

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM**

**RAFAELLA CRISTINA DIMBARRE DE MIRANDA**

**TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO EM NUTRIÇÃO COMO  
FERRAMENTAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
CIRURGIA BARIÁTRICA**

**Florianópolis  
2016**



Rafaella Cristina Dimbarre de Miranda

**TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO EM NUTRIÇÃO COMO  
FERRAMENTAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Vera Radünz.

Co-orientadora: Prof. Dra. Luciara Fabiane Sebold.

**Área de concentração:** Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Grupo de Pesquisa Vinculado:** Cuidando & Confortando.

**Linha de pesquisa:** Modelos e Tecnologias para o Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Florianópolis  
2016

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

Miranda, Rafaella Cristina Dimbarre de  
TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO EM NUTRIÇÃO COMO FERRAMENTAS  
PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM CIRURGIA BARIÁTRICA /  
Rafaella Cristina Dimbarre de Miranda ; orientadora, Vera  
Radünz ; coorientadora, Luciara Fabiane Sebold. -  
Florianópolis, SC, 2016.  
151 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Tecnologias de comunicação  
nutricional. 3. Segurança do paciente. 4. Cirurgia  
Bariátrica. 5. Obesidade. I. Radünz, Vera. II. Sebold,  
Luciara Fabiane. III. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

## **FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA**



## AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esse trabalho, que fiz com tanto carinho, penso em uma palavra que o resume: gratidão. A Deus, por me permitir concluir com serenidade e entusiasmo, mesmo com situações fora do previsto como a chegada de um bebê, o Benício. Aliás, agradeço ao Benício por me proporcionar uma gravidez sem cansaço, sem enjoos ou azia, o que facilitou todo o seu percurso. À família por compreender o meu tempo reduzido para estar com eles. Ao meu marido, Weidy, por entender a “ausência”, mesmo estando em casa ao seu lado, e me acompanhando sempre em todo o meu trajeto profissional.

A minha sempre doce orientadora Dra. Vera Radünz que sempre tem uma palavra amiga para me dar e sempre consegue ver o lado bonito das coisas, além de me passar muita calma diante do volume de atividades do mestrado.

A minha co-orientadora Dra. Luciara Fabiane Sebold por toda a ajuda e entusiasmo diante do tema obesidade.

A minha banca, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições desde a qualificação.

Aos meus queridos pacientes do GIAPRE que tanto contribuíram para esse trabalho e sempre estiveram disponíveis para que a pesquisa fosse realmente fidedigna.

Ao departamento de Nutrição da UFSC pelo apoio ao trabalho, especialmente Dra. Raquel Kuerten, coordenadora do GIAPRE. Às colegas do Serviço de Nutrição pelo apoio no momento da licença para concluir a dissertação e aos colegas de enfermagem da Cirúrgica I, que sempre me apoiaram nessa conquista.

Às colegas Dra. Monique Marinho, Marciele Misiak e Patrícia Ilha que sempre me ajudaram em momentos de nervosismo, me aconselharam, leram e contribuíram no meu trabalho. A todos os colegas participantes do grupo Cuidando & Confortando que sempre me estimularam a trabalhar esse tema, antes mesmo de concorrer ao mestrado.

A minha mãe Saray e sogra Célia que vieram por vezes de longe me ajudar com os afazeres de casa e com o Benício para eu manter a pesquisa em andamento.

A minha madrastra Maristela por revisar meu trabalho prontamente.

Aos meus amigos Aline e Pedro por me ajudarem na tradução para o inglês quando precisei.

A minha amiga Luisa por estar até mesmo no dia da apresentação, para auxiliar meu marido e cuidar do Benício.

A minha amiga Bárbara, que sempre esteve disponível para me ajudar em questões administrativas do mestrado e na prática do serviço de Nutrição dar continuidade de forma brilhante a esse trabalho com paciente de cirurgia bariátrica na minha licença maternidade.

E, finalmente, e não menos importantes, a todos os meus colegas do Mestrado que sempre se mantiveram lado a lado, ajudando e torcendo pelo outro.



MIRANDA, R. C. D. **Tecnologias de Comunicação em Nutrição como ferramentas para a Segurança do Paciente de Cirurgia Bariátrica.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2016.

Orientadora: Vera Radünz.

Co Orientadora: Luciara Fabiane Sebold.

## RESUMO

Esse estudo teve como objetivo conhecer como as tecnologias de comunicação oferecidas pelo serviço de nutrição de um hospital universitário do Sul do Brasil contribuem para a segurança do paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica sob a ótica dele. As tecnologias de comunicação oferecidas por este serviço são: atendimento individual em consulta ambulatorial, acompanhamento em grupo presencial, grupo em rede social, resolução de dúvidas via ligação telefônica e contato via *e-mail* e mensagem simultânea por meio de aplicativo em *smartphone*, o *Whatsapp*. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no referido hospital, localizado em Florianópolis, Santa Catarina. Um total de 22 pacientes participaram do estudo e a coleta de dados deu-se por meio de Grupo focal realizado no Grupo Interdisciplinar de Acompanhamento a Pacientes com Redução de Estômago, que atenderam aos critérios estabelecidos. Os encontros tiveram frequência mensal, com duração de uma hora e meia, realizado nos meses de março a julho de 2016, totalizando cinco encontros. Em fevereiro do mesmo ano, foi realizado um grupo-piloto, para adequação do roteiro de perguntas, dos tempos previstos e das instruções dadas aos participantes. Para análise dos dados, foi escolhida a metodologia de Flick, a partir da transcrição das falas para a forma textual, e separação das mesmas em unidades semelhantes que foram renomeadas de acordo com sua relevância e foram discutidas em consonância com literatura pertinente e atualizada. A pergunta de pesquisa e os temas pré-estabelecidos foram essenciais para a definição destas unidades, as quais foram estabelecidas e reestabelecidas conforme os grupos foram acontecendo. O presente estudo passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por meio do sistema de submissão da Plataforma Brasil, conforme Parecer Consubstanciado de número 1.450.029. Os resultados mostram que os participantes valorizam as tecnologias de comunicação disponíveis pelo serviço de Nutrição,

utilizando-as de acordo com suas possibilidades. Na visão deles, estas são essenciais para fortalecer o vínculo com a nutricionista do serviço e com os demais pacientes, bem como para se sentirem seguros já que existem variados recursos para se comunicarem com a mesma e tirarem suas dúvidas em relação a sua alimentação, contribuindo para evitar o reganho de peso, deficiências nutricionais e avançar na segurança do cuidado nutricional no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Além disso, estas tecnologias, quando feitas em grupo mostram ser um bom veículo de troca de experiências possibilitando maior incentivo ao autocuidado e assim contribuindo para sua segurança.

**Descritores:** Cirurgia bariátrica. Hábitos alimentares. Nutrição. Tecnologias em saúde. Segurança do paciente. Obesidade. Educação alimentar e nutricional.

MIRANDA, R. C. D. **Tecnologías de la Comunicación en Nutrición como herramientas para la seguridad del paciente de la cirugía bariátrica.** Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, en 2016.

Supervisor: Vera Radünz.

Co Supervisor: Luciara Fabiane Sebold

## **RESÚMEN**

Este estudio tuvo como objetivo comprender cómo las tecnologías de comunicación que ofrece el servicio de nutrición en un hospital universitario en el sur de Brasil contribuyen a la seguridad del paciente en la cirugía bariátrica post-desde la perspectiva de la misma. Tecnologías de la comunicación que ofrece este servicio son: la atención individual en una consulta ambulatoria, monitoreo grupo de asistencia, las redes sociales, resolución de preguntas a través de llamada telefónica y el contacto vía e-mail y un mensaje simultánea a través de la aplicación en el teléfono inteligente, el Whatsapp . Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo. El estudio se realizó en ese hospital, situado en Florianópolis, Santa Catarina. Un total de 22 pacientes participaron en el estudio y la recopilación de datos se llevó a cabo por medio del grupo de discusión celebrados en el Grupo Interdisciplinario para el Seguimiento de los pacientes con una reducción de estómago, que cumplieron con los criterios establecidos. Las reuniones se realizaron cada mes, con una duración de una hora y media, que tuvo lugar en los meses de marzo a julio de 2016, un total de cinco reuniones. En febrero del mismo año, un grupo piloto se llevó a cabo para adaptar el guión de preguntas, los momentos previstos y las instrucciones dadas a los participantes. Para el análisis de datos, se optó por la metodología Flick, de la transcripción del discurso a la forma textual, y la separación de los mismos en unidades similares que han cambiado de nombre en función de su relevancia y fueron analizados de acuerdo con la bibliografía pertinente y actualizada. La pregunta de investigación y los temas preestablecidos eran esenciales para la definición de estas unidades, que fueron establecidos y restablecidos como los grupos se llevaban a cabo. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, a través del sistema de presentación de la plataforma Brasil, de acuerdo con el certificado número 1450029 soportado. Los resultados muestran que los participantes valoran las

tecnologías de comunicación disponibles para el servicio de nutrición, su uso de acuerdo con sus posibilidades. En su opinión, estos son esenciales para fortalecer el vínculo con el servicio de dietista y el resto de los pacientes, y para sentirse seguro ya que hay varios recursos para comunicarse con ellos y llevar a sus preguntas en cuanto a su alimentación, contribuyendo para evitar peso recobrado, deficiencias nutricionales y avanzar en la seguridad de la atención nutricional después de la cirugía bariátrica. Por otra parte, estas tecnologías, cuando se hace en una muestra colectiva para ser un buen vehículo de intercambio de experiencias que permite una mayor incentivo para el cuidado personal y por lo tanto contribuir a su seguridad.

**Palabras clave:** Cirugía bariátrica. Hábitos alimenticios. Nutrición. Tecnologías de la salud. La seguridad del paciente. La obesidad. Educación alimentaria y la nutrición.

**MIRANDA, R. C. D. Communication Technologies in Nutrition as tools for the Bariatric Surgery Patient's Safety.** Dissertation (Master Degree in Nursery) – Nursery Post-Graduation Program. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, 2016.

Adviser: Vera Radünz.

Co-Adviser: Luciana Fabiane Sebold.

## **ABSTRACT**

This study had as its objective to find out how communication Technologies offered by a Southern Brazilian university hospital's Nutrition service may contribute to the patient's postoperative safety after bariatric surgery through his point of view. The communication Technologies offered through said service are: personal care in outpatient care, assistance in face-to-face group, social network groups, clarification of doubts through phone calls and e-mail contact, as well as simultaneous message through the Whatsapp smartphone app. It is a descriptive and exploratory study, with quantitative approach. Such study was conducted in the aforementioned hospital, in Florianópolis, Santa Catarina. A total of 22 patients took part of the study, and the data gathering happened through contact group conducted in the Interdisciplinary Assistance to Stomach Reduction Patients Group, with patients which fulfilled the established criteria. The meetings were monthly in frequency, lasting for one hour and a half and conducted from March to July, 2016, with a total of five meetings. In February of the same year, a test group was created, in order to adequate the scripting of questions, estimated timing and instructions given to participants. For data analysis, Flick's methodology was chosen, speech-to-text form, and the separation of them in similar units that were renamed according to their relevance, then discussed in consonance with the concerning updated literature. The research's question and the pre-arranged themes were essential to the definition of the aforementioned units, which were arranged and rearranged according to the forming of groups. The present study was approved by the Human Being Research Ethics Committee, through the Plataforma Brasil submission system, in accordance to the Consolidated Report number 1.450.029. The results show that the participants value the communication technologies available through the Nutrition service, using them according to the possibilities. In their point of view, they are essential to strengthen the link with the service's nutritionist and the other patients, as well as to feel safer, since there already are many resources

for communication with her, and in order to clarify doubts according to their diet, contributing to avoid the regaining of weight, nutritional deficit and to improve security of the nutritional care in bariatric surgery's post-op. Also, those technologies, when worked in group, are a good ground for sharing experiences, allowing for more incentive and self-care, thus contributing to safety.

**Keywords:** Bariatric Surgery. Dietary Habits; Nutrition; Health technologies; Patient safety; Obesity; Nutritional and Dietary Education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
C&C – Grupo de pesquisa Cuidando e Confortando  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CEPEN – Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem  
CFN – Conselho Federal de Nutricionistas  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COREN – Conselho Regional de Enfermagem  
DCNT – Doença Crônica não Transmissível  
DGYR – Derivação Gástrica em Y de Roux  
DM – Diabetes Melito  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
GF – Grupo Focal  
GIAPRE – Grupo Interdisciplinar de Acompanhamento a Pacientes com Redução de Estômago  
HAS – Hipertensão Arterial  
HU – Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago  
IMC – Índice de Massa Corporal  
IOM – *Institute of Medicine*  
MS – Ministério da Saúde  
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PEN – Programa de Pós-graduação em Enfermagem  
PNSP – Programa Nacional de Saúde Paciente  
PIB – Produto Interno Bruto  
PSE – Programa Saúde na Escola  
REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente  
SBCM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TICs – Tecnologias de informação e comunicação  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UIC I – Unidade de Internação Cirúrgica I  
WHO – *World Health Organization*





## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2. OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>31</b>
2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO .....	31
<b>3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>33</b>
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E A COMUNICAÇÃO SEGURA .....	33
3.2 TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO .....	37
3.3 O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE .....	42
<b>4. MÉTODO</b> .....	<b>53</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	53
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO .....	53
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	57
<b>4.3.1 Critérios de inclusão</b> .....	<b>58</b>
<b>4.3.2 Critérios de exclusão</b> .....	<b>58</b>
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS .....	58
<b>4.4.1 Ambiente e recursos utilizados</b> .....	<b>62</b>
4.5 COLETA DE DADOS .....	63
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	64
4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	65
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>67</b>
5.1 MANUSCRITO 1 “TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO DE UM SERVIÇO DE NUTRIÇÃO AUXILIANDO NA SEGURANÇA DO PACIENTE DE CIRURGIA BARIÁTRICA” .....	68
5.2 MANUSCRITO 2 “CIRURGIA BARIÁTRICA: MUDANÇAS ALIMENTARES E DESAFIOS PARA PERDA E MANUTENÇÃO DE PESO” .....	88
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>117</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>135</b>
<b>ANEXO A – INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011 – ALTERA OS CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO E O FORMATO DE APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DOS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO EM ENFERMAGEM</b> .....	<b>139</b>
<b>ANEXO B - ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GASTROPLASTIA</b> .....	<b>143</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica definida como um acúmulo anormal de gordura corporal que pode levar a deficiências graves de saúde e é classificada pelo *World Health Organization* – WHO - (2009) de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC é reconhecido internacionalmente como um parâmetro de classificação da obesidade de fácil aplicação e de baixo custo e é calculado dividindo-se o peso em quilogramas (kg) pela altura em centímetros (cm) ao quadrado. Esse parâmetro classifica o indivíduo como eutrófico quando o valor de IMC está na faixa de 18,5 a 24,9 Kg/m<sup>2</sup>; IMC maiores do que 25 kg/m<sup>2</sup> classificam o indivíduo como sobrepeso e valores acima de 30 kg/m<sup>2</sup> o classificam como obeso (*World Health Organization*, 2009). O IMC elevado é um importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), incluindo doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM), distúrbios musculoesqueléticos e alguns tipos de câncer e isso se torna preocupante quando consideramos que estas doenças são responsáveis por 72% dos óbitos do nosso país (*World Health Organization*, 2015).

De acordo com a *World Obesity* (2015), organização que acompanha a evolução da obesidade em diversas partes do mundo, a obesidade hoje é reconhecida mundialmente como um dos problemas mais importantes de saúde pública. Existem aproximadamente 475 milhões de adultos obesos, 1,5 milhão de super obesos e mais de 200 milhões de crianças em idade escolar que estão acima do peso. Projeções baseadas em inquéritos alimentares feitos nas últimas décadas estimam que a obesidade atinja, em 2025, 40% da população dos EUA, 30% da Inglaterra e 20% do Brasil (CONDE; BORGES, 2011).

Tanto a obesidade quanto as suas comorbidades associadas oneram o Estado em valores altos e, seus custos diretos e indiretos, aumentam o impacto sobre a economia relacionada aos cuidados de saúde e os recursos sociais. Entre os custos diretos de saúde, incluem-se os serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados com as comorbidades associadas ao excesso de peso. Já, os indiretos, muitas vezes, são negligenciados e subestimados causando danos enormes para a sociedade, pois, relacionam-se com a renda perdida oriunda da diminuição da produtividade, afastamento do trabalho, aposentadorias precoces, oportunidades reduzidas, atividade restrita, absenteísmo e morte prematura (WORLD OBESITY FEDERATION, 2015).

Além disso, outros custos vinculam o orçamento dos governos à necessidade de mudança na infraestrutura das cidades que deve adaptar

locais públicos e ou privados para pessoas com excesso de peso, como: camas reforçadas, mesas cirúrgicas e cadeiras de rodas diferenciadas, catracas ampliadas e assentos em estádios e, também, modificações no setor de transporte (WORLD OBESITY FEDERATION, 2015).

Estima-se que na Europa os gastos com a obesidade sejam de 2 a 8% dos orçamentos de saúde, o que equivale a 0,6% do produto interno bruto (PIB). Nos Estados Unidos, as estimativas de 2008 indicaram um gasto de aproximadamente 147 bilhões de dólares com despesas médicas relacionadas à obesidade (FINKELSTEIN et al, 2009).

No Brasil, os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com a obesidade também são categorizados em custos diretos e indiretos, estes últimos calculados com base em doenças decorrentes da obesidade. É indiscutível o impacto destes gastos nos cofres brasileiros, que são crescentes e significativos e que afetam não somente os sistemas de saúde, mas a sociedade como um todo. Dados como estes são ferramentas importantes para tomada de decisões de gestores sobre investimentos e prioridades, auxiliando no processo de eficiência nos gastos em saúde (BAHIA; ARAÚJO, 2014).

Os autores ainda reforçam que o financiamento do SUS e do Sistema Suplementar de Saúde, este último representado por 25% da população que tem acesso ao mesmo, é complexo e os recursos são limitados. O crescente número de casos de obesidade configura, em longo prazo, uma ameaça à sustentabilidade do tratamento desses indivíduos, tanto no âmbito público quanto no privado (BAHIA; ARAÚJO, 2014).

Segundo Oliveira, Santos e Silva (2015), quando uma doença pode ser evitada e o seu custo para o sistema de saúde é conhecido, os gestores e profissionais podem se planejar estrategicamente, utilizando estes recursos financeiros para a prevenção, proporcionando melhor qualidade de vida à sociedade.

Além dos custos financeiros, a obesidade tem um grande impacto social que ultrapassa as questões físicas e estéticas, que são os problemas de ordem emocional e de convívio social. A crescente consciência mundial sobre a epidemia da obesidade tem auxiliado para minimizar o preconceito, todavia, muitas vezes, pessoas obesas são estigmatizadas na sociedade e a depressão e baixa autoestima podem afetar a qualidade de vida deste indivíduo, sua saúde mental, vida escolar e perspectivas profissionais e de emprego (WORLD OBESITY FEDERATION, 2015). O peso corporal no paciente obeso é um fator muito complexo. A imagem por ele criada é formada a partir das percepções, conjecturas e imaginações associadas à influência que esta imagem exerce sobre os outros, ao julgamento que os outros fazem sobre ele, além de uma espécie

de auto sentimento resultante dessa interação social (KANNO et al., 2008).

Apesar de muitos fatores estarem envolvidos na etiologia da obesidade, os mais comumente estudados são aqueles relacionados ao estilo de vida, especialmente a dieta (FERREIRA; WANDERLEY, 2009).

Os dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada pelo Ministério da Saúde (MS), trazem que a proporção de pessoas acima do peso avançou de 43% em 2006, para 52.5% em 2014 e o percentual de obesos cresceu de 11% para 17.9% (VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO, 2014).

Em função da gravidade das DCNTs e do seu impacto no sistema de saúde e na sociedade, a Organização das Nações Unidas (ONU) recrutou chefes de Estado e debateu o tema que resultou em uma declaração política na qual os países membros se comprometeram a trabalhar para combater o crescimento dessas doenças. No Brasil, o resultado foi o Plano Nacional de Ação do Ministério da Saúde, lançado em 2011, para enfrentamento dessas doenças, definindo e priorizando as ações e os investimentos necessários, estabelecendo metas e compromissos assumidos até 2022 (BRASIL, 2011).

Dentre essas ações, está a criação das Academias da Saúde, com 1568 polos implantados; o Programa Saúde na Escola (PSE); a revisão do Guia Alimentar para a População Brasileira que traz recomendações que visam à prevenção das DNCTs relacionadas à alimentação e o Guia de Alimentos Regionais, que tem por objetivo incentivar a população a aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, valorizando a alimentação de cada região brasileira (BRASIL, 2014).

O tratamento tradicional da obesidade envolve a orientação dietética, a prática de atividade física, a terapia cognitivo-comportamental e o uso de fármacos (MARCELINO; PATRICIO, 2011). Quando esses métodos não alcançam sucesso, ou seja, quando há falha no tratamento clínico na perda e manutenção da perda de peso, a cirurgia bariátrica é o próximo tratamento de escolha e esta tem se demonstrado um recurso terapêutico consistente na perda de peso em longo prazo e na melhora ou remissão de comorbidades associadas à obesidade (CUMMINGS; PRATT, 2015).

A cirurgia bariátrica é um método de tratamento intervencionista para a obesidade que leva à restrição da entrada de alimentos no estômago e a diminuição de absorção desses alimentos pelo intestino delgado

(REPETTO; RIZZOLI, 2006). Em função do tamanho reduzido da câmara gástrica, ocorre a redução da tolerância por porções grandes de alimentos (ERNST et al., 2009). Além disso, um dos fatores que otimiza os efeitos da saciedade após a cirurgia é a constrição feita na parte distal da bolsa gástrica, o que causa atraso no esvaziamento gástrico e consequente diminuição na ingestão alimentar (FARIA; FARIA; CARDEAL, 2014).

A cirurgia bariátrica tem sido utilizada para tratar o grau mais severo de obesidade (IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup>), considerando a dificuldade dos pacientes seguirem o tratamento habitual. O tratamento cirúrgico também é indicado nos casos de indivíduos considerados obesos grau II (IMC entre 35 e 40 kg/m<sup>2</sup>) com problemas crônicos de saúde relacionadas à obesidade como DM, HAS, doenças cardiovasculares, alterações articulares, respiratórias, dentre outras (FARIAS et al. 2006). Em 13 de janeiro de 2016, a Resolução n. 2.131/15 que especifica estas comorbidades, altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942, de 2010 e acrescenta disfunção erétil, osteoartroses, refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica, hérnias discais, asma grave não controlada, pancreatites de repetição, esteatose hepática, infertilidade, síndrome dos ovários policísticos, estigmatização social, depressão entre outras doenças (CFM, 2016). A intervenção cirúrgica contribui para a redução ou eliminação destas comorbidades (MASON, 2003).

Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCM, 2015) ressaltam que o Brasil é o segundo país no mundo que mais realiza esse tipo de cirurgia, com mais de 80 mil registros por ano, superado apenas pelos Estados Unidos. O aumento do número de cirurgias bariátricas nos últimos dez anos foi de aproximadamente 300% e a taxa de mortalidade de pacientes que optam pelo tratamento não ultrapassa 0,15% o que torna a cirurgia ainda mais atrativa.

Desde 1999, a cirurgia bariátrica foi incluída como procedimento pago pelo SUS, sendo a gastroplastia com derivação em Y de Roux, ou derivação Gástrica em Y de Roux (DGYR), o tipo de cirurgia mais realizado (SANTOS et al., 2010). Devido a sua segurança e sua eficácia, a DGYR é a modalidade de cirurgia bariátrica mais praticada no Brasil e a via laparoscópica é limitada às instituições privadas, uma vez que são incorporados pelo SUS somente procedimentos por laparotomia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2015). Com esse tipo de cirurgia, pode-se alcançar uma perda de 40% do peso total (BACCHI; BACCHI, 2012).

O Conselho Federal de Medicina (2010) ressalta que o acompanhamento multidisciplinar dos pacientes submetidos a esse tipo

de cirurgia deve ser contínuo, posto que além de tratar-se de uma cirurgia de grande porte, podem existir riscos nutricionais caso este acompanhamento não seja adequado afetando assim, a segurança do paciente. Dentre os riscos nutricionais causados ao paciente pela cirurgia bariátrica, temos as carências nutricionais causadas pela baixa ingestão de alimentos e também pela má absorção de micronutrientes induzida pela cirurgia podendo resultar em desnutrição, neuropatias, intolerâncias alimentares e outras complicações (AASHEIM et al., 2009). Há um maior risco de se desenvolver deficiências de micronutrientes como o ferro, a vitamina B12, o ácido fólico e o cálcio. Isso ocorre porque é no estômago que o ácido clorídrico converte o ferro da forma ferrosa em férrica e é no duodeno onde ocorre a sua absorção. A absorção da vitamina B12 também é afetada devido a alterações anatômicas do estômago e intestino impostas pelo procedimento cirúrgico, havendo impossibilidade da ligação com fator intrínseco condicionado à integrada do duodeno (MACLEAN; RHODE; SHIZGAL, 1983; HALVERSON, 1986; REGINALDO; SILVA. 2014).

Dentre os macronutrientes, a deficiência proteica é a mais comumente relatada, cujo mecanismo não ocorre somente devido ao componente mal absorptivo da técnica cirúrgica, mas pode estar associada a fatores que levam à diminuição da ingestão alimentar, como anorexia, vômitos persistentes, diarreia, intolerância alimentar, etilismo e reduzida capacidade individual absorptiva e adaptativa (AILLS et al., 2008). Além disso, a cirurgia também pode promover alterações na preferência alimentar e com frequência submete os indivíduos a complicações pós-operatórias, como diminuição da tolerância alimentar, aversão a alimentos específicos antes consumidos normalmente, síndrome de *dumping*, anemia ferropriva, alopecia, desnutrição protéica, dentre outras complicações (PREVEDELLO et al., 2009).

Sintomas como regurgitação, náuseas e vômitos também tem sido relatados nesses tipos de pacientes (HEBER et al. 2010). A síndrome de *dumping* é caracterizada pela sensação de desconforto abdominal, fraqueza, tremores, sudorese, taquicardia, palidez e vertigem após as refeições, geralmente com maior concentração de carboidratos, causada pela alteração no esvaziamento gástrico pós-cirúrgico (HEBER et al. 2010).

Para minimizar os riscos, o acompanhamento contínuo é imprescindível para o sucesso não somente da perda ponderal, mas também para sua manutenção e bom estado nutricional. A prevalência de adesão ao acompanhamento ambulatorial no pós-operatório de cirurgia bariátrica tem sido considerada como um importante critério para avaliar

a qualidade e segurança dos serviços que a realizam, sendo a Instituição considerada de excelência quando pelo menos 75% dos seus pacientes são acompanhados por pelo menos cinco anos (SCABIN; ELUF-NETO; TESS, 2012). Estes mesmos autores encontraram em seus estudos, uma relação positiva da adesão ao tratamento nutricional com um período mais prolongado de internação, sugerindo que pacientes que ficam mais tempo internados (geralmente em virtude de intercorrências) criam um maior vínculo com a equipe multidisciplinar durante a estadia no hospital.

O vínculo entre os profissionais de saúde e usuários de modo geral é respaldado pela formação das redes de cuidado. Cabe observar que duas portarias foram criadas neste sentido; a Portaria 4.279/ GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito SUS, como também a Portaria 483, de 1º de abril de 2014, redefine esta rede para as pessoas com doenças crônicas e estabelece as diretrizes para a organização das linhas de cuidado (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014).

Dentre estas linhas de cuidado salienta-se o estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado de forma que se garanta a autonomia do indivíduo, o conhecimento sobre sua saúde e a sua corresponsabilização, bem como o da sua família, o que só pode ser alcançado quando há um vínculo do profissional com o paciente. Assim, o estabelecimento de relações de confiança, respeito e reciprocidade entre o profissional de saúde e paciente deve ser a base das práticas de atenção à nutrição e à saúde, visando ampliar a humanização e o vínculo terapêutico (DEMETRIO et al., 2011).

Por meio do vínculo, que é produto da comunicação, da assunção de responsabilidades tanto do profissional quanto do indivíduo assistido e da resolução de suas demandas, é possível uma maior utilização efetiva das estratégias de comunicação (BARROS; BOTAZZO, 2011).

Apesar do objetivo da cirurgia bariátrica ser o de transformar os hábitos dos pacientes em mais saudáveis, este processo pode ser complexo, envolvendo aspectos físicos, psíquicos e sociais, dependendo da individualidade de cada um. A obrigatoriedade de mudar hábitos relacionados à alimentação e à atividade física pode ser considerada o maior desafio neste processo (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Além disso, mesmo considerando a magnitude do emagrecimento proporcionado pela cirurgia bariátrica, tem-se observado o reganho de peso, particularmente após os 24 meses da cirurgia (HOJO; MELO; NOBRE, 2007; DALCANALE et al., 2010). Como causas deste reganho de peso, os autores atribuem às modificações decorrentes do hábito alimentar no pós-operatório tardio e o retorno de hábitos não saudáveis, a



maior capacidade de consumo alimentar associada à pior qualidade dos alimentos escolhidos, resultando em elevada ingestão energética e de baixo valor nutricional.

Dessa forma, o profissional nutricionista enfrenta o desafio diário de adaptar suas orientações e transformá-las de acordo com o indivíduo assistido de modo que a mensagem por ele transmitida seja interpretada de forma correta, fixada e incorporada e, da mesma forma, para que a mensagem transmitida pelo paciente seja compreendida pelo profissional. O insucesso das cirurgias em seu objetivo principal, ou seja, a perda ponderal insuficiente ou o reganho de peso, tornam-se uma situação desagradável e até constrangedora, tanto para o profissional nutricionista envolvido nesse processo, quanto para o paciente. Esta situação pode estar relacionada à comunicação não efetiva.

Algumas estratégias de comunicação podem ser adotadas para auxiliar o diálogo do profissional com o paciente além da consulta individual, como: grupo educativo presencial ou virtual, contatos via e-mail, telefone e mensagens simultâneas com a utilização do *Whatsapp* via *smartphone*. Essas tecnologias tornaram-se possíveis a partir da ampliação da utilização da *internet* e popularização dos *smartphones* que complementam o atendimento e promovem o autocuidado em saúde, alcançando um número maior de pacientes com um custo relativamente baixo, contribuindo para evitar faltas às consultas, aumentar a adesão ao acompanhamento, tirar dúvidas e evitar riscos (CURIONI; BRITO; BOCCOLINI, 2013).

Vale ressaltar que em se tratando de comunicação no Brasil, alguns órgãos têm se mobilizado em prol da comunicação e segurança do paciente, promovendo campanhas, criando manuais e cartilhas. Uma destas publicações foi a cartilha “Os 10 passos para a Segurança do Paciente”, publicado após ampla discussão com os membros do Polo São Paulo da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) em 2010, em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN/SP). O sétimo passo dessa Cartilha, denominado “Comunicação Efetiva”, traz sugestões que visam garantir a segurança no que diz respeito ao registro de informações no prontuário e à transmissão de informações e da comunicação profissional – paciente (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente pode ser definida como a redução do risco de danos desnecessários nos cuidados em saúde a um mínimo aceitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Visa prevenir danos causados durante a realização de cuidados à saúde, estando estes constantemente

vulneráveis a uma cadeia de erros que podem colocar em risco a qualidade do serviço prestado e também os indivíduos envolvidos nesses processos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004). A cultura de segurança é definida como o suporte e o modo das atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição da mesma, de forma a detectar e aprender a partir dos erros identificados (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993).

Reafirmando este conceito e associando-o ao cuidado em saúde, a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que implementou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), considera como dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se lesão, doença, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção física, social ou psicológica (BRASIL, 2013a). Como estratégias de implantação do PNSP, propõem-se ações voltadas à comunicação como: elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente; promoção de processos de capacitação de recursos humanos no tema segurança do paciente; inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente; implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente; implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde; promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes; e articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação (BRASIL, 2013a).

A comunicação pode ser entendida como uma tecnologia quando se pensa em avanços na assistência em saúde. A tecnologia teve sua origem desde as atividades mais primordiais de sobrevivência e evoluiu com a inserção da filosofia no período da Grécia antiga. Consolidaram-se, finalmente, para organizar estas informações e conhecimentos, derivados das descobertas científicas utilizadas com a finalidade de propor soluções e resolver problemas técnicos existentes na busca de inovações (OLIVEIRA, 2008).

As tecnologias são classificadas de acordo com a conjunção em que se apresentam: duras, quando se referem ao material concreto, como equipamentos e máquinas; leve-duras, caracterizadas pelos saberes estruturados, como normas e protocolos ou os conhecimentos produzidos nas mais variadas áreas do saber; e as tecnologia leves, presentes neste

estudo, associadas ao processo de interação e subjetividade, como a comunicação e as relações entre pacientes e profissionais de saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

A tecnologia moderna não pode ser vista apenas como produção de máquinas ou equipamentos, numa visão reducionista ou simplista: ela também organiza e sistematiza atividades, apoiando-se nas ciências comportamentais e, os profissionais envolvidos devem comprometer-se em construir uma relação com o indivíduo com múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os diferentes problemas de saúde (KOERICH et al., 2006).

Em todo esse processo, a tecnologia está intimamente ligada à cirurgia bariátrica e às orientações nutricionais e acompanhamento específicos que a envolvem. Tudo isso pode parecer simples quando não se considera toda a mudança de hábitos alimentares a que a pessoa submetida à cirurgia e sua família terão que se adaptar. Por isso, a qualidade do serviço de nutrição deve ser prioridade e os cuidados nutricionais ao paciente realizados de uma forma clara e responsável. Ao se entender o significado das tecnologias de comunicação e da realidade pessoal destes indivíduos, pode-se obter um conhecimento maior da natureza humana e planejando a atuação do nutricionista para a segurança do paciente. Esse conhecimento pode levar também a uma maior empatia e vínculo com aqueles que vivem um processo de mudança de estilo de vida induzido pela cirurgia.

Para manutenção dos vínculos deve-se atrelar diversas modalidades de acompanhamento presenciais como consultas individuais ou atendimento em grupo, estes últimos considerados um dispositivo potente para a atenção em saúde (BRASIL, 2013). Além disso, recomenda-se outros tipos de atendimento não presenciais como *e-mail*, contato telefônico e outros tipos de suporte. Como exemplo, temos as Diretrizes para o cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias, que destaca o acompanhamento de usuários com situações mais complexas, que necessitam de uma abordagem mais intensiva. Esse tipo de paciente pode ter a possibilidade de diminuir o número de consultas individuais, auxiliando no manejo das vagas para atendimento, se for possível o uso de outras formas de contato como telefone e *e-mail* (BRASIL, 2013d).

Na prática clínica, percebia-se que os pacientes vinham ansiosos às consultas com muitas dúvidas que poderiam ter sido sanadas de forma rápida anteriormente. Além disso, alguns pacientes arriscavam algumas condutas por conta própria pela falta de contato com o profissional nutricionista e esclareciam as dúvidas com pessoas leigas ou sites da

*internet* não confiáveis. Alguns pacientes sentiam-se seguros em usar a *internet* ou participar de grupos de pacientes que fizeram cirurgia bariátrica em outros locais e acabavam por faltar às consultas e perdiam o acompanhamento nutricional, podendo correr riscos. Estava clara a necessidade de ampliar o acesso ao serviço de Nutrição e a importância desse profissional em todo o processo de cuidado dos novos hábitos alimentares, servindo como um apoio técnico especializado para estes pacientes tão complexos.

Com o passar do tempo e a disponibilização das tecnologias, nota-se um aumento do vínculo com os pacientes, como também a diminuição das faltas e de atitudes alimentares inadequadas por falta de contato com a equipe. No presente estudo, pretende-se envolver os pacientes que estão sendo atendidos no pós-operatório de cirurgia bariátrica a fim de que se possa, com a ajuda deles, compreender se está havendo contribuição com sua segurança em todo esse processo e de que forma ela se dá, já que há lacunas de conhecimento sobre a utilização efetiva destas tecnologias nos serviços de nutrição com o paciente bariátrico. Tanto estes sujeitos quanto seus familiares, podem e devem ser agentes ativos de segurança participando das decisões de cuidado.

Portanto, buscou-se conhecer como o nutricionista e as tecnologias de comunicação do serviço de nutrição contribuem para a segurança do paciente durante todo o pós-operatório cirurgia bariátrica em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Com os resultados obtidos, pretende-se debater temas que sejam de interesse do grupo trazendo, se necessário, inovações para com o cuidado nutricional do paciente no que diz respeito a sua segurança, de forma a contribuir para o sucesso da cirurgia bariátrica, tornando sua mudança de hábitos alimentares definitiva.

Além disso, a presente pesquisa contribuirá para a comunidade científica no incentivo à pesquisa e ao estudo deste determinado assunto, enriquecendo, de uma forma geral, as melhorias tanto em nível de formulação, sistematização e aplicabilidade como em nível de desenvolvimento e melhoria dos sistemas de saúde.

Convém ressaltar que o acompanhamento multidisciplinar, incluindo o nutricional, deve buscar uma atuação que transcenda os aspectos biológicos e prescritivos do paciente em pós-operatório, estimulando constantemente a produção do cuidado em saúde por meio da mudança de hábitos alimentares. A vida, após o tratamento cirúrgico, ainda se caracteriza como um processo contínuo de enfrentamentos para reaprender a viver o seu cotidiano, que muitas vezes se mantém obesogênico, o que implica em desafios para o nutricionista. Este acompanhamento deve contemplar não somente consultas individuais,

mas atividades em grupo, disponibilidade de resolução de dúvidas mais urgentes, podendo assim contribuir para identificar estas situações de perda insuficiente ou reganho de peso, sinais e sintomas clínicos que remetam a deficiências nutricionais e intervenção junto à equipe multidisciplinar, auxiliando para o sucesso da cirurgia (COSTA, 2013).

Como pesquisadora principal desse estudo e nutricionista do Hospital do estudo e da equipe de cirurgia bariátrica, referência no Estado de Santa Catarina, minha preocupação hoje é melhorar a forma de comunicação entre profissional e paciente no que diz respeito à Nutrição para contribuir com a segurança do paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica e com o arcabouço de tecnologias utilizadas para isso.

Há cinco anos, quando iniciei minha experiência em cirurgia bariátrica no hospital do estudo, vi muitas mudanças e ampliação do vínculo com os pacientes com a divulgação do meu telefone celular, e-mail e, mais tarde, com a criação de um grupo em rede social e um grupo *online* por meio de um aplicativo no *smartphone*, o *Whatsapp*. Enquanto alguns colegas me desencorajaram a realizar essa prática, me alertando que os pacientes me solicitariam em horários inoportunos, eu insisti e observei que, na maioria das vezes, os pacientes só entravam em contato em horários adequados e suas dúvidas eram pertinentes, contribuindo para diminuir riscos e também me ajudavam a atualizar as orientações ou a forma que eram dadas, além de rever a minha própria postura profissional. Acredito que com a minha atuação posso auxiliar na mudança de hábitos alimentares, tornando-se desta forma relevante estudar e avaliar a utilização destas tecnologias de comunicação para garantir aos pacientes, submetidos à cirurgia bariátrica, segurança nutricional.

Nesse sentido vem à tona a seguinte pergunta de pesquisa:

*“De que forma as tecnologias de comunicação utilizadas pelo serviço de Nutrição, contribuem para a segurança nutricional do paciente no pós-operatório de cirurgia bariátrica em um Hospital Universitário do Sul do Brasil”?*



## **2. OBJETIVO GERAL**

Conhecer como as tecnologias de comunicação utilizadas no serviço de Nutrição contribuem para a segurança do paciente, na sua visão, no pós-operatório de cirurgia bariátrica em um Hospital Universitário do Sul do Brasil.

### **2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Descrever as tecnologias de comunicação oferecidas pelo serviço de Nutrição pelo paciente submetido a cirurgia bariátrica.

- Verificar a opinião dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica sobre as estratégias de comunicação utilizadas durante o acompanhamento nutricional.

- Identificar se os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica seguem corretamente as orientações nutricionais indicadas no acompanhamento nutricional pós-operatório e como a atuação do nutricionista pode auxiliar na mudança contínua de hábitos alimentares e na sua segurança.





### 3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para a fundamentação teórica desse estudo, foi realizada uma revisão narrativa de literatura, por esta apresentar uma temática mais aberta e permitir uma ampliação do conteúdo proposto. Além disso, a busca de fontes não é pré-determinada e específica (ROTHER, 2007). Foram realizadas buscas em livros de Nutrição e Cirurgia Bariátrica e nas bases de dados e bibliotecas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), PubMed, e Scopus nas línguas Português, Inglês e Espanhol. O período da busca foi referente aos últimos cinco anos.

Os termos escolhidos para a busca estão relacionados ao tema de pesquisa e são descritores controlados, sendo eles: orientação/nutricional/cirurgia bariátrica, segurança do paciente/cirurgia bariátrica, segurança do paciente/obesidade, educação alimentar e nutricional/obesidade; hábitos alimentares/cirurgia bariátrica; segurança alimentar e nutricional/obesidade. Foram selecionados os artigos que estavam disponíveis na íntegra.

Também foram incluídas nesse capítulo legislação para indicação de cirurgia bariátrica, critérios de inclusão, responsabilidade do setor saúde para assistir esses pacientes, segurança do paciente entre outras, baseadas no MS e OMS.

O objetivo do capítulo é apresentar um panorama geral da atuação e importância do acompanhamento e das tecnologias nutricionais na segurança do paciente por meio da comunicação e como isso implica na qualidade de vida por intermédio da mudança de hábitos alimentares.

A sustentação teórica será utilizada para fundamentar as discussões e analisar os resultados obtidos e está organizada em três grandes blocos:

- ✓ Segurança do Paciente e a comunicação segura
- ✓ Tecnologias de Comunicação
- ✓ O tratamento cirúrgico da obesidade

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE E A COMUNICAÇÃO SEGURA

Em 2000, a publicação do livro *“To Err is Human - Building a Safer Health System”* revelou o número de erros cometidos e que poderiam ser evitados, mas que resultaram em milhares de mortes e sequelas nos pacientes americanos, além dos custos diretos e indiretos que apresentavam (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

Nesse período, houve um aumento considerável de estudos que permeavam a segurança do paciente. Além do impacto nos EUA, houve

uma mobilização mundial, que levou ao desenvolvimento de novas estratégias visando à segurança e impulsionou as organizações de saúde a implantar iniciativas com intuito de melhorar a segurança do paciente.

Destarte, o Congresso Americano determinou que as Agências Federais de Saúde aplicassem as determinações da publicação, as quais se fundamentavam em quatro afirmativas: o problema dos danos causados por eventos adversos é grave; o principal problema está em sistemas falhos e não em falhas de pessoas; é necessário redesenhar os sistemas; como também a segurança do paciente deve tornar-se prioridade nacional (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

O reconhecimento da ocorrência destes erros com consequências danosas para pacientes e instituições de saúde levou a OMS a nomear comissões com a missão de identificar situações de risco e elaborar soluções que possam servir de recurso para a prevenção dessas situações. A partir do resultado dos trabalhos, destas comissões tornou-se clara a importância da comunicação e do trabalho da equipe de saúde como peça chave da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos. A OMS tornou-se grande aliada no tema segurança do paciente, considerando-o como de alta prioridade na agenda dos países membros e, em 2004, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente visando à conscientização e compromisso político dos países membros para consolidar a segurança dos usuários e, nessa perspectiva, lançou os Desafios Globais para a Segurança do Paciente (SANTOS, 2010).

O primeiro desafio global é direcionado para a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), sob o lema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Mais Segura”, envolvendo ações associadas à melhoria da Higienização das Mãos em Serviços de Saúde; Procedimentos Clínicos Seguros; Segurança do Sangue e de Hemoderivados; Administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e Segurança de água e manejo de resíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Nessa época, em consonância com as ações da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, o Brasil executa ações com o suporte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pois, acredita-se que a segurança do paciente é peça chave para alcançar excelência nos serviços de saúde. A ANVISA disponibilizou material informativo traduzido, como manuais, folders, cartazes, e também elaborou do Guia Higienização das Mãos em serviços de saúde, voltados para profissionais e gestores de saúde, e priorizou utilizar uma linguagem simples e de fácil compreensão.

O segundo desafio global é direcionado para a prevenção das infecções e danos em cirurgias, denominado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, e envolve ações relacionadas à melhoria dos procedimentos cirúrgicos seguros em serviços de saúde.

Finalmente, o terceiro desafio global “Enfrentando a Resistência Microbiana” teve como foco o alerta para o uso indiscriminado de antibióticos.

Outra prioridade da ANVISA, nesse período, foi envolver o próprio paciente, seu acompanhante e a sociedade em geral na segurança em serviços de saúde. Nesse sentido, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) abriu frentes de comunicação com a sociedade. As formas desta comunicação são a apresentação de suspeitas de irregularidades pela “Anvisatende”, passando pela notificação de queixas técnicas envolvendo a pós-comercialização de medicamentos, produtos para a saúde, saneantes entre outros. A novidade é o uso do *Twitter* para a publicação de informes e alertas ou orientações gerais a fim de alcançar diferentes níveis sociais, com milhares de seguidores no Brasil e fora dele (BRASIL, 2010).

Em 2004, foi criada a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (Reniss), que visava formar um grupo multiprofissional treinado para investigar os surtos e eventos adversos hospitalares e intervir com ações rápidas em situações de risco sanitário, para reduzir a gravidade dos casos e o número de pessoas afetadas pelas infecções hospitalares. O grupo é composto por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas, odontologistas, biomédicos, estatísticos, administradores, engenheiros e arquitetos e, ao longo dos últimos anos de investigações, os resultados levaram o grupo a adotar medidas específicas para melhorar a qualidade em serviços de saúde e, como consequência, à segurança do paciente. (ANVISA, 2004).

Entre estas ações, pode-se exemplificar a publicação de regulamento sobre o gerenciamento de tecnologias em serviços de saúde da RDC de 02 de janeiro de 2010, que define que todos os estabelecimentos de saúde devem realizar o gerenciamento das tecnologias em saúde que utilizam na sua prestação de serviços, desde sua entrada no estabelecimento até seu destino final, incluindo o planejamento dos recursos físicos, materiais e humanos (BRASI, 2010).

Entre outras formas de ação, têm-se as orientações para o processamento de instrumentais e artigos hospitalares, identificação, prevenção e controle das infecções, elaboração de manuais e outros. Nesse período, também foi instituído o Projeto Hospitais Sentinelas, que se consolidou em uma importante estratégia para a vigilância pós

comercialização, resultando em ações concretas para formação de recursos humanos, mudança no padrão de embalagens, entre outros (BRASIL, 2010).

Ainda, em 2010, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e a Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de São Paulo assumiram um compromisso de promover uma grande campanha para a segurança do paciente publicando a Cartilha dos “10 passos para a Segurança do Paciente” (BRASIL, 2010). A cartilha visa contemplar os pontos que teriam impacto direto na prática de assistência da enfermagem em diversos ambientes de cuidado e apresenta os seguintes passos: 1 - Identificação do paciente; 2 - Cuidado limpo é cuidado seguro (higienização das mãos); 3 - Cateteres e sondas (conexões corretas); 4 - Cirurgia segura; 5 - Sangue e hemocomponentes (administração segura); 6 - Paciente envolvido em sua segurança; 7 - Comunicação efetiva; 8 - Prevenção de queda; 9 - Prevenção de úlcera por pressão e, 10 - Segurança na utilização de tecnologia.

O sexto passo “Paciente envolvido em sua segurança” sugere que o paciente contribua para os seus cuidados de saúde, interagindo com os profissionais e informando-os corretamente sobre sua história, fazendo questionamentos e trazendo suas experiências com tratamentos anteriores (BRASIL, 2010).

O sétimo passo “Comunicação Efetiva” complementa o anterior, pois, visa garantir a segurança do paciente por meio da comunicação clara, sugerindo que todas as informações sejam transmitidas em ambiente tranquilo, livre de interrupções, com tempo hábil para tal e que sejam padronizados métodos de registros e de comunicação (BRASIL, 2010).

No contexto legal, a Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013 implementou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que tem como principal objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Para alcançar esse objetivo, a proposta é apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas de atenção, organização e gestão dos serviços de saúde, através da implantação da gestão de risco e de núcleos de segurança do paciente; envolver os pacientes e suas famílias nas ações de saúde; ampliar o acesso às informações relacionadas à segurança do paciente pela sociedade; produzir, sistematizar e difundir os conhecimentos sobre essa temática e estimular para que o tema segurança do paciente seja incluso no ensino técnico, de graduação e pós graduação das área da saúde (BRASIL, 2013a).

Em relação às ações em saúde, a Resolução n. 36 de 25 de julho de 2013 institui as ações para a promoção de segurança do paciente e melhoria da qualidade dos serviços de saúde sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares e até mesmo os serviços que exercem ensino e pesquisa (BRASIL, 2013b). Dentro desta resolução, adota-se como definição de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente como o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Este plano tem como competência adotar estratégias e ações de gestão de risco para uma comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde, bem como estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada (BRASIL, 2013b).

Quando se deseja garantir a segurança do paciente em cirurgia bariátrica de uma forma mais ampla não se pode simplificar o seu significado no ato cirúrgico. Após esse período, inicia-se um grande e contínuo processo de acompanhamento que envolve consultas, conversas informais, vínculo com equipe e motivação, e todos esses fatores devem garantir qualidade em assistência e segurança. De acordo com Radünz (1999), é possível garantir uma qualidade da assistência, quando procuramos estabelecer uma política assistencial de saúde a partir de um cuidado que alia sensibilidade e fundamentação técnico-científica, o que se traduz em um cuidado seguro.

Em uma pesquisa em Hospitais de Michigan, que avaliou a cultura de segurança e as taxas de complicações cirúrgicas, observou-se que a percepção de segurança varia muito na visão dos profissionais e não se refere somente ao ato cirúrgico, mas também à qualidade dos serviços prestados, a disponibilidade de informações, o cuidado e a comunicação com equipe de saúde (BIRKMEYER, 2013). Dentro destas possibilidades de prestação de serviços, têm-se as tecnologias, que vem para auxiliar esse processo de segurança.

### 3.2 TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO

Historicamente, desde a época da revolução industrial os conceitos de tecnologia se consolidaram em um momento onde todas as áreas sentiram a necessidade de se igualarem produtivamente, com novas ideias e projetos revolucionários, assim como no Brasil a partir da década de trinta com a chegada a industrialização (BARRA, 2006).

A partir da década de 1950, com a industrialização da medicina e ampliação da rede hospitalar, e na década de 1970 com a implantação das

unidades de terapia intensiva, as tecnologias em saúde vêm ascendendo progressivamente e hoje são peças chave para a qualidade dos serviços de saúde (BARRA, 2006).

As tecnologias buscam a produção de produtos a partir do trabalho e estes não são necessariamente palpáveis, podendo ser simbólicos, como a comunicação. Merhy (1997) classificou as tecnologias em saúde em três categorias: duras, relacionadas a máquinas e instrumentos e são programadas para a produção de produtos; leve duras, que se referem ao conhecimento técnico e ao modo como o trabalhador aplica esta técnica; e as tecnologias leves que dizem respeito às relações, que o autor reforça como fundamentais para a produção do cuidado e às atitudes do profissional.

A comunicação em saúde é um tipo de tecnologia leve indispensável para a assistência e é o principal meio de veiculação do processo educativo constituindo-se como um recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde. A orientação, uma forma de comunicação, só será considerada tecnologia leve, se possibilitar relações recíprocas e acolhedoras entre o mensageiro e o receptor (BEUTER, 2004).

Considerando que a qualidade dos serviços de saúde está intimamente ligada a boa comunicação, em 2005, a OMS, em parceria com a *The Joint Commission Internacional*, elaborou Metas Internacionais para a Segurança do paciente (IPSG) que visam ajudar as instituições creditadas a lidar com áreas mais problemáticas em relação à segurança do paciente. São elas: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a eficácia da comunicação; 3) Melhorar a segurança dos medicamentos de alerta elevado; 4) Garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto; 5) Reduzir o risco de infecções associadas ao atendimento médico; e 6) Reduzir o risco de lesões causadas por queda do paciente (WHO, 2009).

A segunda meta vem ao encontro do estudo e visa Melhorar a Comunicação Efetiva assim como o sétimo passo da Cartilha “10 passos para a Segurança do Paciente” denominado “Comunicação Efetiva” reforçando que a comunicação em saúde pode ser realizada de diferentes formas: verbal, não verbal, escrita, telefônica entre outras e esta deve ser eficaz entre todos os envolvidos e em todos os níveis de atenção (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

De acordo com os autores Rowlands e Callen (2013), os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva no trabalho em saúde, são a diversidade na formação dos profissionais, em que o modo de se

comunicar pode variar entre os indivíduos; a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais uns com os outros; a hierarquia, geralmente com a figura do médico ocupando posição central, situação que pode limitar os demais membros da equipe interdisciplinar.

O estudo de Pontes, Leitão e Ramos (2008), que trata da comunicação de enfermeiros com pacientes internados, mostra que a relação terapêutica pode proporcionar o desenvolvimento do autocuidado no paciente e, a partir dessa relação, pode surgir um interesse participativo do indivíduo que é cuidado que passa a tornar-se um agente operante no seu processo saúde-doença e não um ser passivo. O relacionamento profissional-paciente demanda empatia por parte do profissional e este relacionamento parece ser peça chave para uma boa adesão às orientações de saúde. Infelizmente, muitos profissionais de saúde, quando fornecem informação, fazem-no de uma forma intuitiva e/ou engessada, ignorando o tipo de informação que o paciente realmente demanda e, eventualmente, os pacientes queixam-se que a informação foi transmitida de forma insuficiente, imprecisa e até ambígua, independente do nível sócio cultural ou econômico.

Reis (2010) ressalta que muitas mensagens e campanhas veiculadas na mídia não alcançam seus objetivos porque as pessoas processam a informação recebida de diferentes formas e, o aspecto cultural, é um dos determinantes de como o receptor vai interpretar a mensagem.

Como mencionado ao longo do estudo, a importância da informação clara e coerente é fundamental para a adoção intervenções que aumentem ou mantenham a segurança, em especial, ao que se referem à avaliação dos benefícios, custos e do impacto das novas tecnologias em saúde.

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) pode ser definida como estudos que visam captar conhecimentos produzidos sobre as consequências das tecnologias na atenção em saúde para a sociedade, dando suporte para decisões relativas à sua difusão e incorporação (SILVA, 2004). No Brasil, são utilizadas ferramentas para a (ATS) por meio da formação de núcleos responsáveis pela investigação da efetividade e segurança, estabelecimento da relação benefício-risco, benefício-custo e outros indicadores que orientem na decisão de incorporar ou descartar uma determinada tecnologia em saúde. A ANVISA, juntamente com o Ministério da Saúde, vem incentivando a implantação dos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS) nos hospitais escola para implantar, fortalecer e disseminar a cultura da avaliação de tecnologias em serviços de saúde.

Como forma de tecnologia muito utilizada em hospitais, tem-se a realização de consultas. A consulta pode utilizar inúmeras tecnologias para proporcionar bons resultados e assistir o paciente de forma integral. As tecnologias duras, relacionadas à solicitação de exames e procedimentos que podem ocorrer na consulta e tecnologias leve duras que se referem ao conhecimento técnico científico e aos saberes dos profissionais utilizados para atender o paciente. Todavia, o usuário, além da resolutividade de seu agravo, quando vai ao serviço de saúde, possui também outras expectativas, como a escuta qualificada, ser bem tratado e um bom acolhimento, que são as tecnologias leves (HONORATO et al., 2015). Pacientes satisfeitos e bem acolhidos contribuem para melhorar resultados finais de ações de saúde, como a adesão a políticas preventivas e ao tratamento (BASTOS; FASOLO, 2013).

Segundo Johnson e Kimsey (2012), o contato dos olhos, a escuta ativa, a confirmação do profissional da compreensão da mensagem por parte do paciente, a liderança clara, o envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes e a consciência situacional (compreensão do ambiente e capacidade de se antecipar a um possível problema futuro) são fatores essenciais para o desenvolvimento da comunicação efetiva.

Nesse sentido, a área da saúde parece demandar não só a habilidade técnica, mas uma ação integrada de saberes e tomada de decisões rápidas e efetivas que possam interferir no estado de saúde de um sujeito. Dessa forma, o uso destas tecnologias de comunicação vem se tornando cada vez mais comum no dia a dia dos profissionais de saúde. Curioni, Britto e Buccolini (2013), em uma revisão sobre o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na área de Nutrição nos anos de 2010 a 2013, referem a um avanço no seu uso tanto sob a forma de ferramentas para registro, na gestão e na educação, como também no apoio à capacidade de resposta clínica dada por profissionais de saúde.

Quando se pensa em ferramentas que têm como proposta o autocuidado, especialmente com o propósito de se evitar ganho de peso ou um consumo alimentar excessivo, deve-se ter cautela. Geralmente, estas estão vinculadas a uma vigilância constante que pode gerar ainda mais ansiedade ao indivíduo. O medo constante dos riscos pode exacerbar os problemas já instalados gerando um contexto hiperprevenido e hiperansioso, comprometendo ainda mais a segurança em saúde do indivíduo. Uma das formas de evitar esta situação é a boa comunicação para desmistificar a alimentação como uma simples técnica de prevenção de doenças e ou de ganho de peso excessivo, propondo a mudança de



hábitos alimentares gradual e permanente (CASTIEL; FERREIRA; MORAES, 2014).

O uso da *internet* atualmente é maciço e, apesar de trazer ferramentas que auxiliam as pessoas ao seu cuidado, podem interferir no acompanhamento nutricional do profissional. Em um estudo de Martins, Abreu – Rodrigues e Souza (2015) entrevistou pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica isto ficou evidente. O número de consultas no pré foi maior do que no pós-operatório e os pacientes informaram que acessaram a *internet* para obter informações sobre a cirurgia e alimentação tanto em redes sociais quanto sites ou grupos de conversa *online* e, muitas vezes, consideravam desnecessário irem às consultas presenciais. Nesse sentido o uso da comunicação que valoriza cada grupo de sujeitos e como estes tem maior facilidade em se comunicar é muito importante para a escolha de que ferramentas devem ser utilizadas para garantir uma boa compreensão das orientações e os profissionais devem estar cada vez mais preparados para discutir essas questões e, também, participarem de redes sociais ou sites para que possam diversificar suas intervenções.

O uso da comunicação por parte dos profissionais com os pacientes de cirurgia bariátrica deve ser constante. Em um estudo no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o mesmo local em que será realizada a presente pesquisa, Morales e colaboradores (2014) mencionam que, mesmo quando os pacientes consideram a comunicação com a equipe satisfatória, é comum a existência de falhas, tanto na execução quanto na interpretação das informações, de maneira que a mensagem enviada pode não ser decodificada corretamente. A sensação de satisfação e de estar “bem cuidado” é notável em pacientes que tem maior comunicação com sua equipe no pós-operatório e é essencial que o profissional se certifique de que o paciente compreende e adere às orientações realizadas no período perioperatório e pós-operatório tardio, bem como o paciente precisa compreender o que está sendo orientado, em que medida compreende e está disposto a aderir à nova condição de vida decorrente da cirurgia bariátrica (MORALES et al., 2014).

Outro estudo avaliou a percepção de pacientes internados sobre as orientações recebidas e como resultado, trouxe que, quando essa comunicação foi ineficaz, houve repercussão negativa na sua recuperação (RAZERA; BRAGA, 2011).

Atualmente, alguns estudos investigam a utilização de recursos tecnológicos para atender ou complementar o acompanhamento de pacientes e promover o autocuidado haja vista a imensa gama de

pacientes com acesso a *internet* e a *smartphones* o que poderia fortalecer o vínculo com os profissionais evitando faltas às consultas e resolução de dúvidas mais rápidas, diminuindo falhas na dieta prescrita (CURIONI; BRITTO; BUCCOLINI, 2013).

### 3.3 O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

A obesidade tem se tornado um problema de saúde pública nas últimas décadas por se tratar de doença crônica, de etiologia multicausal, relacionada a altas taxa de morbimortalidade e que, epidemiologicamente, apresenta proporções alarmantes. Está associada ao aumento das taxas de comorbidades como DM tipo 2, HAS, dislipidemias, doença arterial coronariana, alterações de ordem emocional, entre outras além de interferir diretamente na qualidade de vida do indivíduo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABOLICA, 2009).

A OMS reportou que, em 2014, mais de 1,9 bilhões de adultos estavam com excesso de peso, e destes, pelo menos 600 milhões eram obesos. De forma geral, cerca de 13% da população adulta mundial está obesa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). A OMS aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo e a projeção para 2025 é que cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões, obesos. Caso nada seja feito para mudar este quadro, a previsão é que mais de 70 milhões de crianças se tornem sobrepeso ou obesas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Em um estudo de Rocha et al. (2011), nota-se uma alta frequência de pessoas obesas em atividades empregatícias que envolvam a produção e venda de alimentos, proporcionando o livre acesso a alimentos, o que se constitui em mais um fator ambiental desencadeante ou agravante da obesidade. Além disso, o quesito renda pode estar associado à obesidade e à insegurança alimentar, já que há um aumento da oferta de alimentos não saudáveis/ e ou o acesso a esses alimentos (MAZUR; NAVARRO, 2015). Esses autores associaram a obesidade e a insegurança alimentar por meio de uma ampla revisão de literatura entre 2002 e 2012 e apontaram como fatores a falta de acesso a alimentos saudáveis, escolhas alimentares inadequadas, um excesso no consumo alimentar e falta de variação na dieta, tendo como consequência uma baixa qualidade nutricional.

De acordo com os dados coletados pela VIGITEL (2014) a maioria das pessoas com excesso de peso são pertencentes ao gênero masculino e em sua maior parte com menor escolaridade. Em relação às capitais, São

Luiz tem o menor índice de excesso de peso e Florianópolis o menor índice de obesos. O excesso de peso e a obesidade estão associados ao sedentarismo, dado que pode ser comprovado por Florianópolis, que apresentou o maior índice de população ativa do país e o menor índice de obesidade. As comorbidades que acompanham a maioria dos obesos atrapalham ou impossibilitam o seguimento da prática de atividade física regular e, além disso, há limitações de ordem sócio psíquica, como a vergonha de lidar com comentários pejorativos ou de colocar roupas esportivas (ROCHA et al., 2011).

A meta do MS é reduzir para 10% até o ano de 2025 o índice da população insuficientemente ativa por meio da educação em saúde, e desde 2011 esse índice já diminuiu em 18%. Os dados da VIGITEL mostram que quanto maior a escolaridade, maior a prática de exercícios físicos no tempo livre (VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO, 2014).

Em relação ao consumo alimentar, apesar de as frutas e hortaliças estarem presentes na rotina da nossa população e haver um aumento do número de pessoas que buscam a alimentação saudável e com menor teor de gordura, também há um aumento no número de pessoas que têm optado por consumir lanches em substituição das refeições. Além disso, o consumo médio de sal no Brasil (12g/dia) é duas vezes maior que o recomendado pela OMS. A meta é reduzir até 2022 para 5g/dia ((VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO, 2014).

Malta et al. (2015), a partir dos dados da VIGITEL nos vinte seis estados brasileiros e o Distrito Federal, realizaram análises e observaram que nos anos de 2008 a 2013 as tendências de excesso de peso e obesidade foram crescentes tanto em populações com plano de saúde quanto as que utilizam exclusivamente o SUS, mostrando que este é um problema generalizado, afetando todos os grupos sociais e que precisa de atenção especial já que estas variáveis estão intimamente associadas ao surgimento ou agravamento das DNCTs.

Mantendo o compromisso de lutar para diminuir a obesidade e o avanço das DNCTs no Brasil, o MS lançou em novembro de 2014 o “Guia Alimentar para a População Brasileira”, substituindo a versão anterior, publicada em 2006. A nova versão traz como prioridade a alimentação caseira, com consumo de alimentos frescos, como frutas, carnes e legumes, e o mínimo possível de industrializados e processados minimamente processados, como arroz, feijão e frutas secas (BRASIL, 2006).

Considerando esta mudança do padrão nutricional da alimentação brasileira e que a obesidade se transformou em uma epidemia e, especialmente por ser fator de risco para inúmeras doenças crônicas e pela dificuldade de sucesso no tratamento da obesidade mórbida pelo método convencional, o Ministro da Saúde resolve ampliar a oferta de serviços na área de cirurgia bariátrica por meio da Portaria nº 628, de 26 de abril de 2001, criando assim mecanismos que facilitem o acesso dos portadores deste tipo de obesidade, quando tecnicamente indicado, à realização do procedimento cirúrgico para tratamento. Esta portaria estabelece o protocolo de indicação ao procedimento cirúrgico da cirurgia bariátrica no âmbito do SUS e aprova as normas que definem os Centros de Referência na Cirurgia Bariátrica, que contam com os ambulatórios para avaliação pré-cirúrgica e acompanhamento pós-cirúrgico. Os usuários que pretendem realizar o procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade devem seguir um fluxo de atendimento, que é estabelecido por meio dessa portaria (BRASIL, 2001).

Para o estabelecimento de regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, segue-se a Portaria n. 425, de 19 de março de 2013. No Anexo I, desta Portaria, encontram-se as diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirúrgico, indicando que a cirurgia é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico, ou seja, o tratamento cirúrgico é apenas uma ação dentro do todo da linha de cuidado das pessoas com obesidade (BRASIL, 2013c).

No Brasil, são aprovadas quatro modalidades de cirurgia bariátrica e metabólica e a diferença entre elas é o mecanismo de funcionamento. As técnicas restritivas diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar e incluem as técnicas cirúrgicas de banda gástrica ajustável (BG) e gastrectomia vertical (GV) ou *sleeve*. Já as técnicas mistas incluem componentes disabsortivos e restritivos e combinam a restrição gástrica com o desvio curto do intestino com discreta má-absorção pelo intestino delgado, e incluem as técnicas de derivação gástrica em Y de Roux (DGYR) e derivação biliopancreática com *duodenal switch* (DBP). A DGRY é a técnica mais utilizada no Brasil, correspondendo a 75% dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2015).

De acordo com Kelles e colaboradores (2015), de 2001 a 2014, foram realizadas quase cinquenta mil cirurgias bariátricas pelo SUS e, o perfil clínico deste paciente, é semelhante àquele descrito em estudos internacionais, exceto pela alta prevalência de HAS no Brasil, fator que

pode elevar o risco de desfechos adversos peri e pós-operatórios. Em se tratando do perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica, em um estudo de Silva e Faro (2015), foram entrevistados cem pacientes em acompanhamento nutricional pré-operatório de cirurgia bariátrica em uma clínica em Santa Maria (RS). Entre os motivos para recorrer a este tipo de cirurgia, 87% mencionaram ser a busca pela qualidade de vida. Dentre as comorbidades, a que mais prevaleceu foi HAS, com 51% e, dos entrevistados, 92% já haviam realizado dieta hipocalórica seguida de medicamento anorexígeno. O sucesso na perda de peso se deu pra os 92% dos participantes, porém, o peso perdido foi recuperado em menos de um ano por 75%. Assim como no tratamento conservador, é importante ressaltar que a realização correta e eficaz da intervenção cirúrgica também não impede o reganho de peso caso não houver o devido acompanhamento e disciplina para seguir o tratamento.

Nesse sentido, é importante lembrar que a obesidade, por ser uma doença crônica, não tem cura, mas sim tratamento para que seja controlada e o paciente deve manter-se vigilante por toda a vida, o que fica evidente no texto do “Termo de Consentimento Informado prescrito pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica para ser aplicado ao candidato à cirurgia” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2015).

Essa vigilância nutricional no pós-operatório dos pacientes do estudo visa acompanhar a evolução da perda de peso; da ingesta alimentar quanto à consistência; à densidade calórica dos alimentos ingeridos; à proporção de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos); avaliar o uso dos suplementos prescritos e a qualidade da alimentação no que diz respeito aos micronutrientes (vitaminas e minerais) e sobre suas preferências e intolerâncias bem como realizara antropometria e analisar exames bioquímicos. A avaliação e o seguimento nutricional visam identificar os pacientes com evolução desfavorável na perda ponderal, diagnosticar e intervir nos distúrbios nutricionais por meio de exames laboratoriais e sinais e sintomas, em conjunto com equipe multiprofissional (CUNHA et al., 2010). Ainda, nesta avaliação individual, o paciente é questionado sobre a ocorrência e frequência de vômitos, náuseas, tontura ou fraqueza e intercorrências do trato gastrointestinal; deve informar se apresenta sinais e sintomas clínicos como queda de cabelo, unhas enfraquecidas, entre outros e se está tendo alguma dificuldade para seguir a dieta prescrita. Dentre outros fatores, destacam-se, ainda, a investigação de deficiências pré-operatórias, presença de náuseas e vômitos, intolerância alimentar, mudança no

comportamento alimentar, adesão à dieta proposta e aos suplementos multivitamínicos (STEIN et al., 2014).

Deficiências nutricionais após a cirurgia bariátrica DGYR são de causa multifatorial e estão associadas especialmente à redução da capacidade de ingestão alimentar, redução da área de absorção dos nutrientes e diminuição no tempo de trânsito gastrointestinal, e não somente pela exclusão do duodeno e jejuno como também ao contato limitado dos alimentos com a borda em escova (BORDALO; MOURÃO; BRESSAN, 2011).

Salienta-se a necessidade de atenção constante quanto ao fracionamento da dieta e à mastigação até que o alimento se torne pastoso na boca, pois, uma mastigação ineficiente pode favorecer episódios eméticos, em decorrência da menor capacidade gástrica, e prejudicar a absorção de nutrientes (SHAH; SIMHA; GARG, 2006).

Junto a esse atendimento são utilizadas as tecnologias nutricionais no ambulatório de pós-operatório no Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, e estas são disponibilizadas por escrito seguindo protocolos instituídos pelo serviço de Nutrição e Dietética da Instituição (ANEXO B) que são divididas em fases que se diferenciam de acordo com o tempo de pós-operatório.

Segundo alguns autores, a dieta do paciente submetido à cirurgia bariátrica inicialmente tem caráter de hidratação e é baseada no consumo de líquidos claros, evoluindo para uma dieta líquida mais consistente sem lactose e sem sacarose, seguindo para uma dieta de consistência pastosa até atingir recomendações de uma dieta sólida com variação de permanência em cada dieta de acordo com a técnica aplicada e a rotina do local e serviço de nutrição onde foi realizado procedimento cirúrgico (ELLIOT, 2003; FAINTUCH et al., 2004).

França et al. (2012) avaliaram o impacto na mudança de comportamento alimentar em alunos, trabalhadores e seus dependentes da Universidade de Brasília por meio de grupo psicoeducativo. No estudo, ficou nítida a influência da depressão e ansiedade como fatores psicológicos que interferem na mudança de comportamento alimentar e na importância da ação multiprofissional.

Além do contato por meio de consulta individual no ambulatório e no grupo, existe a possibilidade de contato com a nutricionista via celular, grupo em rede social e mensagem simultânea no *Whatsapp* com uso de *smartphones*.

Cruz e Marimoto (2004) enfatizam a necessidade de que protocolos de atendimentos sejam utilizados pelo Nutricionista, mas que este instrumento não engesse sua prescrição; cada pessoa deve ser tratada

com única e as condutas devem estar adaptadas de acordo com a individualidade de cada um, proporcionando uma relação de confiança mútua e um cuidado nutricional adequado. O vínculo com a profissional motiva o paciente a dar continuidade às mudanças e a perda de peso corporal é considerada essencial para estabelecer o sucesso do resultado da cirurgia bariátrica. Segundo Copini (2011), os valores considerados adequados para a perda de peso são de aproximadamente 15% do peso total após três meses, 35% do peso total após seis meses e podendo chegar a uma perda de 65% do excesso de peso após 12 a 18 meses em relação ao peso pré-operatório. Para Bastos e colaboradores (2013), a cirurgia bariátrica favorece uma perda de peso em torno de 60 a 75% com máxima perda ponderal no período entre 18 e 24 meses de pós operatório e esta perda é um dos principais fatores que determina o sucesso da cirurgia. O autor refere que, para o cálculo do percentual da perda do excesso de peso (%PEP), usa-se fórmula:  $PEP \times 100 / EP$ , onde PEP é peso pré-operatório subtraído do peso atual, e EP o peso pré-operatório subtraído do peso ideal. Entretanto, os mesmos autores relatam que o reganho ponderal pode ocorrer após dois anos de cirurgia.

Em um estudo de Marchesini (2010), quando questionados sobre a motivação que impulsionou a cirurgia, a saúde debilitada preencheu 30,4% dos pacientes, porém, a mola propulsora dos pacientes é a discriminação social e estética com 54,3% e o desejo de iniciar uma nova etapa na vida com 45,6%. Em se tratando do pós-operatório, a fase líquida é taxada como a mais difícil para 39% dos pacientes.

O pós-operatório imediato também é referido pelos pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica como sendo um dos mais complicados. É o período de recuperação cirúrgica, de maior desconforto e de adaptação à nova alimentação. Além disso, há uma grande expectativa em relação aos resultados, a ansiedade e a insegurança associadas às rápidas mudanças que acontecem, tanto no âmbito alimentar, quanto nas mudanças do próprio corpo, e que acabam demandando uma reflexão, fazendo com que surjam questões emocionais (OLIVEIRA et al., 2004). Os transtornos alimentares podem ser encontrados nestes pacientes pela alteração do comportamento alimentar interferindo no seu aspecto emocional, já que pessoas em situação de obesidade tendem a apresentar depressão, ansiedade, insatisfação com a imagem corporal e também sofrem com o preconceito social e estes fatores associados podem levar a uma psicopatologia (PEIXOTO; GANEM, 2010). Nesse sentido, é importante estimular e propiciar o acompanhamento psicológico e nutricional antes e após a cirurgia bariátrica, para que estas mudanças sejam incorporadas de forma gradual

e efetiva. Após o tratamento cirúrgico, o processo de enfrentamento é contínuo, com muitos desafios para reaprender a viver o cotidiano e esse contexto implica também em desafios para a equipe de saúde, já que construir uma vida mais saudável, o que se espera pelo paciente que se submete ao procedimento cirúrgico, é muito complexo, envolvendo a associação de aspectos físicos, psíquicos e sociais variando de acordo com cada indivíduo (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Em uma revisão que buscou estudos qualitativos que analisavam a visão de pacientes sobre dieta e estilo de vida, foi observada que a adesão é um processo que depende de muitos fatores individuais e necessita de uma maior interação entre os profissionais e os seus pacientes e uma maior compreensão do que representam simbolicamente as dietas ou orientações prescritas (VIEIRA et al., 2011).

A adesão dos pacientes ao acompanhamento nutricional no pós-operatório tem sido avaliada nos últimos anos e a evasão é preocupante após dois anos de cirurgia, o que pode resultar em complicações metabólicas e um ganho de peso (MENEGOTTO et al., 2013).

Quando se trata do desejo de uma pessoa a se submeter à cirurgia bariátrica devemos compreender a complexidade que envolve essa decisão. Em uma pesquisa realizada em Minas Gerais, de Oliveira e colaboradores (2013), foi abordado por meio de entrevista fenomenológica o motivo pelo qual mulheres haviam decidido pela cirurgia. Os motivos citados permearam a aparência física, a saúde como a limitação física, a padronização corporal gerando marginalização, preconceito e isolamento e experiências fracassadas. A busca pela qualidade de vida é hegemônica na maioria dos discursos.

A aparência do corpo exerce grande influência na vida das pessoas e pode determinar o modo como nos comunicamos, as oportunidades, as reações e atitudes frente aos desafios, bem como nossa vida afetiva ou profissional. A qualidade de vida após a cirurgia bariátrica, os sentimentos, a satisfação em realizar atividades cotidianas são evidentes na maioria dos pacientes.

Um estudo realizado no ambulatório de um município da região Sul do Brasil usando o instrumento *World Health Organization Quality for Life (Whoqol- bref)* avaliou pacientes em pré-operatório e, depois, após três meses de cirurgia e trouxe como resultados que 62,5% dos entrevistados manifestaram não ter mais, ou apenas sentir algumas vezes sentimentos negativos (mau humor, desespero, ansiedade e depressão) após a cirurgia. Além disso, o resultado mais fantástico do estudo foi que 100% dos entrevistados referiram “ter sentido na vida” após a cirurgia e a perda de peso (MORAES et al., 2014). Do mesmo modo, Castro e



colaboradores (2013) destacam que o corpo é um elemento que não conta apenas para a imagem que o sujeito tem de si, mas para a imagem que os outros constroem sobre ele e dessa forma influenciam em muitos aspectos de sua vida.

Ainda, nesse contexto, e vindo ao encontro desses resultados, um estudo realizado no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica de Ribeirão Preto por Almeida et al. (2012), foram investigados os níveis de ansiedade, depressão e mudanças na percepção da imagem em pacientes em pré-operatório e com seis e doze meses de pós-operatório. Os dados trouxeram como benefícios a diminuição da insatisfação com a imagem e diminuição do nível de ansiedade e depressão. Já no trabalho de Mariano et al. (2013), também foi possível observar uma melhora na disposição, agilidade e resistência física para atividades cotidianas e por isso uma melhora geral na qualidade de vida e possibilidade de reinserção no mercado de trabalho.

Em outro estudo avaliou-se que após a cirurgia bariátrica, todos os pacientes estavam satisfeitos quanto à capacidade de realizar as coisas em relação às necessidades básicas, tais como: sono, locomoção, atividade sexual, relações interpessoais e outras (MORAES et al., 2014).

A avaliação e o seguimento nutricional visam identificar os pacientes com evolução desfavorável na perda ponderal, diagnosticar e intervir nos distúrbios nutricionais por meio de exames laboratoriais e sinais e sintomas, em conjunto com equipe multiprofissional (CUNHA et al., 2010).

Atualmente, alguns estudos investigam a utilização de recursos tecnológicos para atender ou complementar o acompanhamento de pacientes e promover o autocuidado haja vista a imensa gama de pessoas com acesso a *internet* e a *smartphones* o que poderia fortalecer o vínculo com os profissionais evitando faltas às consultas e resolução de dúvidas mais rápidas, diminuindo falhas na dieta prescrita (CURIONI et al., 2013).

Apesar de todos os benefícios relatados pelos pacientes após a cirurgia bariátrica, o reganho de peso em longo prazo tem sido demonstrado na literatura por muitos autores e atualmente é um tema muito debatido nas equipes multiprofissionais. Pode ser explicado por adaptações do estômago e intestino que levam a um maior consumo alimentar e também pela melhor absorção dos alimentos que ocorre com o tempo ou pelo abandono às orientações nutricionais feitas ao longo desse processo.

Quando o paciente decide realizar a cirurgia e inicia o processo de acompanhamento com a equipe multidisciplinar, presenciamos

múltiplas promessas pré-operatórias que apontam para o sonho prestes a ser concretizado. Porém, o que se observa no decorrer dos anos, é que a motivação só permanece enquanto o objetivo da perda de peso ainda não é alcançado. Quando se elimina a obesidade ou, pelo menos, grande parte dela, já não existem motivos para se empenhar contra ela. Os candidatos cirúrgicos, quando passam à condição de operados bariátricos, muitas vezes esquecem os propósitos do tratamento (MARCHESINI, 2010).

Segundo a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABOLICA, (ABESO), além de atingir o parâmetro de sucesso cirúrgico, é necessária a manutenção da perda peso por cinco anos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABOLICA, 2009). Dessa forma, o acompanhamento multiprofissional no pós-operatório é essencial para lutarmos para diminuir a taxa de prevalência atual de 15% de reganho (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2015).

Quando Silva e Kelly (2014) estudaram a prevalência e os fatores que podem interferir no reganho de peso em 30 mulheres no pós-operatório tardio, observaram que as praticantes de atividade física tiveram um reganho de peso menor, bem como pacientes que ingerem uma dieta hiperprotéica e não tinham o costume de beliscar quando comparadas aos sedentários, pacientes que não faziam uso de suplemento proteico e tinham padrão beliscador. Atualmente, considera-se como aceitável uma taxa de reganho de 10% do peso no pós-operatório, considerando-se os mecanismos de adaptação fisiológica e ao ganho de peso comum com o aumento da idade (LEITE; DINIZ, 2013).

Em virtude da quantidade de alimentos a ser ingerida ser mais restrita, causada pelo próprio procedimento cirúrgico, observa-se que em alguns casos o aumento da frequência alimentar, a procura por alimentos de digestão mais simples e de maior densidade calórica, podem explicar esse reganho. Machado et al. (2008) asseveram que os pacientes cometeram alguns excessos como o consumo de beliscos e alimentos adocicados e os autores reforçam a necessidade de verificar fatores de risco que favoreçam a compulsão alimentar desde o pré-operatório, apesar deste diagnóstico não ser impeditivo para a cirurgia.

A recidiva do ganho de peso pode ocorrer tanto após o alcance do peso desejável quanto de forma mais precoce, porém, pouco se sabe se a mudança de tamanho e forma corporal é suficiente para suprir as expectativas dos pacientes que se submetem a ela.

Em um estudo realizado com 250 pacientes do ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, observou-

se que, a maioria dos pacientes após a perda ponderal mais significativa, que geralmente ocorre no primeiro ano de pós-operatório, não atingiu o peso ideal e sim o diagnóstico de obesidade grau I (PEDROSA et al., 2009). A expectativa em relação aos resultados sobre a autoestima e motivação ainda é determinante na maioria dos pacientes, enquanto a prioridade da equipe multidisciplinar permanece na resolução das doenças associadas à doença obesidade (MARCHESINI, 2010).

O sentimento de frustração, de fracasso, vergonha e medo muitas vezes impedem o paciente de procurar ajuda, o que agrava ainda mais o problema. Fatores psicológicos podem influenciar diretamente nesse insucesso, mas o grau de participação desses aspectos ainda é incipiente conforme refere Carvalho et al. (2014). Em seu estudo qualitativo que analisou o significado do reganho de peso para mulheres operadas e acompanhadas no ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), constatou-se que os sentimentos de frustração e derrota em situação de reganho, especialmente quando há além do próprio sofrimento e sentimento de incompetência, há também o julgamento das outras pessoas frente a isto.

Além disso, a maioria dos pacientes refere que a partir desse sentimento abrem-se portas para o isolamento social e o agravamento do problema, o que também foi confirmado em pesquisa realizada em Curitiba por Cambi colaboradores (2015). Neste estudo, que incluiu 49 pacientes, todos em situação de abandono ao tratamento com equipe multiprofissional já no primeiro ano de pós-operatório, verificou-se que estes, em sua maioria perderam peso satisfatoriamente e acreditavam estar “curados” da obesidade e, portanto, das comorbidades a ela associadas, deixando de fazer exames, tomar medicações e comparecer às consultas. Foram encontrados, além do reganho de peso, deficiências nutricionais e a procura por um novo procedimento “que resolvesse o problema”, o procedimento de plasma endoscópico com argônio. A estes pacientes, após o procedimento, foram resgatadas e reforçadas orientações nutricionais e a necessidade de retomar acompanhamento, a mastigação adequada, volta à atividade física, ao tratamento de compulsões entre outras.

Outro estudo tentou buscar fatores que determinassem o reganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica a partir de dois anos de pós-operatório. Este reganho foi associado a sua atividade laboral, o acesso aos alimentos e a alimentação fora de casa, além da monotonia alimentar com presença significativa de pão branco e biscoitos, hábitos semelhantes aos anteriores à operação (BASTOS et al., 2013).

Em uma pesquisa no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, observou-se que quanto maior o tempo de pós-operatório, maior a consciência das reais possibilidades de perda de peso, entretanto, também se encontrou certa frustração e insatisfação e pouco uso dos benefícios da cirurgia para a saúde e qualidade de vida em alguns grupos quando se compara com a forma do corpo idealizada antes da cirurgia com o alcance do tamanho e forma corporal possível (RIBEIRO et al., 2013). No mesmo Hospital, Cunha et al. (2010) observaram que mulheres obesas submetidas ao *bypass* gástrico com reconstrução em Y de Roux apresentaram perda considerável de massa corporal magra, o que pode refletir na oferta inadequada de calorias e proteínas, no sedentarismo e alteração no metabolismo proteico durante o pós-operatório imediato, que pode implicar potencialmente na evolução clínica e nutricional desfavorável.

Muitas vezes, a oferta inadequada de algum nutriente pode estar relacionada a intolerância alimentar. A intolerância alimentar varia muito entre os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e, se intensa, pode ser a razão pela qual os pacientes passam a ingerir líquidos ou pastosos hipercalóricos, com efeito negativo sobre o emagrecimento (VALEZI et al. 2008). Nesta pesquisa, os alimentos menos tolerados foram vegetais crus, arroz e carne bovina; o que corroborou com os estudos de Delosso et al. (2013), onde as complicações alimentares foram predominantes na alimentação sólida, geralmente consumida após 90 dias de pós-operatório. Nas consultas de Nutrição do Hospital do presente estudo, os pacientes são orientados sobre a necessidade de modificar seu modo usual de alimentação principalmente sobre o tamanho das porções, a mastigação efetiva e ao tempo dispendido por refeição.

O reganho de peso mostra que a obesidade é uma doença crônica e que, portanto, não tem cura, e sim tratamento específico e contínuo revelando-se como um desafio para a equipe multiprofissional envolvida no acompanhamento desses pacientes. Dessa forma, faz-se necessário saber qual a opinião dos pacientes submetidos a uma cirurgia bariátrica e que fazem acompanhamento nutricional frente às informações que lhes são passadas, e se o cuidado prestado a eles é efetivo para lhes trazer segurança, já que o reganho de peso pode ser reflexo da falta de vínculo, da falta de interpretação das mensagens transmitidas do profissional ao paciente e entre outros problemas relacionados à comunicação em saúde.

## 4. MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, segundo Creswell (2014), inicia-se com a utilização de pressupostos e de estruturas interpretativas que informam o estudo dos problemas da pesquisa, trazendo para a discussão os significados que os sujeitos ou grupos de sujeitos associam a um problema estando o pesquisador como instrumento chave na coleta de dados. Dessa forma, a abordagem dos pesquisadores é investigativa e a coleta de dados deve ser realizada no ambiente natural e dentro do contexto dos sujeitos investigados. O autor reforça ainda que, a pesquisa é caracterizada como um processo continuado dos pressupostos filosóficos, ao invés de um projeto rigidamente prefigurado, para a lente de interpretação e até procedimentos envolvidos no estudo de problemas sociais ou humanos.

Conforme Silva e Menezes (2005), o preceito de que haverá uma descrição das características, valores, experiências e opiniões de uma determinada população, fenômeno ou a relação entre variáveis, não havendo grupos ou períodos comparativos correlacionados o presente estudo pode ser classificado como descritivo.

Segundo Gil (2008) quando o estudo possui a característica de proporcionar maior familiaridade com o tema, tornando um tema pouco conhecido ou trabalhado em um problema mais explícito, pode ser caracterizado como exploratório, e pode utilizar levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas experientes no tema ou que vivenciam o problema de pesquisa.

No presente estudo serão abordados relatos de pacientes que realizaram cirurgia bariátrica no HU e a opinião dos mesmos frente às tecnologias nutricionais que lhes foram orientadas durante todo o processo de pós-operatório.

### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), inaugurado em maio 1980, localizado em Florianópolis, no bairro Trindade, junto ao Campus da Universidade. Há uma grande demanda da população, por ser um centro de atendimento público e

gratuito de elevado nível de competência técnica e atendimento humanizado.

Atualmente, atua nos três níveis de assistência (básico, secundário e terciário), é referência em patologias clínicas, cirúrgicas e em patologias complexas, sendo realizadas neste hospital cirurgias de grande porte e atendimentos a pacientes com câncer (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2011). Desde 2004, são realizadas uma média de oito cirurgias bariátricas mensais.

Dentro da Instituição, com o apoio e sob coordenação do Departamento de Nutrição da UFSC, funciona o Grupo Interdisciplinar de Acompanhamento a Pacientes com Redução de Estômago (GIAPRE). O GIAPRE é um projeto de extensão, criado pelo Departamento de Nutrição da UFSC desde que o hospital realiza a cirurgia bariátrica, que tem como objetivo oportunizar à clientela do Hospital Universitário que fez cirurgia bariátrica, acompanhamento nutricional em grupo, auxiliando em uma nova conduta alimentar a partir da troca de experiências com pacientes que estão vivenciando a mesma situação, mediada por profissionais da área.

Além de nutricionistas, o GIAPRE conta com a participação de outros profissionais da saúde, dependendo da demanda dos participantes, e promove reuniões sempre nas primeiras segundas-feiras de cada mês no auditório do Hospital Universitário. A participação é gratuita e não requer agendamento prévio.

O atendimento individual em ambulatório e o GIAPRE existem na Instituição desde que a cirurgia bariátrica começou a ser realizada na Instituição, em 2004. As demais tecnologias foram introduzidas pela nutricionista do setor, conforme a vivência com os pacientes.

De acordo com a resolução do Conselho Nacional de Nutricionistas (CFN) n.º 541/2014, compreende-se por consulta, a assistência em ambulatório, consultório ou em domicílio e que a mesma deve ser realizada de forma presencial, exceto se o paciente/cliente estiver impossibilitado de comparecer pessoalmente (CONSELHO NACIONAL DE NUTRICIONISTAS, 2014). Nesse sentido, o serviço de Nutrição do Hospital do estudo oferece, para os pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, cinco tipos de atendimento:

- a) Atendimento presencial, em ambulatório que segue o seguinte protocolo após a alta hospitalar: consulta de sete dias de pós-operatório; consulta de 30 dias de pós-operatório; consulta de três meses de pós-operatório; consulta de seis meses de pós-operatório; consulta de um ano de pós-operatório e consulta de dois anos de pós-operatório. Após esse período de cirurgia, se não houver

intercorrência, o paciente é encaminhado ao GIAPRE que tem frequência mensal. Se apresentar intercorrências fora destes períodos ou se após a alta houver necessidade de acompanhamento individual, o atendimento em ambulatório é resgatado até resolução das mesmas.

- b) Atendimento em grupo presencial: o GIAPRE está aberto a todos os pacientes que recebem alta hospitalar, não exige marcação formal para participar e conta com a coordenação da Nutrição e com a participação da pesquisadora desde 2011. Nos encontros, são debatidos temas pré-elencados pelo próprio grupo no início de cada ano e tem caráter educativo. Além disso, o grupo visa promover educação nutricional, incentivando hábitos saudáveis que possibilitem uma adequada perda de peso e manutenção do peso perdido; incentivar modificações no comportamento alimentar dos pacientes que minimizem reações adversas ocasionadas em função de uma nova situação fisiológica e psicossocial, imposta pela cirurgia bariátrica; orientar quanto à seleção e preparo dos alimentos, para uma dieta variada e equilibrada, promovendo oficinas de preparo de refeições e, finalmente, proporcionar ao aluno de graduação e pós-graduação, uma articulação entre o ensino, pesquisa e extensão. É um espaço aberto também para resolução de dúvidas e identificação de casos que devem ser reencaminhados para consulta individual.
- c) Grupo em rede social: o grupo em rede social tem como objetivo a postagem de informações sobre o GIAPRE e também é utilizado para a divulgação de receitas saudáveis, estímulo à atividade física, troca de experiências e também uma forma de contato para os pacientes que tem a impossibilidade de participar do grupo presencial. Os pacientes são adicionados no grupo pela Nutricionista da equipe. As postagens realizadas no grupo são feitas tanto pela Nutricionista quanto pelos próprios pacientes como receitas saudáveis ou palavras de incentivo a mudança positiva de hábitos alimentares.
- d) *E-mail*: os pacientes recebem desde a orientação da alta hospitalar o *e-mail* de contato da nutricionista para que, quando sua consulta ou grupo presencial ainda for demorar a ocorrer, recorram a ele e possam esclarecer alguma dúvida sobre as orientações nutricionais fornecidas. Os *e-mails* são respondidos diariamente pela Nutricionista.
- e) Grupo em aplicativo do *smartphone*: os pacientes são adicionados em um grupo do *Whatsapp* para que possam interagir entre si e

trocar experiências, dúvidas, receitas e palavras de incentivo durante o processo de pós-operatório. As postagens são feitas pelos pacientes e pela Nutricionista, diariamente.

Estas diversas formas de atendimento são cruciais para dar andamento à mudança de hábitos alimentares e evitar riscos ao paciente. Os pacientes são orientados que é de suma importância que as refeições sejam feitas em ambiente calmo, tranquilo e consumidas devagar; e em relação à hidratação, alerta-se sobre a vigilância quanto à ingestão hídrica, em pequenas quantidades e entre as refeições, para evitar dilatação do estômago e interferência no processo digestivo.

Para facilitar a adaptação das quantidades, sugere-se que os pacientes tenham copos e xícaras pequenas em casa, além de utilizarem o prato de sobremesa ou pão para fazerem as suas refeições, o que possibilita uma melhor apresentação visual dos alimentos, quando comparada à distribuição em pratos e copos de tamanho padrão.

No momento em que são entregues as orientações, o paciente é orientado a observar se terá condições de consumir a quantidade indicada, e, caso esteja saciado antes de consumir esta quantidade, é orientado a não forçar, evitando vômitos; devendo estar ciente de que podem ocorrer variações de consumo de um alimento para outro e que o volume indicado é o máximo que ele pode consumir, não devendo preocupar-se caso consuma menos, eventualmente.

Quando é finalmente iniciada a alimentação de consistência normal, orienta-se um cuidado especial para a introdução de carnes, frutas com casca e vegetais crus, devido à frequente intolerância a estes alimentos. Alimentos formadores de gases também devem ser consumidos com cautela, assim como bebidas gaseificadas, alimentos açucarados ou gordurosos. O paciente é orientado quanto à possibilidade de apresentar intolerância à carne vermelha, peito de frango, ao arroz, macarrão, ao leite (principalmente com lactose) e, com menos frequência, ao pão.

Todas essas orientações são reforçadas durante todo o processo e as consultas individuais são realizadas no sétimo dia; trigésimo dia de cirurgia; terceiro mês; sexto mês; com 1 ano de cirurgia e 2 anos de cirurgia; ganhando alta de consulta individual caso não haja intercorrências e mantendo a participação nos grupos e utilizando as outras formas de tecnologia.

Inicialmente, em relação ao volume das refeições, orienta-se quanto à importância de não consumir maior quantidade de alimento do que a recomendada, adotando-se a seguinte conduta dietoterápica:



- a) Fase 1: dieta de consistência líquida restrita até o 7º dia de pós operatório (PO), aproximadamente, com volume de 50 ml em cada refeição e frequência de ingestão de 30 em 30 minutos. A dieta prioriza repouso gastrointestinal e tem caráter de hidratação.
- b) Fase 2: dieta de consistência líquida completa e pastosa do 7º ao 30º dia de PO, aproximadamente, com volume de 100 ml em cada refeição, fracionada de seis a oito refeições por dia.
- c) Fase 3: dieta de consistência branda do 30º ao 3º mês de PO, aproximadamente,
- d) Fase 4: dieta de consistência normal após o 3º mês de PO, aproximadamente, respeitando o volume recomendado e a frequência de ingestão de seis a oito refeições por dia (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2011).

É importante lembrar que é crucial o comparecimento do paciente à consulta individual para receber a explicação oral destas orientações dietéticas que também são entregues por escrito. As outras formas de tecnologia vêm para complementar e depois dar continuidade a este atendimento individual mais específico.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Nesse estudo, a população elegível foi constituída de homens e mulheres submetidos à cirurgia bariátrica no HU/UFSC que participam do GIAPRE. Todos os pacientes que realizam a cirurgia neste hospital são convidados a participar do grupo, de frequência mensal, desde o momento de alta hospitalar e, dessa forma, todos os pacientes que participavam do grupo foram convidados a participar do estudo.

Traçando o perfil dos pacientes do presente estudo nota-se que a maioria é procedente da região da grande Florianópolis (77,27%), do sexo feminino (86,36%); em sua maioria com dois anos de cirurgia ou mais (77,27%); em idade adulta (90%) com uma média de 46 anos de idade e em sua maioria, tiveram ganho de peso (59%) e em sua maioria também, não alcançaram a perda de peso de 40% do peso total (68,18%) sugerida por Bacchi e Bacchi (2012).

Pelo fato da população ser composta por sujeitos que vivenciam situações relacionadas ao fenômeno em estudo, neste caso a cirurgia bariátrica, propiciando a riqueza na troca de informações, estes possuem características comuns que os qualificam para a discussão da questão focal (GATTI, 2005).

Fizeram parte do estudo 22 participantes diferentes, com predominância de 12 participantes em cada grupo promovido pelo

GIAPRE. Apenas o encontro de março foi composto por 10 participantes; os demais foram compostos por 12.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Indivíduos que realizaram cirurgia bariátrica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) e maiores de dezoito anos, que fizeram acompanhamento nutricional e que participaram dos encontros realizados pelo GIAPRE. A seleção dos participantes foi realizada nos encontros do GIAPRE.

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Pacientes que não fizeram parte do acompanhamento no período da coleta de dados.

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

Nesse estudo, optou-se pelo grupo focal para coleta de dados, que é uma das diversas modalidades de entrevista grupais e/ou grupo de discussão e que propicia uma combinação de métodos como levantamento, observações, entrevistas e identificação de diversos aspectos relevantes por meio dos relatos dos sujeitos (BORGES; SANTOS, 2005).

Mencionado inicialmente como técnica de pesquisa em *marketing* nos anos de 1920, foi introduzida nas ciências sociais por R. Merton somente em 1950, com o objetivo de estudar as reações das pessoas à propaganda de guerra. Pertence à categoria mais geral de pesquisa aberta ou não estruturada, visando colocar as respostas do sujeito no seu próprio contexto. Atualmente, esta técnica tem sido utilizada por muitos profissionais no desenvolvimento de pesquisas em educação e em saúde (MINAYO, 2007).

O grupo focal é uma técnica utilizada na avaliação de serviços ou intervenções de material institucional, para o planejamento e acompanhamento de programas, como instrumento de avaliação formativa, implementação e avaliação de programas, entre outros (BORGES; SANTOS, 2005). Vem sendo utilizado com mais frequência nos últimos anos e, para Flick (2009), experimenta uma espécie de renascimento. Integra, discute, avalia o tema proposto, sendo flexível e dinâmico, já que, na primeira etapa dos trabalhos são realizadas atividades livres e informais, de interação e descontração dos sujeitos, com o intuito

de acolher e envolver o grupo durante a reunião. Pode-se argumentar que se trata de uma entrevista em grupo, na qual a interação configura-se como parte integrante do método (BACKES et al., 2011).

O presente estudo aborda relatos que revelam a contribuição das tecnologias de comunicação em nutrição com pacientes que vivenciaram a cirurgia bariátrica. Segundo Pedro et al. (2013), o Grupo Focal é apropriado para reuniões com grupos como a deste estudo, que objetivam melhorar a integração entre os sujeitos, incluindo o apoio mútuo dos participantes por meio da comunicação uns com os outros, trocas de experiências, ideias, opiniões e críticas. Estes autores ressaltam que, uma das vantagens deste tipo de abordagem, é a possibilidade de esclarecer visões de mundo, por intermédio da descontração dos participantes responderem as dúvidas levantadas e os dados serem produzidos quando uma questão é construída e debatida na discussão em grupo.

A organização do grupo focal deu-se com o estabelecimento de temas que foram pré-selecionados pelo grupo GIAPRE e que vieram ao encontro do objetivo do estudo de forma a organizar a discussão sem perder o foco, permitindo que a discussão fosse dinâmica e flexível.

A partir do início da abordagem do tema se utilizou uma postura mais ou menos intervencionista, dependendo do grau de interação dos participantes (PEDRO et al., 2013). Foram produzidas conversas informais para que os sujeitos se sentissem livres para expressar suas experiências e opiniões.

Nesse estudo, esteve presente a pesquisadora principal, como coordenadora do grupo focal e um observador. O coordenador tem como função esclarecer sobre a dinâmica de discussões, os aspectos éticos vinculados ao estudo e ao processo interativo. Ele estimula o debate, sintetiza os encontros anteriores e faz um fechamento na sessão por meio de acertos e combinações para os futuros encontros. Esta estratégia também inclui a figura do observador, que da mesma maneira, é essencial para o desenvolvimento dos encontros, já que ele registra a dinâmica do grupo, auxilia na condução das discussões, colabora com o coordenador no controle do tempo e monitora o equipamento de gravação (BACKES et al., 2011). Além disso, o observador pode evitar a distração dos participantes e facilitar o transcorrer de todo o percurso programado para que não se perca o foco do tema debatido em cada grupo. Em nosso estudo, a observadora é assistente social e fazia parte da turma de mestrado da pesquisadora e, além disso, sua pesquisa também estava relacionada com o paciente de pós operatório de cirurgia bariátrica, o que propiciou uma observação mais específica e facilitou a discussão após cada encontro. É importante lembrar da necessidade de um procedimento

de registro adequado durante a condução do grupo focal e a conclusão da entrevista, se possível, dentro do tempo especificado (CRESWELL, 2014).

Com relação ao número de participantes nos grupos focais, na literatura há uma variação entre seis a quinze. O número ideal para um grupo focal é aquele que permite a participação efetiva dos integrantes e a discussão adequada dos temas (PIZZOL, 2004). O número de participantes no grupo focal influencia na sua duração, bem como a complexidade do tema abordado ou o grau de polêmica das questões abordadas. De acordo com Nogueira – Martins e Bogus (2004), a composição do grupo deve contemplar entre seis e quinze pacientes e Gatti (2005) concorda que um número maior que este pode limitar a participação de cada sujeito, oportunidades de troca de experiências e um bom registro por parte dos pesquisadores. Em relação ao tempo, uma variação entre 90 e 110 minutos deve ser considerada para um bom uso da técnica (TRAD, 2009).

Segundo Backes et al. (2011), para a composição do grupo focal, é necessário que os integrantes possuam entre si ao menos uma característica comum importante, e os critérios para a seleção dos sujeitos sejam determinados pelo objetivo do estudo. No presente estudo, a característica comum dos participantes foi terem realizado a cirurgia bariátrica no HU e estarem em acompanhamento pós-operatório com a nutrição.

Os grupos focais de março, abril e maio tiveram atividades práticas para estimular a conversa.

No encontro de março, realizou-se uma atividade na qual foi entregue uma lista de hábitos alimentares com duas colunas, denominada “Pensando no meu dia”, elaborada previamente em conjunto com a Psicologia com o intuito de deixar claros e visíveis quais os hábitos alimentares dos participantes que estavam adequados e quais ainda precisavam ser ajustados. A primeira coluna continha opções de bons hábitos alimentares e do outro lado hábitos não saudáveis. Solicitou-se que fossem marcados os itens, os quais fizeram parte do seu dia anterior, que propositalmente era domingo. Após todos preencherem suas listas, as folhas foram entregues à pesquisadora principal e concomitantemente foram comentados todos os itens com o grupo e cada participante foi expressando comentários e sua opinião a respeito, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1 - Quadro: “Pensando no meu dia”

	Bebi bastante água durante o dia		Tomei refrigerante ou suco industrializado
	Tomei café da manhã		Comi doce, bala ou chiclete
	Não repeti o prato ou o lanche		Comi salgadinhos fritos
	Caminhei ou fiz alguma atividade física		Fumei 1 ou mais cigarros
	Comi pão, torrada, arroz ou macarrão integral		Comi algum lanche pronto ou <i>fast food</i>
	Comi salada ou verduras na hora do jantar		Ingeri bebida alcoólica
	Tomei suco natural sem açúcar		Fiquei mais de três horas sem comer
	No meu almoço teve feijão, grão de bico ou lentilha		Exagerei na quantidade de comida em alguma refeição
	Tomei ou comi algo leve antes de dormir		Usei açúcar pra adoçar alguma bebida
	Fiz 6 refeições pequenas durante o dia (café, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia)		Comi pão branco ou bolachas
	Não senti vontade de “escapar” das orientações ou senti, mas consegui resistir		Comi rápido e não mastiguei direito
	Comi pelo menos uma fruta		Fiquei o dia todo sem comer frutas
	<b>Some os pontos</b> <i>Essa é uma lista de <u>hábitos saudáveis</u>. Procure incluir esses itens na sua rotina diária.</i>		<b>Some os pontos</b> <i>Essa é uma lista de <u>hábitos não saudáveis</u>. Procure diminuir ao máximo os itens dessa lista.</i>

No encontro de abril foi realizada a montagem com o grande grupo de opções saudáveis para as seis refeições do dia, após os participantes

relatarem seu “Recordatório Alimentar de 24h” individualmente por escrito.

No encontro de maio, a atividade propunha que os participantes enumerassem os pontos positivos de mudança de hábitos alimentares já alcançados desde a cirurgia e os desafios que ainda precisam ser alcançados ou solidificados. Para todas essas atividades, pediu-se para que tentassem lembrar as orientações já realizadas sobre cada hábito, e refletirem sobre as conquistas e também sobre o não seguimento de alguma delas.

Nos encontros de junho e julho a atividade proposta foi roda de conversa, sobre os temas “Comunicação com a nutrição durante o processo de pós-operatório”; “O uso da internet pelos pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica” e “Manutenção da perda de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica”.

O grupo focal em questão, como já foi dito anteriormente, contou com 12 participantes e durou cerca de 1h e 30 minutos.

#### **4.4.1 Ambiente e recursos utilizados**

O ambiente para realização do grupo merece atenção para que seja confortável, agradável, de fácil acesso e que permita a interação do grupo (NETO et al., 2012). O auditório que é disponibilizado para realização do GIAPRE foi mantido para o grupo focal, sendo um local conhecido dos participantes. O auditório fica localizado no HU/UFSC, no andar térreo, em frente ao *hall* da Instituição. Dentro do auditório há cadeiras, ar condicionado, microfone, projetor, e telefone.

As cadeiras foram dispostas em círculo para que os participantes pudessem ficar mais próximos, com a possibilidade de visualização de todos entre si.

Sugeriu -se a aplicação de dinâmicas de apresentação no grupo após a recepção foi prévia ao início das atividades, favorecendo a desinibição e descontração dos participantes e da equipe de pesquisa (NETO et al., 2012).

Para o registro dos dados foi utilizado gravador que facilitou a transcrição das falas e todos os participantes foram comunicados sobre este uso, constando no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O gravador foi colocado no meio do círculo para que houvesse melhor captação das falas. O observador ficou posicionado próximo ao círculo para que pudesse visualizar todo o grupo, fazer anotações em situações mais importantes e intervir, se necessário caso a discussão tivesse perdido o foco central.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada nos meses de março a julho de 2016, totalizando cinco encontros. Em fevereiro de 2016, foi realizado um grupo-piloto, possibilitando à pesquisadora principal deste estudo verificar a adequação dos temas sugeridos, dos tempos previstos e das instruções dadas aos participantes.

A pesquisadora, ao iniciar o trabalho com este grupo, adotou o seguinte protocolo antes da discussão propriamente dita:

- Agradeceu a participação de todos;
- Explicou o objetivo do encontro e da importância da pesquisa para melhorar a prática no serviço de cirurgia bariátrica;
- Solicitou autorização para gravar, explicitando que haveria sigilo das informações, na utilização dos dados e no anonimato dos participantes e que as gravações seriam inutilizadas ao final de cinco anos do trabalho;

Além disso, foram elencados temas a serem debatidos nos próximos encontros que se relacionavam com as conversas e consultas realizadas com os pacientes desde o início do pós-operatório. O grupo-piloto reforçou a necessidade da presença do observador para auxiliar no controle do tempo, na transcrição das falas para que ficasse mais rica em informações e na organização da discussão para que não saísse do foco central. Não foi necessário alterar a estrutura dos grupos focais posteriores.

A partir do início da pesquisa e da coleta de dados propriamente dita, em cada encontro, no primeiro momento foi entregue o TCLE para novos participantes e a pesquisadora principal explicou detalhadamente o preenchimento do instrumento e a importância do estudo para produção de conhecimento, assim como a necessidade da autorização com sua assinatura.

Em cada encontro, a pesquisadora principal introduziu o tema e iniciou a gravação da discussão e posteriormente realizou a transcrição das falas, processo que foi facilitado com o auxílio do observador. A transcrição realizada no mesmo dia do grupo visou facilitar o resgate mais fidedigno de todos os momentos importantes, situações mais polêmicas, dos sentimentos em torno das falas e visou minimizar as perdas das informações.

Os temas trabalhados nos grupos focais foram:

“Recordatório alimentar de 24h”;

“Comunicação com a Nutrição durante o processo de pós-operatório”;

“O uso da internet pelos pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica”;

“Qualidade de alimentação no pós-operatório de cirurgia bariátrica”;

“Manutenção da perda de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica”.

Os encontros duraram em média uma hora e meia, uma vez que muitos participantes dependiam do transporte da prefeitura de sua cidade logo depois do encontro e para evitar um desgaste mental em função do cansaço. Ao final de cada encontro, a pesquisadora e o observador se reuniram para avaliar o que transcorreu no grupo, o que possibilitou a troca de impressões sobre ambas e sobre cada participante do grupo.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise da comunicação interpessoal de um grupo focal, é essencial observar vários aspectos: consensos, discordâncias, alterações de humor, as provocações e os tipos de narrativas. Creswell (2014) ressalta a análise dos dados na pesquisa qualitativa, pode conter vários componentes e o objetivo é extrair o sentido dos dados coletados em um processo permanente envolvendo uma reflexão contínua sobre estes dados. Dessa forma, a análise dos dados é conduzida concomitantemente com a coleta dos dados.

Os dados provenientes de interações humanas são subjetivos e diversos, mesmo que tenham sentido. Podem variar desde a forma como são coletados como imagem, áudio, texto escrito ou vídeo, ou até mesmo na maneira pela qual espelham as reflexões individuais e as comunicações verbais e não verbais existentes na interação humana e ao longo do tempo emergiram diversas maneiras de analisar os dados (SOUZA; GODIM; ABBAD, 2013).

Existem diversas formas de documentação do material coletado, na maioria das vezes constituindo-se de material textual: anotações, protocolos, notas de campo, diário de pesquisa, fichas de documentação, transcrição entre outros. Nesse estudo, conforme a recomendação de Flick (2009), a transcrição das falas colhidas no grupo focal foi convertida em texto escrito e os dados agrupados, conforme sua similaridade, para facilitar a discussão em consonância com a literatura pertinente e atualizada. O método consistiu basicamente em relacionar a frequência da citação de algumas ideias ou palavras transcritas, relacionadas a pergunta de pesquisa e separar com cores diferentes de modo que quando surgisse ideias semelhantes, iam se agrupando. Após essa etapa, foram



criados nomes para essas partes semelhantes conforme sugere Flick (2009).

As ideias de maior peso encontradas foram nomeadas da seguinte forma: Comunicação com a nutrição e segurança do paciente; Mudança de hábitos alimentares e desafios; Perda e manutenção de peso.

Os resultados deste estudo foram discutidos de acordo com a sustentação teórica adotada em consonância com a literatura pertinente e atualizada da temática.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo foi embasado na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), que trata de pesquisas e testes em seres humanos, a qual foi publicada no dia 13 de junho, no Diário Oficial da União, devidamente aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na 240ª Reunião Ordinária, em dezembro de 2012, tendo como compromisso ético respeitar e aplicar todas as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na mesma.

Anteriormente à coleta de dados, foram realizadas as seguintes ações:

1. Autorização da Instituição Hospital Universitário (HU/UFSC) para início da pesquisa;
2. Conversa com o responsável pela criação do GIAPRE, do Departamento de Nutrição da UFSC, sobre a realização da pesquisa e do grupo focal no GIAPRE;
3. Apresentação do projeto de pesquisa para os profissionais da equipe de cirurgia bariátrica da Instituição na reunião mensal para que conhecessem o estudo.

O presente estudo realizou-se dentro da área de ciências biológicas em relação direta com seres humanos e, por este motivo, buscando respeitar os sujeitos da pesquisa em toda sua integralidade, assim como a comunidade em geral, passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da UFSC, por meio do sistema de submissão da Plataforma Brasil, conforme Parecer Consubstanciado de número 1.450.029.

As informações fornecidas e resultados obtidos são confidenciais, sendo somente utilizados em publicações em livro, periódicos ou divulgação em eventos de caráter científico. Foram dados codinomes aos participantes (P1, P2 e assim sucessivamente até P22) para preservar o anonimato e da mesma forma os seus dados foram mantidos, com acesso exclusivo apenas para a pesquisadora principal e suas orientadoras.

Todos os aspectos de direito dos participantes, assim como as informações relevantes a sua participação, foram preservadas e garantidas por intermédio do TCLE (APÊNDICE A). O mesmo foi apresentado aos sujeitos e as assinaturas foram solicitadas, caso fosse de livre e espontânea vontade a sua participação na pesquisa. Foi disponibilizada uma cópia do documento ao participante, com o contato do pesquisador principal e demais pesquisadores, assim como a disponibilidade do mesmo para esclarecimento de dúvidas, desistência e corte dos dados por ele disponibilizados.

Os participantes foram informados no TCLE que a pesquisa não lhe traria nenhum ônus financeiro e garantindo-se a indenização diante de eventuais danos decorrentes dela. Os encontros poderiam trazer benefícios no que diz respeito à educação e promoção da saúde já que foram debatidos temas de interesse dos participantes e as dúvidas em relação ao tema debatido que surgissem nesses momentos seriam sanadas. Além disso, os seus resultados puderam contribuir para uma melhora na oferta das tecnologias nutricionais de comunicação para os pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Reforçou-se que, existia um risco de constrangimento no fornecimento de informações, porém, também existia a possibilidade do participante não fazer parte do debate do tema ou desistir de participar da pesquisa, sem precisar se justificar e ter qualquer prejuízo no atendimento, participação em grupo educativo ou acesso aos profissionais envolvidos. Ele teve a liberdade de esclarecer dúvidas acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados em qualquer momento desta trajetória e, se sentisse lesado de alguma forma, bastava entrar em contato com a pesquisadora principal por telefone ou e-mail, que lhe seria dado total apoio.

As demais documentações como gravação e transcrições e os TCLEs ficaram sob a guarda da pesquisadora principal e assim permanecerão por um período de cinco anos, sendo que a mesma terá responsabilidade pelo armazenamento, confidencialidade e integridade dos mesmos. Após este período, todas as informações obtidas por meio da pesquisa serão deletadas (arquivos de mídia digital) e/ou incineradas (material de mídia impressa).

## 5. RESULTADOS

Os resultados e discussões serão apresentados em forma de dois manuscritos, conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011, que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo divulgados em periódicos e também apresentados em congressos, contribuindo para que novas pesquisas sejam realizadas na área.

A partir da análise dos dados, diferentes temas emergiram e, para uma melhor compreensão do objeto de estudo, selecionamos dois temas que foram considerados mais relevantes para responder aos objetivos desta pesquisa.

Esses temas são apresentados e discutidos em dois manuscritos que compõem as subseções deste capítulo (seções 5.1 e 5.2) atendendo a instrução normativa 10/PEN/2011, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que dispõe sobre o formato de apresentação do trabalho de conclusão do curso de mestrado, com no mínimo dois manuscritos.

O primeiro manuscrito visa responder o objetivo geral, que é conhecer como as tecnologias de comunicação utilizadas no serviço de Nutrição contribuem para a segurança do paciente, na sua visão, no pós-operatório de cirurgia bariátrica em um Hospital Universitário do Sul do Brasil; o primeiro objetivo específico que é descrever as tecnologias de comunicação oferecidas pelo serviço de Nutrição pelo paciente submetido à cirurgia bariátrica e, finalmente o segundo objetivo específico que pretende verificar a opinião dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica sobre as estratégias de comunicação utilizadas durante o acompanhamento nutricional. Está intitulado como: “Tecnologias de comunicação de um serviço de Nutrição auxiliando na segurança do paciente de cirurgia bariátrica”.

O segundo manuscrito visa responder o terceiro objetivo específico, identificando se os pacientes seguem as orientações nutricionais realizadas durante todo pós-operatório e quais os seus desafios em longo prazo, e está intitulado como: “Cirurgia bariátrica: mudanças alimentares e desafios para perda e manutenção de peso”.

## 5.1 MANUSCRITO 1 “TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO DE UM SERVIÇO DE NUTRIÇÃO AUXILIANDO NA SEGURANÇA DO PACIENTE DE CIRURGIA BARIÁTRICA”.

### RESUMO

O presente estudo buscou conhecer como o nutricionista contribuiu para a segurança do paciente por meio das tecnologias de comunicação que lhe foram oferecidas no serviço de Nutrição durante todo o pós-operatório cirurgia bariátrica em um hospital do sul do Brasil. Além de descrever as tecnologias oferecidas, aborda relatos que revelam a contribuição destas tecnologias aos pacientes. Optou-se pelo grupo focal como técnica de coleta de dados, totalizando cinco encontros realizados de março a julho de 2016 e análise de dados pelo método de Flick. As tecnologias oferecidas são: atendimento individual em ambulatório, atendimento em grupo presencial, atendimento em grupo em rede social, esclarecimentos de dúvidas por *e-mail* e ligação telefônica e mensagem simultânea por aplicativo em *smartphone*, o *Whatsapp*. Os vinte e dois participantes participaram da pesquisa preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido e este passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Parecer Consubstanciado de número 1.450.029. Como resultados, as falas revelam um fortalecimento do vínculo com o nutricionista, um sentimento de segurança por ter opções variadas de tecnologia de comunicação, de acordo com sua disponibilidade e acesso e uma preocupação em perder o acompanhamento e ter problemas em relação a deficiências nutricionais e reganho de peso. Através dos resultados é possível entender o desafio que o nutricionista enfrenta ao atender pacientes tão complexos e a necessidade de adaptar suas orientações e transformá-las de acordo com o indivíduo assistido de modo que a mensagem por ele transmitida seja interpretada de forma correta, fixada e incorporada. Este estudo reforçou o que se pensa sobre quem deve coordenar o tipo de comunicação a ser utilizada com o paciente, que é o usuário, dependendo do seu contexto e sua realidade, cabendo a nós, profissionais, nos adequarmos às formas de comunicação disponíveis e usá-las da melhor maneira possível a fim de que a mensagem transmitida seja decodificada pelo paciente adequadamente atendendo às suas necessidades, fazendo com que quem escuta e quem fala tenha a mesma importância.

**Descritores:** Cirurgia bariátrica. Nutrição. Tecnologias em saúde. Segurança do paciente. Obesidade. Educação alimentar e nutricional.

## RESÚMEN

Este estudio trata de saber cómo el nutricionista contribuyó a la seguridad del paciente a través de tecnologías de la comunicación que se ofrecían en el servicio de nutrición en todo el postoperatorio de la cirugía bariátrica en un hospital en el sur de Brasil. Además de describir las tecnologías ofrecidas, se analizan los informes que revelan la contribución de estas tecnologías a los pacientes. Optamos por el grupo focal como técnica de recolección de datos, por un total de cinco sesiones de marzo a julio de 2016 y el análisis de datos mediante el método de Flick. Las tecnologías que se ofrecen son: terapia ambulatoria individual, el cuidado grupo de clase, la atención del grupo en la red social, aclaración de dudas por correo electrónico y llamada telefónica y mensaje simultánea en una aplicación de teléfono inteligente, Whatsapp. Los veintidós participantes tomaron parte en el estudio completado el formulario de consentimiento y clara, y este cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Humana, de acuerdo con el certificado número 1450029 soportado. Como resultado, las líneas muestran un fortalecimiento del vínculo con el nutricionista, una sensación de seguridad al tener variadas opciones de tecnología de la comunicación, en función de su disponibilidad y el acceso y la preocupación por la pérdida de monitoreo y tienen problemas relacionados con las deficiencias nutricionales y peso recuperado. A partir de los resultados, es posible entender el desafío que el nutricionista se enfrenta al ver a los pacientes de manera compleja y la necesidad de adaptar sus directrices y transformarlas de acuerdo a la persona asistida para que el mensaje transmitido por él para ser interpretada correctamente, fijo y incorporado. Este estudio reforzado con lo que usted piensa acerca de quién debe coordinar el tipo de comunicación que se utiliza con el paciente, que es el usuario, en función de su contexto y la realidad, que nos deja, profesionales, adaptarnos a las formas de comunicación disponibles y el uso -Las la mejor manera posible para que el mensaje es decodificado por el paciente satisfacer adecuadamente sus necesidades, por lo que el oyente y el hablante tienen la misma importancia.

**Palabras clave:** Cirugía bariátrica. Nutrición. Tecnologías de la salud. La seguridad del paciente. La obesidad. Educación alimentaria y la nutrición.

## ABSTRACT

The present study sought to find out how the nutritionist has contributed to patient's safety through the communication Technologies that were offered to them by the Nutrition service during the bariatric surgery's whole post-op time in a Southern Brazilian University Hospital. Besides describing the offered technologies, it addresses reports that reveal the contribution of said Technologies to patients. The contact group was chosen as data gathering technique, with a total of five meetings conducted from March to July, 2016, and the method for data analysis of choice was the Flick method. The offered technologies are: personal care in outpatient care, assistance in face-to-face group, social network groups, clarification of doubts through phone calls and e-mail contact, as well as simultaneous messages through the Whatsapp smartphone app. The twenty two participants who took part in the research filled the free and clarified consent term, and said term went through approval by the Human Being Research Ethics Committee, according to the Consolidated Report number 1.450.029. As a result, the speeches reveal a strengthening in the bond with the nutritionist, a feeling of safety for being presented with several options of communication technology, according to the availability and accessibility, as well as a concern for missing the assistance and having problems regarding nutritional deficit and weight regaining. Through the results it is possible to understand the challenge that the nutritionist faces while taking care of such complex patients, and the need to adapt orientations and transforming them according to the assisted individual in a way that the message transmitted by the nutritionist to the patient is interpreted properly, fixed and incorporated. This study reinforced what is thought about who should coordinate the type of communication to be used as a patient, which is the user, depending on their context and reality, and it is our duty, as professionals, to adequate ourselves to the forms of communication available, and use them the best way possible in order to have the message sent being decoded properly by the patient, attending to their needs, making both speaker and recipient being equally important.

**Keywords:** Bariatric Surgery; Nutrition; Health Technologies; Patient Safety; Obesity; Nutritional and Dietary Education.

## INTRODUÇÃO

A obesidade vem sendo acompanhada em diversas partes do mundo e, segundo a *World Obesity Federation* (2015), a obesidade hoje é reconhecida mundialmente como um dos problemas mais importantes de saúde pública. De acordo com as estatísticas dessa organização, existem aproximadamente 475 milhões de adultos obesos, 1,5 milhão de super obesos e mais de 200 milhões de crianças em idade escolar que estão acima do peso.

A nível de Brasil, os dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada pelo Ministério da Saúde (MS), trazem que a proporção de pessoas acima do peso aumentou de 43% em 2006, para 52.5% em 2014 e o percentual de obesos cresceu de 11% para 17.9% (VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO, 2014).

Como forma de tratamento conservador da obesidade tem-se a orientação dietética, a prática de atividade física, a terapia cognitivo-comportamental e o uso de medicamentos (MARCELINO; PATRICIO, 2011). Quando estas ferramentas não alcançam sucesso, ou seja, quando não há perda e manutenção da perda de peso, a cirurgia bariátrica é o próximo tratamento de escolha e tem se demonstrado um consistente recurso terapêutico na perda de peso a longo prazo e na melhora ou remissão de comorbidades associadas à obesidade (CUMMINGS; PRATT, 2015).

O Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgia bariátrica no mundo, com mais de 80 mil registros por ano, superado apenas pelos Estados Unidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2015). O aumento de aproximadamente 300% do número de cirurgias bariátricas nos últimos anos, a baixa taxa de mortalidade de pacientes, que não ultrapassa 0,15% e a possibilidade de alcançar a perda de 40% do peso total, torna a cirurgia cada vez mais atrativa (BACCHI; BACCHI, 2012).

O acompanhamento multiprofissional dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica deve ser contínuo, pois, além de tratar-se de uma cirurgia de grande porte, a falta de acompanhamento adequado pode causar perda de peso ponderal insuficiente e riscos nutricionais, afetando assim, o sucesso da cirurgia e a segurança do paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

O processo de transformação dos hábitos alimentares pode ser complexo, envolvendo aspectos físicos, psíquicos e sociais, dependendo

de cada indivíduo. A obrigatoriedade de mudar hábitos relacionados à alimentação e à atividade física pode ser considerada o maior desafio do pós-operatório (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Estratégias de comunicação por meio do vínculo, da divisão de responsabilidades do profissional com o paciente assistido e da resolução de suas demandas, é possível superar esse desafio juntos (BARROS; BOTAZZO, 2011).

Dessa forma, o profissional nutricionista enfrenta o desafio diário de adaptar suas orientações e transformá-las de modo que a mensagem por ele transmitida seja interpretada pelo paciente de forma correta, fixada e incorporada por ele, tornando a comunicação efetiva. Assim, a comunicação pode ser entendida como uma tecnologia quando pensamos em avanços na assistência em saúde.

A perda ponderal insuficiente, o reganho de peso ou deficiências nutricionais tornam-se uma situação desagradável e até constrangedora, tanto para o profissional nutricionista, quanto para o paciente e esta situação pode estar relacionada com a comunicação não efetiva. Algumas ferramentas de comunicação, além da consulta individual, podem ser adotadas para auxiliar este diálogo como: atendimentos em grupo, contatos via *e-mail*, ligação telefônica e mensagens por meio do telefone celular. Essas tecnologias tornaram-se possíveis a partir da ampliação da utilização da *internet* e popularização dos celulares *smartphones* que complementam o atendimento e estimulam o autocuidado em saúde, alcançando um grande número de pacientes com um custo relativamente baixo, auxiliando na assiduidade às consultas, adesão ao acompanhamento, esclarecer dúvidas e evitar riscos, trazendo maior segurança ao paciente no ponto de vista nutricional (CURIONI; BRITO; BOCCOLINI, 2013).

Em uma pesquisa em Hospitais de Michigan, um estudo avaliou a cultura de segurança e as taxas de complicações cirúrgicas. Como resultados, observou-se que a percepção de segurança varia muito para cada profissional envolvido no processo e não se refere somente ao ato cirúrgico, mas também a qualidade dos serviços prestados, a disponibilidade de informações, o cuidado e a comunicação com equipe de saúde (BIRKMEYER, 2013). Ou seja, as tecnologias de comunicação podem ser uma grande possibilidade para auxiliar esse processo de segurança.

Ao entender o significado das tecnologias de comunicação e da realidade pessoal dos pacientes é possível planejar a atuação do nutricionista para a segurança do paciente e proporcionar mais empatia e vínculo desse profissional com o paciente.



Os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva no trabalho em saúde são: a diversidade na formação profissional, em que o modo de se comunicar pode variar entre os indivíduos; a tendência de algumas categorias profissionais se comunicarem mais umas com as outras e a hierarquia, geralmente colocando o médico como centro das equipes, situação que pode limitar os demais membros da equipe interdisciplinar (ROWLANDS & CALLEN, 2013).

Quando pensamos em garantir a segurança do paciente em cirurgia bariátrica de uma forma mais ampla temos que transcender o ato cirúrgico. Após a cirurgia, inicia-se um grande e contínuo processo de vigilância nutricional, que envolve consultas, conversas informais, vínculo com equipe e motivação, e todos esses fatores devem garantir qualidade em assistência e segurança. A informação clara e coerente é fundamental para a adoção de medidas que aumentem ou mantenham a segurança do paciente, em especial, ao que se referem à avaliação dos benefícios, custos e do impacto das novas tecnologias em saúde.

Como forma de atendimento mais utilizada em hospitais, tem-se a realização de consultas. A consulta pode utilizar diversas tecnologias para proporcionar bons resultados e assistir o paciente de forma integral. São elas: as tecnologias duras, relacionadas à solicitação de exames e procedimentos, e tecnologias leve duras, que envolvem o conhecimento técnico científico dos profissionais para atender o paciente. Entretanto, o usuário pode querer mais do que a simples resolução do seu agravo quando vai ao serviço de saúde. Para se sentir satisfeito pode buscar a escuta qualificada e ser bem tratado e acolhido, que são as tecnologias leves (HONORATO et al., 2015). Pacientes satisfeitos contribuem para melhorar resultados finais de ações de saúde, como a adesão a medidas preventivas e de tratamento clínico (BASTOS; FASOLO, 2013).

O contato com os olhos, a escuta ativa, a preocupação do profissional em relação à compreensão da mensagem por parte do paciente, a capacidade de liderança, o envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes e a consciência situacional são fatores essenciais para o desenvolvimento da comunicação efetiva (JOHNSON E KIMSEY, 2012).

O serviço de Nutrição do Hospital do estudo oferece, para os pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, cinco tipos de atendimento, que são formas de tecnologias de comunicação: atendimento presencial em ambulatório; atendimento em grupo presencial através do Grupo Interdisciplinar de Acompanhamento a Pacientes com Redução de Estômago (GIAPRE); atendimentos não presenciais como o grupo em rede social; esclarecimento de dúvidas via

*e-mail* e ligação telefônica; e grupo em aplicativo do *smartphone*, o *Whatsapp*.

Nesse sentido, o presente estudo buscou descrever as tecnologias utilizadas no serviço de Nutrição deste hospital e conhecer como pode contribuir para a segurança do paciente, na visão dele, durante todo o pós-operatório de cirurgia bariátrica. A partir dos resultados obtidos pretende-se debater temas que sejam demanda do grupo trazendo, se necessário, inovações para com o cuidado nutricional do paciente no que diz respeito a sua segurança, tornando sua mudança de hábitos alimentares definitiva e assim, auxiliando para o sucesso da cirurgia bariátrica.

## MÉTODOS

O estudo é classificado como descritivo e exploratório de abordagem qualitativa e foi desenvolvido em um Hospital Universitário localizado no Sul do Brasil.

O serviço de Nutrição deste hospital oferece formas diversificadas de atendimento, que são tecnologias de comunicação e são elas:

Atendimento individual em ambulatório: o paciente é atendido em consulta individual pela nutricionista, após alta hospitalar, de acordo com o tempo cirúrgico, que ocorre com sete dias, trinta dias, três meses, seis meses, um ano e dois anos de cirurgia. Nesses atendimentos é realizada antropometria, análise de exames bioquímicos pertinentes à Nutrição, anamnese alimentar, verificação de intolerâncias alimentares e são entregues por escrito orientações alimentares escritas de cada um desses períodos cirúrgicos.

Atendimento em grupo presencial: com o apoio e coordenação do Departamento de Nutrição, funciona o Grupo Interdisciplinar de Acompanhamento a Pacientes com Redução de Estômago (GIAPRE), que é um projeto de extensão que visa proporcionar aos pacientes de cirurgia bariátrica, acompanhamento nutricional em grupo. O GIAPRE tem frequência mensal e pode ser utilizado desde o momento de alta hospitalar.

Atendimento em grupo em rede social e mensagem simultânea por aplicativo em *smartphone*, o *Whatsapp*: através da rede social, no *Facebook*, e pelo *Whatsapp*, o GIAPRE também funciona na forma virtual e tanto a nutricionista quanto os pacientes podem postar receitas, dicas saudáveis e palavras de estímulo a mudanças de hábitos alimentares.

*E-mail* e ligação telefônica: resolução de dúvidas pontuais que podem ser resolvidas fora de ambulatório, a fim de evitar riscos na conduta alimentar.

Nesse estudo, a população elegível foi constituída de homens e mulheres maiores de dezoito anos que realizaram cirurgia bariátrica na Instituição e que participam do GIAPRE. Como critério de exclusão, foram considerados pacientes que não fizeram acompanhamento nutricional no pós-operatório.

A técnica de coleta de dados escolhida para o presente estudo foi o Grupo Focal (GF) que abordou relatos dos pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica, que revelaram a contribuição das tecnologias de comunicação oferecidas no Serviço de Nutrição.

Segundo Pedro et al. (2013), o GF é indicado para reuniões com grupos como a deste estudo, que auxiliam na integração entre os sujeitos, incluindo o apoio mútuo dos participantes através da comunicação uns com os outros, trocas de experiências, ideias, opiniões e críticas. É importante que o GF seja composto por pessoas que possuam ao menos uma característica comum importante, e os critérios para a seleção dos sujeitos sejam determinados pelo objetivo do estudo (BACKES et al. 2011). Em nosso estudo, esta característica comum foi terem realizado a cirurgia bariátrica e estarem em acompanhamento pós-operatório com a Nutrição.

O período da coleta dos dados foi realizado entre os meses de março a julho de 2016, totalizando cinco encontros de uma hora e meia e, em fevereiro de 2016, foi realizado um grupo-piloto. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa após esclarecimento do objetivo do estudo, da dinâmica da pesquisa e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), totalizando de vinte e dois participantes, com todos os encontros compostos por doze pacientes, exceto no mês de março, no qual participaram dez. Os participantes foram identificados em P1, P2, P3 e assim por diante até P22 para facilitar a organização das falas.

O GF deu-se com a presença da pesquisadora principal e de uma observadora do Serviço Social, que estava realizando uma pesquisa afim, com pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica, o que facilitou a discussão das falas. Os temas trabalhados nos grupos focais foram:

“Recordatório alimentar de 24h” no mês de março;

“Comunicação com a Nutrição durante o processo de pós-operatório, no mês de abril”;

“O uso da internet pelos pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica, no mês de maio”;

“Qualidade de alimentação no pós-operatório de cirurgia bariátrica”, no mês de junho; e

“Manutenção da perda de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica”, no mês de julho.

Mesmo com temas pré-estabelecidos, a discussão foi dinâmica e flexível. Todas as falas foram transcritas no mesmo dia para facilitar o resgate mais fidedigno de todos os momentos relevantes, situações mais polêmicas e dos sentimentos em torno das falas.

A análise dos dados foi realizada pelo método de Flick (2009) os quais, depois de transcritos em forma textual, os mesmos foram separados em partes, de acordo com sua semelhança, e nomeados novamente como grandes unidades. A partir e então cada uma delas compôs um tripé dos resultados. São eles: “Comunicação com a Nutrição e Segurança do Paciente”; “Mudança de Hábitos Alimentares e Desafios”, e “Perda e manutenção de peso”.

O presente estudo passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, através do sistema de submissão da Plataforma Brasil, conforme Parecer Consubstanciado de número 1.450.029.

## **RESULTADOS**

Para facilitar o entendimento, dividiram-se os resultados em seções, que foram nomeadas de acordo com a separação das partes semelhantes após transcrição das falas.

### **“COMUNICAÇÃO COM A NUTRIÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE”:**

Os pacientes do estudo mencionaram que se sentiram seguros e estimulados para dar continuidade às orientações nutricionais com a variedade de tecnologias nutricionais de comunicação presentes atualmente na instituição. Apesar de valorizarem a consulta individual, algumas dúvidas não ocorrem neste momento ou, no dia da consulta marcada, não têm essa possibilidade de deslocamento, acessando as outras tecnologias não presenciais como: *e-mail*, grupo virtual em rede social ou grupo via aplicativo do *smartphone*, o *Whatsapp* ou presencial, o GIAPRE, que ocorre mensalmente, e facilita a organização do deslocamento do paciente.

O fato de se comunicar com o profissional nutricionista parece trazer segurança para a maioria dos pacientes deste estudo pelo fato de se sentirem acolhidos. Eles referiram conhecer outros pacientes que fizeram

a cirurgia em outros locais e não possuem esta variedade de tipos de atendimento no que se refere a Nutrição, ou um meio de contato alternativo com a nutricionista responsável pela sua cirurgia bariátrica, e observam sua ansiedade, dúvidas e até mesmo erros nutricionais quando os encontram informalmente. Isso se confirma na fala:

*“No dia que saí do consultório e a nutricionista liberou os sólidos, fiquei muito animada! Eu sabia que poderia comer tudo o que ela explicou sem medo e que se esquecesse de algo poderia perguntar... nossa e eu perguntava muito né?” (P4)*

É muito interessante que há uma cooperação mútua entre os participantes e isso é verificado também nas postagens do grupo virtual em rede social e *smartphone*. Além da nutricionista, os próprios pacientes se orientam de acordo com o que já compreenderam dos cuidados nutricionais e também se estimulam quando observam que tem algum colega desmotivado.

*“Essa sopa está com poucas verduras! Deixa mais colorida na próxima, para ser mais nutritiva” (P21)*

*“Não desanime! Amanhã é outro dia, foco! Olhe tudo o que já passamos... não vamos deixar ninguém nos colocar pra baixo!” (P16)*

*“Venha aqui em casa que te levo pra conhecer minha academia, acho que moramos perto. Já passo um cafezinho...” (P3)*

Quando foi abordado sobre o uso da *internet* pelos participantes, a maioria deles fazia o uso desta ferramenta, o que se justifica pela sua popularização nos últimos anos. A consulta em *sites* é feita com cautela, pois os pacientes já foram alertados sobre os cuidados que devem ter na busca de informações. Um dos pacientes utilizou esta tecnologia somente para conhecer novas receitas para variar a alimentação prescrita pela nutricionista. Em relação ao contato com a nutricionista da instituição através do *e-mail*, utiliza muito esta ferramenta, o que é observado na fala:

*“Não confio em tudo que vejo por aí ou me falam... se eu tenho minha nutricionista eu mando pra ela a dúvida! aguardo o e-mail e vejo o que ela fala... E agora ainda tenho uma outra nutricionista*

*ótima, que ela conhece, no posto de saúde, que também me ajuda!” (P14)*

Um participante confessa que antes de realizar a cirurgia utilizava mais os *sites* e salas de bate papo da *internet*, mas que quando viu que poderia contar com a profissional Nutricionista para suas dúvidas no pós-operatório, tirar dúvidas com leigos perdeu o sentido. E fala:

*“No início eu estava viciada em buscar informações, receitas, conversar com outros bariátricos em chats, mas depois foi ficando muito repetitivo. Porque eu já sabia muito, eu tenho muito contato com minha nutricionista então não vou ficar me arriscando...”. (P4)*

#### “MUDANÇA DE HÁBITOS ALIMENTARES E DESAFIOS”:

Os inúmeros eventos sociais da vida cotidiana e o fato da maioria destes eventos levarem a um maior consumo alimentar assustam os participantes do nosso estudo, de forma geral. Para eles, recorrer às tecnologias de comunicação com a Nutrição sobre o que devem comer nessas situações, os deixa mais seguros. Além da quantidade ingerida, também se preocupam com a intolerância alimentar que pode ocorrer no pós-operatório mais recente.

Dois participantes referiram que quando ingerem alimentos que não são bem digeridos, lembram das falas da nutricionista em consultas:

*“Ela dizia assim pra mim: quando você operou, seu estômago era como de um bebê. Não é porque hoje esse alimento lhe caiu mal, que não possa ser experimentado novamente sob outra forma de preparo”. (P9)*

*“Lembro bem da Nutricionista me acalmando, falando que equilíbrio é tudo e todo radicalismo pode ser prejudicial no longo prazo. Me falou que se eu comesse algum doce era para experimentar pouca quantidade e nunca fazer isso de estômago vazio, para não comer muito de uma vez só e também para não aumentar muito a glicose”. (P15)*

Outro paciente relembra a orientação de comprar pequenas quantidades de chocolate, apenas para saciar a vontade daquele momento, e evitar o consumo prolongado na fala:

*“Ela diz sempre, compra pouco, nada de barra de chocolate grande e sempre na hora da sobremesa... dá certo, aquele chocolate não fica lá, sabe, e a gente não fica tentada a comer mais depois”.* (P8)

P11 sugeriu aos colegas o consumo de água saborizada com canela para reduzir a vontade de comer doces. Foi orientada a fazer isso via *e-mail*, e, desde então, tem utilizado, apesar de não lembrar muito bem o motivo. Aproveitando o assunto, um participante do grupo comenta na fala, que devemos ter cuidado para não consumir repetidamente o doce: *“Pode acordar o leão adormecido, como o refrigerante que consumíamos antes da cirurgia, que era um vício”*. Ainda, explica que quando tem muita vontade de comer doces, segue a receita ensinada em um encontro do GIAPRE feito na cozinha da UFSC, em 2014. (P3)

“PERDA E MANUTENÇÃO DE PESO”.

No estudo atual, observou-se que para exercer uma boa comunicação e reconhecer as características de cada usuário, o primeiro passo foi realizar um acolhimento adequado.

Ao chegar ao GIAPRE, mesmo que a maioria já se conheça, uma dinâmica de apresentação é aplicada e são desejadas boas-vindas a todo novo membro. Por contar com participantes de longa data, o grupo é naturalmente acolhedor e fica animado com pacientes novos que se inserem nele.

Quando um paciente, que tem sete anos de pós-operatório, foi questionado sobre o que mudou para corrigir o reganho de peso de doze quilos adquirido após dois anos de cirurgia, ela atribuiu a participação no grupo do aplicativo do *smartphone* e *e-mail*, uma vez que já participou de todas as consultas e praticamente todos os encontros do GIAPRE nesse período. Ela referiu que essa nova tecnologia abriu portas para que experimentasse vários alimentos, porque viu que os outros colegas também consumiam e colocavam fotos bem atrativas. Parou de misturar carboidratos e, além disso, resolveu prestar atenção na sua ingestão hídrica, que antes lhe fazia mal, seguindo a dica de saborizar a água com especiarias como canela, gengibre, pedaços de fruta, entre outros, que foi sugerido *via e-mail*:

*“Eu tinha medo de passar mal, mas já que eles lá do grupo faziam e mandavam foto, eu pensei né.. eles são iguais a mim...vou tentar também.” (P1)*

Apesar de todos os participantes compartilharem a mesma experiência cirúrgica, há heterogeneidade na cultura, nível de escolaridade, hábitos alimentares, idade e o próprio tempo cirúrgico, porém, há um grande espírito coletivo que permeia o grupo que permite uma linguagem compreensível para todos facilitando a interação do grupo.

A maioria dos participantes do estudo teve ganho de peso (59%) e em sua maioria também, não alcançaram a perda de peso de 40% do peso inicial (68,18%). O ato de “beliscar” é a maior justificativa e ainda é presente em alguns momentos, associado ao tédio e ansiedade. Uma participante lembra-se de uma consulta em que foi informada que uma pessoa que tem esse hábito, pode consumir até 1000 calorias a mais durante o dia, e não se dar conta disso. Desde então, procura fazer a refeição na hora certa para evitar essa situação.

*“Antes eu acho que não comia muito mais na comida, mas era belisco. Quando via estava comendo bala, bolachinha... Ficava com a boquinha nervosa, sempre mastigando. E pensava que não comia...e não sentava pra comer certo. Hoje tenho meu horário, paro tudo e como, daí não belisco”. (P7)*

## DISCUSSÃO

Conforme observado nos resultados, os participantes do estudo referiram que, apesar de vivenciarem experiências durante todo o pós-operatório que lhe causam dúvidas, o fato de receberem informações importantes da nutricionista tanto em atendimentos presenciais como consulta ou grupo, quanto em outras situações não presenciais como, e-mail, telefone ou rede social, e manterem este contato após o procedimento cirúrgico, os conforta e os deixa mais seguros.

Como exemplo de recomendação de atendimento não presencial para complementar consulta individual, temos as Diretrizes para o cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias, que vem ao encontro do nosso estudo e destacam o acompanhamento de usuários com situações mais



complexas, que necessitam de uma abordagem mais intensiva. Esse tipo de paciente pode vir a ser atendido por meio de outras formas de contato como ligação telefônica e *e-mail* e ter a possibilidade de diminuir o número de consultas individuais, auxiliando no manejo das vagas para atendimento, (BRASIL, 2013b).

Fernandes, Silva e Soares (2011) fizeram um estudo qualitativo por meio de um grupo educativo para pacientes hipertensos e diabéticos da Estratégia Saúde da Família (ESF) que buscou conhecer, na perspectiva dos profissionais que coordenavam grupos, as tecnologias utilizadas para manejo de grupo. Os resultados confirmaram que é imprescindível que os profissionais estejam preparados para coordenar grupos e viabilizar de forma criativa o aprendizado e utilizá-lo como uma forma de tecnologia que proporciona o aprender a cuidar/ cuidar-se.

Um estudo realizado em Passo Fundo, com quatro equipes de ESF que acompanhava 123 idosos e que buscava identificar a proporção de casos e fatores de risco para a obesidade e, identificou a necessidade da adoção de estratégias para que este tipo de paciente fosse tratado de forma integral e, dessa forma aproveite melhor as intervenções de promoção, prevenção e tratamento dietético e medicamentoso (KUMPEL et al, 2011).

Ao analisar a percepção do que se entende por acolhimento e como este é praticado no serviço de saúde hospitalar, Morales e colaboradores (2014) utilizaram o mesmo hospital do presente estudo e abordaram com os pacientes de bariátrica a comunicação no período perioperatório. Como resultados, os pacientes sugeriram receber as orientações sobre o processo de cirurgia na forma escrita, e não somente na forma oral, evitando esquecimento ou confusão de informações relevantes. Além disso, o excesso de informações de várias especialidades diferentes no momento da alta hospitalar, para eles, pode impedir o esclarecimento de dúvidas ou acarretar a má interpretação de informações. Dessa forma, os pacientes sugeriram que a comunicação seja feita durante todo o processo de forma que haja tempo hábil para que leiam e releiam os informativos e que os profissionais estejam disponíveis de alguma forma para dar o suporte às suas inquietações e dúvidas. Nesse estudo o profissional nutricionista recebeu bastante destaque no fornecimento de informações, fator que reforça ainda mais a necessidade de que a comunicação seja executada de forma efetiva. Neste estudo, os diferentes tipos de acesso à informação e comunicação com o Nutricionista pode preencher essas lacunas, facilitando a compreensão das orientações pelo paciente.

Nesse estudo, a maioria dos pacientes referiu ter acesso à *internet* e confirmaram que foi uma ferramenta muito utilizada. Um estudo de

Oliveira (2014) examinou a influência da *internet* sobre a relação médico-paciente em pacientes da atenção básica na região central da cidade de São Paulo. Uma grande porcentagem dos pacientes entrevistados, 87%, tem computador particular com acesso à *internet* e a usa como fonte de informação sobre saúde e, curiosamente, uma minoria destes traz a informação ao consultório de seus médicos. Muitos pacientes do estudo referem que gostariam que os profissionais indicassem *sites* confiáveis, porém 71,9% citaram que o profissional nunca lhe indicou e 78,9% dos entrevistados nunca contataram o profissional através deste meio.

Outros autores que investigaram o uso da *internet* em pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica encontraram o acesso diário para busca de informações de saúde e cirurgia bariátrica na *internet* por 51% dos entrevistados. Além disso, os resultados encontrados no estudo evidenciaram que estas informações influenciavam no seguimento do acompanhamento multiprofissional (MARTINS; ABREU RODRIGUES; SOUZA, 2015). Dados como estes exigem que saibamos manejar este meio de comunicação e o tornemos um veículo vantajoso de informações aos nossos pacientes, mas, principalmente, quando estivermos em contato com estes, tornar essa situação proveitosa e que o máximo de informações sejam trocadas e dúvidas solucionadas, a fim de que as duas partes sintam-se satisfeitas. Esse manejo é realizado no GIAPRE, independente do tema pré-estabelecido que tenha sido proposto; na resposta de *e-mail* dada pela Nutricionista em momentos de dúvida do paciente, na troca de informações no grupo da rede social, telefonema ou aplicativo do *smartphone*. Além disso, a própria troca de informações, a motivação e o estímulo que o grupo proporciona, como uma nova rede de apoio, pode influenciar positivamente na segurança desses pacientes em relação aos cuidados nutricionais do pós-operatório.

Reforçando a importância do acompanhamento nutricional e todas as suas possibilidades de atendimento, Suizu, Rodrigues e Beraldo (2015) realizaram um estudo comparativo entre a ocorrência de anemia entre bariátricos da comunidade de Paranaíba (PR) e bariátricos pertencentes a uma Associação dos Obesos Operados de Paranaíba e Região (AAOB), de um a seis anos de pós-operatório. Os resultados mostraram que entre os associados, 32% apresentaram anemia, e entre os bariátricos da comunidade, 50%. As maiores causas foram a intolerância à carne vermelha e o uso inadequado do suplemento polivitamínico e mineral. Segundo os autores, essa diferença se dá especialmente pelas ações preventivas da AAOB sob a forma de palestras, acompanhamento médico, psicológico e nutricional abordando temas que os pacientes demandam como também acontece no GIAPRE, do presente estudo.

## CONCLUSÃO

A partir das tecnologias de comunicação estudadas, foi possível verificar a importância que têm aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e como contribuem para sua segurança.

Como mencionado ao longo desse estudo, a importância da informação clara e coerente é fundamental para que nós, profissionais tenhamos uma postura que aumente ou mantenha a segurança, em especial, ao que se referem à avaliação dos benefícios, custos e do impacto das novas tecnologias em saúde.

Quando o objetivo é garantir a segurança do paciente em cirurgia bariátrica de uma forma mais ampla não podemos simplificar o seu significado na cirurgia, que é pontual. Um complexo e contínuo processo de acompanhamento se inicia e envolve consultas, conversas informais, motivação e vínculo com equipe, e todos esses fatores devem garantir excelência na qualidade em assistência e segurança.

Nota-se cada vez mais profissionais da saúde e pacientes vêm se transformando com a tecnologia, O acesso à informação técnico-científica e a melhora do nível educacional da população fez emergir um paciente mais autônomo e ativo, que fica exposto ou busca constantemente informações sobre saúde e doença e muitas vezes pensa saber tudo sobre ela, especialmente se não for bem orientado.

Este estudo trouxe bastante repercussão positiva, tanto no serviço de Nutrição da Instituição quanto na vida dos pacientes. A proximidade do nutricionista com os pacientes foi nítida e a satisfação de estar bem cuidado foi transmitida para a equipe de cirurgia bariátrica como um todo.

Infelizmente, os pacientes bariátricos, não conseguem essa variedade de tecnologias de comunicação em nutrição em outros níveis de atenção, o que mostra a fragilidade da rede de atendimento e a necessidade de tornar publico estudos como este, para que se repliquem para outras categorias e outros serviços de saúde.

Finalmente, este estudo veio a reforçar o que se pensa sobre quem deve coordenar o tipo de comunicação a ser utilizada com o paciente. Deve ser feita pelo usuário, dependendo do seu contexto e sua realidade, cabendo a nós, profissionais, nos adequarmos às formas de comunicação disponíveis e usá-las da melhor maneira possível a fim de que a mensagem transmitida seja decodificada pelo paciente adequadamente atendendo suas necessidades, fazendo com que quem escuta e quem fala tenha a mesma importância.

Finalmente, sugere-se a institucionalização das tecnologias utilizadas, pois estas podem trazer ainda mais benefícios para o serviço, contribuindo para que se torne excelência em atendimento a este paciente, e para a parte mais importante do processo, o paciente, que está desenvolvendo contínuo de mudança de hábitos alimentares e necessita suporte e vigilância nutricional vitalício.

## REFERÊNCIAS

BACCHI, R. R; BACCHI, K. M. S. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínicos e nutricionais. **Motricidade**. Portugal, v.8 n. S2, p.89-94, Vila Real, Portugal, 2012.

BACKES, D. S; COLOMÉ, J. S; ERDMANN, R. H; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v.35, n.4, p.438-442, São Paulo, 2011.

BARROS, R. S. de; BOTAZZO, C. Subjetividade e clinica na atenção básica: narrativas, história de vida e realidade social. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.16, n.11. Rio de Janeiro, Nov, 2011.

BASTOS, E. C. L; et al. Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**. v. 26 (suplemento 1) p. 26-32, São Paulo, 2013.

BIRKMEYER, N. J. Safety Culture and complications after bariatric Surgery. **Annals of Surgery**, v.257, n.2. Feb, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n 529, de 1 de abril de 2013a**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:

<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 08 de Mai de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 13 de Jan. de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1942. Normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Diário Oficial da União, 2015, 12 fev; Seção 1.

CUMMINGS, S.; PRATT, J. Metabolic and bariatric surgery: Nutrition and dental considerations. **The Journal of The American Dental Association**, v. 146, n. 10, p. 767-772, 2015.

CURIONI, C. C.; BRITTO, F. S. B.; BOCCOLINI, C. S. O uso de tecnologias de informação e comunicação na área da Nutrição. **Jornal Brasileiro de Telessaúde**, v.2, n.3. Rio de Janeiro, 2013.

FERNANDES, M. T. O. de; SILVA, L. B; SOARES, S. M. Utilização das tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde coletiva**, v16, n.1, p. 1331-1340, Rio de Janeiro, 2011.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HONORATO, D. Z. S. et al. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva. **R. Interd.** v. 8, n. 1, p. 234-239, jan. fev. mar. 2015.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. **Patient Safety: break the silence**. **AORN J**, v.95, n.5, p.591-601, May, 2012.

KUMPEL, D.A; et al. Obesidade em idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.** v.20, n.3, p.471-77, Florianópolis, 2011.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ver Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p. 4767-4776, 2011.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ver Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p. 4767-4776, 2011.

MARTINS, M. P; ABREU-RODRIGUES, M; SOUZA, J. R. O uso da internet pelo paciente após a cirurgia bariátrica: contribuições e entraves para o seguimento do acompanhamento multiprofissional. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.** v.28, supl. 1, p. 46-51, 2015.

MORALES, C. et al. Perioperative Communication from the perspective of patients undergoing bariatric Surgery. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.23, n.2, p.347-355, Florianópolis, Abr-Jun. 2014.

OLIVEIRA, J. F. de. Uma análise na relação médico-paciente frente aos recursos das tecnologias da informação. **Revista de Administração e Inovação**, v.11, n.2, p.132-153, Abr./Jun., São Paulo, 2014.

PEDRO, E. N. R.; et al. Grupo focal en investigación cualitativa de enfermería. In: PRADO, M. L.; et al. **Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica**. Washington: PALTEX, n.10 p.187-95, 2013.

ROWLANDS, S; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication between members of a hospitalbased multidisciplinary lung cancer team. **Eur J Cancer Care**, v. 22, n.1, p. 20-31, 2013.

SUIZU, M. A; RODRIGUES, R; BERALDO, J. I. Verificação de anemia em pacientes submetidos à gastroplastia redutora (tipo Y de Roux). **Saúde e Pesquisa**, v.08, n.01, p.27-33, Maringá, 2015.

VIGITEL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>>. Acesso em: 19 de abr. 2015.

WORLD OBESITY FEDERATION. *World Obesity Day*. Global Graphs and Maps. Disponível em: <<http://www.worldobesity.org/what-we-do/action-initiative/aiprogrammes/world-obesity-day/statistics/>>. Acesso em: 01 Dez 2015.

## 5.2 MANUSCRITO 2 “CIRURGIA BARIÁTRICA: MUDANÇAS ALIMENTARES E DESAFIOS PARA PERDA E MANUTENÇÃO DE PESO”

### RESUMO

O presente estudo buscou identificar se os pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica de um hospital do sul do Brasil seguem as orientações nutricionais realizadas, quais os seus desafios em longo prazo e, dessa forma, conhecer como a atuação do nutricionista e as tecnologias de comunicação que o serviço de nutrição oferece, podem auxiliar na mudança contínua de hábitos alimentares e na perda e manutenção de peso. Aborda relatos que revelam as mudanças na alimentação destes pacientes, que fazem acompanhamento nutricional pós-operatório no Grupo Interdisciplinar de Acompanhamento a Pacientes com Redução de Estômago. Optou-se pelo grupo focal como técnica de coleta de dados, por meio de cinco encontros realizados de março a julho de 2016. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao seu objetivo e preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido que passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Parecer Consubstanciado de número 1.450.029. Participaram um total de vinte e dois participantes e como resultados de suas falas, observa-se um maior consumo de frutas e verduras, uma preocupação em ingerir alimentos integrais e temperos naturais, o uso de estratégias para evitar consumo de açúcar e maior controle para quantidades e estímulo para a prática de atividade física no pós-operatório. A preocupação com o reganho de peso é unânime, pois, está associada ao retorno de comorbidades, dificuldade de mobilidade, preconceito, baixa autoestima e especialmente alteração estética. O vínculo com o nutricionista, o acesso a opções variadas de tecnologia de comunicação, e uma preocupação em perder o acompanhamento e ter problemas em relação a deficiências nutricionais e reganho de peso fizeram com que os participantes do estudo incorporassem a maioria das orientações nutricionais dadas no pós-operatório e uma maior consciência dos desafios que ainda estão por vir. Quando se deseja garantir a segurança do paciente em cirurgia bariátrica de uma forma mais ampla não se pode simplificar o seu significado no ato cirúrgico e o acompanhamento nutricional em longo prazo foi considerado essencial, pelas falas dos usuários, para que o sucesso da cirurgia seja efetivo.



**Descritores:** Cirugía Bariátrica. Hábitos Alimentares. Nutrição. Tecnologias em Saúde. Obesidade. Educação Alimentar e Nutricional.

## RESÚMEN

Este estudio trata de identificar si los pacientes de cirugía bariátrica post en un hospital en el sur de Brasil a las directrices nutricionales realizados, cuáles son sus retos en el largo plazo y por lo tanto saben cómo nutricionista rendimiento y tecnología comunicación que ofrece el servicio de nutrición, puede ayudar en el cambio continuo en los hábitos alimentarios y la pérdida de peso y mantenimiento del peso. Discute informes que revelan los cambios en la alimentación de los pacientes que son postoperatoria nutricional seguir el Grupo Interdisciplinario para el Seguimiento de los pacientes con una reducción de estómago. Optamos por el grupo focal como técnica de recolección de datos a través de cinco reuniones de marzo a julio de 2016. Los participantes fueron informados acerca de su objetivo y hemos completado el formulario de consentimiento y aclaró que pasó la aprobación de la Comité de ética de Investigación humana, de acuerdo con el certificado número 1450029 soportado. Participó en un total de veintidós participantes y, como resultado de su discurso, existe un mayor consumo de frutas y verduras, una preocupación en comer alimentos integrales y condimentos naturales, el uso de estrategias para evitar el consumo de azúcar y un mayor control de las cantidades y el fomento de la actividad física en el período postoperatorio. La preocupación por el peso recuperado es unánime, por lo tanto, se asocia con el regreso de las comorbilidades, personas con movilidad reducida, los prejuicios, la baja autoestima y el cambio, especialmente estético. El vínculo con el nutricionista, el acceso a variadas opciones de tecnología de la comunicación, y la preocupación por la pérdida de la vigilancia y tienen problemas relacionados con las deficiencias nutricionales y el peso recuperado hizo que los participantes en el estudio para incorporar la mayoría de las directrices dadas en la nutrición postoperatorio y una mayor conciencia de los retos que tiene por delante. Cuando se quiere garantizar la seguridad del paciente en cirugía bariátrica más ampliamente no puede simplificar su significado durante la cirugía y el seguimiento nutricional a largo plazo fue considerado esencial por los discursos de los usuarios, de modo que el éxito de la cirugía es eficaz.

**Palabras clave:** La cirugía bariátrica. Hábitos alimenticios. Nutrición. Tecnologías de la Salud. Obesidad. Alimentos y Nutrición Educación.

## ABSTRACT

The present study sought to find out if the patients of post-op bariatric surgery in a Southern Brazilian University Hospital follow the nutritional orientations given to them, what are their long-term challenges and, by that form, discover how the nutritionist acting and the communication technologies that the nutrition service offers may help in the continuous change of dietary habits and the weight loss and maintenance of those patients, who follow post-op nutritional mentoring in the Interdisciplinary Assistance to Stomach Reduction Patients Group. The contact group was chosen for data collecting technique, through five meetings conducted from March to July, 2016. The participants had their doubts regarding the objective explained, proceeding then to fill the clarified free consent form, such form having being approved by the Human Being Research Ethics Committee, in accordance to the Consolidated Report number 1.450.029. A total of twenty two participants took part of the research, and as a result of their speech, a greater intake of fruits and vegetables has been observed, as well as a concern into eating wholefoods and natural seasonings, the use of strategies to avoid the use of sugar and bigger control for quantities, as well as stimulation for the practice of physical activities in the post-op stage. The concern with the regain of weight is unanimous, as it is associated to the return of comorbidities, difficulty in mobility, prejudice, low self-esteem and especially aesthetical alteration. The bond with the nutritionist, the access to varied communication technologies options and the worry of losing the mentoring and having problems regarding dietary deficit and weight regaining made the participants to incorporate most of the nutritional orientations given in post-op, and greater consciousness of the upcoming challenges. When it is desired to guarantee the bariatric surgery patient's safety in a most comprehensive form, its significance cannot be simplified in the surgical act, and the long-term nutritional mentoring has been deemed essential by the users' speeches, so that the surgery's success is effective.

**Keywords:** Bariatric Surgery; Dietary Habits; Nutrition; Health Technologies; Obesity; Nutritional and Dietary Education.

## INTRODUÇÃO

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (oms) reportou que mais de 1,9 bilhões de adultos estavam com excesso de peso, e destes, pelo menos 600 milhões eram obesos. A obesidade atinge cerca de 13% da população adulta no mundo, com aumento substancial nos últimos trinta anos, atingindo proporções epidêmicas (World health association, 2015).

De acordo com os dados coletados pelo sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), em relação ao consumo alimentar, há um aumento do consumo de lanches em detrimento das refeições completas, apesar de as frutas e hortaliças estarem presentes na rotina da nossa população e haver um aumento do número de pessoas que buscam a alimentação saudável e com menor teor de gordura. Além disso, o consumo médio de sal no Brasil (12g/dia) é o dobro do recomendado pela OMS. O Ministério da Saúde tem como meta reduzir para 5g/dia até o ano de 2022 (VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO, 2014).

As comorbidades que acompanham a maioria dos obesos como a Diabetes Melito (DM) tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemias, doença arterial coronariana, entre outras, limitam ou impossibilitam a prática de atividade física regular e, além disso, há limitações de ordem sócio psíquica, como o constrangimento ao lidar com comentários pejorativos, julgamentos ou de colocar roupas esportivas (ROCHA et al., 2011).

Tanto a obesidade quanto estas comorbidades oneram o estado em valores altos e seus custos diretos e indiretos refletem em um grande impacto sobre a economia, relacionada aos cuidados de saúde e os recursos sociais. Além disso, a necessidade de mudança na infraestrutura das cidades que deve adaptar locais públicos e privados para pessoas com excesso de peso, como camas reforçadas, mesas cirúrgicas e cadeiras de rodas diferenciadas, catracas ampliadas e assentos em estádios e, também, modificações no setor de transporte também oneram o orçamento dos governos como a (WORLD OBESITY FEDERATION, 2015).

O tratamento tradicional e de primeira escolha da obesidade engloba a dieta, atividade física, a terapia cognitivo-comportamental e o uso de fármacos (MARCELINO; PATRICIO, 2011). Quando não há sucesso nesses tratamentos, ou seja, quando há falha na perda e manutenção da perda de peso, o próximo tratamento de escolha é a cirurgia bariátrica.

A cirurgia bariátrica tem se demonstrado um recurso terapêutico consistente na perda de peso em longo prazo e na melhora ou remissão de comorbidades associadas à obesidade (CUMMINGS; PRATT, 2015).

Para o estabelecimento de regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, segue-se a Portaria n. 425, de 19 de março de 2013. Nesta portaria, encontram-se no Anexo 1, as diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirúrgico, em que a cirurgia é considerada apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico. Dessa forma, o tratamento cirúrgico é apenas uma ação dentro do todo da linha de cuidado das pessoas com obesidade (BRASIL, 2013).

No período de 2001 a 2014, foram realizadas quase cinquenta mil cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, o perfil clínico do paciente operado, é semelhante àquele descrito em estudos internacionais, exceto pela alta prevalência de HAS no Brasil, fator que pode elevar o risco de desfechos adversos peri e pós-operatórios (Kelles et al, 2015).

Em se tratando do perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica, foram entrevistados cem pacientes em acompanhamento nutricional pré-operatório em uma clínica em Santa Maria (RS). Como motivos citados para recorrer a este tipo de cirurgia, 87% mencionaram ser a busca pela qualidade de vida. Dentre as comorbidades, a mais prevalente foi HAS, com 51% dos entrevistados. Quanto aos tratamentos convencionais utilizados previamente, 92% dos entrevistados já haviam realizado dieta hipocalórica seguida de medicamento anorexígeno. O sucesso na perda de ponderal se deu para os 92% dos participantes, porém, houve reganho de peso em menos de um ano por 75% dos pacientes entrevistados (SILVA, et al, 2015). A cirurgia bariátrica pode promover uma perda de 40% do peso total (BACCHI; BACCHI, 2012).

Em outro estudo realizado em Minas Gerais, as principais causas pelas quais as mulheres entrevistadas haviam recorrido a cirurgia bariátrica foram a aparência física, a saúde, a limitação física, a padronização corporal, gerando marginalização, preconceito e isolamento e experiências fracassadas. A busca pela qualidade de vida foi hegemônica na maioria dos discursos (OLIVEIRA, et al, 2013).

No hospital do presente estudo o Serviço de Nutrição oferece, para o acompanhamento nutricional, cinco tipos de atendimento: o atendimento individual em ambulatório; o atendimento em grupo presencial através do Grupo Interdisciplinar de Acompanhamento a Pacientes com Redução de Estômago (GIAPRE); o grupo em rede social

(GIAPRE virtual); esclarecimento de dúvidas via *e-mail* e ligação telefônica; e grupo em aplicativo do *smartphone*, o *Whatsapp*. Todas essas ferramentas podem ser consideradas tecnologias de comunicação e estão disponíveis aos pacientes como forma de manter o vínculo com a equipe e tornar o cuidado nutricional um cuidado seguro.

São essenciais para o desenvolvimento de uma boa comunicação o contato dos olhos, a capacidade de fazer escuta qualificada, a confirmação do profissional da compreensão da mensagem por parte do paciente, a liderança, o envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações relevantes e a consciência situacional (JOHNSON & KIMSEY, 2012).

Tradicionalmente, as consultas são formas de tecnologia muito utilizadas em hospitais e, a partir dela, pode-se utilizar outras tecnologias para proporcionar bons resultados e assistir o paciente integralmente. Como exemplos temos a solicitação de exames e realização de procedimentos, que são tecnologias duras; e o conhecimento técnico científico e os saberes dos profissionais utilizados para atender o paciente, que são as tecnologias leve-duras. Todavia, o usuário, além da resolutividade de seu agravo, quando vai ao serviço de saúde, pode demandar outras expectativas, como a escuta qualificada, ser bem tratado e ter um bom acolhimento, o que são consideradas tecnologias leves (HONORATO et al, 2015).

No presente estudo, as tecnologias de comunicação em nutrição estão inseridas como mais uma forma de incentivo à mudança efetiva de hábitos alimentares e no auxílio aos desafios constantes destas mudanças ao longo da jornada do combate à obesidade.

A realização correta e eficaz da intervenção cirúrgica também não impede o reganho de peso, caso não houver o devido acompanhamento e disciplina para dar seguir o tratamento e isso deve ser reforçado ao paciente, sempre que necessário.

A prevalência de adesão ao acompanhamento ambulatorial no pós-operatório de cirurgia bariátrica é considerada como fundamental para avaliar a qualidade e segurança dos locais que realizam a cirurgia, sendo considerados de excelência quando no mínimo 75% dos seus pacientes são acompanhados por pelo menos cinco anos (SCABIN; ELUF-NETO; TESS, 2012).

Esta adesão no pós-operatório tem sido avaliada nos últimos anos e a evasão é preocupante especialmente após dois anos de cirurgia, período comum para ocorrer complicações metabólicas e reganho de peso (MENEGOTTO et al., 2013).

Quando não se considera toda a mudança de hábitos alimentares a que a pessoa submetida à cirurgia e sua família terão que se adaptar, o processo que os pacientes enfrentam pode parecer simples. Por isso, a qualidade do serviço e os cuidados de nutrição devem ser primordiais ao paciente. Orientações claras e feitas de forma responsável, para que haja adesão ao acompanhamento ambulatorial e a mudança de hábitos alimentares seja efetiva.

Acredita-se que o acompanhamento multidisciplinar, incluindo o nutricional, deve buscar uma atuação que transcenda os aspectos biológicos e prescritivos do paciente em pós-operatório, estimulando constantemente um cuidado em saúde por meio da mudança de hábitos alimentares.

O acompanhamento nutricional pode contemplar não somente consultas individuais, mas atividades de educação nutricional em grupo e disponibilidade de acesso para a resolução de dúvidas mais urgentes, podendo assim contribuir para identificar situações de perda insuficiente ou reganho de peso, sinais e sintomas clínicos que remetam a deficiências nutricionais e intervenção junto à equipe de forma mais rápida possível, auxiliando para o sucesso da cirurgia (COSTA, 2013).

Assim, a atuação do nutricionista pode auxiliar na continuidade efetiva e definitiva de mudança de hábitos alimentares, o que torna relevante o estudo e a avaliação da utilização de tecnologias de comunicação para garantir acompanhamento nutricional aos pacientes, submetidos à cirurgia bariátrica.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório desenvolvido em um Hospital Universitário do Sul do Brasil.

Dentro do hospitalar, com o apoio e coordenação do Departamento de Nutrição, funciona o Grupo Interdisciplinar de Acompanhamento a Pacientes com Redução de Estômago (GIAPRE) que complementa o acompanhamento nutricional em grupo aos pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, com frequência mensal e entrada livre, a partir do momento da alta hospitalar.

A população elegível do presente estudo foi constituída por homens e mulheres submetidos à cirurgia bariátrica neste hospital e que participaram do GIAPRE. O critério de inclusão foi realizara a cirurgia bariátrica na Instituição, participar do GIAPRE no período da coleta de dados e ser maior de dezoito anos. Como critério de exclusão, foram

considerados pacientes que não fizeram acompanhamento nutricional neste período.

Optou-se pelo Grupo Focal (GF) como técnica de coleta de dados. Segundo Backes e colaboradores (2011)<sup>17</sup>, o GF é uma entrevista em grupo, na qual a interação configura-se como parte integrante do método.

A coleta foi realizada nos meses de março a julho de 2016, totalizando cinco encontros com duração de uma hora e meia. Em fevereiro de 2016, foi realizado um grupo-piloto, possibilitando à pesquisadora principal verificar a adequação do roteiro de perguntas, dos tempos previstos e das instruções dadas aos participantes, que não precisou ser alterado.

Os participantes foram então convidados a participar da pesquisa após esclarecimento do objetivo do estudo, da dinâmica da pesquisa e preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram do GF um total de vinte e dois participantes, com um total de 12 em cada encontro, exceto no mês de março, com 10 participantes. Eles foram identificados como P1, P2, P3 e assim por diante até P22.

A estruturação do GF deu-se com a presença da pesquisadora principal e um observador que também trabalhou em uma pesquisa com pacientes bariátricos no mesmo período. Os temas a serem trabalhados foram pré-selecionados pelo grupo GIAPRE, que se relacionavam com as conversas e consultas realizadas com os pacientes desde o início do pós-operatório e que vieram ao encontro do objetivo do estudo de forma a organizar a discussão sem perder o foco, mas mantendo a flexibilidade da conversa. Dessa forma, a partir do início da abordagem do tema, como orienta Pedro e colaboradores (2013)<sup>18</sup> se utilizou uma postura mais ou menos intervencionista, dependendo do grau de interação dos participantes e foram produzidas conversas informais para que os sujeitos se sentissem livres para expressar suas experiências e opiniões.

Os temas trabalhados nos grupos focais foram:

“Recordatório alimentar de 24h”;

“Comunicação com a Nutrição durante o processo de pós-operatório”;

“O uso da internet pelos pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica”;

“Qualidade de alimentação no pós-operatório de cirurgia bariátrica”;

“Manutenção da perda de peso no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica”.

Quando cada encontro era finalizado, a pesquisadora e o observador se reuniam e avaliavam o que transcorreu no grupo, trocando suas observações e impressões sobre as falas. A transcrição das falas para a forma textual foi realizada no mesmo dia a fim de que a interpretação das mesmas fosse mais segura.

As falas foram separadas em partes semelhantes, conforme foram se repetindo e, seguindo a recomendação de Flick (2009), estas foram renomeadas como grandes unidades. A partir e então cada uma delas compôs um tripé dos resultados. São eles: “Comunicação com a Nutrição e Segurança do Paciente”; “Mudança de Hábitos Alimentares e Desafios”, e “Perda e manutenção de peso”.

O presente estudo passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do sistema de submissão da Plataforma Brasil, conforme Parecer Consubstanciado de número 1.450.029.

## **RESULTADOS**

A maioria dos participantes do estudo teve ganho de peso (59%) e em sua maioria também, não alcançaram a perda de peso de 40% do peso total (68,18%) sugerida por Bacchi e Bacchi (2012).

Observou-se que, mesmo após orientações nutricionais realizadas em consultas individuais de pós-operatório, muitas lacunas foram preenchidas pelo acompanhamento feito no GIAPRE e a comunicação não presencial que os pacientes têm por meio da rede social no grupo virtual, acesso pelo e-mail, telefone e pelo aplicativo de *smartphone*.

Quando uma paciente, que tem sete anos de pós-operatório, foi questionada sobre o que mudou na sua alimentação para corrigir o ganho de peso de doze quilos adquirido após dois anos de cirurgia, ela atribuiu a participação complementar nos grupos não presenciais, por meio do aplicativo do *smartphone* e *e-mail*, uma vez que já participou de todas as consultas e praticamente todos os encontros do GIAPRE nesse período. Ela referiu que essas novas formas de tecnologia abriram portas para que experimentasse vários alimentos, porque viu postagens de colegas de grupo consumindo de forma bem atrativas. Além disso, parou de misturar carboidratos na mesma refeição e, prestou mais atenção na sua ingestão hídrica, que antes lhe parecia sentir mal, seguindo a dica de saborizar a água com especiarias como canela, gengibre, pedaços de fruta, entre outros, que foi sugerido *via e-mail*:



*“Eu tinha medo de passar mal, mas já que eles lá do grupo faziam e mandavam foto, eu pensei né.. eles são iguais a mim...vou tentar também.” (P1)*

Outro paciente referiu que ao diminuir a frequência da alimentação de três para duas horas, orientação feita pela nutricionista por meio de uma ligação telefônica após relatar sintomas de hipoglicemia, controlou os seus sintomas de fraqueza.

“Já não conseguia caminhar direito, não me sentia bem e então resolvi ligar para Nutricionista, porque poderia ajudar. Ela me disse que eu poderia entrar em contato caso precisasse de orientação nutricional” (P10). Aproveitou também, que seu celular tem internet, e pediu para ser adicionado no grupo virtual disponível em rede social e no aplicativo de smartphone para se aproximar mais ainda das orientações nutricionais e interação com o grupo.

Em um dos encontros, realizou-se uma atividade na qual foi entregue uma lista de hábitos alimentares denominada “Pensando no meu dia” (Quadro), elaborada previamente em conjunto com a Psicologia com o intuito de deixar claros e visíveis quais os hábitos alimentares dos participantes que estavam adequados ou os que ainda precisavam ser ajustados.

Quadro 1: “Pensando no meu dia”

	Bebi bastante água durante o dia	Tomei refrigerante ou suco industrializado
	Tomei café da manhã	Comi doce, bala ou chiclete
	Não repeti o prato ou o lanche	Comi salgadinhos fritos
	Caminhei ou fiz alguma atividade física	Fumei 1 ou mais cigarros
	Comi pão, torrada, arroz ou macarrão integral	Comi algum lanche pronto ou <i>fast food</i>
	Comi salada ou verduras na hora do jantar	Ingeri bebida alcoólica
	Tomei suco natural sem açúcar	Fiquei mais de três horas sem comer
	No meu almoço teve feijão, grão de bico ou lentilha	Exagerei na quantidade de comida em alguma refeição
	Tomei ou comi algo leve antes de dormir	Usei açúcar pra adoçar alguma bebida
	Fiz 6 refeições pequenas durante o dia (café, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia)	Comi pão branco ou bolachas
	Não senti vontade de “escapar” das orientações ou senti, mas consegui resistir	Comi rápido e não mastiguei direito
	Comi pelo menos uma fruta	Fiquei o dia todo sem comer frutas
	<b>Some os pontos</b> <i>Essa é uma lista de <u>hábitos saudáveis</u>. Procure incluir esses itens na sua rotina diária.</i>	<b>Some os pontos</b> <i>Essa é uma lista de <u>hábitos não saudáveis</u>. Procure diminuir ao máximo os itens dessa lista.</i>

Nessa atividade “Pensando no meu dia”, a primeira coluna continha opções de bons hábitos alimentares e do outro lado hábitos não saudáveis. Solicitou-se que fossem marcados os itens, os quais fizeram parte do seu dia anterior, que propositalmente era domingo. Após todos preencherem suas listas, as folhas foram entregues à pesquisadora principal e concomitantemente foram comentados todos os itens com o

grupo e cada participante foi expressando comentários e sua opinião a respeito.

A maioria dos participantes deste estudo assinalou o item “comi muito rápido e exagerei na quantidade”. A reflexão do grande grupo a respeito foi que este hábito é um dos maiores desafios que enfrentam no presente só se dando conta que isto aconteceu porque sentem dor no estômago. O maior medo dos pacientes é parar de sentir dor e não saber dizer não e, conseqüentemente, aumentar gradualmente o consumo alimentar favorecendo o reganho de peso.

Um participante mostrou preocupação quando começou a ver a lista de hábitos não saudáveis.

*“Nada do que estou assinalando que fiz ontem, costume fazer geralmente... que azar!”* (P4).

Situações como esta mostram que, quando questionados sobre hábitos alimentares usuais, a tendência é escolher os melhores dias da semana e, quando questionados pelo dia anterior, este relato fica mais fidedigno.

Notou-se nessa atividade, que a falta de tempo, a limitação do trabalho ou as férias atrapalharam algumas das boas escolhas. Porém, mesmo cometendo alguns deslizes na escolha das refeições relatadas, os participantes estavam cientes que existiam melhores opções para consumir, como se observa na fala:

*“O meu marido quase comprou a pipoca de microondas, mas eu falei pra ele que a nutricionista disse que devo fazer em casa.”* (P16)

Apenas uma participante referiu ter tomado refrigerante no dia anterior e relatou ter experimentado após três anos de cirurgia, por insistência da amiga. Referiu ter tomado apenas um gole, que lhe fez muito mal com a fala:

*“Nunca imaginei que iria achar refrigerante tão ruim, nunca mais!”*. (P11)

Outro participante relatou:

*“Éramos viciados, então como a nutricionista disse, não vamos acordar o leão adormecido, pois podemos achar ruim da primeira vez e começar a gostar na segunda”*. (P7)

A maioria dos participantes, apesar de ter hábito de consumir verduras e frutas desde o pré-operatório, não conhecia muitos alimentos que hoje são consumidos com frequência e, muitos destes alimentos, foram levados nos encontros do GIAPRE ao longo dos anos, como frutas

vermelhas, sementes, variedades de farinhas integrais, cacau em pó, entre outros. Hoje, todos eles frequentam lojas de produtos naturais ou similares e estão em busca de produtos como estes. Além disso, procuram complementar a hidratação com chás caseiros diversos como capim limão, erva cidreira, erva doce, melissa, chás de frutas ou água saborizada, conforme orientado para quando há dificuldade em consumir a água pura, e também adicionam temperos diferentes no seu dia-a-dia para diminuir o consumo de sal e eliminar o consumo de temperos prontos.

Sobre o consumo de integrais e sementes variadas, uma paciente relatou:

*“Meu marido me chama de passarinha”!* (P3)

Uma paciente, que começou a comer mais frutas desde a entrada o grupo do aplicativo do *smartphone* trouxe carambola, caqui e abacate orgânicos da sua casa para os participantes provarem e ficou animada com os benefícios dos orgânicos discutidos nessa oportunidade: *“Estou cheia de alimentos orgânicos e chiques em casa e nem sabia que valiam tanto...essa eu não esperava”!* (P1)

A única participante que não tomou o café da manhã, segundo pedia a atividade, justificou que acordou muito próximo da hora do almoço, pois no dia anterior comemorou seu aniversário em uma festa. Referiu sentir muita fome durante o dia e associou a ausência da “principal refeição” que é amplamente discutida desde o início do acompanhamento na fala:

*“Nas três vezes que não tomei café da manhã desde que fiz cirurgia, senti essa mesma sensação, de maior fome ao entardecer... Não tinha o hábito de tomar café antes da cirurgia e tive que aprender gradualmente a adquirir este hábito... a Rafa sempre pegou no pé. Coma pouco à noite, comece a fazer o café da manhã e vá aumentando aos poucos... logo vai acordar com fome!”* (P15).

Os colegas participantes também sugeriram que ela deveria ter comido pelo menos uma fruta antes de ir almoçar na casa da mãe, para não chegar com muita fome no almoço, reforçando as orientações nutricionais que aprenderam ao longo do pós-operatório.

Em relação às bebidas alcoólicas, um fato muito interessante foi que uma paciente, que há mais de um ano vinha reganhando peso por consumo deste tipo de bebida, resolveu procurar ajuda no Centro de Saúde, conforme orientação da Nutricionista e também dos colegas

participantes do GIAPRE em encontros do final de 2015. Estava muito animada pela vida nova que lhe esperava, o que se confirma na fala:

*“Me sinto viva, me sinto leve. Não foi fácil ir lá na consulta... lembrei de vocês e do combinado. A médica deu parabéns... Já me sinto menos inchada, o álcool engorda mesmo. Mas vocês sabem os problemas que tenho em casa, preciso ser forte gente... conto com vocês”* (P2).

Todo o grupo ficou muito emocionado com essa situação vivenciada e relatada pela integrante do grupo, pois há muito tempo este assunto era discutido por todos que tentavam lhe ajudar de alguma forma. Logo após um mês de tratamento, e ao longo dos outros encontros do grupo, foi visível a melhora da aparência da paciente, auto estima estampada em seu rosto e pela perda de peso relatada, pois a mesma deixou de ingerir bebida alcoólica.

Sobre a saciedade e auxílio no controle da glicose, os integrais estavam presentes em pelo menos uma refeição de todos participantes. Um participante relatou ter iniciado o consumo de integrais com o macarrão, pois em um GIAPRE ouviu falar que o gosto era parecido com o macarrão normal e depois experimentou o arroz integral.

*“Depois do macarrão eu segui a dica de temperar o arroz integral com alho, cebola, tempero verde, sementes, flor de brócolis ou outro legume bem picadinho...ficou maravilhoso!”*. (P7)

Da mesma forma, o consumo de verduras no jantar foi adquirido como hábito somente após a cirurgia. Muitos pacientes tinham o hábito de tomar café com leite e pão à noite e não gostavam e não tinham hábito ou vontade de preparar verduras.

*“Café com pão é mais fácil né... a gente chega cansado... mas hoje vê que não enche... logo dá fome e a gente belisca...tem que perder um tempinho mesmo e fazer uma comida melhor”*. (P4)

Além dessa situação, o ato de “beliscar” ainda é presente em alguns momentos, associado ao tédio e ansiedade. Uma participante lembra-se de uma consulta em que foi informada que uma pessoa que tem esse hábito, pode consumir até 1000 calorias a mais durante o dia, e não se dar

conta disso. Desde então, procura fazer a refeição na hora certa para evitar essa situação.

*“Antes eu acho que não comia muito mais na comida, mas era belisco. Quando via estava comendo bala, bolachinha... Ficava com a boquinha nervosa, sempre mastigando. E pensava que não comia...e não sentava pra comer certo. Hoje tenho meu horário, paro tudo e como, daí não belisco”. (P7)*

Em relação ao consumo de doces, foi relatado que quando estava com gula preparava a receita da calda de chocolate com leite de coco e cacau que colocaram no grupo da rede social, para quem não conseguiu participar do GIAPRE de culinária. Outra participante lembrou-se do chocolate amargo em cima da banana no microondas ensinada também em 2015 no grupo, o que se confirma nas falas:

*“Vocês fizeram aquela calda né... Meu Deus aquilo lá é muito bom. Coloca bem pouquinho na fruta, é muito bom. Faz no microondas bem rapidinho.” (P7)*

*“Aquele receita da Nutricionista com banana e chocolate não enjoa né...salva a gente naqueles dias... faço sempre e ensinei a vizinha”. (P3)*

Outra atividade realizada foi a montagem com todos os participantes do encontro de opções saudáveis para as seis refeições do dia, a partir da discussão dos seus relatos sobre o “Recordatório Alimentar de 24h”.

Em outro encontro também foram orientados a enumerar os pontos positivos das mudanças de hábitos alimentares já alcançados desde a cirurgia e os desafios que ainda precisam ser alcançados ou solidificados. Para todas essas atividades, pediu-se para que tentassem relembrar as orientações já realizadas sobre cada hábito em todo o processo de pós-operatório, e refletirem sobre as conquistas e também sobre o não seguimento de alguma delas.

Quando o assunto é o reganho de peso, nota-se que o mesmo gera bastante ansiedade aos participantes do estudo.

Conforme solicitado em uma atividade, os participantes trouxeram fotos anteriores à cirurgia e fotos atuais, para que pudessem se olhar,

observar as mudanças, que muitas vezes, são superficiais olhando-se no espelho.

Todos se consideraram satisfeitos e surpresos de como evoluíram de fato. Relacionaram a perda de peso com a melhora da autoestima e referiram que é muito satisfatório encontrarem roupas que lhes sirvam sem causar constrangimento, e poder entrar em lojas e experimentar roupas nos provadores sem sofrer nenhum tipo de julgamento, “*poder escolher e não apenas pegar a roupa que serve*” e não se submeter mais a certas situações de passividade.

A conquista de um novo emprego ou melhora de cargo e a pró-atividade nos relacionamentos, foram citados como mudanças positivas e são confirmadas pela fala:

*“Agora meu chefe me elogia. Se eu quiser sei que consigo até outro emprego. É muito difícil conseguir emprego ou ser promovida quando se é gordo. Gordo sofre. Agora eu vejo como era difícil. Por isso que nunca mais quero voltar como era antes” (P18)*

O problema é que o peso numérico mostrado na balança, muitas vezes, parece ser mais importante do que a saúde de forma geral. Duas pacientes referiram se pesar diariamente, inclusive uma delas leva a balança portátil na mala quando viaja.

*“Não me separo da minha balança se aumenta eu como menos no outro dia” (P7).*

Alguns pacientes, ao contrário, referem se pesar somente em consulta, pois, o fato de subir na balança lhe causa ansiedade.

*“Tenho medo dela, é traiçoeira! Queria sair dos três dígitos, mas ela é teimosa!” (P13)*

Alguns pacientes tinham expectativas de estarem com outro formato do corpo, menos flácidos ou apenas mais magros e, segundo eles isso pode ser uma das causas de um desânimo no pós-operatório tardio, geralmente após dois anos, quando geralmente ocorre o reganho de peso. Isso fica claro na fala:

*“Ainda me acho barriguda, mesmo usando o mesmo número de calça de uma pessoa magra e pretendo fazer cirurgia plástica” (P9)*  
*“No começo dá aquela alegria com o emagrecimento, parece que todos os problemas*

*serão resolvidos... mas depois a gente vê que não e fica triste.” (P17)*

Apesar da estética ser uma preocupação maior das mulheres, os participantes do gênero masculino também se sentem constrangidos por estar fora dos padrões. Referem que, para muitas situações, o homem também é cobrado para ser forte e com corpo tonificado. Hoje, com muitos quilos a menos, um participante ainda se nega em mandar fotos para a família por ter vergonha do corpo e ainda não estar satisfeito.

*“Não tenho coragem de mandar foto, não sei o que eles esperam... se acham que eu deveria estar mais magro, ou musculoso... sei lá, não estou preparado pra mais julgamentos sabe...” (P14)*

Um dos hábitos que ainda está pendente para alguns participantes e que pode interferir na perda e manutenção de peso é a atividade física. A principal justificativa é a limitação financeira ou física. Os participantes que fazem atividade física relatam seus pontos positivos e também a flexibilidade que proporciona no consumo alimentar, pois se o gasto energético é maior, o consumo também pode ser um pouco maior:

*“Então quer dizer que se eu me exercitar, posso comer um pouco mais, sem tanto medo de ganhar peso...” (P11)*

Em relação à limitação financeira, os participantes que referem essa limitação são alertados pelos colegas que existem atividades gratuitas como caminhada, bicicleta, corrida e as próprias academias de rua.

*“Caminha que é de graça! Antes eu caminhava, agora até corro. Nossa, quando fui pensar que eu iria correr um dia... (olhos marejados)... minha filha nem acredita.” (P3)*

Com o maior vínculo existente com a pesquisadora principal e entre o próprio grupo, os participantes criaram a frase para sempre finalizar o encontro depois de uma foto: “Juntos somos mais fortes”. Alguns participantes se recuperaram do reganho de peso ao longo do ano, retomando o peso mínimo inicial e atribuindo a conquista à ajuda mútua do grupo e o uso das diferentes tecnologias disponíveis aos participantes do GIAPRE que transcendem a consulta individual.



## DISCUSSÃO

Pensando em novas abordagens e recursos, um estudo realizado em um ambulatório de cirurgia bariátrica de um hospital público no interior de São Paulo investigou complicações alimentares em pacientes submetidos à cirurgia através de uma abordagem biopsíquica. Os pacientes foram divididos em três grupos: com complicações alimentares de origem orgânica (hérnia, refluxo, deslocamento de anel, fístulas, entre outros); de origem psíquica (dependência psíquica, ansiedade, imagem distorcida, transtornos compulsivos) e com complicações de origem mista (orgânica e psíquica). O estudo revelou que os pacientes apresentaram uma prevalência maior de problemas de origem psíquica, sugerindo ao profissional nutricionista rever suas anamneses e inquéritos alimentares tradicionais, incluindo conteúdos psíquicos ou que, pelos menos, associem o contexto individual de cada um para complementar o atendimento (DELOSSO; SILVA; CUNHA, 2013).

Em um outro estudo, que evidenciou as mudanças ocorridas na alimentação no pós-operatório de cirurgia bariátrica, as mudanças mais relevantes foram em relação à quantidade ingerida, que agora é moderada, segundo o relato dos participantes; a melhora da frequência e a preocupação em ingerir alimentos ricos em nutrientes (TOSCANO et al., 2015). O ato de comer menos e suficiente, e se preocupar mais no que está ingerindo vem ao encontro dos relatos dos participantes do nosso estudo, que lutam diariamente para aprender a dizer não, especialmente na vida social, onde a alimentação está presente em todos os momentos. O consumo de refrigerantes foi um dos itens mais reforçados pela nutricionista para que não fosse consumido em momento algum do pós-operatório, pois está associado aos *fast foods*, a maior vontade de comer e ao consumo excessivo de açúcar refinado ou de adoçante da pior qualidade.

O interessante das falas é a associação das mudanças de hábitos alimentares e melhor controle alimentar ao acessar a profissional nutricionista e à comunicação com a mesma e com os outros participantes por meio das tecnologias de comunicação disponíveis.

A mesma participante que causou polêmica em um dos grupos ao referir uma dieta com baixo consumo de frutas e verduras, mudou de forma importante sua rotina ao longo do estudo, eliminando grande parte do açúcar, aumentando consumo de chás caseiros em detrimento do café adoçado, aumentando o consumo de frutas e verduras e substituindo biscoitos. O resultado, em três meses, foi a perda de dez quilos que tinha de ganho de peso.

Os participantes relataram que fazer o recordatório alimentar facilita a visualização e compreensão do que realmente consomem. Além disso, relatam que ouvir as opções alimentares dos colegas e construir novas opções a partir delas, permite uma maior variação do seu próprio cardápio. Ficaram surpresos em como é comum não lembrarem exatamente do que consomem quando não escrevem, especialmente no que se trata de alimentos fora de refeição, os famosos "beliscos".

Relembrem de que quando foi iniciada a dieta sólida, foram orientados que não deveriam se preocupar com a dor, pois, se os alimentos fossem bem mastigados, chegariam pastosos ao estômago e o fato de comer com calma lhes traria maior segurança.

Alguns participantes relataram ganho de peso no pós-operatório tardio, e as causas parecem ser diversas para os mesmos. A atividade física apareceu como um fator que influencia a perda de peso evitando o ganho, na visão dos participantes, pois aumenta o gasto energético e dá a possibilidade de uma dieta mais flexível.

Em um estudo de Silva e colaboradores (2013), foi verificada a influência da atividade física na perda de peso e composição corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica durante os três meses subsequentes ao procedimento. Como resultados foram observados uma maior redução de circunferência da cintura e do IMC em pacientes praticantes de caminhada, quando comparado ao grupo sedentário. Esses resultados mostram que, assim como alguns participantes do GIAPRE comentaram, até mesmo para quem tem dificuldade financeira de iniciar academia, a simples caminhada pode influenciar positivamente na maior perda de peso. É importante ressaltar que tanto o medo de ganhar peso, como a vontade de perder o que ganhou, contribui para que os pacientes participem do GIAPRE, acessem a nutricionista ou o grupo como um todo, por intermédio de e-mail, telefone, rede social e aplicativo do *smartphone* como opção ou complemento às consultas.

Quando os pacientes têm alta da consulta individual pelo tempo cirúrgico, aproveitam estas tecnologias para tirar suas dúvidas sobre o que alterar na alimentação ou suplementação de nutrientes, para se proteger das deficiências nutricionais e do ganho de peso. Todas essas situações mostram o resultado positivo ao acessar o profissional nutricionista e também a outros indivíduos submetidos a mesma cirurgia por intermédio das tecnologias que a Nutrição colocou como disponível.

Segundo Góes e colaboradores (2012), na cirurgia bariátrica, além das alterações hormonais que favorecem a saciedade, podem ocorrer deficiências importantes de vitaminas e minerais, fato que reforça a

importância do acompanhamento nutricional e mudança de hábitos alimentares no pós-operatório para reforçar a segurança do paciente.

Em uma revisão sistemática de Faé e Liberali (2015), foram coletados dados de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica por no mínimo três meses entre 2001 e 2014. Como resultados, observou-se que a deficiência proteica foi a mais relatada das deficiências de macronutrientes e o ferro, zinco e vitaminas do complexo B, as mais relatadas das deficiências de micronutrientes. Além disso, foi destacado que o acompanhamento nutricional e a prescrição de suplementos deve ser protocolo no pós-operatório para garantir que as orientações nutricionais sejam periodicamente reforçadas.

Essa variedade de estudos aqui referenciados mostram a importância das informações que são dadas em consultas e no grupo presencial e, além disso, de maneira menos formal, no grupo de rede social ou de *smartphone*, uma ligação pelo telefone e *e-mail*, todas consideradas tecnologias leves de comunicação.

As falas sobre o medo de ganhar peso, especialmente após dois anos de cirurgia, reforçam a necessidade do acompanhamento nutricional para que os pacientes não percam suas conquistas. Pensando que a consulta individual fica menos frequente com o passar do tempo, até culminar no momento da alta, o uso das outras tecnologias disponíveis para manter o vínculo da equipe com o paciente é fundamental, pois pode preencher essas lacunas. O medo de ganhar peso ou de perder peso insuficiente é permanente na vida do pós-bariátrico. Os participantes deste estudo reforçam nas falas o medo de passar por todo o sofrimento e julgamento de uma pessoa obesa. O grupo demonstrou uma enorme satisfação com a liberdade que conquistaram após a cirurgia, a autonomia, a disposição e melhora importante da qualidade de vida.

Um estudo realizado no ambulatório de um município da região Sul do Brasil usando o instrumento *World Health Organization Quality for Life (Whoqol- brief)* avaliou pacientes em pré-operatório e, depois, após três meses de cirurgia bariátrica. Trouxe como resultados que 62,5% dos entrevistados manifestaram não ter mais, ou apenas sentir algumas vezes sentimentos negativos (mau humor, desespero, ansiedade e depressão) após a cirurgia. Além disso, o resultado mais fantástico do estudo foi que 100% dos entrevistados referiram “ter sentido na vida” após a cirurgia e a perda de peso (MORAES et al., 2014). Do mesmo modo, Castro et al. (2013) destacam que o corpo é um elemento que não conta apenas para a imagem que o sujeito tem de si, mas para a imagem que os outros constroem sobre ele e dessa forma influenciam em muitos aspectos de sua vida.

Em relação à atividade com o Recordatório Alimentar de 24h, apesar das orientações realizadas parecerem sólidas para os pacientes, seguir corretamente é sempre um desafio, uma vez que muitos fatores acabam interferindo nas escolhas tais como férias, finais de semana, vida social, ansiedade, entre outros.

Em um estudo de Salum, Rossi e Homsí (2015) que compararam o uso deste instrumento em dia de semana com dias de final de semana, junto a pacientes que frequentavam consultório de Nutrição no estado de São Paulo, observou-se um acréscimo no valor calórico total no final de semana de 25,7%, aliado à uma redução de carboidratos e proteínas e um excedente de lipídios. Semelhante ao presente estudo, as justificativas parecem ser a maior variedade e disponibilidade de alimentos no final de semana e a necessidade de sair da rotina e a associação do lazer com o alimento. Quando esses eventos começam a ser mais frequentes, o reganho de peso começa a ser um grande problema.

Da mesma forma, o estudo de Martins e Paganotto (2011), avaliou o reganho de peso em pacientes em uma clínica privada no interior de São Paulo por meio do Recordatório Alimentar de 24h. O IMC aumentou após dezoito meses de cirurgia e significativamente após quarenta e oito meses e o consumo calórico também aumenta com o tempo de pós-operatório, especialmente no grupo que consumiu mais carboidratos e lipídeos. Houve maior percentual de reganho de peso no grupo que não fez acompanhamento nutricional.

No Distrito Federal (DF), foi realizado um estudo transversal e descritivo com aplicação de questionário que verificou a interferência de alguns fatores no reganho de peso após dois anos de cirurgia. Observou-se uma tendência maior ao reganho de peso em pacientes com menor consumo proteico, menor atividade física e que possuem o ato de beliscar (SILVA; KELLY; 2014).

A nossa sociedade associa um corpo mais esbelto com o significado de produtividade, servindo como julgamento para a capacidade produtiva do indivíduo. A contratação de um obeso pode significar mais faltas ao trabalho, mais gastos com assistência médica pelas comorbidades que podem estar associadas e, muitas vezes, a cirurgia vem como uma possibilidade de ascensão profissional em detrimento da melhora da saúde (MORENO; SILVA, 2011).

Os participantes do presente estudo referem o desejo pela cirurgia plástica corretiva como mais um meio de perder peso e a busca pelo “corpo magro e sarado” apareceu nos relatos como um desejo do grupo, especialmente dos mais jovens. A sociedade, que hoje é respaldada pelos meios de comunicação, está repleta de ferramentas como receitas, pílulas

milagrosas, alimentos ou fitoterápicos associados à magreza, que com certeza influenciam na determinação do modelo corporal desejado pelas pessoas (MORENO, SILVA, 2011).

## **CONCLUSÃO**

O pós-operatório é referido pelos pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica como sendo um dos mais complicados. Há uma grande expectativa em relação aos resultados, a ansiedade e a insegurança associadas às rápidas mudanças que acontecem, tanto no âmbito alimentar, quanto nas mudanças do próprio corpo, e que acabam demandando uma reflexão, fazendo com que surjam questões emocionais.

O vínculo com o profissional motiva o paciente a dar continuidade às mudanças e a perda de peso corporal e torna se essencial para estabelecer o sucesso do resultado da cirurgia bariátrica.

No presente estudo, é possível perceber a importância de que os protocolos de atendimentos utilizados pelo Nutricionista não engessem sua prescrição e que cada pessoa deve ser tratada com única. As condutas devem estar adaptadas de acordo com a individualidade de cada um, proporcionando uma relação de confiança mútua e um cuidado nutricional adequado. Isso é possível quando se utiliza de variadas formas de tecnologias de comunicação para consolidar o acompanhamento nutricional a longo prazo.

## REFERÊNCIAS

- BACCHI, R. R; BACCHI, K. M. S. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínicos e nutricionais. **Motricidade**. Portugal, v.8, n. S2, p.89-94, Vila Real, Portugal, 2012.
- BACKES, D. S; COLOMÉ, J. S; ERDMANN, R. H; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v.35, n.4, p.438-442, São Paulo, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 483, de 1 de abril de 2014**. Redefine a Rede de atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas e estabelece as diretrizes para a organização das linhas de cuidado. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 01 de Dez. de 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece Regulamento Técnico, Normas e Critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html)>. Acesso em: 24 de Abr. de 2015.
- CASTRO, M.R.; FERREIRA, V.N.; FERREIRA, M.E. Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: interações socioculturais. **Motricidade**. v.9, n.3, p.82-95, Vila Real, Portugal, 2013.
- COSTA, D. Eficiência do acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo, v.7 n.39, Jun. 2013.
- CUMMINGS, S.; PRATT, J. Metabolic and bariatric surgery: Nutrition and dental considerations. **The Journal of The American Dental Association**, v. 146, n. 10, p. 767-772, 2015.
- DELOSSO, A. C. A; SILVA, M. F. F; CUNHA, M. C. Aspectos orgânicos, psíquicos e nutricionais em pacientes bariátricos. **Distúrbio comum**, p.25, v.2, p.277-283, São Paulo, Ago. 2013.

FAÉ, C; LIBERALI, R. Deficiência de Nutrientes a longo prazo no pós operatório de cirurgia bariátrica - Revisão Sistemática. **SaBios Rev. Saúde e Biol.**, v.10, n.2, p. 48-53, Mai/Ago 2015.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GÓES, P. V. M. de; et al. Cirurgia bariátrica: técnica mista e a importância da Nutrição. **Revista Augustus**, v. 17, n.33, Rio de Janeiro, Jan. 2012.

HONORATO, D. Z. S. et al. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva. **R. Interd.** v. 8, n. 1, p. 234-239, jan. fev. mar. 2015.

JOHNSON, H. L; KIMSEY, D. **Patient Safety: break the silence**. **AORN J**, v.95, n.5, p.591-601, May, 2012.

KELLES, S. M. B; et al. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. v.31, n.8, p.1587-1601, Rio de Janeiro, Ago, 2015.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ver Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p. 4767-4776, 2011.

MARTINS, J. S. S; PAGANOTTO, M. Hábitos de vida no pós operatório de gastroplastia; correlação com peso. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 1, n.4, p. 30-45, Curitiba, 2011.

MENEGOTTO, A. L. S et al. Avaliação da frequência em consultas nutricionais dos pacientes em cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.26, n.2, São Paulo, Abr./Jun 2013.

MORAES, J. M.; CAREGNATO, R. C. A.; SCHNEIDER, D. S. Qualidade de vida antes e após a Cirurgia Bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.27, n.2, p. 157-64, fev. 2014.

MORENO, C. A. S; SILVA, A. M. Caracterização das mudanças psicológicas ocasionadas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. **Encontro: Revista de Psicologia**, v.14, n.20, p. 99-116, 2011.

OLIVEIRA, D. O; MERIGHI, M. A. B; JESUS, M. C. P, de. A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.6 p 970-6, São Paulo, 2013.

PEDRO, E. N. R.; et al. Grupo focal en investigación cualitativa de enfermería. In: PRADO, M. L.; et al. **Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica**. Washington: PALTEX, n.10 p.187-95, 2013.

ROCHA, H. M; et al. Interface entre obesos severos e atividade laboral relacionada a alimentos. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 13, n. 1, p. 75-80, Jan./Jun. 2011.

SALUM, B. B; ROSSI, L; HOMSI, C. C. Análise comparativa do consumo alimentar habitual e aos finais de semana de pacientes em uma clínica de Nutrição em São Paulo. **Revista Brasileira de Nutrição, Obesidade e Emagrecimento**, v. 09, n.50, p.59-66, São Paulo, Mar/Abr, 2015.

SCABIM V. M.; ELUF NETO J.; TESS, B. H. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós cirurgia bariátrica e fatores associados. **Revista de Nutrição**, v.25, n.4, Jul/Ago, Campinas, 2012.

SILVA, A. A; et al. Influência do exercício físico sobre a composição corporal após gastroplastia. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 11, n.38, Out/Dez.2013.

SILVA, C; FARO, A. Significações relacionadas à cirurgia bariátrica: estudo no pré e pós operatório. **Salud & Sociedad**, v. 6, n.02, p.156-169, Mai/Ago, 2015.

SILVA, R. F. da; KELLY, E. O de. Prevalência e fatores interferentes no reganho de peso em mulheres que se submeteram ao Bypass Gástrico em Y de Roux após 2 anos de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.8, n.47, p. 134-141. São Paulo, Set./Out. 2014.



TOSCANO, et al. Qualidade de vida nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica residentes no município de Cáceres – MT. **Revista de Ciências e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 03, p. 35-38, Universidade do Mato Grosso, UNEMAT (Cáceres), 2015.

VIGITEL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>>. Acesso em: 19 de abr. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact sheet: obesity and overweight. 2015**. Disponível em:  
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 05 de Outubro de 2015.

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Day**. Global Graphs and Maps. Disponível em: <<http://www.worldobesity.org/what-we-do/action-initiative/aiprogrammes/world-obesity-day/statistics/>>. Acesso em: 01 Dez 2015.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, as tecnologias de comunicação oferecidas pelo serviço de Nutrição foram consideradas ferramentas importantes para o acompanhamento nutricional e fortalecimento do vínculo do profissional com o paciente submetido à cirurgia bariátrica possibilitando uma nova forma de lhes dar segurança, auxiliando na prevenção de deficiências nutricionais e no ganho de peso.

A consulta individual, o atendimento em grupo presencial ou em rede social, o atendimento em ligação telefônica, a resolução de dúvidas por ligação telefônica, *e-mail*, ou mensagem simultânea em aplicativo de *smartphone*, o *Whatsap*, são tecnologias leves que foram utilizadas frequentemente pela maioria dos participantes do estudo e consideradas como importantes para compor sua segurança no pós-operatório.

O estudo e a experiência com grupo focal possibilitou conhecer as opiniões e experiências desses pacientes no uso destas tecnologias, e sobre a importância da abordagem nutricional ser individualizada, respeitando o contexto de cada um. Além disso, foi possível observar, uma fragilidade na rede de atenção básica do SUS e também na rede privada, pois, pacientes que não realizaram a cirurgia na Instituição do presente estudo, em sua maioria, não contam com um acompanhamento específico para este tipo de cirurgia ou tem este acompanhamento com a frequência adequada, afetando sua segurança.

Os resultados mostraram que a avaliação dos participantes foi na sua maioria de caráter positivo e, dessa forma, incentiva que estas ferramentas sejam aperfeiçoadas e divulgadas de modo que outras profissões também ampliem sua forma de acompanhamento no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Além disso, de acordo com a literatura e com os resultados deste estudo, ressalta-se a necessidade do envolvimento de todos os profissionais que participam do acompanhamento deste paciente a fim de realizar um atendimento integral e então avançar no cuidado.

O mestrado possibilitou uma leitura exaustiva sobre o pós operatório de cirurgia bariátrica e um envolvimento ainda maior da pesquisadora em todo o processo de acompanhamento nutricional que o envolve. O conhecimento das experiências de diversos autores e a possibilidade de reforçar ou aplicar novas tecnologias de comunicação no serviço de Nutrição, de modo que o trabalho contribua para a prática clínica, foi muito satisfatório. Houve repercussão positiva imediata da pesquisa ainda em andamento e a adesão a ela foi unânime entre os

pacientes convidados o que mostra a sua importância dentro de um hospital deste porte.

Sugere-se a realização de novos estudos abordando esta temática, principalmente por ser um meio de garantir ao paciente que vivencia a cirurgia, um espaço para expor suas considerações, críticas, anseios e sugestões. Dessa maneira é possível colaborar com a equipe, possibilitando um pós operatório satisfatório e seguro e conferir à Instituição uma avaliação de excelência em cirurgia bariátrica e que possa ser replicado não somente para as outras categorias profissionais, respeitando suas especificidades, mas também, em outros níveis de atenção em saúde.

## REFERÊNCIAS

AASHEIM, E.T. et al. Vitamin status after bariatric surgery: a randomized study of gastric bypass and duodenal switch. *The American Journal.Clinical of Nutrition*, v. 90, n.01, p.15-22, May. 2009.

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

AILLS, L. et al. ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. **Obesity Surgery and Related Diseases**, v. 4, n. 5, p. 73-108, 2008.

ALMEIDA, S. S; ZANATTA, D. P; REZENDE, F. F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v.17, n., p.153-160, Natal, Jan./Abr. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA (Org.) **Segurança do Paciente e Qualidade de Serviços em Saúde**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

ANGRISANI, L.; SANTONICOLA, A.; LOVINO, P.; FORMISANO, G.; BUCHWALD, H.; SCOPINARO, N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. **Obesity Surgery**, v. 25, n. 10, p. 1822-1832, 2015.

ANVISA. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (Reniss). Folder. Edição: Assessoria de Comunicação da Anvisa. Brasília, DF: Anvisa, 2004.

BACCHI, R. R; BACCHI, K. M. S. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínicos e nutricionais. **Motricidade**. Portugal, v.8 n. S2, p.89-94, Vila Real, Portugal, 2012.

BACKES, D. S; COLOMÉ, J. S; ERDMANN, R. H; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas

qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v.35, n.4, p.438-442, São Paulo, 2011.

BAHIA L. R; ARAÚJO D. V. Impacto econômico da obesidade no Brasil. **Revista HUPE**, v. 13, n. 01, p. 13-17, Rio de Janeiro, 2014.

BARRA, D. C. C. Evolução histórica e Impacto da Tecnologia na área da Saúde e da Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p.422-430, Goiânia, Dez. 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm)>. Acesso em: 15 Abr. 2015.

BARROS, L. M; et al. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.17, n.2, p. 312-21, Abr./Jun.;2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.27367>>. Acesso em Fev. 2016.

BARROS, R. S. de; BOTAZZO, C. Subjetividade e clinica na atenção básica: narrativas, história de vida e realidade social. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.16, n.11. Rio de Janeiro, Nov, 2011.

BASTOS, E. C. L; et al. Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**. v. 26 (suplemento 1) p. 26-32, São Paulo, 2013.

BASTOS, G. A. N.; FASOLO, L. R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 16, n. 1, p. 114-124, 2015.

BEUTER, M. Expressões lúdicas no cuidado: elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem (tese de doutorado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, 2004.

BEZERRA, I. M. P; et al. Comunicação no processo educativo desenvolvido pelos enfermeiros: as tecnologias de saúde em análise. **Sau. & Transf. Soc.**, v.5, n.3, p. 42-48, Florianópolis, 2014.

BIRKMEYER, N. J. Safety Culture and complications after bariatric Surgery. **Annals of Surgery**, v.257, n.2. Feb, 2013.

BORDALO, L. A.; MOURÃO, D. M.; BRESSAN, J. Deficiências nutricionais após cirurgia bariátrica: Por Que Ocorrem? **Acta Medica Portuguesa**, v. 4, n. 24, p. 1021-1028, 2011.

BORGES, C.D; SANTOS, M.A. D. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos potencialidades e limites. **Rev SPAGESP**, v.6, n.1, p.74-80, 2005.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM N° 2.131/2015**. Altera o anexo da Resolução CFM n° 1.942/10, publicada no D.O.U. de 12 de fevereiro de 2010, Seção I, p. 72. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131\\_2015.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf)>. Acesso em: 21 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 12 Abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia alimentar Para a População Brasileira**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>>. Acesso em: 5 Mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. DF, 2011. Disponível em: <[http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 01 de Mai. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 529, de 1° de abril de 2013a**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 08 de Mai de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução n° 36 de 25 de julho de 2013b**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 08 de Mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013c**. Estabelece Regulamento Técnico, Normas e Critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html)>. Acesso em: 24 de Abr. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 13 de Jan. de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Chamada Pública para implantação de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde em Hospitais de Ensino – 2009**. Edital. Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT/SCTIE/MS. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital\\_nucleos\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_nucleos_2009.pdf)>. Acesso em janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 628, de 26 de abril de 2001**. Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_0628.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0628.pdf)>. Acesso em: 23 de Abr. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas e estabelece as diretrizes para a organização das linhas de cuidado. Disponível em: >[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 01 de Dez. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº. 2, de 25 de janeiro de 2010**. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em



saúde em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jan. 2010.

CAMBI, M. P. C; MARCHESINI, S. D; BARETTA, G. A.P. Reganho de Peso após cirurgia bariátrica: avaliação do perfil nutricional dos pacientes candidatos ao procedimento de plasma endoscópico de argônio. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 28. n. 1 p 40-43, 2015.

CAMPOS, J. M; et al. Cirurgia metabólica, reganho de peso e recidiva do diabete. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 26. supl. São Paulo, 2013.

CARVALHO, A. JR de et al. Weight regain among women after metabolic and bariatric surgery: a qualitative study in Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v.36, n.3, p. 140-146, Porto Alegre, July/Sept, 2014.

CARVALHO, L. A. de; et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte /MG. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.11, n.01, p. 195-205, Três Corações, Jan/Jul 2013.

CASTIEL, L. D; FERREIRA, M. S; MORAES, D. R. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresiasista. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n.5, Mai. 2014.

CASTRO, M.R.; FERREIRA, V.N.; FERREIRA, M.E. Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: interações socioculturais. **Motricidade**. v.9, n.3, p.82-95, Vila Real, Portugal, 2013.

CONDE, L. W; BORGES, C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos brasileiros segundo seu estado nutricional no final da adolescência. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 14, n.01, p.71-79, São Paulo, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – COREN – SP, 2010. **Os 10 passos para a segurança do paciente**. Disponível em: <<http://www.coren->

sp.gov.br/sites/default/files/10\_passos\_seguranca\_paciente\_0.pdf>.  
Acesso em: 09 Mai. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1942. Normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Diário Oficial da União, 2010, 12 fev; Seção 1.

CONSELHO NACIONAL DE NUTRIÇÃO. Resolução nº 541/2014. Altera o Código de Ética do Nutricionista, aprovado pela Resolução CFN nº 334, de 2004, e dá outras providências.

COPPINI, Z. L. Avaliação Nutricional em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Nutrição em cirurgia bariátrica**. Rio de Janeiro, Editora Rubio; 2011. Unidade 9, p.91-100.

CORRÊIA, M. B. Tecnologia. In: CATTANI, Antonio D. (Org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis, RJ: Vozes: Editora da Universidade/UFRS, 1999 (p.250).

COSTA, D. Eficiência do acompanhamento nutricional no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo, v.7 n.39, Jun. 2013.

CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa & Projeto de Pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CUMMINGS, S.; PRATT, J. Metabolic and bariatric surgery: Nutrition and dental considerations. **The Journal of The American Dental Association**, v. 146, n. 10, p. 767-772, 2015.

CUNHA, S. F. C; et al. Evolução da massa corporal magra após 12 meses de cirurgia bariátrica. **Revista de Nutrição**, v. 23, n.4, p. 535-541, Campinas, jul./ago, 2010.

CURIONI, C. C.; BRITTO, F. S. B.; BOCCOLINI, C. S. O uso de tecnologias de informação e comunicação na área da Nutrição. **Jornal Brasileiro de Telessaúde**, v.2 n.3. Rio de janeiro, 2013.

CRUZ, M. R. R. da; MORIMOTO, I. M. I. Intervenção Nutricional no Tratamento da Obesidade Mórbida: resultados de um protocolo

diferenciado. **Revista de Nutrição**, v.17, n.2, Campinas, Abr./Jun. 2004.

DALCANALE, L.; et al. Long-term nutritional outcome after gastric bypass. **Obesity Surgery**, v. 20, n. 2, p. 181-187, 2010.

DELOSSO, A. C. A; SILVA, M. F. F; CUNHA, M. C. Aspectos orgânicos, psíquicos e nutricionais em pacientes bariátricos. **Distúrbio comum**, p.25, v.2, p.277-283, São Paulo, Ago. 2013.

DEMETRIO, F; et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Rev. Nutr. Campinas**. v.4, n.5, p. 743-63, set/out 2011.

ELLIOT, K. Nutritional considerations after bariatric surgery. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 26, n. 2, p. 133-38, 2003.

ERNST, B; et al. Differential Changes in Dietary Habits after Gastric Bypass Versus Gastric Banding Operations. **Obes Surg**, v.19, p. 274-280, 2009.

FAÉ, C; LIBERALI, R. Deficiência de Nutrientes a longo prazo no pós operatório de cirurgia bariátrica - Revisão Sistemática. **SaBios Rev. Saúde e Biol.**, v.10, n.2, p. 48-53, Mai/Ago 2015.

FAINTUCH, J.; et al. Severe Protein-Calorie Malnutrition after Bariatric Procedures. **Obesity Surgery**, v. 14, n. 2, p. 175-181, 2004.

FARIA, S. L; FARIA, O. P; CARDEAL, M. O. de. Comparação da perda de peso, consumo alimentar e frequência de vômitos entre pacientes bypass gástrico em Y de roux com e sem colocação de anel de contenção. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.27, supl. 1, p.43-46, 2014.

FARIAS, L. M. et al. Aspectos Nutricionais em mulheres obesas submetidas à gastroplastia vertical com derivação gastro-jejunal em Y-de-Roux. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica** v.21, n.2, p.98-103, 2006.

FERNANDES, M. T. O. de; SILVA, L. B; SOARES, S. M. Utilização das tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na

Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde coletiva**, v16, n.1, p. 1331-1340, Rio de Janeiro, 2011.

FERREIRA, V. A.; WANDERLEY, E. N. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e Saúde coletiva**, v15, n.1, p. 185-194, Rio de Janeiro, 2009.

FINKELSTEIN, E. A; TROGDON, J. G; COHEN, J. W; DIETZ, W. **Annual medical spending attributable to obesity: payer-and service-specific estimates.** *Health Aff (Millwood)*. v.28, n.5, p. 822-31, Sep-Oct, 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA, C. L; et al. Contribuições da Nutrição e Psicologia para a mudança de comportamento alimentar. **Estudos de Psicologia**. v.17, n.2, p.337-45, Mai/Ago, 2012.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª Ed. São Paulo. Atlas, 2008.

GÓES, P. V. M. de; et al. Cirurgia bariátrica: técnica mista e a importância da Nutrição. **Revista Augustus**, v. 17, n.33, Rio de Janeiro, Jan. 2012.

GONÇALVES, I. S. A da; et al. Fatores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Brasil. **Revista Cuidarte**, [online]. v.06, n.01, p.914-922, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.157>>. Acesso em Fev. 2016.

HALVERSON, J. D. Micronutrient deficiencies after gastric bypass for morbid obesity. **The American Journal of Surgery**, v. 52, p. 594-598, 1986.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for Safety: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI.** Sudbury: HSE Books, 1993.

HEBER, D.; et al. Endocrine and Nutritional Management of the Post-Bariatric Surgery Patient: **An Endocrine Society Clinical Practice Guideline**, v. 95, n. 11, p. 4823–4843, 2010.

HOJO, V. E. S.; MELO, J. M.; NOBRE, L. N. Alterações hormonais após cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 22, n. 1, p. 77-82, 2007.

HONORATO, D. Z. S. et al. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva. **R. Interd.** v. 8, n. 1, p. 234-239, jan. fev. mar. 2015.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. **Histórico**. 2011. Disponível em: <[http://www.hu.ufsc.br/?page\\_id=13](http://www.hu.ufsc.br/?page_id=13)>. Acesso em: 10 out. 2015.

ILHA, S; et al. Group for Family/ caregivers of elderly with Alzheimer`s: experience of teachers based on complexity. **Rev. Rene**, v.16, n.4, p.603-12, July/Aug, 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Patient safety: achieving a new standart for care.** Washington, DC: National Academy Press, 2004.

\_\_\_\_\_. **To Err is Human: Building a Safer Health System.** Washington, DC: National Academy Press, 2000.

JOHNSON, H. L; KIMSEY, D. **Patient Safety: break the silence.** AORN J, v.95, n.5, p.591-601, May, 2012.

KANNO, P. et al. Discrepância na imagem corporal e dieta de obesos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, Campinas, v.21, n.4, Jul/Ago, 2008.

KELLES, S. M. B; DINIZ, M. F. H. S; MACHADO, C. J; BARRETO, S. M. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. v.31, n.8, p.1587-1601, Rio de Janeiro, Ago, 2015.

KOERICH, M. S; et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.** v.15, p.178-85. Florianópolis, 2006.

KUMPEL, D.A; et al. Obesidade em idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.** v.20, n.3, p.471-77, Florianópolis, 2011.

MACHADO, C. E; et al. Compulsão alimentar antes e depois da cirurgia bariátrica. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.21, n.4, p.185-191, 2008.

MACLEAN, L. D., RHODE, B.M., SHIZGAL, H, M. Nutrition following gastric operations for morbid obesity. **Annals of Surgery**, v. 198, p; 347-355, 1983.

MALTA, D. C; BERNAL, R. T. I; OLIVEIRA, M. Tendências dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, segundo a posse de planos de saúde, Brasil, 2008 a 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.1005-1016, 2015.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ver Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p. 4767-4776, 2011.

MARCHESINI, S. D. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.** v.23, n.2, p.108-113, 2010.

MARIANO, M. L. L; MONTEIRO, C. S; PAULA, M. A. B. Cirurgia bariátrica: repercussões na vida laboral do obeso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.3, p.38-45, 2013.

MARTINS, M. P; ABREU-RODRIGUES, M; SOUZA, J. R. O uso da internet pelo paciente após a cirurgia bariátrica: contribuições e entraves para o seguimento do acompanhamento multiprofissional. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.** v.28, supl. 1, p. 46-51, 2015.

MARTINS, J. S. S; PAGANOTTO, M. Hábitos de vida no pós operatório de gastroplastia; correlação com peso. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 1, n.4, p. 30-45, Curitiba, 2011.

MASON, E. E. Development and future of gastroplasties for morbid. **Obesity Archives of Surgery**, v.138, n.4, p.361-366, Apr. 2003.

MAZUR, C. E; NAVARRO, F. Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação? **Saúde (Santa Maria)**, v.41, n.02, p. 35-44, 2015.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. **Saúde debate**, v. 27, n. 65, p. 316-23, Set./Dez., 2003.

MERHY E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Ucitec, 1997.

MENEGOTTO, A. L. S et al. Avaliação da frequência em consultas nutricionais dos pacientes em cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.26, n.2, São Paulo, Abr./Jun 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MORAES, J. M.; CAREGNATO, R. C. A.; SCHNEIDER, D. S. Qualidade de vida antes e após a Cirurgia Bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.27, n.2, p. 157-64, fev. 2014.

MORALES, C. et al. Perioperative Communication from the perspective of patients undergoing bariatric Surgery. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.23, n.2. Florianópolis, Jun. 2014.

MORENO, C. A. S; SILVA, A. M. Caracterização das mudanças psicológicas ocasionadas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. **Encontro: Revista de Psicologia**, v.14, n.20, p. 99-116, 2011.

NASCIMENTO, C. A. D; BEZERRA, S. M. M. S; ANGELIM, E. M. S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v.18, p.193-201, 2013.

NETO, O. C; MOREIRA, M. R; SUCENA, L. F.M. **Grupos focais e Pesquisa Social Qualitativa**: o debate orientando como técnica de investigação. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. p. 1-26, Ouro Preto, 2012.

NOGUEIRA – MARTINS, M. C. F; BOGUS, C. M. Considerações sobre metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações em humanização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.3, p.44-47, 2004.

OLIVEIRA, D. O; MERIGHI, M. A. B; JESUS, M. C. P, de. A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.6 p 970-6, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, J. F. de. Uma análise na relação médico-paciente frente aos recursos das tecnologias da informação. **Revista de Administração e Inovação**, v.11, n.2, p.132-153, Abr./Jun., São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, M. L. de; SANTOS, L. M. P; SILVA, E. N. da. Bases metodológicas para estudos de custos da doença no Brasil. **Rev. Nutr.** [online], v.27, n.5, p. 585-595, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732014000500007>>. Acesso em: 09 Mai 2015

OLIVEIRA, V.; LINARDI, R.; AZEVEDO, A. Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 31, p.199-201, 2004.

PEDRO, E. N. R.; et al. Grupo focal en investigación cualitativa de enfermería. In: PRADO, M. L.; et al. **Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica**. Washington: PALTEX, n.10 p.187-95, 2013.

PEDROSA, I. V; et al. Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. **Revista Coleção Brasileira de Cirurgia**, v.36, n.4, p.316-322, 2009.



PEIXOTO, J. S.; GANEM, K. M.G. Prevalência de transtornos alimentares pós cirurgia bariátrica. **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 3, n. 3, p. 353-358, set. /dez. 2010

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004.

PONTES, A.C; LEITAO, I. M. T. A; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras. Enferm**. v.61, n.3, p. 312-8, Brasília, Mai/Jun, 2008.

PREVEDELLO, C. F.; COLPO, E; MAYER, E. T.; COPETTI, H. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do Estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 46, n.3, p. 199-203, 2009.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o *self* do cliente oncológico e o *self* da enfermeira. Goiânia: AB, 1999.

RAZERA, A. P. B; BRAGA, E. M. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.3. São Paulo, Jun. 2011.

REGINALDO, G. J; SILVA, A. F. da. Carência da vitamina B12 após cirurgia bariátrica no método BGYR. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.7, n.03, p.487-494, set/dez, 2014.

REIS, D. S. M. Comunicação em saúde: variáveis que interferem na recepção da mensagem. **BIS Bol Inst Saúde**, v.12, n.1, p.16-21, 2010.

REPETTO, G; RIZZOLI, J. Cirurgia bariátrica: Acompanhamento clínico. In: NUNES, M; APPOLINARIO, J. C; GALVÃO, A. L; COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

RIBEIRO, G. A. N. A; et al. Percepção corporal e cirurgia bariátrica: o ideal e o possível. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.26, n.2. São Paulo, abr/jun. 2013.

ROCHA, H. M; et al. Interface entre obesos severos e atividade laboral relacionada a alimentos. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 13, n. 1, p. 75-80, Jan./Jun. 2011.

ROTHER, ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, abr./jun. 2007.

ROWLANDS, S; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital based multidisciplinary lung cancer team. **Eur J Cancer Care**, v. 22, n.1, p. 20-31, 2013.

SALUM, B. B; ROSSI, L; HOMSI, C. C. Análise comparativa do consumo alimentar habitual e aos finais de semana de pacientes em uma clínica de Nutrição em São Paulo. **Revista Brasileira de Nutrição, Obesidade e Emagrecimento**, v. 09, n.50, p.59-66, São Paulo, Mar/Abr, 2015.

SANTOS, M. C. dos. Comunicação em saúde e segurança do paciente: problemas e desafios. **Rev. Port. Saúde Pública**. v.10, p.47-57, 2010.

SANTOS, M. C. dos; GRILO, A; ANDRADE, G; GUIMARAES, T; GOMES, A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev Port Saúde Pública** v. 10, p. 47-57, 2010.

SANTOS, L. M. P. et al. Trends in Morbid Obesity and in Bariatric Sugeries Covered by the Brazilian Public Health System. **Obesity Surgery**, v. 20, n.7, p.943-48, 2010.

SCABIM V. M.; ELUF NETO J.; TESS, B. H. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós cirurgia bariátrica e fatores associados. **Revista de Nutrição**, v.25, n.4, Jul/Ago, Campinas, 2012.

SHAH, M.; SIMHA, V.; GARG, A. Long-term impact of bariatric surgery on body weight, comorbidities, and nutritional status. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 91, n. 11, p. 4223-4231, 2006.

SILVA, P. T. da; et al. Perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig**, v.28, n.03, p.270-273, Jul/Set, 2015.

SILVA, R. F; KELLY, E. O. de. Prevalência e fatores interferentes no reganho de peso em mulheres que se submeteram ao bypass gástrico em Y de Roux após 2 anos de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.8, n.47, p.134-141, São Paulo, Set/Out, 2014.

SILVA, A. A; et al. Influência do exercício físico sobre a composição corporal após gastroplastia. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 11, n.38, Out/Dez.2013.

SILVA, L.K. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. **Cad Saude Publica**, 20 (supl), p. 199-207, 2004.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2005.

SILVA, R. F. da; KELLY, E. O. de. Prevalência e fatores interferentes no reganho de peso em mulheres que se submeteram ao Bypass Gástrico em Y de Roux após 2 anos de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.8, n.47, p. 134-141. São Paulo, Set./Out. 2014.

SILVA, C; FARO, A. Significações relacionadas à cirurgia bariátrica: estudo no pré e pós-operatório. **Salud & Sociedad**, v. 6, n.02, p.156-169, Mai/Ago, 2015.

SILVESTRE, J. C. de; et al. Uso da internet pelos pacientes como fonte de informação em saúde e a sua influência na relação médico-paciente. **Revista da AMRIGS**, v.56, n.02, p.149-155, Abr/Jun, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Mapeamento da obesidade**, 2007. Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/pesquisa2007.php>>. Acesso em: 22 de Abr.2015.

\_\_\_\_\_. **Apresenta nova diretoria para o biênio 2015-2016**. 2015. Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/wordpress/sbcbm-apresenta-nova-diretoria-para-o-bienio-2015-2016/>>. Acesso em 10 de Mai.2015.

\_\_\_\_\_. **Notícias**. 2016. Disponível em:

<<http://www.sbcbm.org.br/wordpress/category/noticias/>>. Acesso em: 11 de Out. 2015.

SOUZA, D. B. L.de; GONDIM, S. M. G; ABBAD, G. S. da.

Comportamento verbal e não verbal em grupos focais: análise de micro interlocuções. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v.2, n.3, p.59-80, Set./Dez., 2013.

STEIN, J.; STIER, C.; RAAB, H.; WEINER, R. Review article: the nutritional and pharmacological. **Alimentary Pharmacology and Therapeutics**, v. 40, p. 582-609, 2014.

SUIZU, M. A; RODRIGUES, R; BERALDO, J. I. Verificação de anemia em pacientes submetidos à gastroplastia redutora (tipo Y de Roux). **Saúde e Pesquisa**, v.08, n.01, p.27-33, Maringá, 2015.

TOSCANO, et al. Qualidade de vida nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica residentes no município de Cáceres – MT. **Revista de Ciências e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 03, p. 35-38, Universidade do Mato Grosso, UNEMAT (Cáceres), 2015.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso em pesquisas de saúde. **Physys**, v.19, n.3, Rio de Janeiro, 2009.

VALEZI, A. C; et al. Estudo do padrão alimentar tardio em obesos à derivação gástrica com bandagem em Y de Roux: comparação entre homens e mulheres. **Revista Coleção Brasileira de Cirurgia**, v.35, n.6, p.387-391, nov./dez.2008.

VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, S. N.; JUNIOR, R. M.; TURATO, E.R. Significado da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16 n° 7. Rio de Janeiro, Jul. 2011.

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>>. Acesso em: 19 de abr. 2015.

WEE, C. C.; et al. Quality of life among obese patients seeking weight loss Surgery: the importance of Obesity related social stigma and functional status. *J Gen Intern Med*, [Internet], v. 28, n.2, p. 231-238, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2188-0>>. Acesso em Fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact sheet: obesity and overweight. 2015.** Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 05 de Out. de 2015.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety.** The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery save lives. Geneva, 2008. 28p.

\_\_\_\_\_. **Obesity and overweight.** 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>>. Acesso em: 15 de Mai. de 2015.

\_\_\_\_\_. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report and Technical Annexes,** 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 01 Ago 2014.

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Day. Global Graphs and Maps.** Disponível em: <<http://www.worldobesity.org/what-we-do/action-initiative/aiprogrammes/world-obesity-day/statistics/>>. Acesso em: 01 Dez 2015.



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3721-9480 – 3721-9399 Fax (048) 3721-9787  
E-mail: [nfr@ccs.ufsc.br](mailto:nfr@ccs.ufsc.br)  
Homepage: [www.nfr.ufsc.br](http://www.nfr.ufsc.br)**

Você está sendo convidado a participar, como voluntário (a), na pesquisa titulada como **“TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO EM NUTRIÇÃO COMO FERRAMENTAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM CIRURGIA BARIÁTRICA”** que tem como pesquisadora principal a Mda. Rafaella Cristina Dimbarre de Miranda, cuja está sob a supervisão da orientadora Prof.<sup>a</sup> Enf. Dra. Vera Radünz, Professora Associada IV do Departamento de Enfermagem da UFSC e da co-orientadora Prof.<sup>a</sup>Enf. Dra. Luciara Fabiane Sebold, Professora Adjunta I do Departamento de Enfermagem da UFSC. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer como as tecnologias nutricionais contribuem para a sua segurança no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Se aceitar participar da pesquisa, você irá participar dos grupos focais propostos pela pesquisadora principal, que serão a forma de coleta de dados do estudo. O grupo focal trata-se de uma entrevista em grupo e é uma técnica que integra, discute, avalia o tema proposto, sendo flexível e dinâmico.

A coleta de dados será realizada no mesmo local que é realizado o Grupo Interdisciplinar de Acompanhamento a Pacientes com Redução de Estômago (**GIAPRE**), dentro do HU, aproveitando o seu deslocamento e disponibilidade de tempo.

Este estudo poderá contribuir para a comunidade científica e também na assistência em saúde, por meio do incentivo ao acompanhamento nutricional do paciente pós-bariátrico. Além disso,

pode contribuir em melhorias tanto em nível de formulação e sistematização, quanto na aplicabilidade das tecnologias nutricionais e, desta forma, no cuidado nutricional seguro.

As informações fornecidas e resultados obtidos são confidenciais, sendo somente utilizados em publicações em livro, periódicos ou divulgação em eventos de caráter científico. Serão dados codinomes aos participantes para preservar o anonimato e da mesma forma os seus dados serão mantidos, com acesso exclusivo apenas para a pesquisadora principal e suas supervisoras.

A pesquisa não lhe trará nenhum ônus financeiro e, caso exista, e garantimos indenização ou ressarcimento financeiro diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Os encontros podem trazer benefícios no que diz respeito à educação e promoção da saúde já que serão debatidos temas de interesse com foco no cuidado nutricional no pós-operatório e as dúvidas em relação a estes temas serão sanadas. Além disso, os seus resultados podem contribuir para que haja uma melhora na oferta das tecnologias nutricionais de comunicação para os pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Existe um risco de constrangimento no fornecimento de informações, porém, existe a possibilidade do (a) senhor (a) não participar no debate do tema ou desistir de participar da pesquisa, sem precisar se justificar e ter qualquer prejuízo no atendimento, participação em grupo educativo ou acesso aos profissionais envolvidos. Lembramos ainda, que você terá a liberdade de esclarecer dúvidas acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados em qualquer momento desta trajetória. Se se sentir lesado de alguma forma podemos conversar para resolver suas aflições, estaremos lhe dando total apoio basta entrar em contato por telefone ou e-mail com a pesquisadora principal **Ntr. Mda. Rafaella Cristina Dimbarre de Miranda** (RG 4.005.820 SSP/SC e CPF 045021849-00) - Fone: (48) 9918-8485/ 3209-4335 - E-mail: [rafaella.nutricionista@gmail.com](mailto:rafaella.nutricionista@gmail.com) – Endereço: **Lauro Linhares, 689 Trindade – Florianópolis/SC – CEP: 88036-001**, podendo inclusive realizar a ligação a cobrar, caso necessite. Você também pode fazer contato com a pesquisadora responsável **Prof.ªEnf. Dra. Vera Radünz** (CPF: 168.874.769-91) Endereço: Rua Cristóvão Nunes Pires, 170, Centro– Florianópolis /SC–CEP: 88010-120; E-mail: [vera.radunz@ufsc.br](mailto:vera.radunz@ufsc.br) – Fone: (48) 3721-3455 e com a colaboradora **Prof.ªEnf. Dra. Luciana Fabiane Sebold** (CPF 983.993.739-15). Endereço: Rua das Roseiras 685, Bosque das Mansões, Palhoça); E-mail: [fabiane.sebold@ufsc.br](mailto:fabiane.sebold@ufsc.br) – Fone: (48) 3721 3436, ou ambas no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde -



Departamento de Enfermagem, Campus Universitário – Trindade, Florianópolis/SC - CEP: 88.040-900.

É possível também fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo endereço: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222 - Campus Trindade/Florianópolis ou pelo telefone: (048) 37216094.

Este documento é apenas um dos pontos éticos que estão sendo cumpridos, de forma que a pesquisa segue todos os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Além de o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina (BRASIL, 2012).

Após ser esclarecido sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias.

Uma delas é sua e a outra ficará sob responsabilidade da pesquisadora principal e será armazenada por um período de cinco anos após a pesquisa.

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE.**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar como participante da pesquisa **“TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO EM NUTRIÇÃO COMO FERRMANTES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM CIRURGIA BARIÁTRICA”**.

Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo. Declaro ainda, que tenho conhecimento do apoio que deve ser prestado pelas pesquisadoras, caso eu tenha necessidades físicas, mentais ou emocionais. Autorizo também a coleta dos dados necessários para pesquisa em meu prontuário, uso de gravador para o registro da entrevista e o registro fotográfico, caso seja necessário.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora principal:

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável:

\_\_\_\_\_

Assinatura da colaboradora:

\_\_\_\_\_

**ANEXO A – INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011 –  
ALTERA OS CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO E O  
FORMATO DE APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE  
CONCLUSÃO DOS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO  
EM ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Instrução Normativa 10/PEN/2011 Florianópolis, 15 de junho de 2011.**

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

**RESOLVE:**

**Art. 1.** Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

**Art. 2.** As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

**Art. 3.** A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais

- Introdução

- Objetivos

- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)

- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente

com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.

- Considerações Finais/Conclusões

- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais

- Introdução

- Objetivos

- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)

- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões

- Elementos pós-textuais

#### **Art. 4. Orientações gerais:**

§ 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

§ 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;

§ 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;

§ 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

**Art. 5.** Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN  
Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011



## ANEXO B - ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA GASTROPLASTIA



### ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA GASTROPLASTIA – FASE I

**Duração da dieta: até aproximadamente o 7º dia de cirurgia.**

#### ORIENTAÇÕES GERAIS

- Consistência da dieta: **líquida e coada**. Use peneira fina ou gaze para coar os alimentos propostos.
- Volume de preparações líquidas: **um copo de cafezinho (50ml) a cada 30 minutos**.
- Tomar os líquidos propostos lentamente e sempre em posição sentada.
- Não utilize canudos.
- Usar adoçante somente quando necessário. Dar preferência para os a base de Stévia/Sucralose.

#### ALIMENTOS PERMITIDOS

- Água sem gás, filtrada ou fervida.
- Água de coco.
- Chás: camomila, erva cidreira, capim limão, de frutas, hortelã. Não utilizar chás prontos, de garrafa, de caixa, nem de lata.
- Sucos naturais: de qualquer fruta coado (com peneira fina ou gaze) e **diluído a 50%\***.
- Leite ou suco de soja: **diluir a 50%\*** (sem açúcar – observar o rótulo).
- Gelatina Diet ou Zero Açúcar (único alimento que pode ser consumido sólido).
- Caldo da sopa: preparar a sopa com pelo menos três vegetais, com um

tipo de carboidrato ou uma leguminosa e um tipo de carne. Utilizar somente temperos naturais (cebola, alho, salsinha, cebolinha, etc.).

Consumir apenas o caldo **coado** (com peneira fina ou gaze).

Exemplos de vegetais: chuchu, abóbora, cenoura, couve, abobrinha, beterraba.

Exemplos de carboidratos: qualquer tipo de batata, arroz, mandioca, inhame ou macarrão.

Exemplos de carnes: frango, carne bovina, peixe.

Exemplos de leguminosas: qualquer tipo de feijão, lentilha, grão de bico ou ervilha (se na sopa for utilizado algum tipo de leguminosa, esta sopa precisará ser **além de coada com peneira fina ou gaze, diluída a 50%\***).

### **ALIMENTOS PROIBIDOS**

- Café com leite, gatorade, bebidas alcoólicas, refrigerantes (nem Light/Diet), bebidas gaseificadas (inclusive água), sucos em pó e açúcar.

**\*Diluição a 50%:** encher a metade do copinho de café com água e a outra metade com o alimento proposto.



## ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA GASTROPLASTIA – FASE II

**Duração da dieta: até aproximadamente o 30º dia de cirurgia. Será feita outra orientação nutricional na consulta realizada no ambulatório.**

### ORIENTAÇÕES GERAIS

- Consistência da dieta: **líquida e pastosa.**
- **Não é mais necessário coar nem diluir nada.**
- Fazer de **6 a 8 refeições** diárias, com intervalos de **2 a 3 horas.**
- Volume de preparações líquidas: **aproximadamente 100ml.**
- Seguir as **quantidades** de alimentos **recomendados.**
- Comer **lentamente, mastigando bem** os alimentos.
- Usar adoçante se necessário, preferencialmente a base de Stévia/Sucralose.

### ALIMENTOS PERMITIDOS

- Água sem gás, filtrada ou fervida.
- Água de coco.
- Chás: camomila, erva cidreira, capim limão, de frutas, hortelã. Não utilizar chás prontos, de garrafa, de caixa, nem de lata.
- Sucos naturais: de qualquer fruta.
- Leite: **somente desnatado.**
- Café com leite **desnatado.**
- Vitamina de frutas com leite **desnatado.**
- Mingau (de farinha de aveia ou amido de milho) com leite **desnatado.**
- Gelatina Diet.
- Iogurte Light ou desnatado.

- Leguminosas: feijão, lentilha, ou ervilha **liquidificados**.
- Purê da batata, abóbora ou cenoura bem **cremosos**, na consistência de mingau.
- **Frutas em consistência de papa** (Ex.: mamão e banana amassados; pêra e maçã cozidas ou raspadas, etc.).
- Sopa liquidificada: preparar a sopa com pelo menos três vegetais, com um tipo de carboidrato ou uma leguminosa e um tipo de carne. Utilizar somente temperos naturais. Liquidificar todos os alimentos.  
Exemplos de vegetais: chuchu, abóbora, cenoura, couve, abobrinha, beterraba.  
Exemplos de carboidratos: qualquer tipo de batata, arroz, mandioca, inhame ou macarrão.  
Exemplos de leguminosas: qualquer tipo de feijão, lentilha, grão de bico ou ervilha.  
Exemplos de carnes: frango, carne bovina, peixe.

### **ALIMENTOS PROIBIDOS**

- Bebidas alcoólicas, refrigerantes (nem light/diet), bebidas gaseificadas (inclusive água), café preto, sucos em pó, açúcar.

### **ATENÇÃO: não ultrapassar o volume de 100 ml nas refeições**

Água e chás devem ser consumidos **entre as refeições**, em pequenos goles, aproximadamente 2 litros ao dia, observando a tolerância individual.

### **EXEMPLO DE CARDÁPIO**

Desjejum: café com leite desnatado e adoçante ou mingau de maisena com leite desnatado e adoçante.

Lanche: iogurte de frutas light (0% gordura).

Almoço: sopa de legumes com frango, liquidificada.

Lanche: suco de frutas natural sem açúcar (usar adoçante, se necessário).

Jantar: sopa de lentilha com legumes e carne moída, liquidificada.

Ceia: mingau com leite desnatado com adoçante.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

### ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA GASTROPLASTIA – FASE III

**Duração da dieta: até aproximadamente 3 meses de cirurgia.**

#### ORIENTAÇÕES GERAIS

- Consistência da alimentação: transição de pastosa para **branda e normal**.
- Fazer de **6 a 8 refeições** diárias, com intervalos de **2 a 3 horas**.
- Volume de preparações líquidas: aproximadamente 200ml.
- Seguir as **quantidades e grupos** de alimentos **recomendados**.
- Comer **lentamente, mastigando bem** os alimentos.
- Variar os alimentos e os tipos de preparações nas refeições, evitando frituras.
- Preparar as carnes: assadas, ensopadas ou grelhadas, usando cortes magros (coxão mole, patinho, músculo), peixes e frango sem a pele.
- Beber líquidos (água, chás e sucos naturais) entre as refeições, aproximadamente 2 litros ao dia.
- Não consumir bebidas gasosas (refrigerantes), chás prontos (lata, garrafa ou copo).
- Não utilizar açúcar ou alimentos já adoçados (leite condensado, achocolatados, sorvetes, flans).
- Usar adoçante se necessário, preferencialmente a base de Stévia/Sucralose.

#### A CONSISTÊNCIA DAS REFEIÇÕES VAI EVOLUIR GRADUALMENTE:

Utilize **PRATOS DE SOBREMESA OU DE PÃO**. Evite pratos de sopa ou de almoço.

a) **Bebida:** Leite desnatado; café com leite desnatado ou sem lactose; iogurte desnatado (light 0% gordura); vitamina de frutas com leite desnatado; suco

natural de qualquer fruta; chá de infusão de qualquer sabor; água mineral ou água fervida e filtrada; água de coco; não utilize açúcar.

b) **Amido**: (horário de café da manhã e café da tarde): Torrada (cortar uma fatia de pão, de preferência integral, sem sementes, em 4 pedaços e torrar): consumir apenas um quadradinho da fatia ( $\frac{1}{4}$ ) e ir aumentando esse  $\frac{1}{4}$  a cada semana até completar 4 quadradinhos ou uma fatia. Cada  $\frac{1}{4}$  de pão equivale a uma bolacha água e sal ou 1 torrada pronta industrializada. Em cada quadradinho da torrada ou bolacha colocar uma fatia de **queijo branco, ricota ou 1 ponta de faca de requeijão light**.

c) **Amido** (horário de almoço e jantar: batata, polenta, abóbora ou aipim bem cozidos ou na forma de purê mais consistente, arroz bem cozido, macarrão bem cozido: **1 colher de sopa**.

d) **Verduras cozidas** (horário de almoço e jantar): escolher inicialmente as verduras mais macias (abobrinha, abóbora, chuchu ou cenoura bem cozidos, berinjela, etc.): **1 colher de sopa**.

e) **Carnes** (horário do almoço e jantar): carne moída; frango ou peixe assado, cozido ou grelhado ou com molho com o mínimo de gordura: **1 colher de sopa**; NÃO FRITAR. Opção para substituir a carne: ovo cozido ou mexido bem molinho.

e) **Leguminosas** (horário do almoço e jantar): feijão liquidificado ou bem cozido com bagos amassados, lentilha e ervilha bem cozida: **1 colher de sopa**.

f) **Sopas** (opção de jantar caso não repita o almoço) com verduras e legumes bem cozidos inteiros amassados com carne moída, frango ou peixe sem gordura e sem pele, em pedaços pequenos: **1 concha**.

g) **Frutas**: Frutas **sem casca** bem macias (ameixa, abacate, mamão, banana, caqui maduro, melão maduro, pêssego maduro, etc.) ou frutas **sem casca** cozidas ou assada como papa de neném sem açúcar, **sem casca**, sem sementes e sem bagaços. Pode usar o microondas ou suco natural de frutas

**Observação: Utilizar 1 colher de óleo (10ml) por dia para o preparo dos alimentos.**

- **PROIBIDO** o consumo de GRÃOS (milho, grão de bico, pipoca, amendoim e oleaginosas).

**PROGRESSÃO DA DIETA:**

Data: ...../...../.....: Acrescentar mais 1 COLHER DE SOPA de amido; todas as frutas cruas **sem** casca, semente ou bagaço estão liberadas. **Total da refeição: 5 colheres de sopa**

Data: ...../...../.....: Acrescentar mais 1 COLHER DE SOPA de salada crua e carne vermelha sem moer, sem gordura (cozida, assada ou grelhada). Todas as frutas **com** casca ou bagaço estão liberadas. **Total da refeição: 6 colheres de sopa.**

**EXEMPLO DE CARDÁPIO FINAL DE 800kcal (após aproximadamente 3 meses de pós operatório)**

Refeição	Grupo	Porção	Exemplo de Alimento ou preparação	Medidas Caseiras
Café da manhã	Leite	1	Leite desnatado	1 copo pequeno
	Pão	01/fev	Pão de trigo integral	1 fatia ou ½ unid
	Leite	1	Requeijão Light	1 colher de sopa cheia
Lanche	Frutas	1	Maçã com casca	1 unidade pequena
Almoço	Legumes	01/fev	Abóbora refogada	1 colher de sopa
	Verduras	01/fev	Folhas picadinhas com tomate	1 colher de sopa
	Arroz	1	Arroz integral	1 colher de sopa
	Feijão	1	Lentilha cozida	1 colher de sopa
	Carne	½	Bife	1/2 unidade pequena
	Gordura		Azeite de oliva	1 colher de sobremesa
Lanche	Leite	½	Leite desnatado	1/2 copo pequeno
	Frutas	1	Mamão	1 fatia média
Jantar	Legumes	01/fev	Chuchu refogado	1 colher de sopa
	Verduras	½	Cenoura e beterraba ralada	1 colher de sopa
	Arroz	1	Arroz integral	1 colher de sopa
	Carne	1	Carne moída	1 colher de sopa
	Gordura	1	Azeite de oliva	½ porção
Ceia	Frutas	1	Laranja	1 unidade média



**ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA GASTROPLASTIA  
– FASE IV**

**ORIENTAÇÕES GERAIS**

- Consistência da dieta: **normal**
- Fazer de **6 a 8 refeições** diárias, com intervalos de **2 a 3 horas**
- Volume de preparações líquidas: aproximadamente **200 ml**
- Seguir as **quantidades e grupos** de alimentos **recomendados**
- Comer **lentamente, mastigando bem** os alimentos
- Variar os alimentos e os tipos de preparações nas refeições, evitando frituras
- Preparar as carnes: assadas, ensopadas ou grelhadas, usando cortes magros (coxão mole, patinho, músculo), peixes e frango sem a pele. Usar pouco óleo para o preparo
- Beber líquidos (água, água de coco, chás e sucos naturais) entre as refeições
- Não consumir bebidas gasosas (água com gás, refrigerantes), chás prontos (lata, garrafa ou copo)
- Não utilizar açúcar ou alimentos já adoçados (leite condensado, achocolatados, sorvetes, flans)
- Usar adoçante somente quando necessário, preferencialmente a base de Stévia/Sucralose

**EXEMPLO DE CARDÁPIO DE 1200 kcal**

**Observação:** Utilizar 1 colher de óleo (10ml) por dia para o preparo dos alimentos. Nas preparações cruas utilizar preferencialmente azeite de oliva, conforme exemplo de cardápio.

Refeição	Grupo	Porção	Exemplo de Alimento ou preparação	Medidas Caseiras
Café da manhã	Leite	1	Leite desnatado	1 copo pequeno
	Pão	01/fev	Pão de trigo integral	1/2 unidade
	Leite	1	Requeijão light	1 colher de sopa
Lanche	Frutas	1	Maçã	1 unidade pequena
Almoço	Verduras	1	Salada de alface	1 pires
	Legumes	1	Abóbora refogada	4 colheres de sopa
	Arroz	4	Arroz integral	4 colheres de sopa
	Feijão	2	Lentilha cozida	2 colheres de sopa
	Carne	2	Bife	1/2 unidade pequena
Gordura	1	Azeite de oliva	1 colher de sobremesa	
Lanche	Leite	1	Leite desnatado	1 copo pequeno
	Pão	01/fev	Pão de trigo integral	1/2 unidade
	Frutas	1	Banana	1 unidade média
Jantar	Verduras	1	Salada de tomate	1 pires
	Legumes	1	Chuchu cozido	4 colheres de sopa
	Arroz	2	Arroz integral	2 colheres de sopa
	Carne	1	Carne moída	1 colher de sopa
	Frutas	1	Laranja	1 unidade média
	Gordura	1	Azeite de oliva	1 colher de sobremesa
Ceia	Frutas	1	Mamão	1 fatia média