4 quesitos analisados (Fatores de Risco, ASA, Goldman e Circunferência abdominal), variando de zero a 100 pontos.

<b>QUADRO 11: FATORES DE RISCO</b>
<b>Classe I: Fatores em que as intervenções empregadas seguramente reduzem o risco de doença coronariana</b>
Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL)
Dietas hiperlipídicas
Hipertensão arterial
Hipertrofia ventricular esquerda
Tabagismo
Fibrinogênio Sérico
<b>Classe II: Fatores em que as intervenções provavelmente reduzem o risco</b>
Diabetes
Sedentarismo
Lipoproteína de Alta Densidade (HDL)
Triglicerídios
Obesidade
Pós-Menopausa
<b>Classe III: Fatores associados à doença aterosclerótica coronariana e que, se modificados, talvez reduzam suas conseqüências</b>
Fatores Psicossociais
Lipoproteína (a)
Homocisteína
Estresse Oxidativo
Ingestão de Bebidas Alcoólicas
<b>Classe IV: Fatores que se associam ao aumento do risco de doença aterosclerótica coronariana. porém sem possibilidade de modificação ou se modificados, raramente produzirão alterações na sua história natural</b>
Idade
Sexo
Estado socioeconômico
História familiar de doença arterial coronária
FONTE: PORTO, 2005.
<b>PONTUAÇÃO</b>
PONTUAÇÃO = 100-(NÚMERO DE FATORES DE RISCOx4,762)
ONDE:
- CADA FATOR DE RISCO EXISTENTE EQUIVALE A (-)4,762 PONTOS;
- SEM FATORES DE RISCO = 100 PONTOS;
- 21 FATORES DE RISCO = ZERO PONTOS.

QUADRO 12: PONTUAÇÃO ASA		
CLASSE	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO
I	Indivíduo saudável. Nenhum distúrbio orgânico, psicológico, bioquímico ou psiquiátrico, ou processo da doença, para o qual a cirurgia foi indicada, é localizado e não origina nenhum distúrbio sistêmico	100
II	Paciente com doença sistêmica leve e controlada. Distúrbio sistêmico de leve a moderado, causado tanto pela condição a ser tratada pela cirurgia quanto por um processo fisiopatológico. Sem comprometimento da atividade normal. Aqui também são incluídos pacientes nos extremos etários, como neonatos e octogenários, mesmo sem doença sistêmica detectável, e pacientes com obesidade mórbida. A condição pode afetar cirurgia ou anestesia	75
III	Paciente com doença sistêmica grave, porém não-incapacitante, com limitação da sua capacidade. Distúrbio sistêmico grave, de difícil controle, com comprometimento da atividade normal ou doença de qualquer etiologia que limita a atividade, mas não incapacita. Tem impacto sobre a anestesia e cirurgia	50
IV	Paciente com doença sistêmica grave, incapacitante e que apresenta perigo de vida. Distúrbio grave, potencialmente letal, com risco de vida, nem sempre corrigível pela cirurgia. Grande impacto sobre a anestesia e cirurgia	25
V	Paciente moribundo com pouca ou nenhuma chance de sobrevivência. Será submetido à cirurgia como último recurso	0
VI	Paciente com morte cerebral e doador de órgãos	0

QUADRO 13: AVALIAÇÃO DO RISCO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO SEGUNDO GOLDMAN E COLS. E PONTUAÇÃO NOVO BAROS		
CRITERIOS		ESCORE
<b>HISTÓRIA</b>		
Idade acima de 70 anos		5
Infarto do Miocárdio ou AVC nos 6 meses anteriores		10
<b>EXAME FÍSICO</b>		
Galope de B3 ou distensão das veias jugulares		11
Estenose Valvar Aórtica Importante		3
<b>ELETROCARDIOGRAMA</b>		
Ritmo que não o sinusal ou extrasístole ventricular no último ECG		7
Mais que 5 Extra-sístoles ventriculares por minuto comprovadas em qualquer momento		7
<b>ESTADO GERAL</b>		
Más condições gerais alterações eletrolíticas, insuficiência renal, gases sanguíneos alterados, função hepática alterada ou qualquer condição que mantenha o paciente cronicamente acamado: pO <sub>2</sub> < 60; pCO <sub>2</sub> > 50; HCO <sub>3</sub> < 20 mEq/l; Creatinina > 3,0; TGO anormal; sinais de doença hepática crônica, ou pacientes acamados devido a causas não cardíacas		3
<b>OPERAÇÃO</b>		
Intraperitoneal, intratorácica ou operação aórtica		3
Operação de emergência		4
<b>TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS</b>		<b>53</b>
<b>ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO</b>		
CLASSIFICAÇÃO	RISCO	PONTUAÇÃO
Classe I: de 0 a 5 pontos	4 a 7%	100
Classe II: de 6 a 12 pontos	7 a 11%	75
Classe III: de 13 a 25 pontos	14 a 38%	50
Classe IV: mais de 25 pontos	30 a 100%	25
NOTA: o grifo corresponde a fatores não modificáveis. FONTE: PENNA, 2004		

CLASSIFICAÇÃO GOLDMAN	PONTOS
I	100
II	75
III	50
IV	25

QUADRO 14: CLASSIFICAÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E PONTUAÇÃO NOVO BAROS		
CINTURA ABDOMINAL (cm)		PONTUAÇÃO
HOMEN	MULHER	
<94	<80	100
≥94 a ≤101	≥80 a ≤87	50
≥102	≥88	00

FONTE: OLINTO et al, 2006; Rezende et al, 2006; FERREIRA ET. AL, 2006; CARNEIRO et. al., 2003

## 6. QUALIDADE DE VIDA

Utiliza várias categorias que mede a qualidade de vida global no pré e pós-operatório, baseado no protocolo de qualidade de vida da OMS, o WHOQOL-BREF, adaptado para a obesidade mórbida.

O WHOQOL-BREF-OBESIDADE é um instrumento de auto-avaliação e auto-explicativo, isto é, respondido com a interpretação do paciente para cada pergunta proposta.

O entrevistador não deve influenciar o paciente na escolha da resposta. Quando o respondente não entende o significado de alguma pergunta o entrevistador re-lê a pergunta de forma lenta, não sendo utilizados sinônimos, nem discutidas as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. Em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante, falta de condição clínica) o instrumento é aplicado pelo entrevistador, sendo redobrando o esforço para evitar a influência sobre as respostas do indivíduo.

Caso o paciente por algum motivo não responda a uma questão (por exemplo, não entender a questão após as medidas descritas ou se opuser a marcar sua escolha), é assinalado um código próprio (p. ex. código XX) para diferenciar estas, daquelas questões que eventualmente o paciente possa ter esquecido de responder (código XX).

O paciente poderá escolher as perguntas a serem respondidas, isto se faz necessário, pois muitos pacientes não se enquadram em determinada categoria, como por exemplo, celibatários, idosos, amputados, desempregados).

Foi incluída a qualidade de alimentação (ex. disfagia) e hábito intestinal (ex. diarreia) pois estes dois quesitos interferem na qualidade de vida dos pacientes no pós-operatório.

Ao término do questionário, é verificado se paciente não deixou nenhuma questão sem resposta, se marcou somente uma alternativa por questão e se todos os itens estão completamente respondidos.

A pontuação de cada faceta é obtida pelo valor correspondente assinalado. A pontuação de cada domínio será obtida pela média dos itens respondidos. A pontuação final é obtida pela média do somatório de todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente) e varia de 0 a 100 pontos, segundo os quadros abaixo:

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	0	25	50	75	100

		muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	0	25	50	75	100

As questões seguintes são sobre <b>o quanto</b> você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	100	75	50	25	0
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	100	75	50	25	0
5	O quanto você aproveita a vida?	0	25	50	75	100
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	0	25	50	75	100
7	O quanto você consegue se concentrar?	0	25	50	75	100
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	0	25	50	75	100
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	0	25	50	75	100

As questões seguintes perguntam sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	0	25	50	75	100
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	0	25	50	75	100
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	0	25	50	75	100
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	0	25	50	75	100
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	0	25	50	75	100

As questões seguintes perguntam sobre <b>quão bem ou satisfeito</b> você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	0	25	50	75	100
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	0	25	50	75	100
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	0	25	50	75	100
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	0	25	50	75	100
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	0	25	50	75	100
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	0	25	50	75	100
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	0	25	50	75	100
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	0	25	50	75	100
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	0	25	50	75	100
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	0	25	50	75	100
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	0	25	50	75	100

As questões seguintes referem-se a <b>com que frequência</b> você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	100	75	50	25	0

As questões seguintes referem-se a <b>o quão satisfeito</b> você está com o seu hábito alimentar e intestinal nas últimas duas semanas.						
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
27	Quão satisfeito (a) você está com o seu hábito alimentar?	0	25	50	75	100
28	Quão satisfeito(a) você está com o seu hábito intestinal?	0	25	50	75	100

## 7. COMPLICAÇÕES

Serão consideradas todas as complicações que ocorreram no pós-operatório. As complicações podem ser cirúrgicas ou clínicas, maiores ou menores, precoces ou tardias. Apresentam 3 possíveis classificações segundo os quadros abaixo:

A pontuação desde quesito é variável, dependendo do tipo e número de complicações. Quanto maior o número de complicações e re-operações, maior a pontuação. A pontuação final deste quesito é obtida pela somatória de todas as complicações.

Quando uma complicações resulta em re-operação, pontua-se apenas o valor correspondente a re-operação. Não será computada como complicação as cirurgias plásticas pós-bariátrica.

QUADRO 15: CLASSIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS E PONTUAÇÃO NOVO BAROS		
COMPLICAÇÃO	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO
MENOR	São complicações, clínica ou cirúrgica, precoces ou tardias, que trazem pouca repercussão clínica para o paciente	-1
MAIOR	São complicações, clínica ou cirúrgica, precoces ou tardias, que trazem importante repercussão clínica para o paciente ou que causem internamento superior a 7 dias (ORIA, 2006).	-2
REOPERAÇÃO	Refere-se a qualquer reoperação em consequência da cirurgia bariátrica	-4

FONTE: ORIA, H.E.; MOOREHEAD, M.K. Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). Obesity Surgery, n.8, p.487-499, 1998  
 NOTA: Complicações maiores são definidas como as que geram mais de 7 dias de permanência hospitalar

QUADRO 16: COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS RELACIONADAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA			
MAIORES		MENORES	
PRECOSES	TARDIAS	PRECOSES	TARDIAS
Deiscência de sutura com peritonite ou abscesso	Úlcera péptica complicada	Seroma	Estenose de anastomose
Severa infecção de ferida operatória	Colelitíase	Infecção de pequena monta de parede ou só de pele	Distúrbios eletrolíticos
Evisceração	Hérnia Incisional	Edema de anastomose	Náuseas e vômitos persistentes
Hemorragia intraperitoneal	Rompimento do grampeamento		Esofagite de refluxo
Hemorragia digestiva que requeira transfusão	Fístula gastrogástrica		Esôfago de Barrett
Lesão esplênica requerendo	Erosão pelo anel de		Úlcera anastomótica ou

esplenectomia	contenção que requeira reoperação		úlcera péptica do coto gástrico
Outras lesões de órgão abdominais	Re-hospitalização por severa desnutrição ou deficiência protéica		
Ileo paralítico severo			
Obstrução intestinal			
Vôlvulo intestinal			
Síndrome da alça cega			
Dilatação gástrica aguda			

FONTE: ORIA, H.E.; MOOREHEAD, M.K. Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). Obesity Surgery, n.8, p.487-499, 1998  
 NOTA: Complicações maiores são definidas como as que geram mais de 7 dias de permanência hospitalar.

#### QUADRO 17: COMPLICAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA

MAIORES		MENORES	
PRECOCES	TARDIAS	PRECOCES	TARDIAS
Pneumonia	Insuficiência hepática	Atelectasia	Anemia
Atelectasia severa	Cirrose	Infecção urinária	Deficiência metabólica (vitaminas, minerais, proteínas)
Insuficiência respiratória	Anorexia nervosa	Trombose venosa profunda sem TEP	Perda de cabelo
Edema pulmonar	Bulimia	Distúrbios hidroeletrólíticos	
Embolismo pulmonar	Severa depressão	Náuseas	
SARA		Vômitos	
Infarto do miocárdio		Esofagite	
Insuficiência cardíaca congestiva			
AVC			
Insuficiência renal aguda			
Surto psicótico			
Depressão pós-operatória severa			

FONTE: ORIA, H.E.; MOOREHEAD, M.K. Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). Obesity Surgery, n.8, p.487-499, 1998

NOTA: Complicações maiores são definidas como as que geram mais de 7 dias de permanência hospitalar.

## 8. PONTUAÇÃO FINAL DO NOVO BAROS

A pontuação final do NOVO BAROS é obtida pela média dos quesitos avaliados.

No pré-operatório a pontuação final corresponde à média dos quesitos avaliados (peso, comorbidades, risco relativo e qualidade de vida) e varia de 0 a 100 pontos.

No pós-operatório a pontuação final corresponde à média dos quesitos avaliados (peso, comorbidades, risco relativo e qualidade de vida) deduzido da pontuação das complicações, variando de 0 a 100 pontos.

## 9. BAROS

O protocolo BAROS será respondido seguindo as orientações de Oria (1998).

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualquer dúvida no preenchimento dos protocolos NOVO BAROS ou BAROS deverá ser respondida pela tese "NOVO BAROS - ANÁLISE CRÍTICA DA METODOLOGIA APLICADA PELO B.A.R.O.S - BARIATRIC ANALYSIS AND REPORTING OUTCOME

---

SYSTEM.- SUGESTÕES PARA APRIMORAMENTO” ou diretamente com o médico  
coordenador da pesquisa

