



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

LÍVIA MOREIRA BARROS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE
CUIDADOS NO PERIOPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA**

FORTALEZA

2015

LÍVIA MOREIRA BARROS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE
CUIDADOS NO PERIOPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito para conclusão do Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Área temática: Intervenções de enfermagem no cuidado do adulto em situação crítica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Joselany Áfio Caetano

Coorientador: Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- B279c Barros, Lívia Moreira.
Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica / Lívia Moreira Barros. – 2015.
289 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Orientação: Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano.
Coorientação: Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo.
1. Obesidade. 2. Cirurgia Bariátrica. 3. Tecnologia Educacional. 4. Educação em Saúde. 5. Enfermagem.

LÍVIA MOREIRA BARROS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE
CUIDADOS NO PERIOPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade da Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Joselany Áfio Caetano
Orientadora – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo
Co-orientador – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira
(UNILAB)

Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes
Membro Efetivo – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo
Membro Efetivo – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira
(UNILAB)

Prof.^a Dr.^a Ruth Natália Teresa Turrini
Membro Suplente – Universidade de São Paulo (USP)

A Deus.

A minha mãe e meus irmãos.

A todos os pacientes que buscam o tratamento da obesidade e o seu renascimento físico, emocional e espiritual.

AGRADECIMENTOS

A Deus, obrigada por estar sempre presente na minha vida, conduzindo as minhas escolhas, iluminando meu dia a dia e me ajudando nos momentos difíceis.

Aos Meus avós Pedro Kleber (*In Memoriam*) e Maria Celma, obrigada por todo amor que me foi destinado e por me ensinarem valores que são insubstituíveis.

A minha mãe, obrigada pelo lindo exemplo que você é para mim. Obrigada por se esforçar por nós e por estar sempre presente nos dias alegres e tristes, normais ou perturbados. Obrigada pelo apoio e pelo incentivo que a senhora sempre me deu, acreditando nas minhas vitórias e no meu potencial. Tenho muito orgulho de ser sua filha e de poder retribuir de alguma forma todo amor, atenção, dedicação e apoio incondicional que recebi. Espero um dia me tornar, pelo menos, a metade do que a senhora é. Agradeço a Deus todos os dias por tê-la comigo. Amo você!

Aos meus irmãos Flávia e Eduardo, obrigada por entenderem a minha ausência, mas, mesmo assim, estarem sempre por perto. Obrigada pelo amor e apoio que vocês me dão. Em especial, ao meu bebê Eduardo, obrigada pelos lindos desenhos que recebi durante esses anos.

A minha família, obrigada por estarem sempre ao meu lado torcendo para a minha felicidade e para o meu sucesso. Obrigada a Aparecida por me ajudar no meu início na pesquisa e me ensinar a ser uma boa enfermeira.

A minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Joselany, obrigada pelo seu carinho e pela sua amizade. Obrigada por acreditar em mim e me dar a oportunidade de ser sua aluna e filha adotiva e aprender um pouco mais a cada dia. Obrigada também pela sua paciência nos meus dias mais elétricos, por me incentivar e pelos puxões de orelha nos momentos necessários.

A Prof^ª. Dr^ª. Ruth Turrini, obrigada pela sua gentileza em me receber em São Paulo e pelo conhecimento que foi compartilhado comigo.

A Cristina Sousa, obrigada por ter me ajudado na condução do meu estudo e por solucionar todas as minhas dúvidas. Obrigada por ser tão solícita quando estive em São Paulo.

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde do Adulto em Situação Crítica - GEPASC - obrigada pelo acolhimento e pelo carinho. Em especial, obrigada ao meu coorientador Thiago Moura pelos seus conselhos, incentivos e orientações. Obrigada às minhas amigas Natasha Frota e Jennara Cândido pela amizade, por serem sempre gentis comigo e por me ajudarem sempre que eu preciso. Obrigada a Alzete Lima pelo apoio e pela ajuda no caminhar do meu estudo.

A minha querida amiga Ludmila Alves, minha eterna dupla, obrigada por estar sempre presente, me escutar e me aguentar. Sua presença nos dias felizes e perturbados foi inestimável. Iremos juntas ao infinito e além e teremos ainda mais histórias para contar e rir.

Aos meus amigos, obrigada por estarem comigo durante toda a trajetória, por tornarem meus dias mais felizes e me ajudarem a desopilar. Em especial, obrigada Carol, Hadler, Sofia e Samantha, os quais me acompanharam desde sempre e motivaram a continuar.

A Neila, obrigada pela sua amizade e pelo carinho que recebo sempre quando chego na sua casa em São Paulo.

Aos profissionais e designers que participaram da validação, obrigada por dedicarem parte do tempo de vocês na leitura da cartilha e pelas contribuições para o aprimoramento do material.

A Luciana Rocha, obrigada pela paciência que você teve comigo e pela ajuda que você me deu na conclusão da cartilha.

A Nathalia C Forte e Joanna Rocha, obrigada por darem cor e vida ao meu trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação, obrigada pela oportunidade de estudar em uma pós-graduação de excelente qualidade. Obrigada aos professores pelas contribuições e engradecimento profissional. Em especial, obrigada às meninas da secretaria da Pós-graduação por serem solícitas todas as vezes que fui buscar informações.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão da bolsa que possibilitou a realização desta pesquisa.

Aos pacientes, obrigada por serem minha fonte de inspiração, por participarem desse estudo e por terem compartilhado comigo um pouco da vida de vocês.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que esse estudo se concretizasse. Muito obrigada!

*“É preciso que eu suporte duas ou três
lagartas se eu quiser conhecer as borboletas.”
Antoine de Saint-Exupéry*

RESUMO

Objetivou-se construir e validar uma cartilha educativa voltada para a promoção da saúde de pacientes da cirurgia bariátrica sobre os cuidados no perioperatório. Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico que envolveu quatro fases conforme Echer (2005): submissão ao comitê de ética; revisão integrativa sobre os cuidados no perioperatório; elaboração do material educativo a partir da busca em *blogs* de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica para conhecer as principais dúvidas entre os internautas, realização de grupos focais com pacientes do pré e pós-operatório para identificar as necessidades de conhecimento sobre os cuidados no perioperatório e realização de um *brainstorming* com a opinião de profissionais de saúde sobre o conteúdo que deveria ser abordado no material educativo; validação da cartilha com 47 juízes em cirurgia bariátrica, 11 juízes em designer gráfico e 71 pacientes do pré e pós-operatório. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e estabeleceu-se uma concordância de 85% entre os juízes de conteúdo, 80% entre os juízes técnicos e 70% entre os pacientes da cirurgia bariátrica. Foram selecionados 17 artigos na revisão e a maioria dos estudos foi elaborado por enfermeiros e publicado em periódicos da área da enfermagem, os quais tinham como objetivo contribuir para o aumento do conhecimento do enfermeiro sobre obesidade, cirurgia bariátrica e cuidados no perioperatório. Nos 11 *blogs* incluídos na pesquisa, observou-se que há mais dúvidas sobre o pós-operatório e os assuntos mais comentados são: fases da dieta, perda de peso, efeito platô, queda de cabelo, síndrome de *Dumping* e deficiências nutricionais. Nos grupos focais, os participantes do pré-operatório relataram dúvidas e medos principalmente sobre centro cirúrgico e surgimento de complicações. Quanto ao grupo do pós-operatório, os sujeitos relatavam mais sobre o seu bem-estar e os benefícios do procedimento cirúrgico. Com relação aos profissionais de saúde, verificou-se que os principais assuntos são riscos e benefícios do procedimento cirúrgico, papel da equipe multiprofissional, processo perioperatório, fases da dieta, mudanças no estilo de vida, possíveis complicações e apoio familiar. Na primeira avaliação da cartilha, o IVC global foi de 0,88 entre os juízes de conteúdo e 0,73 entre os juízes técnicos. Após as reformulações solicitadas, o IVC global aumentou para 0,97 e 0,91, respectivamente. Entre a população-alvo, a cartilha apresentou IVC global de 0,99 no grupo pré-operatório e 0,95 no pós-operatório. A cartilha “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável” aborda informações sobre o procedimento cirúrgico, acompanhamento com a equipe multiprofissional, cuidados no perioperatório, complicações e dúvidas frequentes. Conclui-se que a cartilha educativa representa um material válido e confiável com uma linguagem simples e *layout* atraente, a qual pode ser uma ferramenta a ser utilizada na educação em saúde por qualquer profissional envolvido na equipe da cirurgia bariátrica, podendo servir como apoio para os pacientes e seus familiares para a resolução de dúvidas e aumento do conhecimento sobre o tratamento, favorecendo o princípio da autonomia e o empoderamento desses indivíduos.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Tecnologia Educacional. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to construct of educational booklet for health promotion patients of bariatric surgery on perioperative care. This is a methodological development study that involved four phases as Echer (2005): the first was the submission to the ethics committee; later, there was an integrative review about of the perioperative care. The third phase was the construction of educational material from the search on blogs of patients in the postoperative period of bariatric surgery to know the exchange of information in the Internet and the main questions, conducting focus groups with pre and postoperative patients to identify knowledge needs for care in the perioperative and conducting brainstorming with the opinion of health professionals about the content that should be included in the educational material. The last phase was the validation of the booklet with 47 judges in bariatric surgery, 11 judges in graphic design and 71 patients in the pre and postoperative. We used the Content Validity Index (CVI) and established a concordance of 85% between judges in bariatric surgery, 80% between technical judges and 70% between patients of bariatric surgery. A total of 17 articles were included in the review and the most of the studies were prepared by nurses and published in the nursing journals, which aimed to contribute to the increase in nurses' knowledge about obesity, bariatric surgery and perioperative care. In the 11 blogs included in the study, it was observed that there are more questions about the postoperative period and themes are phases of the diet, weight loss, the plateau effect, hair loss, the dumping syndrome and the occurrence of nutritional deficiencies. In the focus groups, the participants of preoperative reported doubts and fears about surgery and complications. However, in the postoperative group, individuals reported more about your current health and the benefits obtained from the surgical procedure. In the results with the health professionals, it was found that the main themes are the risks and benefits of surgery, the role of the multidisciplinary team, the perioperative process, diet phases, changes in lifestyle, possible complications and the support family. In the first evaluation of the booklet, the overall CVI was 0.88 between the judges of content and 0.73 between the technical judges. After the requested reformulations, the overall IVC increased to 0.97 and 0.91, respectively. Among the target population, the booklet presented an overall CVI 0.99 in the preoperative group and 0.95 in the postoperative. The educational booklet "Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável" covers information about the surgical procedure, follow up with the multidisciplinary team, perioperative care, possible complications and frequently asked questions. We conclude that the educational booklet is a valid and reliable material with simple language and attractive layout, can be a tool to be used in health education for anyone involved in the bariatric surgery team, can serve as support for the patients and their families to resolve doubts and increase knowledge about each stage of treatment, favoring the principle of autonomy and the empowerment of these individuals.

Keywords: Obesity. Bariatric Surgery. Educational Technology. Health Education. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BGA – Banda Gástrica Ajustável

BGYR – Bypass Gástrico em Y de Roux

BIG – Balão Intragástrico

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CE – Ceará

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health

COCHRANE – Central Register of Controlled Trials

DECS - Descritor em Ciências da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EUA – Estados Unidos da América

GV – Gastrectomia Vertical

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

LILACS – Literatuta Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MESH - Medical Subject Headings

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB – Paraíba

PUBMED – National Library of Medicine

QV – Qualidade de Vida

RI – Revisão Integrativa

SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SPSS -Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TVP – Trombose Venosa Profunda

UFC – Universidade Federal do Ceará

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Diagrama das Etapas Metodológicas para a Construção da Cartilha. Fortaleza, 2015.	44
Figura 2	Diagrama do processo de seleção de estudos nas bases de dados. Fortaleza, 2015.	47
Figura 3	Descrição das Etapas da Técnica Delphi com os juízes em cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	59
Figura 4	Ilustração representativa dos personagens João e Maria da cartilha “Cirurgia bariátrica – cuidados para uma vida saudável”. Fortaleza, 2015.	117
Figura 5	Ilustração representativa do “Estomagrinho”, personagem da cartilha “Cirurgia bariátrica – cuidados para uma vida saudável”. Fortaleza, 2015.	117
Figura 6	Ilustração presente na dedicatória da cartilha “Cirurgia bariátrica – cuidados para uma vida saudável”. Fortaleza, 2015.	120
Figura 7	Ilustração representativa da capa da cartilha “Cirurgia bariátrica – cuidados para uma vida saudável”. Fortaleza, 2015.	120
Figura 8	Diagramação representativa da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	121
Gráfico 1	Distribuição dos IVCs de cada tópico de avaliação da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os juízes de conteúdo. Fortaleza, 2015.	129
Gráfico 2	Relevância do conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os juízes de conteúdo. Fortaleza, 2015.	131
Gráfico 3	Clareza do conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os juízes de conteúdo. Fortaleza, 2015.	132
Gráfico 4	Distribuição dos IVCs de cada tópico de avaliação da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os juízes técnicos. Fortaleza, 2015.	153
Gráfico 5	Distribuição dos IVCs de cada tópico de avaliação da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Fortaleza, 2015.	166
Gráfico 6	Relevância do conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Fortaleza, 2015.	167
Gráfico 7	Clareza do conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Fortaleza, 2015.	168

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Seleção dos artigos para leitura na íntegra nas bases de dados Lilacs, Scielo, Pubmed, Web of science, Cochrane, Scopus, Cinahl e Science direct. Fortaleza, 2015.	48
Quadro 2	Níveis de evidência aplicados na descrição dos estudos selecionados para a revisão integrativa sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	49
Quadro 3	Critérios de seleção dos juízes em cirurgia bariátrica da validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.	58
Quadro 4	Critérios de seleção para juízes técnicos da validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.	64
Quadro 5	Distribuição dos artigos conforme título, autoria, categoria profissional, ano, país, idioma, nome do periódico, tipo de estudo e nível de evidência. Fortaleza, 2015.	71
Quadro 6	Distribuição dos artigos de acordo com os objetivos e implicações para a prática. Fortaleza, 2015.	73
Quadro 7	O papel da equipe multiprofissional na avaliação pré-operatória e indicação da cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	75
Quadro 8	Orientações sobre os cuidados antes da cirurgia bariátrica e o preparo pré-operatório. Fortaleza, 2015.	76
Quadro 9	Cuidados ao paciente durante a internação hospitalar para realizar a cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	78
Quadro 10	Cuidados ao paciente submetido à cirurgia bariátrica durante o pós-operatório imediato. Fortaleza, 2015.	79
Quadro 11	Cuidados ao paciente submetido à cirurgia bariátrica durante o pós-operatório domiciliar e tardio. Fortaleza, 2015.	80
Quadro 12	Temas centrais da categoria “O ambiente virtual e a troca de informações” da busca em <i>blogs</i> sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	83
Quadro 13	Temas centrais da categoria “O percurso para a realização da cirurgia bariátrica” da busca em <i>blogs</i> sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	85
Quadro 14	Temas centrais da categoria “Internação hospitalar: quais as preocupações?” da busca em <i>blogs</i> sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	86
Quadro 15	Temas centrais da categoria “O pós-operatório imediato da cirurgia bariátrica” da busca em <i>blogs</i> sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	87
Quadro 16	Temas centrais da categoria “A evolução da dieta e as dificuldades vivenciadas” da busca em <i>blogs</i> sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	89
Quadro 17	Temas centrais da categoria “A luta contra a balança: a perda e o reganho de peso” da busca em <i>blogs</i> sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	90
Quadro 18	Temas centrais da categoria “O combate à flacidez e a prática de exercícios físicos” da busca em <i>blogs</i> sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	92
Quadro 19	Temas centrais da categoria “Alterações fisiológicas após a cirurgia bariátrica” da busca em <i>blogs</i> sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	92
Quadro 20	Temas centrais da categoria “Cirurgia bariátrica e o risco de complicações”	93

	da busca em <i>blogs</i> sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	
Quadro 21	Temas centrais da categoria “Saúde da mulher: contracepção, gravidez e parto após a cirurgia bariátrica” da busca em <i>blogs</i> sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	94
Quadro 22	Avaliações dos observadores durante os grupos focais para a construção da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	109
Quadro 23	Ilustrações representativas das aberturas dos tópicos da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	118
Quadro 24	Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) de cada tópico, segundo a análise dos juízes de conteúdo. Fortaleza, 2015.	129
Quadro 25	Alterações realizadas no tópico “Apresentação” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.	135
Quadro 26	Alterações realizadas no tópico “Informações sobre a cirurgia bariátrica” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.	136
Quadro 27	Alterações realizadas no tópico “Acompanhamento com a equipe multiprofissional e preparo pré-operatório” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.	138
Quadro 28	Alterações realizadas no tópico “Internação no hospital” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.	139
Quadro 29	Alterações realizadas no tópico “Pós-operatório hospitalar” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.	140
Quadro 30	Alterações realizadas no tópico “Pós-operatório domiciliar” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.	141
Quadro 31	Mudanças realizadas na cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.	144
Quadro 32	Considerações dos juízes técnicos quanto à apresentação textual e diagramação da 1ª versão da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.	154
Quadro 33	Considerações dos juízes técnicos quanto ao contraste com cores, aos recursos visuais e às ilustrações da 1ª versão da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.	156
Quadro 34	Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) de cada tópico, segundo a análise dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Fortaleza, 2015.	166
Quadro 35	Comentários dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará sobre a cartilha educativa. Fortaleza, 2015.	168

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos juízes da validação de conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	110
Tabela 2	Caracterização dos juízes da validação de conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.	111
Tabela 3	Caracterização dos critérios de seleção dos juízes de conteúdo da validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.	112
Tabela 4	Distribuição das respostas da 1ª Fase da Técnica Delphi separadas pela fase do perioperatório. Fortaleza, 2015.	113
Tabela 5	Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto aos objetivos. Fortaleza, 2015.	123
Tabela 6	Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto ao conteúdo. Fortaleza, 2015.	124
Tabela 7	Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto à linguagem. Fortaleza, 2015.	125
Tabela 8	Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto à relevância. Fortaleza, 2015.	125
Tabela 9	Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto às ilustrações. Fortaleza, 2015.	126
Tabela 10	Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto ao layout. Fortaleza, 2015.	127
Tabela 11	Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto à motivação. Fortaleza, 2015.	128
Tabela 12	Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto à cultura. Fortaleza, 2015.	128
Tabela 13	Caracterização dos juízes técnicos participantes da validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.	149
Tabela 14	Distribuição da concordância entre juízes da avaliação técnica da cartilha educativa quanto à estrutura e apresentação. Fortaleza, 2015.	149
Tabela 15	Distribuição da concordância entre juízes da avaliação técnica da cartilha educativa quanto às ilustrações. Fortaleza, 2015.	150
Tabela 16	Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica da cartilha educativa quanto ao layout. Fortaleza, 2015.	151
Tabela 17	Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica da cartilha educativa quanto à funcionalidade. Fortaleza, 2015.	152
Tabela 18	Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica da cartilha educativa quanto à eficiência. Fortaleza, 2015.	152
Tabela 19	Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica da cartilha educativa quanto à usabilidade. Fortaleza, 2015.	153
Tabela 20	Características sócio-demográficas dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Fortaleza, 2015.	159
Tabela 21	Distribuição da concordância entre os pacientes da avaliação de aparência da cartilha educativa quanto aos objetivos. Fortaleza, 2015.	161

Tabela 22	Distribuição da concordância entre os pacientes da avaliação de aparência da cartilha educativa quanto à organização. Fortaleza, 2015.	162
Tabela 23	Distribuição da concordância entre os pacientes da avaliação de aparência da cartilha educativa quanto à linguagem. Fortaleza, 2015.	162
Tabela 24	Distribuição da concordância entre os pacientes da avaliação de aparência da cartilha educativa quanto à aparência. Fortaleza, 2015.	163
Tabela 25	Distribuição da concordância entre os pacientes da avaliação de aparência da cartilha educativa quanto à motivação. Fortaleza, 2015.	164

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	28
2.1	Objetivo Geral	29
2.2	Objetivos Específicos	29
3	REVISÃO DE LITERATURA	30
3.1	A Educação em Saúde como uma Ferramenta para Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar	31
3.2	Educação em Saúde, Tecnologias Educativas e Aprendizagem	35
3.3	Cirurgia Bariátrica como Tratamento da Obesidade	39
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	43
4.1	Tipo de Estudo	44
4.2	Local do Estudo	45
4.3	FASE 1: Submissão ao Comitê de Ética	45
4.4	FASE 2: Levantamento Bibliográfico	46
4.5	FASE 3: Elaboração da Cartilha Educativa sobre Cirurgia Bariátrica	50
4.5.1	<i>Análise dos Blogs de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica</i>	50
4.5.2	<i>Necessidades de Conhecimento dos Pacientes: Realização de Grupos Focais</i>	52
4.5.3	<i>Opinião de Juízes sobre o Conteúdo da Cartilha: Técnica Delphi</i>	56
4.5.4	<i>Estrutura da Cartilha Educativa</i>	60
4.6	FASE 4: Validação do Material Educativo	61
4.6.1	<i>Validação de Conteúdo com Juízes: Continuação da Técnica Delphi</i>	62
4.6.2	<i>Validação Técnica com Designers Gráficos</i>	64
4.6.3	<i>Validação de Aparência com a População-alvo</i>	65
4.6.4	<i>Teste dos Instrumentos de Validação</i>	67
4.6.5	<i>Análise dos Dados da Validação da Cartilha Educativa</i>	68
5	RESULTADOS	70
6	DISCUSSÃO	170
7	CONCLUSÃO	215
	REFERÊNCIAS	221
	APÊNDICES	249
	ANEXOS	289

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é uma das principais causas de mortalidade no mundo relacionada com a morte de 2,8 milhões de pessoas por ano (OMS, 2012). Essa doença possui causa multifatorial, atinge todas as camadas sociais e ocasiona inúmeras complicações na vida do indivíduo. Além disso, está associada ao desenvolvimento de diversas comorbidades, o que a torna um problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido aos altos custos com tratamentos clínicos e hospitalares, pois se presume que esses indivíduos requerem apoio e aconselhamento frequente com uma equipe multiprofissional, fazendo mais uso dos serviços de atenção básica e serviços de emergência (KARIM et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2009; MAIA; GOSSON, 2010).

A alta prevalência da obesidade no mundo é um reflexo das mudanças no estilo de vida da sociedade, do crescimento econômico e da modernização das relações possibilitada pelo processo de globalização e urbanização. A obesidade pode ocorrer em qualquer idade e a dieta inadequada e a inatividade física são fatores de risco importantes (LOPES; PRADO; COLOMBO, 2010; MACHADO et al., 2014). As mudanças negativas no cardápio alimentar levam à uma má qualidade da dieta como excesso de açúcares livres e gorduras, proporção elevada de gorduras saturadas com maior participação de produtos de origem animal, presença insuficiente de frutas, verduras e legumes e intensificação do teor de gorduras e diminuição de carboidratos (MACHADO et al., 2014).

Associadas à essas escolhas, destaca-se ainda o crescente consumo de refeições em *fast-food*. Refeições fora do domicílio são, geralmente, constituídas de alimentos industrializados, de alto valor calórico, ricos em gordura saturada e sódio. Esse padrão alimentar é, muitas vezes, repetido dentro do domicílio, contribuindo para o desenvolvimento do quadro de obesidade para toda a família (RIBAS; SILVA, 2014).

A tendência ao sedentarismo é comum devido aos avanços tecnológicos cada vez mais velozes. A modernização faz com que o indivíduo se acomode em certas situações como, por exemplo, mudar o canal do televisor não é mais nenhum sacrifício, pois o controle remoto permite essa ação em apenas um toque sem que seja necessário o deslocamento para fazê-lo. Outro exemplo é a praticidade da internet que permite que as pessoas resolvam diversos assuntos sem precisarem sair das suas residências (LOPES; PRADO; COLOMBO, 2010). Vale destacar ainda determinantes sociais como as condições de moradia e de trabalho, a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde e educação como predisponentes para o desenvolvimento da obesidade (SILVA et al., 2014).

Em todo o mundo, a prevalência de sobrepeso e obesidade aumentou, no período de 1980 a 2013, 27,5% entre os adultos e 47,1% nas crianças. O número de indivíduos com

sobrepeso e obesidade passou de 857 milhões em 1980 para 2,1 bilhões em 2013. Nesse mesmo período de tempo, a proporção mundial de homens sobrepesados aumentou de 28,8% para 36,9% e a de mulheres evoluiu de 29,8% para 38% (NG et al., 2014).

Entretanto, esse avanço entre os sexos difere de acordo com o desenvolvimento do país. Nos países desenvolvidos, existem mais homens com sobrepeso e obesos enquanto que, nos países em desenvolvimento, sobrepeso e obesidade predominam entre mulheres. Durante os últimos 33 anos, os maiores aumentos nas taxas de obesidade entre as mulheres ocorreram no Egito, Arábia Saudita, Omã, Honduras e Bahrain. Entre os homens, as maiores taxas de obesidade foram na Nova Zelândia, Bahrain, Kuwait, Arábia Saudita e Estados Unidos da América (EUA) (NG et al., 2014).

Em geral, 62% dos indivíduos obesos vivem em países em desenvolvimento. Mais de 50% dos 671 milhões de obesos no mundo vivem em dez países (citados em ordem decrescente): EUA, China, Índia, Rússia, Brasil, México, Egito, Alemanha, Paquistão e Indonésia. Os EUA concentram 13% da população mundial obesa e a China somada a Índia representam 15% do total. O Brasil encontra-se em quinto lugar mundial com o maior número absoluto de obesos presente na população, sendo o único país da América Latina a constar na lista (NG et al., 2014).

No Brasil, entre os anos de 2008 e 2009, o excesso de peso em homens adultos aumentou de 18,5% para 50,1%, superior ao número de mulheres obesas cujo aumento foi de 28,7% para 48% (IBGE, 2010). Em 2011, 15,8% dos brasileiros estavam obesos e 48,5% apresentavam sobrepeso. As capitais com maiores índices de excesso de peso e obesidade foram: Cuiabá, Curitiba, Fortaleza, Macapá, Maceió, Manaus, Natal e Porto Alegre. A capital cearense representava o segundo lugar com a população mais obesa, pois 18% dos indivíduos estavam com obesidade e 54% com sobrepeso (BRASIL, 2012a). Em 2013, estimou-se em 52,3% e 11,7% o percentual de sobrepeso e obesidade masculina, respectivamente. Entre as mulheres, essa situação foi mais grave, pois os casos de sobrepeso e obesidade foram de 58,4% e 20,6%, respectivamente (NG et al., 2014).

Em relação à prevalência de obesidade de acordo com as capitais dos estados brasileiros, em 2013, as cidades com as maiores taxas foram Cuiabá, Rio de Janeiro, Manaus, Maceió, Macapá, Fortaleza e Rio Branco. Neste caso, Fortaleza está empatada em 6º lugar com a cidade de Rio Branco. As maiores proporções de excesso de peso foram identificadas, no caso de homens, em Porto Alegre (62,1%), Macapá (60,8%) e João Pessoa (59,3%) e, para as mulheres, em Manaus (52,0%), Cuiabá (51,0%) e Campo Grande (50,9%). Quanto à obesidade, Macapá (22,8%), Cuiabá (21,9%) e Rio de Janeiro (21,1%) possuem mais homens

obesos enquanto que, no caso de mulheres, há uma maior prevalência em Cuiabá (22,8%), Campo Grande (20,5%) e Rio de Janeiro (20,3%). Fortaleza apresenta uma população de 51,3% com excesso de peso e 18,1% com obesidade em que os homens apresentam maiores proporções de excesso de peso e obesidade – 54,2% e 19,4% respectivamente – quando comparados às mulheres, as quais 48,8% são classificadas com sobrepeso e 17% com obesidade (BRASIL, 2014).

Existem vários tipos de tratamento para a obesidade, dentre os quais os mais recomendados são: orientação dietética, realização de atividade física e uso de fármacos antiobesidade. Em pacientes obesos com comorbidades associadas, a manutenção da perda de peso através dos tratamentos convencionais é uma tarefa difícil de se realizar e indivíduos com obesidade grave não podem simplesmente confiar nos resultados dos métodos convencionais para o tratamento da obesidade como um meio de manter a perda de peso a longo prazo (KOSHY; BOBE; BRADY, 2013). Assim, quando esses métodos não são eficazes, surge a necessidade de uma intervenção cirúrgica para solucionar o problema do excesso de peso denominada de cirurgia bariátrica (SANTOS et al., 2010; MAIA; GOSSON, 2010).

O tratamento cirúrgico não é um procedimento cosmético e não envolve a remoção cirúrgica de tecido adiposo. A cirurgia bariátrica é um procedimento invasivo que envolve a redução do tamanho do reservatório gástrico associado ou não ao procedimento de indução de má absorção. Como resultado do tratamento cirúrgico, o hábito alimentar do paciente melhora, reduzindo a ingestão maciça, assegurando que o paciente vai comer em pequena quantidade e mastigando bem cada porção de alimento (ZILBERSTEIN; GALVÃO-NETO; RAMOS, 2002; SOARES; FALCÃO, 2007; MACHADO et al., 2008; GORDON; KAIO; SALLET, 2011).

O número de cirurgias bariátricas está aumentando consideravelmente em todo o mundo, fato este relacionado principalmente à eficácia e à segurança do procedimento para a perda de peso, redução significativa do risco potencial de morbidade, melhora da Qualidade de Vida (QV) e reversão das doenças associadas à obesidade, o que qualifica o método cirúrgico como o mais eficaz no tratamento da obesidade (BUCHWALD, 2005; PASTORIZA; GUIMARAES, 2008; PREVEDELLO et al., 2009; FELIX, 2009; MARTIN et al., 2010; ZILBERSTEIN et al., 2010; ALMEIDA et al., 2011; VALEZI et al., 2011). Outros fatores preditores para o aumento de cirurgias realizadas são o desenvolvimento de técnicas laparoscópicas, a maior qualificação da equipe multiprofissional e o maior conhecimento e a conscientização do paciente sobre o procedimento cirúrgico (WARD; PRACHAND, 2009).

A obesidade é diagnosticada com valores de Índice de Massa Corporal (IMC) superiores a 30 kg/m^2 e o tratamento cirúrgico é indicado quando o indivíduo apresenta obesidade grau II (IMC entre 35 a $39,9 \text{ kg/m}^2$) associada a alguma comorbidade ou obesidade grau III (IMC acima de 40 kg/m^2), a última é considerada mórbida devido ao alto risco de levar o indivíduo à morte. Diante dessa realidade, a cirurgia bariátrica se apresenta como uma solução para indivíduos obesos, principalmente em situação de comorbidade e que já tentaram emagrecer com outros tratamentos e com mudanças comportamentais (SANTOS et al., 2010; MAIA; GOSSON, 2010; AKAMINE; ILIAS, 2013; LEEMAN et al., 2013).

Construir uma vida mais saudável – resultado esperado pelos sujeitos que se submetem à cirurgia – é um processo muito complexo, pois envolve a interligação dos aspectos físicos, psíquicos e sociais e varia de indivíduo para indivíduo (PATRICIO; MARCELINO, 2011). O componente físico está predominantemente relacionado às mudanças no IMC e às condições clínicas presentes (JULIA et al., 2013). Logo, o pós-operatório da cirurgia bariátrica é caracterizado pela melhora e/ou remissão das comorbidades associadas à obesidade. A perda de peso obtida após o procedimento está associada à uma redução significativa dos fatores de risco cardiovasculares e problemas osteoarticulares e à melhora das taxas de colesterol, do padrão de sono, dos níveis glicêmicos e pressóricos (KUBIK et al., 2013; AFTAB et al., 2014; COSTA et al., 2014).

Além do progresso na saúde orgânica, a cirurgia também contribui para a melhora da saúde psicológica e do bem-estar, pois favorece ao paciente uma percepção positiva da sua saúde, a qual pode ser refletida na autoestima, na autoimagem e na melhora dos relacionamentos familiares, amorosos e sociais (KOSHY; BOBE; BRADY, 2013). A melhoria da qualidade de vida após a cirurgia bariátrica pode ser percebida logo nos primeiros 3 meses de pós-operatório, podendo alcançar valores comparáveis aos da população em geral (JULIA et al., 2013). Como resultado da perda de peso, o indivíduo torna-se fisicamente capaz de trabalhar, de participar de outras atividades sociais e de envolver-se em relações amorosas (KUBIK et al., 2013; AFTAB et al., 2014; COSTA et al., 2014).

Na Noruega, uma pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de comparar as mudanças na qualidade de vida em dois grupos de pacientes diferentes: submetidos à cirurgia bariátrica e submetidos à intensa intervenção no estilo de vida. Pôde concluir, em ambos os grupos, melhora na qualidade de vida, mas houve maior predomínio naqueles pós-cirurgia bariátrica. Fato possivelmente relacionado com a perda de peso substancial proporcionada pelo procedimento cirúrgico (KARLSEN et al., 2013).

No Brasil, um estudo realizado em Fortaleza-CE com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos pacientes do programa de obesidade por intermédio da aplicação de um questionário específico para cirurgia bariátrica, verificou que a maioria dos indivíduos do pré-operatório classificou sua QV como mínima - 57,8%, enquanto que, no grupo do pós-operatório, observou-se uma mudança significativa no resultado dessa classificação em que 75% dos participantes consideraram que sua QV estava muito boa após a cirurgia (BARROS et al., 2013).

Entretanto, para a obtenção e manutenção de bons resultados com a cirurgia bariátrica, é indispensável ao paciente consciência sobre a necessidade da mudança de comportamento durante todo o período do pós-operatório, tendo em vista que questões como dieta balanceada, exercícios físicos regulares e uso de suplemento vitamínico diários são essenciais para a manutenção da perda de peso e melhora das comorbidades e da qualidade de vida (BARROS et al., 2013), tendo em vista que a não-adesão aos cuidados no pós-operatório favorece o reganho de peso, o que pode estar relacionado com fatores como hábitos alimentares inadequados, dilatação da bolsa gástrica, redução da atividade física e adaptações hormonais (BASTOS et al., 2013).

Um estudo com o objetivo de avaliar a perda ponderal após 10 anos da cirurgia bariátrica identificou que o reganho de peso ocorre, geralmente, com dois anos de pós-operatório. Em cinco anos, 18% dos pacientes não mantiveram o IMC abaixo de 35 Kg/m² enquanto que, após 10 anos, 35% apresentavam falha quanto no tratamento com conseqüente reganho de peso (CHRISTOU; LOOK; MACLEAN, 2006). Outro estudo observou que 26% dos pacientes apresentaram aumento de peso no período de dois a cinco anos (BELELI et al., 2011). Já o estudo de Bastos et al. (2013) evidenciou um reganho ponderal significativo em 28,1% dos indivíduos acompanhados. Isso enfatiza a importância do conhecimento prévio sobre a cirurgia bariátrica a fim de esclarecer o usuário quanto aos riscos e períodos críticos de possível reganho de peso, além da possibilidade de retorno de comorbidades decorrentes da obesidade e o surgimento de complicações (BASTOS et al., 2013).

Assim, o período do pré-operatório pode representar o ponto de partida para a sensibilização do indivíduo para as mudanças comportamentais relacionadas ao estilo de vida e avaliações dessas intervenções na saúde dos pacientes no pós-operatório devem ser feitas periodicamente (BAILLOT et al., 2013). Dessa forma, é necessário o acompanhamento dos pacientes no pós-operatório imediato e tardio para melhor avaliar os resultados do procedimento e também a ocorrência de possíveis complicações da cirurgia bariátrica (hemorragias, fístulas, trombose venosa profunda, colelitíase, estenose de esôfago,

rompimento do grampeamento da bolsa gástrica, úlceras marginais, obstrução intestinal, deficiências nutricionais, anemia, alopecia e síndrome de *Dumping*¹, entre outras), pois sabe-se que essas complicações podem ocorrer em até 40% dos casos e a taxa de mortalidade da cirurgia pode chegar até a 1% (ILIAS, 2011; BRANCO-FILHO et al., 2011).

É necessário que o indivíduo esteja ciente dos processos pelos quais será submetido e do seu papel como agente ativo no tratamento, sendo a adesão fundamental para o alcance de bons resultados, pois, apesar dos benefícios resultantes da cirurgia bariátrica, existem riscos, complicações e mudanças fisiológicas associadas ao procedimento (MORALES et al., 2014). Nesse contexto, é de fundamental importância a atuação da equipe multiprofissional no acompanhamento do paciente bariátrico no perioperatório, com destaque para a enfermagem, que é a categoria profissional que tem mais contato com o paciente e seu familiar, podendo realizar a educação em saúde em diversos momentos e conduzir a avaliação diagnóstica e o tratamento adequado, individual e/ou familiar com orientações específicas sobre a cirurgia, visando discutir e adequar as expectativas do paciente às limitações do tratamento cirúrgico (BARTH; JENSON, 2006; NEGRÃO; BIANCHI, 2008; MULLIGAN et al., 2009; MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014).

O preparo para a cirurgia coloca em ênfase a educação do paciente quando o enfermeiro deve ajudá-lo a entender as mudanças comportamentais necessárias após a cirurgia, bem como esclarecer as dúvidas sobre o procedimento cirúrgico (STEVENS et al., 2012). O medo da anestesia, o desconhecimento do preparo pré-operatório, o procedimento cirúrgico e as dúvidas sobre a recuperação provocam ansiedade, a qual é evitável com acolhimento e comunicação clara e sincera com o paciente e sua família (MORALES et al., 2014).

O cuidado deve ser feito de forma individualizada e as intervenções de enfermagem devem priorizar as necessidades do indivíduo. Para tanto, o enfermeiro deve ter um pensamento crítico para intervir de forma eficaz no reconhecimento e planejamento dos cuidados necessários ao paciente (BARTH; JENSON, 2006). A equipe de enfermagem deve executar esses cuidados com conhecimentos especializados e com a finalidade de diminuir o

¹Essa síndrome é caracterizada por um mal-estar súbito que ocorre quando o indivíduo ingere alimentos hipercalóricos ou gordurosos após a cirurgia de *bypass* gástrico. O “dumping” resulta da passagem rápida de alimentos da bolsa gástrica para o intestino, principalmente alimentos muito concentrados, gordurosos, e doces, como chocolates e cremes. Devido sua alta osmolaridade estes alimentos causam diarreia, taquicardia, suor excessivo, enjôo, vômito entre 15 a 30 minutos após a ingestão do doce. Pode ocorrer queda da glicemia após 1 a 2 horas por excesso de liberação de insulina pelo pâncreas, o que pode ser chamado de “dumping” tardio (MANCINI; SEGAL, 2007; SILVA, 2008; GAGNON; KARWACKI, 2012).

risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar complicações no pós-operatório, as quais podem estar associadas ao preparo inadequado do paciente no período pré-operatório (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Durante o período de internação hospitalar, a realização da anamnese e do exame físico facilita a formulação do plano de cuidados e determina os diagnósticos e as intervenções de enfermagem para cada paciente (MULLIGAN et al., 2009). A otimização dos medicamentos para as comorbidades, o planejamento intraoperatório e a cuidadosa orientação pós-operatória são também importantes para o sucesso da cirurgia (MULLIGAN et al., 2005).

Além de exercer atividades clínicas no período perioperatório, o enfermeiro também desenvolve e implementa programas de educação relacionada ao cuidado do paciente (BARTH; JENSON, 2006; NEGRÃO; BIANCHI, 2008; MULLIGAN et al., 2009). A educação e o preparo pré-operatório são importantes para a recuperação pós-cirúrgica e cabe ao enfermeiro orientar sobre todos os procedimentos que serão realizados durante o preparo da cirurgia, principalmente, aqueles que necessitam da colaboração do próprio indivíduo, bem como prestar o apoio emocional necessário nessa situação (TANAKA; PENICHE, 2009; FELIX; SOARES; NOBREGA, 2012). O preparo do paciente cirúrgico para o autocuidado, quando realizado desde o pré-operatório, é fundamental e tem como finalidade melhorar a qualidade de vida do mesmo, facilitando seu ajuste físico, emocional, social e familiar, esclarecer dúvidas e temores, desenvolver habilidades e favorecer a sua reabilitação após a cirurgia (FELIX; NÓBREGA; SOARES, 2009).

Os profissionais de Enfermagem estão aprimorando a qualidade do cuidado oferecido aos usuários e, para facilitar a orientação de pacientes e familiares no processo de tratamento, recuperação e autocuidado, uma iniciativa favorável é a utilização de materiais educativos. De acordo com o Ministério da Saúde, todo material educativo pode ser definido como ferramenta pedagógica que possibilita a mediação no processo comunicacional e educativo entre os diferentes sujeitos da aprendizagem (BRASIL, 2007a).

Dispor desses materiais facilita e uniformiza as orientações a serem absorvidas, com vistas ao cuidado ao paciente e à promoção da saúde do mesmo. Além disso, é também uma forma de ajudar os indivíduos a entenderem melhor o processo saúde/doença e vivenciarem o período da recuperação de uma forma mais tranquila (ECHER, 2005; OLIVEIRA et al., 2012). Promoção da saúde configura-se como uma estratégia de mudança nos modelos tecnoassistenciais, a qual sinaliza a construção de outras possibilidades e a configuração de novos saberes e fazeres que ampliem as alternativas de qualidade de saúde e vida da

população, de intervenção junto aos sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social (SILVA et al., 2009).

Destaca-se a educação em saúde, como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do Sistema Único de Saúde. A partir deste enfoque, o profissional de saúde deve eleger estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (MACHADO et al., 2007).

O enfermeiro, como educador em saúde, deve se apropriar dos materiais educativos visando proporcionar uma educação em saúde baseada nos princípios da promoção da saúde (MARIANO, 2010). Entende-se como educação em saúde um processo orientado e planejado para utilização de estratégias que estimulem a autonomia dos sujeitos, pressupondo ações compartilhadas que possibilitem a tomada de decisões livres e a seleção de alternativas num contexto adequado de informações, habilidades cognitivas e suporte social (SALLES; CASTRO, 2010).

O uso crescente de materiais educativos como um dos recursos na educação em saúde abre novas possibilidades no processo de ensino-aprendizagem por meios de interações mediadas pelo enfermeiro, paciente e material educativo, trazendo desafios e exigindo definições claras dos objetivos educacionais a serem atingidos pelo público-alvo (FREITAS; CABRAL, 2008). Esses materiais tornam a educação em saúde mais dinâmica e o desenvolvimento desses materiais contribui para um ensino mais participativo em que são respeitados as necessidades e os ritmos de aprendizagem de cada indivíduo, além de serem adaptados conforme o nível de cognição e anos de estudo do indivíduo (FONSECA et al., 2011).

Dentre os diversos tipos de tecnologias educacionais como hipertexto, álbum seriado, hiperímia, *software*, jogos e manuais, temos a cartilha educativa como uma ferramenta de orientação ao paciente sobre diversos assuntos. Vários estudos relatam o desenvolvimento de cartilhas educativas que abordam temas como orientações sobre saúde sexual e reprodutiva para surdos (SOUSA; PAGLIUCA, 2001); cuidados com o bebê prematuro (FONSECA et al., 2004); autoexame ocular para portadores do HIV/aids (CAETANO; PAGLIUCA, 2006); cuidados no desenvolvimento infantil (GRIPPO; FRACOLLI, 2008); autocuidado em diabetes (TORRES et al., 2009); cuidados com a traqueostomia (FREITAS; COELHO, 2010); prevenção de infecções e neoplasias ocasionadas pelo papilomavírus humano (REIS et al., 2010); cuidados no pós-operatório da cirurgia ortognática (SOUSA, 2011); promoção da

saúde da gestante (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012); promoção do envolvimento paterno na gravidez (MANGANIELLO, 2012); cuidados com o estoma em idosos (BARROS et al., 2012); cuidados no pós-operatório de revascularização miocárdica (GENTIL, 2013); alimentação saudável durante a gravidez (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014); orientação sobre o tratamento quimioterápico (PEREIRA, 2014); cuidados com as queimaduras (CASTRO; LIMA JR, 2014) e prevenção da transmissão vertical do HIV (LIMA, 2014).

A escolha desse tipo de tecnologia foi feita a partir de conversas durante as consultas de enfermagem com pacientes do pré-operatório em uma instituição pública que realiza as cirurgias no Estado do Ceará. Na realidade local dessa população, a tecnologia mais viável é a cartilha educativa diante da perspectiva de poder fornecer, de forma impressa e ilustrativa, as informações necessárias sobre o procedimento cirúrgico, possíveis complicações, mudanças no estilo de vida e os cuidados no perioperatório e também permitir que o paciente leve para casa as informações recebidas durante as consultas, o que poderá contribuir para o empoderamento do indivíduo e sua família sobre as indicações e implicações da cirurgia bariátrica e para uma melhor recuperação e adaptação após a cirurgia.

Com isto, este estudo torna-se relevante na medida em que busca propor a construção e a validação de uma cartilha educativa voltada aos cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica, uma vez que a ocorrência de complicações como deficiências nutricionais, síndrome de *Dumping*, estenose de esôfago e depressão podem ser minimizadas por intermédio do aumento do conhecimento da população sobre esse tratamento para a obesidade. Adicionalmente, espera-se promover uma melhoria na assistência direcionada aos candidatos à cirurgia bariátrica, facilitando o entendimento do mesmo acerca das condutas de autocuidado durante o perioperatório.

Vale ressaltar que as estratégias educativas como medida de promoção da saúde possibilitam a realização do autocuidado tendo em vista que a educação do paciente no preparo pré-operatório permite a identificação das necessidades dos indivíduos, além de representar a oportunidade de solucionar as dúvidas e auxiliá-lo a lidar com suas expectativas quanto ao procedimento cirúrgico e com o desafio de vivenciar o pós-operatório.

Assim, a educação do paciente é importante para ajudá-los a tomarem decisões sobre a cirurgia bariátrica (EATON et al., 2012). Vários estudos têm relatado o efeito da educação pré-operatória nas mudanças no estilo de vida após a cirurgia (SONG et al., 2008; LIVHITS et al., 2010a; KAISER et al., 2011; LIER et al., 2012). Diversos centros de cirurgia bariátrica nos Estados Unidos estão disponibilizando *websites* com programas

educacionais para potencializar a educação do paciente no pré e pós-operatório da cirurgia com o intuito de melhorar o atendimento ao paciente. Nestas ferramentas, ele poderá buscar informações *online* sobre a cirurgia bariátrica e trocar informações com outros pacientes através de *chats* e fóruns (KABAKOV; KABAKOV; CARUANA, 2008; EATON et al., 2012).

No Brasil, um estudo do tipo metodológico realizado em João Pessoa (PB) construiu um protocolo de orientação para a assistência de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia bariátrica e um manual com orientações de enfermagem voltadas para o autocuidado do paciente antes e após a cirurgia bariátrica com base na teoria de Orem. Entretanto, esse material ainda está sujeito à validação clínica para testar a viabilidade, a operacionalidade e a necessidade de reformulações. Essas orientações podem ser destinadas aos pacientes com obesidade mórbida durante o pré e o pós-operatório de cirurgia bariátrica. Dessa forma, o protocolo desenvolvido pode guiar o enfermeiro no planejamento da assistência, desde a fase ambulatorial até a internação e a alta hospitalar, servindo também de instrumento para a educação do paciente com o intuito de possibilitar o autocuidado e a adoção de comportamentos saudáveis para sua redução do peso (FELIX, 2009).

Existem outros manuais disponíveis na internet que abordam orientações sobre a obesidade mórbida, cirurgia bariátrica, riscos e complicações, benefícios esperados com o procedimento cirúrgico e o acompanhamento no pós-operatório, porém os mesmos não apresentam indicadores de validação (ETTINGER, 2009; DIB, 20--; CAFÉ, 20--). A falta de instrumentos validados cientificamente revela a necessidade do desenvolvimento de estudos com o objetivo de criar tecnologias educativas, a exemplo da cartilha, que possam subsidiar a consulta de enfermagem, auxiliando no cuidado no perioperatório de cirurgia bariátrica. Vale ressaltar que a inclusão de estratégias educativas no processo de cuidar favorece o vínculo entre o enfermeiro e o paciente, o que facilita a socialização das informações relativas ao seu tratamento.

Com a finalidade de reforçar a importância dos cuidados ao paciente submetido à cirurgia bariátrica, questiona-se: Quais as informações devem estar presentes em uma cartilha educativa para orientar os pacientes do pré-operatório sobre os cuidados necessários com a cirurgia bariátrica? A cartilha educativa a ser construída estará adequada em termos de apresentação, estrutura, conteúdo, organização e motivação?

O crescente aumento do número de cirurgias bariátricas em todo o mundo fortalece e justifica a realização desse estudo tendo em vista a necessidade de promover maior conhecimento sobre a cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório por intermédio de

materiais que possibilitem a educação do paciente e seu familiar. O acesso à informação possibilita que o indivíduo adquira um aprendizado sobre a temática e se torne mais seguro na tomada de decisão sobre o tratamento e as mudanças comportamentais necessárias para a obtenção de bons resultados, tornando-se ativo no seu plano de cuidados. Assim, acredita-se que o fornecimento das orientações com a construção e validação da cartilha educativa pode melhorar o bem-estar do paciente, diminuindo o surgimento de dúvidas e a ocorrência de complicações, além de permitir uma melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

OBJETIVOS

📖 Objetivo Geral

✓ Construir uma cartilha educativa voltada para a promoção da saúde de pacientes da cirurgia bariátrica sobre os cuidados no perioperatório.

📖 Objetivos Específicos

✓ Analisar o conhecimento disponível na literatura sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica.

✓ Identificar as dúvidas mais frequentes entre internautas sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório.

✓ Conhecer as necessidades de informação dos pacientes sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica por intermédio de grupos focais.

✓ Conhecer a opinião de profissionais de saúde sobre as informações que devem ser abordadas na cartilha educativa.

✓ Validar a adequação do conteúdo das informações e da aparência da cartilha educativa com juízes em cirurgia bariátrica.

✓ Validar a adequação da aparência da cartilha educativa com juízes em designer gráfico.

✓ Realizar a validação aparente da cartilha educativa com pacientes do pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica.

***REVISÃO
DA
LITERATURA***

3.1 A Educação em Saúde como uma Ferramenta para Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar

A primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa no ano de 1986 definiu promoção da saúde como o processo que capacita indivíduos e comunidades a agir em prol da sua qualidade de vida, possibilitando que os mesmos se tornem ativos no processo saúde-doença. Esse movimento visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades possam conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde, devendo um indivíduo ou grupo ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou lidar com o ambiente (BRASIL, 2002).

Diante dessa perspectiva, a assistência à saúde tem um papel significativo na determinação do processo saúde-doença em que as práticas de promoção da saúde devem ocorrer em todos os níveis de atenção, primário, secundário ou terciário, como uma rede de assistência integrada de cuidado das pessoas (NUNES et al., 2009; CARVALHO; GASTALDO, 2008). Isso sugere a reorientação dos serviços e sistemas de saúde para a implementação de práticas que visem o fortalecimento de ações de promoção da saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

O ambiente hospitalar tem a finalidade de promover a saúde da população por meio de serviços especializados, destinados a assegurar uma assistência completa, curativa e preventiva e conduzir o indivíduo e sua família na busca de uma qualidade de vida (CALLEGARO et al., 2010; SILVA et al., 2011). De acordo com o Centro de Colaboradores da OMS, os hospitais devem representar espaços saudáveis de cuidados de saúde, além do tratamento de doenças com a prevenção e a promoção da saúde positiva, contribuindo para o empoderamento da pessoa hospitalizada para que essa possa controlar os fatores que influenciam sua saúde (OMS, 2006a; OMS, 2006b; OMS, 2008).

Entretanto, o hospital representa um local desconhecido e que promove insegurança, modificando os costumes e hábitos dos indivíduos, os quais não sabem como agir, perdendo sua autonomia e tornando-se dependentes dos profissionais para atividades da vida diária que antes resolviam sem ajuda (KRUSE et al., 2009). Diante dessa realidade, a promoção da saúde no contexto hospitalar implica o enfoque do trabalho da equipe multiprofissional para o cuidado de saúde dos seus usuários, o qual deve ser capaz de abranger diferentes perspectivas da assistência, valorizando o papel dos ambientes, da cultura e dos aspectos sociais no processo do adoecimento (NUNES et al., 2009).

Desse modo, investir na promoção da saúde no ambiente hospitalar significa a transição do modelo prioritariamente marcado pelo individualismo e voltado para a doença para o paradigma baseado na integralidade do ser em que os profissionais envolvidos no cuidado interagem com o usuário e sua família, desenvolvendo a escuta dos sujeitos e o compromisso com a qualidade de vida (NUNES et al., 2009). Durante a hospitalização é possível inserir a educação em saúde de forma eficaz sob a perspectiva de promover a autonomia do paciente como forma de promoção da saúde inerente/intrínseca ao cuidado no âmbito da internação hospitalar (RIGON; NEVES, 2011).

A educação em saúde é uma das atividades de promoção da saúde que colabora para a qualidade da vida da população, desenvolvendo ações que favorecem a participação das pessoas como sujeitos ativos (SCHLICHTING, 2004). É considerada uma das principais ações de promoção da saúde, já que possui como eixo norteador o fortalecimento da capacidade de escolha dos indivíduos e contribui para a prevenção e reabilitação de doenças, além de despertar a cidadania e a responsabilidade pessoal e social relacionada à saúde (FEIJAO; GALVAO, 2007; ALVES; AERTS, 2011).

O conceito de educação em saúde soma-se ao conceito de promoção da saúde em que a educação se torna uma forma de cuidar, transcendendo os preceitos básicos do cuidado. Assim, ao educar, potencializamos nossa capacidade de cuidar, e capacitamos intervenções de forma construtivo-reflexiva, singular-plural, dinâmico-flexível, num sistema cíclico de relações interpessoais dentro de uma realidade histórica cultural em que um aprende com o outro. Este aprender possibilita a transformação de ambos, de quem os rodeiam e do meio no qual estão inseridos, transcendendo o tempo em que se realiza o cuidado/educação. Nesse sentido, o uso de estratégias educativas no ambiente hospitalar é uma tendência emergente na enfermagem (RIGON; NEVES, 2011).

Nos últimos anos, a atuação do enfermeiro junto ao paciente tem sido amplamente diversificada e ampliada, configurando-se como um processo complexo que compreende o cuidar, o educar e o gerenciar. Nas ações de promoção da saúde, deve haver uma construção de conhecimentos compartilhados em meio às práticas educativas desenvolvidas. Assim, constituindo-se como um meio promotor de qualidade de vida, as estratégias educativas se inserem na assistência de enfermagem como uma ferramenta para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e paciente com o intuito de sensibilizá-lo sobre sua situação de saúde-doença para que ele se perceba como sujeito de transformação de sua própria vida (SOUSA et al., 2010).

Nesse contexto, a meta da educação em saúde não se limita apenas ao repasse das informações, mas, principalmente, no auxílio aos indivíduos e grupos sobre a sua percepção da sua realidade individual e social com o escopo de despertar as habilidades necessárias para o enfrentamento das condições adversas à sua saúde (FEIJAO; GALVAO, 2007). Com isso, o processo educativo deve ser estabelecido de forma gradativa, contínua e interativa com o envolvimento do indivíduo no seu contexto. Isto possibilita ao paciente a compreensão das suas reais condições (individuais, coletivas e ambientais) e, conseqüentemente, permite mudanças concretas no estilo de vida. Ademais, o torna corresponsável por sua saúde e pela saúde dos demais (SOARES et al., 2010).

A abordagem participativa possibilita uma prática de enfermagem emancipatória, na perspectiva do empoderamento dos sujeitos e dos enfermeiros (RIGON; NEVES, 2011). O empoderamento pressupõe a existência de competências em diversos campos de conhecimento ou, pelo menos, que elas possam ser desenvolvidas (LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011), sendo indispensável para a promoção da saúde tendo em vista que representa o meio pelo qual o indivíduo assume o controle de sua vida e de seus objetivos a partir do aprendizado e desenvolvimento de competências, dotando-se de autonomia para fazer suas escolhas (CARVALHO, 2004; OLIVEIRA, 2005; CARVALHO; GASTALDO, 2008; SOARES et al., 2010).

Assim, o empoderamento busca ajudar os indivíduos, famílias e comunidades a aumentarem a sua força pessoal, socioeconômica e política, além de exercerem influência na melhoria da sua situação de vida (LEITE; CUNHA; TAVARES, 2011). A inclusão do sujeito deve ser feita a partir da problematização e reflexão sobre suas condições de vida e da percepção da necessidade de mudança de comportamento ou não (NUNES et al., 2009). Ao ser incluído no processo educativo, o indivíduo pode auxiliar o enfermeiro a identificar suas necessidades de conhecimento e estabelecer estratégias de acordo com sua realidade, o que facilita a absorção das informações fornecidas e, conseqüentemente, o seu empoderamento.

Dentre os benefícios desse processo educativo para os pacientes, salientam-se o aumento da satisfação e da qualidade de vida, a melhoria da continuidade dos cuidados no domicílio, a diminuição da ansiedade e das possíveis complicações, a promoção de adesão ao plano de tratamento proposto e a maximização da independência (FELDMAN-STEWART; BRENNENSTUHL; BRUNDAGE, 2007; REDMAN, 2009).

Com isso, durante o período perioperatório, a equipe de saúde deve desenvolver suas condutas junto ao paciente de modo a transmitir-lhe segurança e tranquilidade. Para isso, pode fazer uso da comunicação para orientar e informar visando ao atendimento das

particularidades inerentes a cada ser humano, o que conduzirá a um cuidado específico de acordo com as necessidades e expectativas da pessoa a ser submetida a uma cirurgia (CALLEGARO et al., 2010).

A orientação pré-operatória é um dos passos da assistência que garantem um cuidado digno, respeitando a autonomia do sujeito. As informações oferecidas são oportunas quando privilegiam a qualidade, não a quantidade, sendo fundamental o esclarecimento das dúvidas que surjam e a comunicação das possíveis situações que serão vivenciadas durante o processo cirúrgico (CALLEGARO et al., 2010). Essas orientações devem ser fornecidas com vocabulário simples e de maneira objetiva para facilitar a compreensão dos pacientes (KRUSE et al., 2009).

Uma assistência de enfermagem prestada de forma contínua e qualificada, visando o alívio da dor, o restabelecimento do equilíbrio fisiológico do paciente e o atendimento de suas necessidades contribuem para o sucesso do tratamento cirúrgico. Pacientes devidamente orientados se sentem melhor preparados para o procedimento cirúrgico, experimentam melhor enfrentamento das dificuldades vivenciadas no período pós-operatório e, conseqüentemente, manifestam maior satisfação com o resultado do tratamento (SANTOS; SOUSA; TURRINI, 2012). Nesse momento, o enfermeiro pode buscar orientar o paciente sobre todos os passos do internamento em relação aos cuidados, esclarecendo suas dúvidas, para que, no dia da cirurgia, o paciente possua conhecimento em relação aos cuidados pré, trans e pós-operatórios, o que teria como conseqüência uma cirurgia mais tranquila (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Para tanto, é relevante que esse profissional tenha fundamentação científica e proporcione a implementação de estratégias efetivas para promover mudanças de comportamento, atitudes e estilos de vida dos pacientes tendo em vista que o foco do cuidado de enfermagem é promover o desenvolvimento de habilidades do paciente para o seu autocuidado, as quais só serão possíveis com o uso de intervenções educativas pelo enfermeiro e equipe multiprofissional (GROGAN, 2011; MENDES et al., 2013).

De modo a auxiliar no processo de orientação ao paciente cirúrgico, o enfermeiro pode fazer uso de painéis com fotos, vídeos, impressos, oficinas, entre outras estratégias que agradem e contribuam para o aprendizado do paciente tendo em vista que uma orientação esclarecedora e eficiente requer conhecimento, arte e experiência, fazendo do momento da assistência um encontro de interação e diálogo (KRUSE et al., 2009).

Percebe-se, então, que é por intermédio da educação em saúde que a capacitação do indivíduo e sua comunidade podem vir a ocorrer. Promover saúde através de estratégias

educativas possibilita o surgimento do processo de empoderamento em que o indivíduo passa a se compreender como um ser capaz de controlar sua saúde e intervir nas mudanças necessárias. No âmbito hospitalar, as ações de educação em saúde refletem em um maior compromisso do paciente nas condutas relativas ao seu tratamento com aumento do seu conhecimento e alcance, em menor tempo, do bem-estar físico e psicológico.

Assim, atuar no cenário hospitalar com ações educativas contribui para a afirmação do papel do enfermeiro com um ator transformador da situação do indivíduo por intermédio do cuidado. Entretanto, é preciso que o enfermeiro conheça o seu paciente e seu histórico de vida e de saúde, seu tratamento e sua rede de apoio para que esse cuidado seja fornecido de forma eficaz e qualificado. Ressalta-se que a orientação pré-operatória é de fundamental importância para a promoção do bem-estar do paciente e sua família, pois contribui para o esclarecimento de dúvidas e o fornecimento de apoio no decorrer do processo saúde-doença, tendo impacto direto na redução dos níveis de ansiedade e estresse. Nesse momento, estratégias educativas podem ser utilizadas com o intuito de facilitar a apreensão das informações em que o uso das tecnologias pode ser feito na realização da educação em saúde de modo a tornar esse momento mais dinâmico e participativo e favorecer a aprendizagem do indivíduo.

3.2 Educação em Saúde, Tecnologias Educativas e Aprendizagem

Entende-se educação em saúde como um processo orientado e planejado para utilização de estratégias que estimulem a autonomia dos sujeitos, pressupondo ações partilhadas e não diretivas, possibilitando a tomada de decisões livres e a seleção de alternativas num contexto adequado de informações, habilidades cognitivas e suporte. O processo de comunicação estabelecido na ação educativa do enfermeiro tem a finalidade de contribuir para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem (SALLES; CASTRO, 2010).

A aprendizagem consiste na ampliação da estrutura cognitiva por meio da incorporação de novas ideias, permitindo que os indivíduos modifiquem seu comportamento de maneira permanente (GAGNÉ, 1980; MENDOZA; PENICHE, 2012). Entretanto, para que a aprendizagem significativa ocorra, três aspectos precisam ser contemplados: disposição para o aprender; presença de conceitos relevantes na estrutura cognitiva do aprendiz e material didático com significado lógico e psicológico (RODRIGUES; PERES, 2008).

Diante dessa perspectiva, o enfermeiro deverá contemplar no seu plano de cuidados as necessidades de informação do indivíduo, criando oportunidades para que o mesmo possa fazer perguntas, estando atento à natureza individual das suas necessidades de informação,

bem como ao seu estilo de aprendizagem (MONIZ; FERNANDES; OLIVEIRA, 2011). As metodologias ativas de aprendizagem se propõem a substituir a memorização e a simples transferência de informações e de habilidades, pela construção do conhecimento a partir da vivência de situações reais ou simuladas, estimulando as capacidades de análise crítica e reflexiva e o aprender (FONSECA et al., 2011).

A tecnologia educativa surge como um instrumento disponível que facilita o processo de ensino-aprendizagem, proporcionando o desenvolvimento de habilidades, como mediadora de conhecimentos para o cuidado durante as ações educativas (SOUZA et al., 2005). Assim, a educação de pacientes pode ser definida como o processo pelo qual o indivíduo atinge a compreensão de sua própria condição física e realiza o autocuidado pelo uso de diferentes experiências e recursos. A meta da educação é possibilitar que o paciente não só apresente o entendimento do seu estado de saúde atual, mas, também, seja capaz para a tomada de decisão relacionada ao cuidado em saúde (REDMAN, 2009).

As ações educativas devem apresentar uma abordagem criativa, facilitadora da aprendizagem individual e coletiva, estabelecida a partir da participação popular, considerando suas necessidades, seu estilo de vida, suas crenças, seus valores, sua subjetividade e seu contexto cultural, social e político, buscando a autonomia do sujeito e a capacidade de autorreflexão e crítica no cuidado de si e do outro (SOARES; SILVA; SILVA, 2011).

O cuidado se concretiza através das tecnologias, as quais têm sido desenvolvidas por profissionais motivados e sensibilizados para a necessidade de bem-estar de seus pacientes (MERLY, 2000; BARRA et al., 2006). A expressão tecnologia compreende tecnologias materiais (máquinas, equipamentos e aparelhos) e não materiais (práticas ou processos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas) (LORENZETTI et al., 2012). Na área da saúde, as tecnologias são classificadas em três categorias: *Tecnologia leve* envolve as relações usuário/profissional que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde; *Tecnologia Leve-Dura* que inclui o conhecimento técnico adquirido nas disciplinas que operam em saúde; *Tecnologia Dura* representada pelo material concreto que compreende os procedimentos realizados associados ao uso de equipamentos e instrumentos (MERLY, 2000).

A inserção das tecnologias no contexto da educação em saúde complementa as ações desempenhadas pelo enfermeiro na sua relação com o paciente e aponta alternativas para a melhoria da educação e sua democratização (BARROS et al., 2012; MENDES et al., 2013). A utilização dessas tecnologias contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em

contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Esse objeto exige dos profissionais da saúde uma capacidade diferenciada no olhar a ele concedido a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e à sensibilidade (SANTOS; CAETANO; MOREIRA, 2009; LIMA et al., 2010).

As tecnologias utilizadas no cuidado em saúde e enfermagem podem ser definidas como um conjunto de conhecimentos (científicos e empíricos) sistematizados, em constante processo de inovação, os quais são aplicados pelo profissional de enfermagem em seu processo de trabalho para o alcance de um objetivo específico. Permeada pela reflexão, interpretação e análise, essa é subsidiada pela experiência profissional e humana (CORREA; SANTOS; ERDMANN, 2013).

O enfermeiro, como agente de saúde e educador, atua como um dos principais intermediários, utilizando-se de tecnologias educativas auxiliadoras na decodificação de conhecimentos para os indivíduos e seus familiares, tornando conhecimentos estranhos em algo comum (BARROS et al., 2012). O processo de informação-educação realizado para o paciente pode ocorrer sob diferentes formas: *oralmente*, esclarecendo com detalhes as dúvidas do paciente; *por escrito*, como forma de garantir que ele não esqueça as instruções recebidas; e *graficamente*, por meio de caricaturas, desenhos, diagramas, representações gráficas ou materiais educativos impressos cuja visão permitirá que o indivíduo identifique melhor os cuidados que deve desenvolver no seu cotidiano (DUTRA; COELHO, 2006).

No ambiente hospitalar, diversos materiais educativos podem ser utilizados durante a educação em saúde para aumentar o processo de entendimento como livros, boletim informativo, cartilhas, vídeo, CD, *website*, *software* e programas de computador (PAUL, 2008). Nesse ambiente, os pacientes geram uma demanda de informações acerca de procedimentos, tanto diagnósticos quanto terapêuticos. Tal fato motiva a produção de materiais impressos para diversos propósitos, como: orientar e adaptar comportamentos, promover a saúde, prevenir futuros acometimentos ou informar sobre riscos e estilos saudáveis de vida (FREITAS; REZENDE FILHO, 2011).

Assim, os materiais impressos usados na educação em saúde têm como objetivo divulgar conteúdos considerados importantes para a prevenção ou tratamento de enfermidades (FREITAS; REZENDE FILHO, 2011). A orientação gráfica por meio de instrumento educacional reforça a visualização de diversas atividades e/ou situações em que os pacientes se envolvem no dia a dia. Dessa forma, na medida em que essas orientações são incorporadas

às rotinas dos indivíduos, o exercício gradativo do cuidado torna-se também uma rotina de vida (DUTRA; COELHO, 2006).

O material educativo impresso apresenta-se como um instrumento de promoção da saúde, facilitador do processo educativo em saúde, capaz de tornar o paciente copartícipe do seu cuidado, o qual possibilita a integração dialógica entre enfermeiro-paciente e família. Isto possibilita a construção de um conhecimento multidimensional facilmente disponível e de baixo custo, capaz de empoderar pacientes e famílias (BARROS et al., 2012). O objetivo desse material é o de facilitar o trabalho da equipe de saúde na comunicação e orientação de pacientes e familiares, reforçar as informações e discussões orais, servir como guia de orientações para casos de dúvidas posteriores e auxiliar nas tomadas de decisões (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003; FONSECA et al., 2011).

Assim, um material educativo impresso favorece o processo interativo entre enfermeiro-paciente, auxiliando no diálogo e proporcionando um cuidado diferenciado que inclui, além do aspecto físico, também o emocional, valorizando a humanização da assistência buscando-se, assim, o elo entre o conhecimento e o afeto (SALLES; CASTRO, 2010).

Vale ressaltar que o processo de aquisição, aproveitamento e aprofundamento de conhecimentos, de domínio de habilidades e de tomada de decisão é facilitado pela utilização de material impresso. A entrega do material educativo favorece a memorização das orientações verbais recebidas e auxilia no enfrentamento das dificuldades vivenciadas no período pós-operatório (SANTOS; SOUSA; TURRINI, 2012). Entretanto, o material educativo não substitui a realização da educação em saúde, mas agrega valor ao processo educativo (BARROS et al., 2012), não devendo, apenas, ser entregue o material ao paciente.

Deve ser estabelecida uma comunicação eficiente entre o enfermeiro e o paciente com trocas de experiências, nos quais os participantes sejam ativos no processo de construção de seus conhecimentos. Portanto, o uso dessa tecnologia deve estar inserido em um contexto maior de educação em saúde, possibilitando a continuidade da assistência em saúde do ambiente hospitalar para a vivência domiciliar (FONSECA et al., 2011).

Em todas as relações de cuidado, haverá o uso de tecnologia, seja ela dura (materiais educativos e instrumentos), leve-dura (o conhecimento a ser transmitido nas ações de cuidado) ou leve (por intermédio do acolhimento e vínculo com paciente e seu familiar, possibilitando o surgimento de uma relação de confiança e a troca de conhecimento). Reforça-se, então, a necessidade de se utilizar metodologias ativas nas estratégias educativas realizadas no ambiente hospitalar para promover ações de saúde e favorecer o empoderamento do indivíduo.

3.3 Cirurgia Bariátrica como Tratamento da Obesidade

Atualmente, a cirurgia bariátrica é a melhor opção de tratamento para a obesidade mórbida, complementando a prática de outras terapias para o controle de peso e de comorbidades associadas ao excesso de adiposidade. Além de proporcionar uma perda ponderal de peso sustentável a longo prazo, a cirurgia bariátrica também melhora o metabolismo do indivíduo com a resolução de diversas doenças (hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia), bem como a melhoria do bem-estar biopsicossocial e a qualidade de vida (KHWAJA; BONANOMI, 2010; KISSLER; SETTMACHER, 2013).

A decisão pelo procedimento cirúrgico é feita quando o indivíduo já tentou perder peso com outras abordagens terapêuticas como dieta, exercício, psicoterapia e farmacoterapia e não obteve sucesso. Geralmente, esses tratamentos são bem-sucedidos por um período curto de tempo, sendo os seus resultados mantidos durante 6 meses a 1 ano com retorno posterior do peso (GAGNON; SHEFF, 2012; NGUYEN et al., 2012).

Após a falha desses tratamentos, os obesos mórbidos que são candidatos à cirurgia bariátrica precisam passar por uma criteriosa avaliação com a equipe multiprofissional com o objetivo de determinar as indicações e contraindicações para o procedimento cirúrgico, a identificação de obstáculos que possam comprometer o sucesso da cirurgia, a avaliação das condições clínicas e a otimização do tratamento de comorbidades e a orientação e educação dos pacientes e seus familiares sobre os riscos e benefícios da cirurgia (KISSLER; SETTMACHER, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), a indicação cirúrgica deve ser decidida sob a análise de três critérios: IMC, idade e tempo da doença (SBCBM, 2013). Em geral, a cirurgia bariátrica deve ser oferecida a indivíduos que apresentam Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ com alguma comorbidade, motivados e bem informados quanto às mudanças no estilo de vida necessárias após a cirurgia (GAGNON; SHEFF, 2012; KISSLER; SETTMACHER, 2013; SBCBM, 2013). As outras indicações são: falha de perda de peso eficaz e duradoura com outros tratamentos, risco cirúrgico aceitável, compromisso com o pós-operatório, expectativas realistas de perda de peso e apoio da familiar e social (KISSLER; SETTMACHER, 2013; SBCBM, 2013).

As contraindicações incluem a incapacidade de compreender os riscos e benefícios cirúrgicos, resultados esperados e requisitos de manutenção do peso no pós-operatório, abuso de substâncias psicoativas, doença psiquiátrica não controlada, histórico de baixa adesão ao estilo de vida, insuficiência cardíaca grave, doença arterial coronariana instável, doença

pulmonar em estágio terminal, cirrose com hipertensão portal, doença de Crohn ou cirurgia gastrointestinal anterior (GAGNON; SHEFF, 2012; KISSLER; SETTMACHER, 2013).

As técnicas da cirurgia bariátrica podem ser classificadas em três tipos: disabsortivas, restritivas ou mistas. Nas cirurgias disabsortivas, um segmento extenso do intestino delgado é excluído, implicando em perda de peso pela má-absorção de nutrientes. A redução importante da capacidade do estômago, resultando em menor ingestão de alimentos, saciedade precoce e dificuldade em consumo rápido de alimentos, caracteriza as cirurgias restritivas. As técnicas mistas possuem os componentes restritivo e disabsortivo (DEMARIA, 2007; CUNHA et al., 2010; CENEVIVA et al., 2011; GAGNON; SHEFF, 2012).

No Brasil, a técnica mista utilizada e predominantemente restritiva é a Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR), também chamada de operação de Fobi-Capella. A BGYR é a mais aceita universalmente para o tratamento cirúrgico da obesidade grau III e é o principal tipo de cirurgia bariátrica realizado atualmente. É uma técnica que restringe o tamanho da cavidade gástrica e, conseqüentemente, a quantidade de alimentos ingerida e reduz a superfície intestinal em contato com o alimento (disabsorção) (HYDOCK, 2005; BORDALO et al., 2011; CENEVIVA et al., 2011).

Na cirurgia de BGYR é criada uma pequena bolsa gástrica, com 15 ml a 30 ml de capacidade, que tem como objetivo limitar de uma forma importante a capacidade de ingestão dos alimentos. A seguir, uma seção do intestino delgado em forma de "y" com a alça alimentar é fixada à bolsa para permitir que os alimentos passem ao intestino delgado sem passar no duodeno e nas primeiras porções do intestino delgado, provocando uma absorção reduzida de calorias e nutrientes e a ação das secreções pancreática e biliar (GARRIDO JR, 2000; FOBI, 2004; TRAINA, 2010).

Como cada procedimento apresenta seus próprios riscos e benefícios, a escolha da técnica cirúrgica depende do cirurgião e da preferência do paciente, do grau de obesidade e da estimativa da quantidade de perda de peso necessária para melhorar substancialmente a obesidade e as comorbidades. Em geral, todas as técnicas apresentam bons resultados e baixas taxas de morbimortalidade. Entretanto, o sucesso da cirurgia com a manutenção sustentável da perda de peso depende da educação do paciente e do seu comprometimento com a dieta alimentar, a prática de exercício físico regular e o acompanhamento periódico com a equipe multiprofissional (KHWAJA; BONANOMI, 2010; KISSLER; SETTMACHER, 2013).

O processo da cirurgia bariátrica é dividido em três fases: período do pré-operatório, realização da cirurgia e pós-operatório. Em sintonia com as ideias contemporâneas de empoderamento, o plano de cuidados enfatiza que o paciente deve ser um sujeito ativo

durante todo o seu tratamento (KNUTSEN; FOSS, 2011). Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na educação de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório. Temas educativos essenciais incluem expectativas apropriadas para a cirurgia e no período pós-cirúrgico imediato, perda de peso, mudanças dietéticas necessárias e as metas de atividade pós-operatórias (BAREFOOT; NADLER, 2012).

A decisão de realizar a cirurgia deve ser baseada na avaliação de informações precisas sobre os possíveis riscos e benefícios de todas as opções de tratamento, bem como o impacto a longo prazo sobre a saúde e estilo de vida do paciente (ARTERBUR et al., 2011). É importante que os pacientes tenham consciência que a cirurgia bariátrica é um compromisso vitalício (EATON et al., 2012).

Assim, os pacientes devem estar conscientes de que a cirurgia bariátrica não é a única opção para o tratamento da obesidade e que é fundamental o desenvolvimento de expectativas realistas e razoáveis, destacando o papel central e ativo dos indivíduos e as mudanças de estilo de vida necessárias para o sucesso da intervenção cirúrgica. Além disso, os pacientes devem estar cientes de que a cirurgia bariátrica nem sempre leva a resultados positivos e simples, mas que também existem dificuldades nos pós-operatório e casos de fracasso (SILVA; MAIA, 2012).

A preparação adequada do paciente no pré-operatório auxilia na redução de complicações a curto prazo e na adesão aos cuidados no pós-operatório. Com isso, os profissionais de saúde devem implementar estratégias educativas no pré-operatório com o intuito de identificar pacientes que apresentam déficit de conhecimento sobre a cirurgia bariátrica (BALDUF et al., 2009). Quando o processo de aprendizagem é bem-sucedido, o paciente compreende as informações fornecidas no seu plano de cuidados e implementa no seu cotidiano conhecimentos e habilidades que irão promover a sua recuperação e satisfação (GOLDSTEIN; HADIDI, 2010).

Vale salientar que as mudanças no estilo de vida se relacionam com as estratégias de ensino e aprendizagem utilizadas para influenciar as ações dos participantes nas suas escolhas (KNUTSEN; FOSS, 2011). Observa-se, então, que recursos educacionais podem ser necessários para garantir a preparação pré-operatória adequada dos candidatos à cirurgia bariátrica (BALDUF et al., 2009). Assim, durante o ensino ao paciente, o enfermeiro pode fazer uso de instruções verbais e escritas sobre a progressão da dieta, o regime farmacológico, os cuidados com a incisão cirúrgica, os sinais e sintomas que devem ser comunicados à

equipe multiprofissional, as consultas de acompanhamento e as eventuais restrições à condução e outras atividades (GAGNON; SHEFF, 2012).

A atuação do enfermeiro junto ao paciente e seu familiar durante todo o perioperatório viabiliza várias oportunidades para a realização da educação em saúde em que a definição dos tipos de tratamento para obesidade, suas indicações, os cuidados necessários e as mudanças comportamentais podem ser discutidas em conjunto, promovendo uma reflexão do indivíduo acerca da decisão de realizar a cirurgia bariátrica e a adesão às mudanças que o tratamento implica.

***TRAJETÓRIA
METODOLÓGICA***

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de desenvolvimento metodológico, o qual visa, mediante o uso sistemático dos conhecimentos existentes, a elaboração de estratégias tecnológicas implementadas e avaliadas em ambiente educacional ou assistencial, tendo como objetivo a criação de produtos ou serviços (POLIT; BECK, 2011; RODRIGUES, 2007). Assim, para este estudo, a cartilha educativa construída é acessível aos candidatos à cirurgia bariátrica e aos indivíduos já submetidos ao procedimento e os assuntos abordados são relativos à cirurgia bariátrica e as orientações sobre o período perioperatório.

O referencial metodológico para a construção da cartilha educativa seguiu os preceitos de Echer (2005). A sequência de eventos compreende quatro etapas: submissão do projeto na Plataforma Brasil para obtenção da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em estudo; levantamento bibliográfico sobre os assuntos a serem abordados na pesquisa; elaboração da tecnologia educativa e validação do material construído (FIGURA 1).

Figura 1 - Diagrama das Etapas Metodológicas para a Construção da Cartilha. Fortaleza, 2015.



Adaptado de Echer (2005).

Fonte: Barros (2015).

O primeiro passo foi a submissão do projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará e ao Comitê de Ética da instituição em estudo, a qual participou como instituição coparticipante, por meio da Plataforma Brasil. Posteriormente, foi feito o

levantamento bibliográfico que contemplou a revisão integrativa das evidências disponíveis na literatura científica sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório.

A terceira etapa do referencial metodológico refere-se à elaboração da cartilha educativa. Dessa forma, para um melhor norteamento do conteúdo a ser abordado na construção da cartilha, foram avaliadas a troca de informações e dúvidas contidas em *blogs* de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica sobre os cuidados no perioperatório, as necessidades de conhecimento da população-alvo sobre a cirurgia bariátrica por intermédio de grupos focais e a opinião dos profissionais da equipe multiprofissional sobre as orientações que devem ser repassadas ao paciente.

Na última etapa, o material construído foi validado por juízes em cirurgia bariátrica e em designer gráfico e, após os ajustes e correções indicados, a cartilha também foi validada por pacientes do pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

As etapas que envolveram a participação da população-alvo como grupos focais e validação de aparência da cartilha educativa ocorreram em um hospital referência na realização de cirurgias bariátricas no Estado do Ceará pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é uma unidade de assistência em alta complexidade ao paciente portador de obesidade mórbida.

Essa instituição realiza a cirurgia bariátrica desde 2002, totalizando um número de 696 cirurgias bariátricas até novembro de 2014, com realização mensal, em média, de oito cirurgias. O hospital também proporciona o acompanhamento do paciente pela equipe multiprofissional antes da cirurgia e até 5 anos após o procedimento. É reconhecido no cenário nacional e internacional por seu apoio à pesquisa científica, tendo vários prêmios acadêmicos.

4.3 FASE 1: SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em estudo, conforme aprovação de número CAAE 22473713.2.3001.5041. A coleta com os sujeitos foi realizada após aprovação por escrito, procurando atender aos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na Resolução nº

466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

4.4 FASE 2: LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Foi realizada uma Revisão Integrativa (RI) para obtenção de artigos científicos com objetivo de analisar o conhecimento disponível na literatura sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica. A elaboração de um material educativo embasado no conhecimento científico existente sobre o assunto a partir da definição de conceitos e cuidados importantes que, se seguidos, podem ajudar o paciente na sua recuperação e proporcionar segurança e confiança ao usuário e reconhecimento do valor da equipe multiprofissional (ECHER, 2005).

Esse tipo de pesquisa permite a construção de uma análise ampla sobre a temática em estudo, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados da pesquisa (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010). Na condução da RI, as seguintes etapas foram percorridas: identificação do tema ou formulação da questão norteadora, amostragem ou busca na literatura dos estudos, categorização dos mesmos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, discussão e interpretação dos resultados e síntese do conhecimento ou apresentação das evidências da revisão integrativa (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A pergunta norteadora para a elaboração da revisão integrativa foi: "Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre as informações necessárias para a orientação do paciente sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório?"

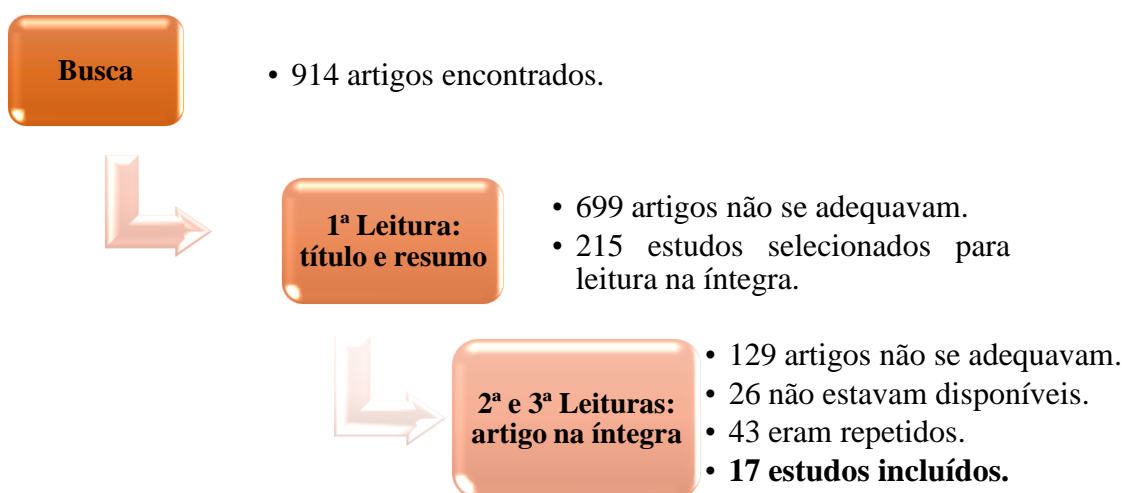
O levantamento bibliográfico ocorreu no mês de agosto de 2013 a partir das seguintes bases de dados: Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature); Scopus; Pubmed-Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System online); Web of Science; Scielo (Scientific Electronic Library Online); Science Direct; Cochrane e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A busca nessas diversas bases de dados teve como propósito ampliar o âmbito da pesquisa e minimizar possíveis vieses.

Foi utilizado o cruzamento dos descritores "obesidade mórbida/morbid, obesity", "cirurgia bariátrica/bariatric surgery" e "assistência perioperatória/perioperative care" extraídos do DECS (Descritor em Ciências da Saúde) do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do MESH (Medical Subject Headings) da National Library. Destaca-se que, para efetuar a busca nas bases de dados, foi utilizado o operador booleano "AND" para relacionar os descritores adotados na pesquisa.

Pertinente ao recorte temporal, foram recolhidas as informações de todas as publicações disponíveis em cada base de dados até o mês de agosto de 2013, sem limite anterior, com o intuito de proporcionar uma avaliação mais ampla e completa sobre o objeto de estudo. Para os critérios de inclusão dos estudos foi verificado se eles abordavam a temática de cirurgia bariátrica em adultos, se respondiam à questão norteadora do estudo e se estavam disponibilizados eletronicamente na íntegra nos idiomas inglês, português ou espanhol. Foram excluídos da amostra: publicações sobre a assistência com adolescentes, publicações repetidas e revisões de literatura sem rigor metodológico, editoriais, manuais, dissertações e teses. Dessa forma, os únicos estudos de revisão incluídos foram revisões integrativas e/sistemáticas (com ou sem metanálise).

O processo de seleção dos artigos nas oito bases de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2013. A busca em cada base foi realizada em um único dia no mesmo computador, com gravação da lista de resultados encontrada, enquanto que a seleção das publicações foi feita nos dias subsequentes. A operacionalização da seleção dos estudos procedeu-se de acordo com a figura 2:

Figura 2 – Diagrama do processo de seleção de estudos nas bases de dados. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros (2015).

Após a efetuação da busca, encontrou-se uma população de 914 artigos: um no Lilacs; 15 no Science Direct; 47 na Web of Science; 167 no Cinahl; 215 no Scopus; 469 no Pubmed e zero no Scielo e na Cochrane. Para a seleção dos estudos, primeiramente, procedeu-se a leitura do título e do resumo para a apreciação prévia e confirmação de que o manuscrito contemplava informações sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica. Ressalta-

se que, na ocorrência de dúvidas sobre o conteúdo do artigo e se ele atendia aos critérios de inclusão ou exclusão, optou-se por incluí-lo na amostra (Quadro 1).

Quadro 1 - Seleção dos artigos para leitura na íntegra nas bases de dados Lilacs, Scielo, Pubmed, Web of science, Cochrane, Scopus, Cinahl e Science direct. Fortaleza, 2015.

Artigos	Lilacs	Scielo	Pubmed	Web of Science	Cochrane	Scopus	Cinahl	Science Direct	Total
Selecionados	1	-	89	18	-	59	44	4	215
Não se adequa	-	-	48	14	-	31	33	3	129
Indisponível	1	-	13	2	-	10	-	-	26
Repetidos	-	-	23	2	-	13	5	-	43
Amostra	0	-	5	0	-	5	6	1	17

Fonte: Barros (2015).

Posteriormente, foi feita a leitura criteriosa dos 215 artigos na íntegra objetivando identificar ideias-chave e orientações direcionadas ao objeto de estudo, o que proporcionou uma amostra final de 17 artigos. Realizou-se, ainda, uma terceira leitura para confirmar as informações obtidas na segunda leitura e aprofundar a análise de cada manuscrito incluído na pesquisa.

Vale ressaltar que foi feita a busca no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e no site de busca Google, disponível no endereço eletrônico (www.google.com.br), dos artigos que não estavam disponíveis nas bases estabelecidas no período da coleta de dados, conforme recomendações de Pompeo, Rossi e Galvão (2009).

Para coleta de dados foi utilizado um instrumento adaptado de Ursi (2005), o qual foi validado em sua dissertação sobre prevenção de lesões de pele no perioperatório (APÊNDICE A). As adaptações foram referentes ao conteúdo em que o instrumento foi adequado para a temática de cirurgia bariátrica. O instrumento permitiu a obtenção de informações sobre a identificação do artigo (título, idioma, ano de publicação, nome do periódico), características metodológicas do estudo, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados, além das contribuições sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica e dos níveis de evidência desenvolvidos por Melnyk e Ficeout-Overholt (2005) disponíveis no quadro 2:

Quadro 2 - Níveis de evidência aplicados na descrição dos estudos selecionados para a revisão integrativa sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Nível de evidência	Delineamento metodológico	Força de Evidência
Nível I	Evidências oriundas de revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos.	Forte
Nível II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado.	
Nível III	Ensaio clínico bem delineado sem randomização.	Moderada
Nível IV	Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.	
Nível V	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.	
Nível VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.	Fracá
Nível VII	Opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.	

Fonte: Melnyk e Ficeout-Overholt (2005).

O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que irão gerar o estado do conhecimento atual do tema investigado (POLIT; BECK, 2011).

A essência da revisão integrativa é a categorização dos estudos. Nesse sentido, procede-se a apresentação dos resultados e a discussão das informações de forma descritiva e por meio da construção de quadros sinópticos (BARBOSA et al., 2011). Dessa forma, para uma melhor análise, os dados foram sintetizados a partir de sua caracterização e de categorias temáticas que surgiram a partir das evidências científicas encontradas, sendo feita a descrição e classificação de cada artigo com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão (POLIT; BECK, 2011).

Com a leitura de cada artigo e a aplicação do formulário de coleta de dados, foram identificados os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica e destacados os seus termos fundamentais, os quais foram reunidos por semelhança de conteúdo e agrupados em cinco categorias: acompanhamento com a equipe multiprofissional na avaliação pré-operatória; cuidados no pré-operatório da cirurgia bariátrica; orientações para o pré-operatório imediato; otimização de uma melhor recuperação no pós-operatório imediato e orientações para o pós-operatório domiciliar e tardio. Os aspectos éticos e legais foram respeitados tendo em vista que os estudos encontrados em periódicos que foram incluídos na pesquisa tiveram os nomes dos seus autores referenciados.

4.5 FASE 3: ELABORAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE CIRURGIA BARIÁTRICA

O material educativo deve ser atrativo, objetivo e com orientações significativas sobre o tema abordado, devendo ser de fácil compreensão e atender às necessidades específicas para que as pessoas se sintam estimuladas a lê-lo (ECHER, 2005). Para a sua elaboração, é indispensável que se conheça a realidade e expectativas dos sujeitos para que sejam priorizadas as necessidades da população-alvo e não somente as exigências terapêuticas (GOZZO et al., 2012). Assim, para o conhecimento do universo dos indivíduos envolvidos no tratamento da obesidade por intermédio da cirurgia bariátrica, foram obtidas informações a partir de *blogs* de pacientes que estão vivenciando o pós-operatório da cirurgia bariátrica e também através de grupos focais com indivíduos do pré e do pós-operatório.

4.5.1 *Análise dos Blogs de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica*

A *internet* tornou-se um contexto social importante, modificando as relações sociais entre os indivíduos devido à qualidade e à quantidade de conhecimentos disponíveis, bem como pelo rápido e fácil acesso a esses (VALLI et al., 2013). Com a globalização, os pacientes estão utilizando cada vez mais a *internet* para obter informações de saúde e a interação em ambientes virtuais tem sido muito utilizada por pessoas de todas as idades. Por meio de comunidades virtuais, pessoas com afinidades ou que vivenciam uma mesma situação discutem cuidados ou trocam informações sobre temas de saúde (EDWARD et al., 2010; BARROS; SOUSA; TURRINI, 2013).

Uma das ferramentas de interação virtual muito popular é o *blog*, também conhecido como “diário da *internet*”. Esse gênero digital é um tipo de diário virtual público que contém informações específicas sobre uma determinada pessoa, lugar ou situação, sendo usado para expressar ideias, opiniões e posição frente a determinado assunto (CORRÊA, 2011). Acredita-se que na *internet* o paciente tenha mais liberdade para se expressar, uma vez que não necessita expor-se perante o outro para dizer o que deseja (SOUSA, 2011). Diante dessa perspectiva, houve o interesse de conhecer sobre como os *blogs* têm sido utilizados por indivíduos que buscam a cirurgia bariátrica como tratamento para a troca de dúvidas.

Trata-se de uma pesquisa exploratória e documental com abordagem qualitativa realizada no período de agosto a outubro de 2013 que objetivou investigar, sem partir de hipóteses pré-estabelecidas, uma realidade cujo conhecimento ainda não está sistematizado

(TOBAR; YALOUR, 2001). O problema de pesquisa estabelecido foi identificar, no ambiente virtual, as principais temáticas das dúvidas entre potenciais candidatos à cirurgia bariátrica e pacientes já submetidos ao procedimento.

Foi realizada uma busca exploratória para verificar quais termos seriam mais adequados para serem utilizados na condução da pesquisa. Os termos testados foram: “cirurgia bariátrica”, “gastroplastia redutora” e “redução de estômago”. Entretanto, o termo que possibilitou o maior número de resultados foi “redução de estômago”, sendo selecionada essa palavra-chave para a busca. Dessa forma, os *blogs* escolhidos foram encontrados a partir de um site de busca que disponibiliza “*blogs*” através das palavras-chave “redução de estômago”, “cuidados”, “pós-operatório” e “*blog*”.

A escolha dos *blogs* foi feita de modo intencional, ou seja, a seleção dos *blogs* foi feita de acordo com os critérios que derivam do problema de pesquisa, das características do universo a ser observado e das condições e métodos de observação e análise (FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2011). Os critérios de inclusão amostral foram: *blogs* sobre cirurgia bariátrica criados por pacientes que estão vivenciando o pós-operatório da cirurgia, produzidos entre os anos de 2008 a 2013, em idioma português, disponíveis gratuitamente na plataforma *Blogspot*, que permitam acesso livre.

A partir dessa busca exploratória, observou-se que existem mais *blogs* de pacientes que já se submeteram ao procedimento cirúrgico, os quais são mais visitados devido a possibilidade de apresentar diversas fases do perioperatório, e que os *blogs* de indivíduos do pré-operatório carecem de informações mais precisas. Assim, optou-se por incluir apenas os *blogs* de pacientes do pós-operatório devido ao maior número de publicações e por contemplar mais assuntos do interesse da população-alvo. Vale destacar também que *blogs* construídos por profissionais de saúde também não foram incluídos na amostra tendo em vista que o objetivo da busca foi conhecer as dúvidas existentes entre os internautas no ambiente virtual e, em *blogs* de pacientes, essa troca de experiências possa ocorrer de forma menos inibida.

A coleta dos dados foi feita por meio do acesso aos endereços eletrônicos dos *blogs* selecionados a partir de um instrumento estruturado que contém informações sobre autoria do *blog* (sexo do autor, local de procedência), título, objetivo do *blog*, público-alvo, número de publicações, seguidores e comentários, última atualização, conteúdo, comentários e disponibilização de outros contatos para o esclarecimento de dúvidas, o qual foi adaptado quanto ao conteúdo do estudo de Valli (2012) que analisou a temática sexualidade em *blogs* de adolescentes (APÊNDICE B).

A análise dos dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), a qual é dividida em três etapas: Pré-análise (seleção dos documentos para análise, retomada de hipóteses e objetivos do estudo e elaboração de indicadores que auxiliam a interpretação final); Exploração do material (dados brutos são agregados em unidades e inicia-se a leitura exaustiva das transcrições e observações para comparação com a finalidade da pesquisa, para, em seguida, realizar o recorte das falas registradas) e tratamento dos resultados e interpretação (as categorias são estabelecidas de acordo com a análise obtida através da exploração do material).

Com a compilação dos dados, o estabelecimento das categorias deve ser feito a partir dos temas determinados e da sua quantificação, da definição das dimensões nas quais os temas aparecem e da agrupação de acordo com critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise (OLIVEIRA, 2008). Assim, a análise do material permitiu identificar as seguintes categorias: “O ambiente virtual e a troca de informações”; “O percurso para a realização da cirurgia bariátrica”; “Internação hospitalar: quais as preocupações?”; “O pós-operatório imediato da cirurgia bariátrica”; “A evolução da dieta e as dificuldades vivenciadas”; “A luta contra a balança: a perda e o reganho de peso”; “O combate à flacidez e a prática de exercícios físicos”; “Alterações fisiológicas após a cirurgia bariátrica”; “Cirurgia bariátrica e o risco de complicações” e “Saúde da mulher: contracepção, gravidez e parto após a cirurgia bariátrica”.

As informações contidas nos *blogs* foram coletadas, analisadas e divulgadas sem a necessidade de se solicitar a autorização prévia das pessoas que os criaram ou que comentaram nesse ambiente virtual, tendo em vista que o *blog* é uma ferramenta disponível em espaço público, aberto e acessível a qualquer indivíduo interessado na temática (FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2011).

Em observância à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012b) e com a Lei dos Direitos Autorais nº 9.610 (BRASIL, 1998), foi garantido o anonimato dos autores dos *blogs*, sendo a identificação codificada com nome de flores.

4.5.2 Necessidades de Conhecimento dos Pacientes: Realização de Grupos Focais

Grupo focal é um grupo de discussão informal, de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo e em profundidade, revelando as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão (LEOPARDI; BECK; NIETSCHE, 2001). Vem

sendo utilizado para a estruturação de ações diagnósticas e o levantamento de problemas, planejamento de atividades educativas e para revisão do processo de ensino-aprendizagem. Caracteriza-se pelo baixo custo e pela forma rápida, fácil e prática de contato com a população que se deseja investigar (PASCHOAL, 2004).

Essa técnica de coleta de dados possibilita o surgimento de novas ideias pela participação dos sujeitos da pesquisa através de suas experiências e opiniões obtidas por meio da interação. Nesta interação, um membro do grupo responde a outro, expressando acordo ou desacordo, mediante questionamentos, recebendo e fornecendo respostas. Ocorre, também, a divisão e a comparação de ideias e experiências e, nesse momento, temos a oportunidade de apreender como os participantes compreendem as similaridades e diferenças e, a partir daí, retirar as evidências (KAVERN; WEBB, 2001).

Assim, o grupo focal dá oportunidade aos participantes de exporem aberta e detalhadamente seus pontos de vista, sendo capaz de trazer para a discussão respostas mais completas sobre a temática a ser pesquisada, permitindo ao pesquisador conhecer melhor e mais profundamente o grupo pesquisado (DIAS, 2000). O educador precisa fazer essa aproximação com o paciente para que o material educativo possa realmente conter informações importantes e estar direcionado para atender suas necessidades (SOUSA, 2011).

A discussão do grupo focal deve acontecer numa atmosfera agradável e informal, capaz de colocar seus participantes à vontade para expor ideias, sentimentos, necessidades e opiniões. O ambiente deve ser acolhedor, privativo, livre de interferências sonoras e de fácil acesso para os participantes (DEBUS, 1997; DIAS, 2000; KIND, 2004; BACKES et al., 2011). Com isso, as reuniões dos grupos focais foram realizadas em uma sala do ambulatório de uma instituição pública do Estado do Ceará que realiza o acompanhamento de pacientes do Programa de Obesidade do Estado tanto no período pré-operatório como no pós-operatório. O local escolhido permite fácil acesso para os seus usuários por transporte público.

Os participantes do grupo podem variar entre seis a 12, os quais são selecionados por apresentar certas características em comum e associadas ao tema pesquisado, configurando, assim, uma amostra intencional. As sessões devem durar até no máximo 2h, considerando-se um período de aquecimento para iniciar a discussão e reflexão e a preservação de um tempo para o encerramento da reunião (DIAS, 2000; PASCHOAL, 2004).

Após a permissão da instituição para a realização dos encontros e a marcação das datas, solicitou-se ao Núcleo de Epidemiologia e ao Chefe do Serviço de cirurgia bariátrica, respectivamente, as listas dos indivíduos que já estavam aptos a realizar a cirurgia e dos

pacientes que estavam no pós-operatório. De posse dessa lista, foi feita a escolha aleatória de 12 sujeitos de cada fase do perioperatório.

O convite para participar do encontro ocorreu por telefone em que a pesquisadora, em cada ligação, apresentava-se e explicava o motivo da ligação bem como os objetivos e a data do encontro. Foram convidados doze participantes com o intuito de garantir a presença do número mínimo de sujeitos proposto pela literatura, pois, caso houvesse uma taxa de 50% de não comparecimento, o grupo ainda teria a presença de seis participantes, sendo, portanto, válido.

No grupo do pré-operatório, os pacientes escolhidos foram os que já estavam aguardando a marcação da cirurgia, pois, ao concluírem todos os exames e serem avaliados por todos os membros da equipe multiprofissional, esses indivíduos passam a ter seus nomes incluídos no livro de espera. Assim, o grupo do pré-operatório foi composto a partir da escolha aleatória dos pacientes pela sua colocação no livro, o qual continha 121 indivíduo na lista de espera. O convite foi feito por telefone e, caso o paciente não fosse contatado ou se recusasse a participar do estudo, foi sorteado outro número até que o grupo ficasse composto por doze participantes.

Os indivíduos do grupo do pós-operatório foram escolhidos de forma aleatória simples, por sorteio, a partir da sua colocação na lista de pacientes operados. Desde janeiro de 2002, o hospital realiza esse tipo de procedimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim até dezembro de 2013, a lista continha um total de 621 pacientes que haviam feito a cirurgia e o convite foi feito de forma semelhante ao grupo do pré-operatório.

Realizaram-se dois grupos focais com objetivo de conhecer as necessidades de informação dos pacientes sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica. O primeiro grupo foi estabelecido com oito pacientes do pré-operatório que já estão aguardando a chamada para a realização da cirurgia e o segundo foi com sete pacientes que estão vivenciando o pós-operatório. Optou-se por realizar um grupo focal com indivíduos que ainda não se submeteram à cirurgia com o intuito de verificar se os mesmos possuem conhecimento sobre os cuidados no período perioperatório, pois eles já estão aptos a realizar o procedimento cirúrgico e o conhecimento sobre a cirurgia é um critério para a indicação do procedimento cirúrgico.

O grupo focal contou ainda com a presença de uma moderadora, a qual era a pesquisadora, e três observadoras. Optou-se por um número ímpar para a observação para garantir um consenso na opinião das participantes. Foram convidadas três enfermeiras com experiência em pesquisa e na temática de materiais educativos, as quais utilizaram um

instrumento norteador para os aspectos que deviam ser observados em cada encontro, o qual foi baseado no estudo de Sousa (2011). O instrumento continha informações sobre: duração da observação, assuntos observados, descrição dos sujeitos, descrição dos diálogos, descrição da relação entre o moderador e os participantes, destaque das situações-problema identificadas, impressões do observador e um *check-list* de avaliação do desempenho do grupo focal (APÊNDICE E).

No dia anterior aos encontros dos grupos focais, a pesquisadora fez um novo contato por telefone com cada participante para relembrar a data e o horário e reconfirmar a presença. Nos dias marcados, a pesquisadora chegou uma hora antes do horário combinado com os sujeitos para organizar o ambiente. Foi colocado um aviso na porta da sala e na entrada e corredores da instituição para facilitar a identificação do local e o acesso dos sujeitos. A sala era climatizada e as cadeiras foram dispostas em círculos para facilitar o contato visual entre os participantes.

Realizou-se apenas um encontro em cada grupo, o qual foi dividido em dois momentos: o início do encontro tinha o objetivo de explorar o conhecimento dos pacientes acerca dos cuidados no perioperatório. Após o intervalo, houve o retorno da discussão com o intuito de conhecer a opinião dos pacientes sobre materiais educativos que visem à orientação da cirurgia bariátrica. Assim, a questão norteadora para o primeiro momento foi: “Quais informações sobre o perioperatório da cirurgia bariátrica você gostaria de receber?” e, para o segundo, a questão foi: “Como deve ser um material educativo para orientar sobre a cirurgia bariátrica?”. Preparou-se um lanche saudável para ser servido aos participantes durante o intervalo desses momentos.

De acordo com os resultados apresentados em cada sessão é definida a necessidade de retomar a discussão num próximo encontro, partindo para outro enfoque levantado ou mesmo encerrar os encontros. Acaso encontros subsequentes sejam possíveis ou necessários, deve-se buscar aprofundar as questões colocadas. Pode-se solicitar que façam comparações, que deem exemplos, o que pode permitir que os próprios participantes ampliem seus conceitos para outras perspectivas (GUIMARAES, 2012). Entretanto, ao fim de cada encontro, não houve necessidade de mais reuniões para abordar a temática.

Os encontros foram conduzidos por meio de um guia de temas, cuja finalidade era propiciar uma investigação produtiva. O guia de temas consiste nas questões a serem trabalhadas nas reuniões, com o propósito de nortear a discussão, buscando esclarecimentos que fundamentem os objetivos do estudo. A elaboração desse instrumento requer tempo, dedicação, clareza dos objetivos do estudo e experiência do pesquisador. Não deve ser longo e

deve ser composto por questões qualitativas e abrangentes que favoreçam a abordagem natural do tema (PASCHOAL, 2004). Os guias elaborados contêm as etapas do encontro, o que o pesquisador almeja ao propor o grupo focal e as questões norteadoras para a discussão entre os participantes (APÊNDICE C e D).

Antes de iniciar as perguntas propostas pelo guia, a pesquisadora (moderadora) se apresentou e apresentou as observadoras aos participantes e explicou novamente o objetivo da reunião, então solicitou a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F) e o preenchimento de um instrumento de caracterização que continha dados epidemiológicos, histórico de obesidade e informações sobre o conhecimento do paciente sobre a cirurgia bariátrica (APÊNDICE G). Ao final de cada encontro, a pesquisadora agradeceu a presença de todos e entregou um brinde: um imã de geladeira em formato de borboleta, imagem que representa a transformação ocorrida na vida desses indivíduos após a cirurgia bariátrica.

Os áudios dos encontros foram gravados e, posteriormente, as falas dos participantes foram transcritas. Houve ainda a tabulação dos dados de cada pergunta presente nos guias, copiando-se integralmente o conteúdo de todas as respostas relacionadas com determinada pergunta. Após essa etapa, foram identificados os discursos em comum e as frases em destaque em que os dados obtidos foram interpretados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009).

Em observância à resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa em seres humanos, foi garantido o caráter sigiloso dos dados e o anonimato de maneira que a identificação dos sujeitos do estudo é apresentada seguindo a codificação por nome de borboletas.

4.5.3 *Opinião de Juízes sobre o Conteúdo da Cartilha: Técnica Delphi*

O conhecimento sobre a opinião de profissionais de saúde sobre as informações que deveriam ser abordadas na cartilha educativa foi uma das etapas estabelecidas para a construção do material educativo e, para esse momento, optou-se por utilizar a técnica Delphi, a qual permitiria a participação desses profissionais na construção e, posteriormente, na validação da tecnologia construída.

A técnica Delphi é um método sistematizado de julgamento de informações que busca obter um consenso entre juízes sobre determinado tema por meio da aplicação de questionários estruturados que circulam entre os participantes com a realização de *feedback* estatístico de cada ciclo (DALKEY, 1969; HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000;

SCARPARO; FERRAZ, 2008; CASTRO; REZENDE, 2009; SCARPARO et al., 2012). Apresenta-se como uma importante ferramenta na construção e validação de conteúdo de uma tecnologia educativa para educação perioperatória de pacientes (SOUSA; TURRINI, 2012).

O uso dessa técnica é indicado quando há inexistência de dados, falta de consenso em determinado assunto ou há a necessidade de abordagem interdisciplinar, permitindo o acesso a informações altamente especializadas (KAYO; SECURATO, 1997; WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; SCARPARO; FERRAZ, 2008; SCARPARO et al., 2012). Esta técnica permite obter o consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de eventos futuros e baseia-se no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de juízes, pressupondo-se que o julgamento coletivo é melhor que a opinião de um só indivíduo e obtenção de um consenso representa uma consolidação do julgamento dos juízes sobre o tema (FARO, 1997).

Na técnica Delphi, a seleção da amostra dos juízes é considerada não aleatória e intencional e se justifica no interesse de selecionar *experts* na temática em estudo (SCARPARO et al., 2012). A busca foi realizada por meio da plataforma Lattes, onde é possível ter acesso ao perfil de produção dos pesquisadores e às áreas de conhecimento, facilitando dessa maneira a análise dos critérios de inclusão para participação no estudo e garantir a confiabilidade nas avaliações (LIMA, 2011). Para a operacionalização da busca dos currículos, utilizou-se como palavras-chaves os termos “cirurgia bariátrica” e “cuidados”, no modo de busca “por assunto”, e como filtro foi selecionado a profissão dos membros da equipe multiprofissional, procedendo uma nova busca para cada profissão. Foram convidados a participar do estudo membros da equipe multiprofissional como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos e educadores físicos.

Complementar a essa busca, foi utilizado o método da amostragem de rede e/ou bola de neve para a seleção dos juízes em que foi solicitado aos primeiros membros da amostragem que indicassem outras pessoas que atendessem aos critérios de inclusão, sendo essa técnica utilizada para identificar amostras difíceis de serem localizadas (POLIT; BECK, 2011). De posse dos nomes dos potenciais juízes sugeridos, realizou-se uma nova busca na plataforma Lattes para verificar se esses indivíduos respondiam aos critérios de inclusão estabelecidos, com posterior convite.

Assim, a escolha dos participantes foi feita de acordo com os critérios de seleção estabelecidos para este estudo. Para participar, o juiz deveria obter, no mínimo, pontuação igual ou superior a 5 pontos a partir dos seguintes critérios:

Quadro 3 – Critérios de seleção dos juízes em cirurgia bariátrica da validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.

JUIZ EM CONTEÚDO	PONTOS
Ser doutor na área de interesse*	4 pontos
Ser mestre na área de interesse*	3 pontos
Ser especialista na área de interesse*	2 pontos
Ter experiência profissional (assistência, docência ou pesquisa) de no mínimo 5 anos, em disciplinas da área de interesse*	3 pontos
Possuir artigo publicado em periódico indexado na área de interesse*	2 pontos
Participar de grupo de pesquisa que envolva a temática da área de interesse*	1 ponto
Ter orientado tese, dissertação ou monografias nas temáticas da área de interesse*	0,5 ponto/trabalho**

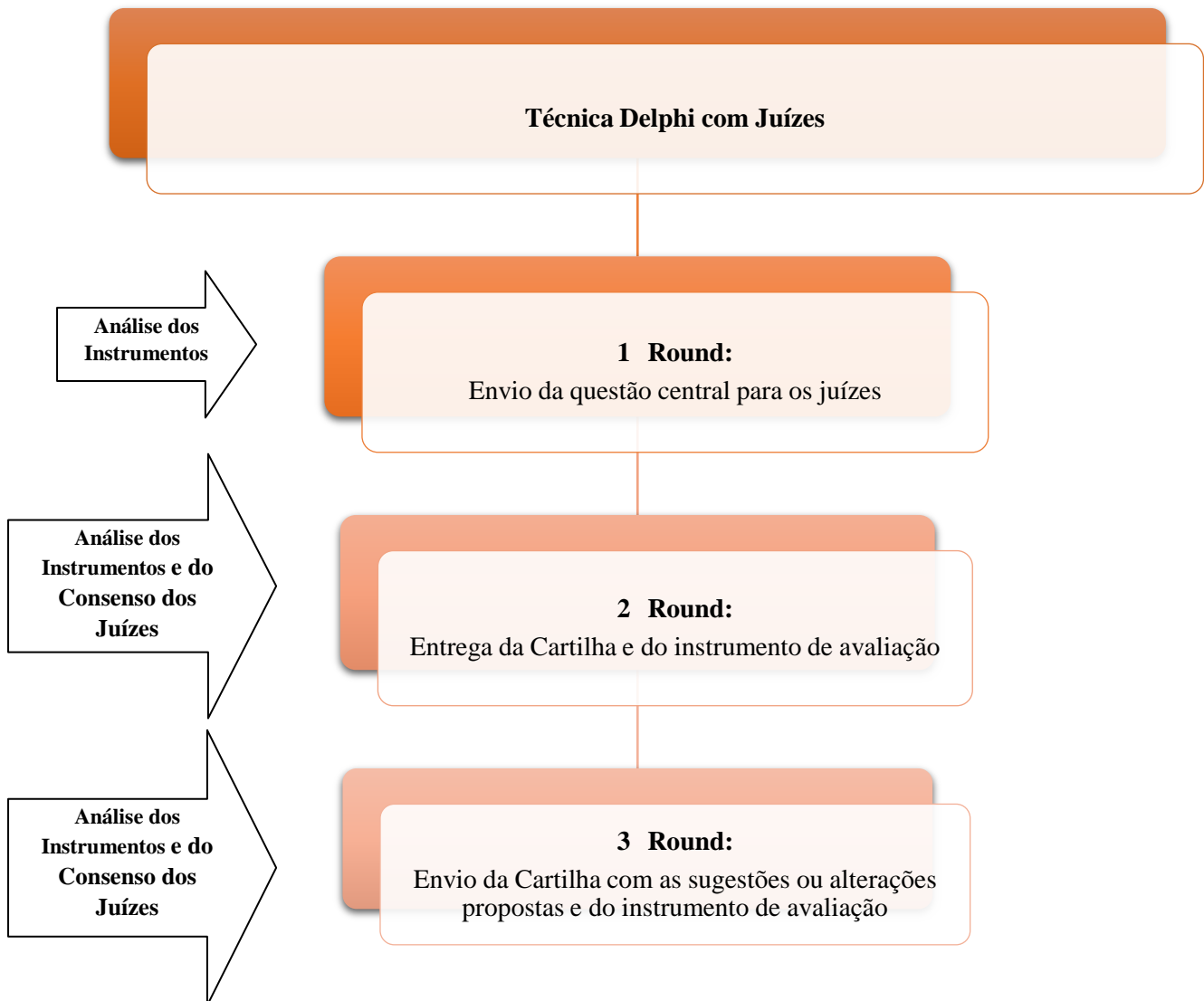
*Área de interesse: Construção e validação de material educativo; Educação em saúde; Cirurgia bariátrica; Obesidade; Assistência a pacientes clínicos e cirúrgicos; Saúde do adulto.

** Máximo de cinco trabalhos.

Fonte: Barros (2015).

A primeira fase da técnica Delphi ocorreu no período de dezembro de 2013. O contato inicial com os juízes foi feito via *email* com o intuito de realizar o convite para o estudo, bem como esclarecer os objetivos e procedimentos da pesquisa (APÊNDICE H). A técnica Delphi se caracteriza por uma sequência de avaliações feitas pelos juízes por meio de rodadas ou *rounds* devendo haver, no mínimo, duas rodadas (SCARPARO et al., 2012). Nesse estudo, foi estabelecido um ciclo de três rodadas:

Figura 3 - Descrição das Etapas da Técnica Delphi com os juízes de conteúdo. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros (2015).

O primeiro *round* é baseado em um cenário, diferenciando-se dos demais, por serem colocadas questões totalmente abertas e de resposta abrangente. Essa primeira fase permitiu aos profissionais de saúde opinar sobre os assuntos que os mesmos consideravam importantes a serem abordados no material educativo. Assim, o investigador deve proporcionar liberdade de resposta em relação ao tema com o objetivo de gerar uma lista de itens, os quais comporão as questões posteriores (NOGUEIRA; AZEREDO; SANTOS, 2012).

Considerando perdas amostrais durante as três fases propostas para a Técnica Delphi, inicialmente, foi feito o convite via *email* e pela Plataforma Lattes para 66 potenciais participantes. Entretanto, com a ausência de respostas com o passar dos dias, 115 novos

convites foram realizados, totalizando uma população de 181 potenciais juízes convidados, dos quais apenas 47 (26%) aceitaram.

Após aceitarem participar, os juízes receberam o instrumento da primeira rodada da técnica Delphi e o TCLE (APÊNDICES I e J). O retorno do TCLE preenchido pelos juízes foi obtido através de arquivo anexado (*attachment*) em mensagem eletrônica para o *email* da pesquisadora. Foi estipulado um prazo de 14 dias para a devolução do material encaminhado em cada rodada e lembretes foram enviados dois dias antes do fim do prazo.

O instrumento de avaliação dos juízes da primeira rodada da técnica Delphi foi dividido em duas partes: a primeira continha informações sobre o juiz com o fim de caracterizá-lo quanto aos dados de identificação (idade, sexo, ocupação atual, área de atuação, titulação, tempo de formação, participação em grupo de pesquisa e produção científica) e a segunda abordava a questão aberta “O que deve ser orientado ao paciente sobre a cirurgia bariátrica? Quais são os cuidados no perioperatório?” (APÊNDICE I). Após a devolução dos instrumentos da primeira rodada de opiniões, o pesquisador realizou a contabilização das respostas por meio de um planilhamento das palavras-chave.

Para a análise dos dados, as informações foram categorizadas em palavras-chave de acordo com cada fase do perioperatório e foram tabuladas no Excel e exportadas para o *software* estatístico IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 20 for Windows (IBM Corp. Released 2011. Nova York, USA), para tratamento e geração dos resultados. Os dados foram organizados de acordo com orientações identificadas nos período pré, trans e pós-operatório e foram apresentados em tabelas com frequências absolutas e relativas.

4.5.4 Estrutura da Cartilha Educativa

Na construção de materiais educativos, ressalta-se, desde o início, a necessidade de se descrever, tanto quanto possível, o produto que irá ser desenvolvido. A descrição deve incluir a narração sobre o que é o produto proposto e as modalidades de sua aplicação (RICHARDSON, 2011). A cartilha aborda informações sobre a cirurgia bariátrica, tipos de procedimento, critérios de indicação e contra-indicação, possíveis complicações e os cuidados necessários no perioperatório. Esse conteúdo foi obtido com base nas informações identificadas na revisão integrativa, na análise das informações obtidas nos blogs, nos grupos focais e nas sugestões levantadas pelos juízes através da primeira rodada da técnica Delphi.

Além do conteúdo, outros três aspectos também devem ser considerados: linguagem, ilustração, *layout* e *design*. A linguagem deve ser simples, clara e direta, evitando-se os termos técnicos e frases com ordem sintática inversa, complexas ou longas demais. O conteúdo deve transmitir claramente a informação e/ou orientação para que o público-alvo entenda. Desse modo, evita-se o risco de interpretações errôneas (GARRUD; WOOD; STAINSBY, 2001). Além disso, os materiais educativos destinados à saúde devem ser redigidos em nível compatível a indivíduos com seis anos de escolaridade de forma a abranger e beneficiar um público leitor maior, pois, mesmo pessoas com nível de leitura elevado, compreenderiam melhor as informações de saúde e, conseqüentemente, adotariam comportamentos mais saudáveis (JOHNSON, 1998).

O uso de ilustrações na cartilha foi feito com intuito de ajudar na explicação ou enfatizar pontos e ideias importantes abordadas no texto. Para tal, foram escolhidas figuras de boa qualidade e alta definição, familiares ao público alvo, permitindo que os mesmos se identificassem com a mensagem. Quanto ao *layout* e *design*, foi elaborada uma capa com imagens, cores e texto atrativo que mostre a mensagem principal e o público-alvo. As informações da cartilha foram apresentadas com uma fonte 14, no mínimo, em tópicos e subtópicos, usando recursos, como títulos, subtítulos, negritos e marcadores com o intuito de facilitar a compreensão do leitor (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

4.6 FASE 4: VALIDAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO

A apreciação do material por juízes e pelo público-alvo proporciona informações, sugestões e opiniões sobre a qualidade do material quanto à compreensão, aceitação da mensagem, adequação cultural, estilo, linguagem, apresentação e eficácia, apontando, assim, para possíveis necessidades de reajustes e modificações (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Assim, a cartilha educativa foi submetida ao processo de validação por juízes em cirurgia bariátrica e em designer gráfico e por pacientes que vivenciavam o pré e o pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Para essa etapa de validação, foram utilizados instrumentos de coleta de dados que permitiram a validação de aparência e de conteúdo (APÊNDICES K, N e O), os quais foram adaptados quanto ao conteúdo do estudo de Sousa (2011) que validou um material educativo para orientar os cuidados no pós-operatório da cirurgia ortognática.

Os instrumentos de coleta de dados possuem afirmações sobre o material avaliado e foram elaborados na forma de escala Likert. Nessa abordagem, pede-se que os avaliadores

indiquem até que ponto concordam ou discordam das afirmações. Para cada afirmativa do instrumento foi aceita apenas uma marcação e, para cada resposta, foi atribuído um número de pontos: 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo e 5 - Concordo totalmente. Uma pontuação elevada representa uma avaliação positiva e a soma dos pontos dos itens permite distinguir com clareza as opiniões diferentes (POLIT; BECK, 2011).

Foi considerado Totalmente Adequado, quando o juiz estava totalmente de acordo com afirmação proposta.; Adequado, quando o juiz estava de acordo com afirmação proposta., mas sugeriu alguma correção ou mudança; Não concordo nem discordo, quando não tinha opinião sobre a afirmação proposta; Discordo, quando não estava de acordo com afirmação proposta, e Discordo totalmente quando o juiz não estava de maneira alguma de acordo com a afirmação proposta.

Diante das diversas ferramentas existentes na *internet* para facilitar e auxiliar a realização de pesquisas, os instrumentos de coleta de dados para os juízes foram adaptados para uma versão na internet por meio do Google Docs (www.google.com/docs) (APÊNDICES K e N). Esse software de questionário *online* permitiu a disponibilização dos instrumentos no ambiente virtual e facilitou a correspondência entre pesquisador e participantes, pois os juízes enviavam, pela página criada no ambiente virtual, suas respostas e o pesquisador recebia os dados organizados em uma planilha do Excel.

4.6.1 Validação de Conteúdo com Juízes: Continuação da Técnica Delphi

Os juízes selecionados foram responsáveis pela sugestão de temas para a cartilha e, após a construção da cartilha, pela etapa de validação de conteúdo do material educativo desenvolvido, os quais analisaram o conteúdo e propuseram adequações (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008). Recomenda-se que a validação dos *experts* seja feita por profissionais da área de interesse do construto, pois somente assim a representatividade ou relevância do conteúdo dos itens submetidos à apreciação será realizada de forma eficaz (JOVENTINO, 2010) e, quando realizada por uma equipe multiprofissional, deverá haver o número mínimo de três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Assim, na segunda rodada da técnica Delphi, a primeira versão da cartilha foi submetida à apreciação por parte de juízes de conteúdo. As tecnologias inovadoras devem ser avaliadas para que se possa ter uma real noção do que se está produzindo e o não

cumprimento desta necessidade pode culminar com uma prática profissional estéril, sem que se percebam as falhas e as vantagens do que está sendo realizado (LOPES, 2001).

Foi enviado via *e-mail* uma nova carta-convite convidando o juiz a retomar sua participação na Técnica Delphi, a qual continha o *link* do questionário *online* juntamente com um exemplar da cartilha. Novamente foi estipulado um prazo de 14 dias para a devolução do material encaminhado e lembretes foram enviados dois dias antes do fim do prazo.

O instrumento de coleta de dados continha uma breve explicação sobre seus itens de avaliação, o qual foi dividido em quatro partes: 1 – Dados de identificação; 2 – Avaliação da cartilha por meio das variáveis: objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, ilustrações, *layout*, motivação e cultura. Cada uma dessas variáveis continha subitens com cinco opções de respostas (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente); 3 – Avaliação de cada tópico da cartilha quanto a clareza, a relevância e o grau de relevância (irrelevante, pouco relevante, realmente relevante e muito relevante); 4 – Resultado da avaliação com quatro opções de múltipla escolha: aprovada; aprovada com modificações; reprovada com qualidades e reprovada (APÊNDICE K).

Disponibilizou-se, no final de cada bloco avaliativo e de cada variável, um espaço para os juízes justificarem suas respostas ou proporem sugestões. Os participantes emitiram pareceres e foram realizadas leitura e análise das sugestões de cada um, comparando as suas semelhanças e diferenças. Posteriormente, com base nas evidências observadas na revisão integrativa e na viabilidade técnica, os elaboradores do material educativo definiram quais sugestões seriam acatadas.

Para avaliar a concordância entre os juízes, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), responsável pela mensuração da proporção ou porcentagem de juízes em concordância sobre determinados aspectos do constructo e de seus itens. Ele permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o constructo como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Dessa forma, a obtenção do valor igual ou superior a 0,85 no IVC na segunda rodada da técnica Delphi foi considerado como consenso entre os juízes participantes da validação. Para confirmar a viabilidade estatística do IVC, utilizou-se o teste binomial em que valores de p superiores a 0,05 indicavam que houve uma concordância entre os juízes estatisticamente não inferior a 85%.

Os ajustes sugeridos e considerados pertinentes foram incorporados à tecnologia, a qual foi novamente submetida à avaliação juntamente com um novo instrumento de avaliação. No terceiro *round*, foi enviado a cada juiz uma carta-convite convidando-o para finalizar sua participação na validação e um *feedback* das questões expostas anteriormente com base nas

respostas e nas justificativas dadas pelos outros participantes na rodada anterior juntamente com a nova versão da cartilha. Posteriormente, os dados da terceira rodada foram confrontados a partir do IVC estipulado e da significância estatística do teste binomial em que houve a comparação dos resultados entre a primeira e segunda versão da cartilha. O processo de validação ocorreu entre julho a outubro de 2014 correspondendo à 2ª e 3ª fases da técnica Delphi.

4.6.2 Validação Técnica com Designers Gráficos

Para avaliar a adequação do material construído quanto aos detalhes técnicos referentes aos aspectos como apresentação, ilustração, *layout* e diagramação, considerou-se importante a participação de designers gráficos na validação da cartilha educativa. Assim, foi realizado o contato com um docente do curso de Design gráfico da Universidade Federal do Ceará e solicitou-se que o mesmo pudesse indicar uma lista de potenciais candidatos para participar do processo de avaliação técnica. Foi feito o convite para 37 potenciais juízes, o qual foi aceito por 20 (54%) indivíduos. Entretanto, apenas 11 (55%) enviaram as respostas em tempo hábil.

No quadro 4, observa-se os critérios de seleção estabelecidos para os juízes em designer gráfico. Estes profissionais deveriam ter uma pontuação mínima de três pontos para poder participar, critério esse que também foi adotado no estudo de Barbosa (2008) e Joventino (2013).

Quadro 4 – Critérios de seleção para juízes técnicos da validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.

JUIZ TÉCNICO	Pontuação
Mestrado ou doutorado na área de design	3 pontos
Especialização na área de design	2 pontos
Experiência como docente em disciplinas da área de design	2 pontos
Atuação profissional na área de design	2 pontos
Artigo publicado em periódico indexado na área de design	1 ponto
Participação em grupo de pesquisa que envolva a temática da área de design	1 ponto

Adaptado de Barbosa (2008); Joventino (2013).

Fonte: Barros (2015).

Mediante a posse da lista, os candidatos foram avaliados de acordo com os critérios estabelecidos por intermédio da busca do currículo na Plataforma Lattes. Os candidatos adequados aos critérios do estudo foram convidados por *email* e, aqueles que aceitaram o

convite, receberam uma nova mensagem eletrônica contendo informações sobre o processo de validação, *link* do questionário *online*, uma cópia da cartilha e o TCLE em anexo (APÊNDICE L e M). O prazo estabelecido para a avaliação do material foi de 14 dias e lembretes foram enviados dois dias antes do fim do prazo.

Para a validação técnica, o instrumento de coleta de dados foi dividido em três partes: 1 – Dados de identificação; 2 – Avaliação da cartilha por meio das variáveis estrutura e apresentação, ilustração, *layout*, funcionalidade, usabilidade e eficiência da cartilha. Cada uma dessas variáveis continha subitens com cinco opções de respostas (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente); 3 – Resultado da avaliação com quatro opções de múltipla escolha: aprovada; aprovada com modificações; reprovada com qualidades e reprovada (APÊNDICE N).

Ao final de cada tópico, havia um espaço para os juízes justificarem suas respostas ou proporem sugestões. Após o fim do prazo, com base na análise dos pareceres, foi calculado o IVC de cada item, seus respectivos tópicos e o IVC global da cartilha, respectivamente. O material foi considerado adequado quando houve uma concordância de 80% entre os juízes. Foi realizada também a leitura e análise de cada consideração, as quais foram agrupadas de acordo com suas semelhanças. Com a identificação dos itens com baixo IVC e das modificações solicitadas, a pesquisadora juntamente com sua orientadora definiram quais sugestões seriam acatadas e quais implementações deveriam ser feitas para aprimorar o material.

A cartilha educativa reformulada foi novamente enviada para os juízes via *email* junto com uma carta-convite convidando o participante a reavaliar o material. Novamente foi estipulado um prazo de 14 dias para o retorno dos dados e, com a posse dos resultados, foi feita a análise das avaliações a partir do IVC.

4.6.3 Validação de Aparência com a População-alvo

Após a construção e validação da cartilha pelos juízes de conteúdo e técnicos, houve também a avaliação do material pelos pacientes que estão no pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica, a fim de analisar a aparência da cartilha. A análise de aparência tem a finalidade de verificar se o material é compreensível aos membros da população à qual se destina (MOURA et al., 2008) e deve ser realizada com um grupo de seis a vinte sujeitos (ALEXANDRE; COLUCCI, 2011).

A população-alvo foi composta pelos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará e a amostra foi escolhida por conveniência. Os critérios de inclusão foram: a) estar cadastrado no programa de obesidade da instituição em estudo; b) estar vivenciando o pré-operatório ou pós-operatório; c) ser alfabetizado; d) ter idade igual ou superior a 18 anos; e) ter disponibilidade de tempo para participar da avaliação da cartilha. O critério de exclusão adotado foi indivíduos que possuíam alguma limitação física ou mental de modo a comprometer a sua participação na avaliação da cartilha educativa. Assim, foram selecionados 48 pacientes do pré-operatório e 23 do pós-operatório, os quais compareceram às consultas ambulatoriais no período de novembro de 2014.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa (APÊNDICE P) e, após o aceite, foi solicitada a assinatura do TCLE para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE Q). Foram assegurados a privacidade e o anonimato dos participantes, a liberdade do sujeito de recusar a participar ou retirar o seu consentimento no momento em que desejar, sem penalização alguma.

Apesar de a literatura recomendar que o ideal para a avaliação de uma tecnologia educativa é disponibilizar o material ao paciente e, após 15 dias, aplicar o instrumento de avaliação (LOPES, 2012), considerou-se ser importante ter uma primeira avaliação da população-alvo sobre a cartilha educativa construída. Assim, a coleta de dados foi feita em um único dia na instituição em estudo e solicitou-se ao hospital uma sala com o intuito de deixar os pacientes confortáveis durante a leitura e avaliação da cartilha.

O material foi impresso e fornecido um exemplar para o participante juntamente com a carta-convite e o instrumento de coleta de dados (APÊNDICES O e P). Enquanto os pacientes realizavam a leitura e avaliação do material, a pesquisadora se manteve distante com o intuito de proporcionar maior liberdade na escolha das suas respostas. Durante todo o período, a pesquisadora colocou-se disponível na sala para esclarecer as dúvidas que poderiam ocorrer quanto ao conteúdo da cartilha ou preenchimento do instrumento. Vale ressaltar também que não foi estipulado tempo para a leitura do material, sendo respeitado o tempo de cada indivíduo.

Ao final da leitura, cada paciente respondeu ao instrumento de avaliação da tecnologia educativa, o qual foi dividido em quatro partes (APÊNDICE O). A primeira parte continha a caracterização clínico-epidemiológica (idade, sexo, estado civil, procedência, peso, altura, IMC e presença de comorbidades). A segunda parte abordava os itens avaliativos da cartilha educativa (objetivos, organização, linguagem, aparência e motivação). A terceira continha a avaliação da cartilha quanto à clareza, à relevância e ao grau de relevância (irrelevante, pouco

relevante, realmente relevante e muito relevante). Por último, havia o resultado da avaliação com quatro opções de resposta: aprovada; aprovada com modificações; reprovada com qualidades e reprovada.

4.6.4 Teste dos Instrumentos de Validação

O teste-piloto é fortemente recomendado para estudos que envolvem novos instrumentos, pois permite que o pesquisador planeje o estudo de maneira muito melhor e economize tempo. Além de detectar os problemas e proporcionar alterações adequadas antes do início do estudo principal (HULLEY et al., 2008). Para esse estudo, realizou-se a validação dos guias temáticos dos grupos focais, dos instrumentos da técnica Delphi com juízes em cirurgia bariátrica, do instrumento de validação dos juízes técnicos e do instrumento de validação dos pacientes.

Os guias dos grupos focais foram submetidos à validação por dois grupos: o primeiro com juízes em cirurgia bariátrica e o segundo com juízes em tecnologias e validação de instrumentos. Assim, cada grupo contou com a participação de três *experts*, os quais sugeriram algumas mudanças, as quais foram acatadas.

Antes do início da técnica Delphi, há a necessidade da elaboração, validação e teste prévio do questionário que será aplicado com os juízes de conteúdo durante as rodadas da técnica para confirmar a compreensão dos instrumentos. Assim, recomenda-se que seja enviado à outros juízes, os quais não fazem parte da técnica Delphi, para realizar a validação de conteúdo e de aparência com o intuito de identificar fragilidades e lacunas existentes e corrigi-las antes da coleta de dados definitiva (SCARPARO et al., 2012).

Nessa perspectiva, com o intuito de avaliar a confiabilidade do instrumento de coleta de dados e verificar se há necessidade de questões serem retiradas e/ou acrescentadas, os instrumentos de coleta de dados da 1ª e 2ª fase da técnica Delphi e da validação com técnicos foram avaliados por três juízes, os quais eram profissionais da área da saúde, com experiência em pesquisa e na temática de tecnologias educativas. No instrumento da 1ª fase da técnica Delphi, não houve nenhuma consideração, tornando-o adequado para ser utilizado. Já no da 2ª fase da técnica Delphi e no dos designers, os juízes sugeriram mudanças nas afirmações dos itens, as quais foram acatadas e alteradas no instrumento.

Anteriormente à validação de aparência, foi também realizado outro teste com três pacientes que se encontravam no pré-operatório e três do pós-operatório com o objetivo de verificar a compreensão do instrumento de avaliação do material pela população-alvo. Os

participantes solicitaram a modificação dos termos: “anos de instrução”; “comorbidades”; “dislipidemia” e “osteoartrite”.

4.6.5 Análise dos Dados da Validação da Cartilha Educativa

A análise dos dados consistiu em organizar as contribuições dadas por cada juiz em cirurgia bariátrica e em designer gráfico e pelos pacientes. Os dados dos instrumentos preenchidos foram avaliados individualmente e organizados na forma de quadros para melhor compreensão dos resultados. Os dados de identificação dos juízes e os dados clínico-epidemiológicos dos pacientes do pré e pós-operatório foram compilados no Excel e tratados a partir da estatística descritiva, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (médias, medianas e desvio padrão).

O IVC pode ser calculado a partir da média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens da escala (S-CVI/Ave), proporção de itens de uma escala que atinge escores “3” e “4” por todos os juízes (S-CVI/UA) e validade de conteúdo dos itens individuais (I-CVI) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Conforme estudo de Lopes (2013), o IVC foi calculado a partir da média do número de respostas “4” e “5” selecionadas pelos juízes, que representavam as respostas “concordo” e “concordo totalmente”. Utilizou-se a fórmula proposta no estudo de Alexandre e Coluci (2011):

- **Validade de conteúdo dos itens individuais (I-CVI)**

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas “4” e “5”}}{\text{número total de respostas}}$$

- **Validade de conteúdo de cada variável (S-CVI/UA)**

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas “4” e “5”}}{\text{número total de respostas} \times \text{número de itens na variável}}$$

- **Validade de conteúdo para todos os itens da escala (S-CVI/Ave)**

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas “4” e “5”}}{\text{número total de respostas} \times \text{número total de itens}}$$

Para verificar a validade da cartilha educativa quanto ao conteúdo, optou-se pelo valor de concordância mínima de 85% entre os juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2011). Em relação à validade de aparência, a cartilha foi considerada como clara e compreensível ao obter uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes em designer

gráfico e 70% entre os pacientes, critério esse utilizado por Joventino (2010), a qual se embasou no estudo de Pupulim (2009) que refere que essa condição pode variar de 70% a 80%.

Para a tabulação dos dados, as respostas concedidas pelos juízes e pacientes foram agrupadas de forma dicotômica em que os itens "1", "2" e "3" foram classificados como inadequado; já os itens "4" e "5" foram considerados como adequado. Os dados coletados foram compilados no Excel para posteriormente serem tratados a partir das frequências absolutas e relativas, das medidas descritivas (médias, medianas e desvio padrão) e pelo teste binomial. Para tanto, utilizou-se o *software* IBM SPSS Statistics versão 20 (Nova York, USA, 2011). O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados na seguinte sequência:

- 1) Revisão integrativa sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica;
- 2) Análise da pesquisa em *blogs* sobre a busca de informações por internautas sobre cirurgia bariátrica;
- 3) Informações obtidas nos grupos focais com pacientes do pré e pós-operatório;
- 4) Opinião dos juízes em cirurgia bariátrica sobre a construção da cartilha – 1ª Fase técnica Delphi
- 5) Construção da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica;
- 6) Validação do conteúdo da cartilha com juízes em cirurgia bariátrica – 2ª e 3ª Fase da técnica Delphi;
- 7) Validação da aparência da cartilha com juízes em designer gráfico;
- 8) Validação da aparência da cartilha com a população-alvo.

1) RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

Foram selecionados 17 estudos que fundamentaram a construção da cartilha educativa baseada em evidências científicas. Os dados compilados contemplam a caracterização dos estudos, as implicações de cada artigo para a prática e os cuidados no período perioperatório.

A seguir, será apresentado o quadro com a caracterização dos estudos.

Quadro 5 – Distribuição dos artigos conforme título, autoria, categoria profissional, ano, país, idioma, nome do periódico, tipo de estudo e nível de evidência. Fortaleza, 2015.

Nº	Título	Autores	Categoria Profissional do Autor	Ano	País/ Idioma	Periódico	Tipo de Estudo	NE*
1	Bariatric weight loss surgery: patient education, preparation and follow-up.	GARZA, S. F.	Enfermeiro	2003	EUA- Inglês	Critical Care Nursing Quarterly	Descritivo	VI
2	Complications of weight loss surgery: implications for critical care nursing.	HANSON, H.	Enfermeiro	2004	EUA- Inglês	Critical Care Nursing Clinics of North America	Descritivo	VI
3	Obesity: a rapidly expanding challenge.	BLACKWOOD, B. S.	Enfermeiro	2004	EUA- Inglês	Nursing Manage	Descritivo	VI
4	Taking the weight off with bariatric surgery.	GALLAGHER, S.	Enfermeiro	2004	EUA- Inglês	Nursing	Descritivo	VI
5	The state of the art in bariatric surgery for weight loss in the	HAMMAD, G. G.	Médico	2004	EUA- Inglês	Clinics in Plastic Surgery	Descritivo	VI

	morbidly obese patient.							
6	Help your patient downsize with bariatric surgery.	BLACKWOOD B. S.	Enfermeiro	2005	EUA- Inglês	Nursing	Descritivo	VI
7	Nursing care of the person having bariatric surgery.	GRINDEL, M. E.; GRINDEL, C. G.	Enfermeiro	2006	EUA- Inglês	Medsurgical Nursing	Descritivo	VI
8	Obesity and Considerations in the Bariatric Surgery Patient.	TAKAHASHI, A. M.	Médico	2007	EUA- Inglês	Clinics in Podiatric Medicine and Surgery	Descritivo	VI
9	Preoperative Assessment and Perioperative Care of Patients Undergoing Bariatric Surgery.	KURUBA, R.; KOCHE, L. S.; MURR, M. M.	Médico	2007	EUA- Inglês	Bariatric Surgery Primer for the Internist	Descritivo	VI
10	Perioperative Nursing Care of the Bariatric Surgical Patient.	IDE, P.; FARBER, E. S.; LAUTZ, D. B.	Enfermeiro e médico	2008	EUA- Inglês	AORN Journal	Descritivo	VI
11	Recognition and management of complications following Roux-en-Y gastric bypass: a guide for health care workers in non-bariatric hospitals.	CLUTTS, B. J.	Enfermeiro	2009	EUA- Inglês	Medsurgical Nursing	Descritivo	VI
12	Management of the metabolic/bariatric surgery patient.	BUCHWALD, H. et al.	Médico	2011	EUA- Inglês	The American Journal of Medicine	Descritivo	VI
13	Presurgical Evaluation and Postoperative Care for the Bariatric Patient.	TARIQ, N.; CHAND, B.	Médico	2011	EUA- Inglês	Gastrointes- tinal Endoscopy Clinics of North America	Descritivo	VI
14	Bariatric surgery: an overview.	GREEN, N.	Enfermeiro	2012	Reino Unido- Inglês	Nursing Standard	Descritivo	VI
15	Optimizing perioperative care in bariatric surgery patients.	LEMANU, D. P. et al.	Médico	2012	Nova Zelândia- Inglês	Obesity Surgery	Revisão da literatura	V
16	Outcomes and Complications After Bariatric Surgery.	GAGNON, L. E.; SHEFF, E. J. K.	Enfermeiro	2012	EUA- Inglês	The American Journal of Nursing	Descritivo	VI
17	Implementing a bariatric surgery program.	IDE, P.; FITZGERALD- O'SHEA, C.; LAUTZ, D. B.	Enfermeiro s e médico	2013	EUA- Inglês	AORN Journal	Descritivo	VI

*NE = Nível de evidência.

Fonte: Barros (2015).

Conforme o quadro 5, observou-se o interesse de enfermeiros em produzir conhecimento nessa temática para subsidiar sua prática clínica tendo em vista que 53% (9)

dos artigos foram desenvolvidos por enfermeiros, 35,3% (6) por médicos e 11,7% (2) por enfermeiros juntamente com médicos. As publicações ocorreram no período de 2003 a 2013, sendo a maioria nos anos de 2004, 2007 e 2012.

Todos os artigos foram publicados em inglês e foram originários dos Estados Unidos da América (88,2% - 15), Reino Unido (5,9% - 1) e Nova Zelândia (5,9% - 1). Com relação ao tipo de periódico, 64,7% (11) eram revistas de enfermagem, 17,6% (3) de obesidade e cirurgia bariátrica, 11,7% (2) de medicina e 5,9% (1) de cirurgia plástica (Quadro 5).

Quanto ao delineamento dos estudos, houve destaque para o estudo de natureza descritiva com nível de evidência VI (94,1% - 16) seguido de estudo de revisão da literatura (5,9% - 1) com nível de evidência V. Não houve evidências clínicas muito fortes tendo em vista que as melhores evidências são provenientes de metanálise/revisões sistemáticas de estudos clínicos controlados e com randomização e de ensaios clínicos bem delineados e randomizados (Quadro 5).

No Quadro 6, apresenta-se os objetivos e as implicações para a prática mediante a análise dos estudos selecionados.

Quadro 6 – Distribuição dos artigos de acordo com os objetivos e implicações para a prática. Fortaleza, 2015.

Nº	Objetivo	Implicações para a Prática
1	Destacar a importância da educação no preparo do paciente para a cirurgia bariátrica.	Optar pela cirurgia bariátrica não é uma decisão fácil. Esse tratamento exige um comprometimento do paciente por toda a vida e a educação é a chave para ajudar esses indivíduos a alcançarem um completo bem-estar e otimizarem seu estado de saúde.
2	Aprofundar os conhecimentos dos enfermeiros sobre a cirurgia bariátrica e suas possíveis complicações.	Devido ao aumento do número de procedimentos, destaca a necessidade dos enfermeiros terem conhecimento sobre o procedimento cirúrgico, possíveis complicações pós-operatórias e escolha de intervenções que atendam à população.
3	Descrever as opções de tratamento e os cuidados no perioperatório pela equipe de enfermagem.	Para a prestação de um cuidado de qualidade e humanizado, os enfermeiros devem ter compreensão sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados necessários no pós-operatório. Pacientes obesos necessitam de uma gestão de cuidados mais complexa, pois eles estão mais propensos a desenvolverem complicações.
4	Apresentar considerações sobre a obesidade, o tratamento cirúrgico e a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente.	O enfermeiro, ao compreender o seu papel na equipe de cirurgia bariátrica, pode contribuir para o alcance dos objetivos dos pacientes que se submetem ao procedimento cirúrgico, orientando sobre os cuidados no pré e pós-operatório.
5	Explorar as necessidades de cuidados no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.	A cirurgia bariátrica é um método seguro e eficaz para a perda de peso duradoura e uma seleção cuidadosa de pacientes com orientações pré-operatórias e acompanhamento no pós-operatório são essenciais para a

		obtenção de bons resultados.
6	Descrever as implicações de enfermagem para atendimento de pacientes do pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica.	É importante tornar o paciente ativo durante o plano de cuidados, principalmente no pós-operatório imediato. O enfermeiro pode ajudar esse indivíduo ao esclarecer os benefícios do procedimento cirúrgico, as técnicas utilizadas e o cuidado no perioperatório, sendo necessário enfatizar a importância do acompanhamento para a manutenção de um estilo de vida saudável.
7	Apresentar os cuidados de enfermagem ao candidato à cirurgia bariátrica.	Durante todo o perioperatório, paciente, familiar e enfermeiro devem ter oportunidades para a educação em saúde. O enfermeiro pode servir como uma fonte de informação e resolução de dúvidas, o que permite o acompanhamento do progresso do paciente e a adesão às condutas do tratamento cirúrgico.
8	Orientar mudanças nos padrões atuais da prática para melhor atender as necessidades de pacientes da cirurgia bariátrica.	Vários procedimentos bariátricos estão agora disponíveis para indivíduos obesos que estão dispostos a fazer um compromisso de vida para a sua saúde. É necessário que indivíduos candidatos à cirurgia estejam motivados com as mudanças necessárias no estilo de vida. Cabe ao profissional educar o paciente para que ele entenda a cirurgia como um tratamento e não como uma “solução rápida” para a perda de peso.
9	Descrever a avaliação e preparação pré-operatória de candidatos à cirurgia bariátrica e cuidados no perioperatório.	Os profissionais de saúde devem buscar conhecimento sobre a cirurgia bariátrica e suas implicações tendo em vista que resultados bem sucedidos são alcançados a partir de uma avaliação pré-operatória eficaz e o acompanhamento no pós-operatório.
10	Revisar a literatura publicada e as tendências na prática para o preparo pré-operatório e avaliação de candidatos à cirurgia bariátrica.	Tanto o paciente como o profissional devem estar informados sobre a cirurgia bariátrica, os riscos e as complicações. É importante que, durante o acompanhamento no pós-operatório, hábitos saudáveis sejam orientados e reforçados.
11	Descrever como cuidar do paciente antes e após a cirurgia bariátrica.	O enfermeiro deve conhecer o paciente e elaborar um plano de cuidados adequado e eficaz que possibilite o aumento da qualidade de vida do indivíduo e minimize a ocorrência de complicações após a cirurgia.
12	Orientar sobre a gestão do paciente no perioperatório da cirurgia bariátrica.	Os profissionais devem buscar a educação continuada para aumentar o conhecimento sobre a obesidade e a cirurgia bariátrica e o seu impacto no metabolismo do indivíduo. O acompanhamento no pós-operatório é fundamental para a avaliação da melhora das condições clínicas e a evolução do peso.
13	Orientar sobre o procedimento cirúrgico, as complicações comumente as intervenções.	O profissional de saúde deve ajudar o paciente a entender que a cirurgia bariátrica não é como uma dieta, mas sim um novo estilo de vida, não só para si como também para sua família e amigos, sendo importante a adoção de hábitos saudáveis, o comprometimento com o tratamento e o acompanhamento no pós-operatório.
14	Discutir sobre o papel do enfermeiro na avaliação pré-operatória e cuidados pós-operatórios e estratégias para garantir resultados e para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.	Pacientes candidatos à bariátrica cirurgia devem ser preparados para o procedimento e possíveis complicações. O enfermeiro deve orientar sobre as mudanças comportamentais necessárias de modo a sensibilizar o indivíduo sobre a importância das escolhas saudáveis ao seu novo estilo de vida com o intuito de garantir resultados e uma melhor qualidade de vida.
15	Revisar a literatura existente sobre cuidados perioperatórios baseados em evidências que podem ser incluídos em um protocolo para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.	O cuidado perioperatório de cirurgia bariátrica exige uma abordagem multiprofissional a fim de otimizar a recuperação e resultados a longo prazo. O uso de protocolos multiprofissionais permite padronização dos cuidados perioperatórios, o que influencia na melhora do paciente em

		tempo mais hábil.
16	Descrever os procedimentos mais comuns, as complicações da cirurgia bariátrica e os cuidados de enfermagem no atendimento ao paciente no pré e pós-operatório.	Diante da epidemia da obesidade, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento sobre o procedimento, os cuidados necessários e as possíveis complicações.
17	Apresentar as implicações na implementação de um programa de cirurgia bariátrica.	Os melhores resultados são alcançados quando é fornecida ao paciente uma combinação de estratégias que envolvem a orientação dietética, a prática de atividade física, o acompanhamento com a equipe multiprofissional e a participação em grupos de apoio.

Fonte: Barros (2015).

Verificou-se que a maioria dos estudos tinha como intuito contribuir para o aumento do conhecimento do enfermeiro sobre a obesidade, a cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório. Uma maior qualificação do profissional de saúde, com destaque para a área da enfermagem, implica em uma assistência mais eficaz em que o paciente é atendido de acordo com suas necessidades e é capacitado para a tomada de decisão sobre o tratamento e a realização do autocuidado em todo o processo do perioperatório. É imperativo destacar também que os artigos inferem a importância da educação do paciente para o alcance de bons resultados ao longo do pós-operatório e a prevenção de complicações com a obtenção de um maior bem-estar e uma melhor qualidade de vida (Quadro 6).

Sequencialmente, apresenta-se os quadros 7, 8, 9, 10 e 11 com os cuidados durante o perioperatório da cirurgia bariátrica identificados nos artigos, os quais foram listados e agrupados de acordo com cada fase do perioperatório e disponibilizados em categorias.

Quadro 7 – O papel da equipe multiprofissional na avaliação pré-operatória e indicação da cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

CATEGORIA: Acompanhamento com a equipe multiprofissional na avaliação pré-operatória.	ARTIGOS
Realizar a avaliação pré-operatória com equipe multiprofissional.	1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17
Avaliar as indicações e contra-indicações para o tratamento cirúrgico.	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9
Educar o paciente e seu sistema de apoio sobre as opções de tratamento e os riscos e definir expectativas realistas.	1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17
Avaliar o entendimento e o comprometimento com as mudanças comportamentais.	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17
Avaliar a capacidade de autocuidado do indivíduo.	10, 14

Avaliar se o paciente tem uma rede de apoio adequada.	8, 14
Permitir a participação do paciente na escolha da técnica cirúrgica.	7, 8, 9, 12
Fornecer apoio e aconselhamento sobre a decisão de realizar o procedimento.	1, 2, 4, 8, 9, 14
Discutir metas realistas de perda de peso.	1, 4, 8, 9, 12, 16
Identificar e discutir as necessidades de suporte psicológico.	1, 3, 7, 9, 10, 12, 16
Identificar o histórico de vida, as condições atuais, situações de estresse, relações familiares e experiências na infância.	2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 13
Mostrar-se disponível para esclarecimento de possíveis dúvidas.	1, 2, 3, 4, 10
Disponibilizar-se a ouvir o paciente.	3, 10, 14, 16
Encorajar a participação em reuniões e grupos de apoio.	2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 17
Estimular o paciente a buscar outras fontes de informação sobre a cirurgia.	10,14
Utilizar recursos educacionais (impressos, mídias ou internet) para fornecer orientações sobre a cirurgia e os cuidados necessários.	1

Fonte: Barros (2015).

A partir da análise do papel da equipe multiprofissional junto ao paciente e sua família, é necessário que a avaliação pré-operatória contemple, principalmente, os seguintes aspectos: análise das indicações e contraindicações para o tratamento cirúrgico; educação do paciente e seu sistema de apoio sobre as opções de tratamento e os riscos e definição de expectativas realistas; avaliação do entendimento e o comprometimento com as mudanças comportamentais; fornecimento de apoio e aconselhamento sobre a decisão de realizar o procedimento; discussão de metas realistas de perda de peso; identificação das necessidades de suporte psicológico; identificação do histórico de vida, das condições atuais, das situações de estresse, das relações familiares e das experiências na infância e estimulação na participação em reuniões e grupos de apoio (Quadro 7).

Quadro 8 – Orientações sobre os cuidados antes da cirurgia bariátrica e o preparo pré-operatório. Fortaleza, 2015.

CATEGORIA: Cuidados no pré-operatório da cirurgia bariátrica.	ARTIGOS
Avaliar o estado nutricional e realizar educação sobre alimentação saudável, tamanho das porções, mastigação e hidratação.	1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17

Orientar a perda de peso pré-operatória.	1, 2, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15
Informar sobre o cumprimento da dieta líquida pré-operatória 2 semanas antes da cirurgia.	10, 14
Estimular a prática de atividade física.	8, 15
Orientar a cessação do tabagismo 6 a 8 semanas antes da cirurgia.	1, 2, 4, 7, 8, 10, 14, 15
Orientar a cessação do etilismo 4 a 6 semanas antes da cirurgia.	15
Orientar sobre a mudança do anticoncepcional no pós-operatório, caso seja pílula.	3, 4, 6, 10, 14, 17
Orientar as mulheres sobre a cessação do uso de pílulas anticoncepcionais pelo menos 3 semanas antes da cirurgia.	2, 8
Orientar os exercícios pré-operatórios para otimizar a função cardio-respiratória.	7, 15
Tratar as comorbidades e ajustar a medicação para o pós-operatório.	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 17
Solicitar exames pré-operatórios.	1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17
Avaliar a presença de <i>H. Pylori</i> e otimizar seu tratamento, caso positivo.	8, 9, 10, 12, 13, 14
Avaliar o estado de saúde e a realização de exames preventivos (Papanicolaou e mamografia).	1, 2, 5
Avaliar o cartão de vacinas e agendar as vacinas em atraso.	1, 2
Preparar o paciente para as mudanças físicas e comportamentais induzidas pela cirurgia bariátrica.	4, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17
Solicitar o preenchimento do teste de entendimento e termo de consentimento no fim do preparo pré-operatório.	1, 9

Fonte: Barros (2015).

A partir da escolha da cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade, o paciente deve ser orientado sobre os cuidados pré-operatórios necessários. Destaca-se como principais cuidados identificados nos artigos selecionados: a avaliação do estado nutricional e a educação sobre alimentação saudável, tamanho das porções, mastigação e hidratação; a solicitação de exames pré-operatórios, o tratamento de comorbidades e o ajuste da medicação para o pós-operatório; a avaliação da presença de *H. Pylori* e a otimização do seu tratamento, caso positivo; o preparo do paciente para as mudanças físicas e comportamentais induzidas pela cirurgia bariátrica; a orientação sobre a perda de peso pré-operatória; a cessação do

tabagismo 6 a 8 semanas antes da cirurgia e a mudança do anticoncepcional no pós-operatório, caso seja pílula (Quadro 8).

Quadro 9 – Cuidados ao paciente durante a internação hospitalar para realizar a cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

CATEGORIA: Orientações para o pré-operatório imediato.	ARTIGOS
Fornecer informações sobre a internação hospitalar e centro cirúrgico.	1
Coletar as informações para o histórico de enfermagem e realizar o exame físico completo no momento da admissão hospitalar.	3, 4, 10, 11, 16
Realizar a visita pré-operatória para reforçar as informações.	7, 10, 11, 15
Iniciar a trombopprofilaxia.	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16
Orientar a cessação do uso de hipoglicemiantes e insulina.	8, 9, 10
Orientar o jejumpré-operatório de 8 a 10 horas.	5, 15
Informar sobre a possibilidade de internação na Unidade de Terapia Intensiva.	1
Orientar sobre a monitorização dos sinais vitais e uso de procedimentos invasivos.	1, 3, 6, 16
Orientar sobre a necessidade de utilizar drenos após a cirurgia durante o pós-operatório imediato.	3, 6, 16
Disponibilizar informações sobre as opções de manejo da dor.	1, 3, 4, 6, 7, 14, 16
Orientar sobre as complicações que podem ocorrer no pós-operatório.	1, 2, 10, 11, 12, 13, 14

Fonte: Barros (2015).

No momento da internação hospitalar, os principais cuidados para o pré-operatório imediato são: coletar de informações para o histórico de enfermagem e realizar o exame físico completo no momento da admissão hospitalar; realizar a visita pré-operatória para reforçar as informações; iniciar a trombopprofilaxia e orientar sobre a monitorização dos sinais vitais e procedimentos invasivos, manejo da dor e as complicações que podem ocorrer no pós-operatório (Quadro 9).

Quadro 10 – Cuidados ao paciente submetido à cirurgia bariátrica durante o pós-operatório imediato. Fortaleza, 2015.

CATEGORIA: Otimizando uma melhor recuperação no pós-operatório imediato.	ARTIGOS
Informar sobre as dores causadas pelo CO ₂ utilizado durante a cirurgia.	3, 6
Administrar medicamentos para dor.	3, 4, 6, 7, 10, 14, 16
Orientar sobre a ocorrência de náuseas e vômitos no pós-operatório imediato.	7, 16
Administrar antieméticos.	8, 10, 15
Monitorizar o paciente: sinais vitais e saturação de oxigênio.	5, 7, 14, 16
Continuar com a trombopprofilaxia (meias compressivas e medicação anticoagulante).	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16
Ensinar exercícios motores.	4, 7, 11
Estimular a deambulação precoce.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 16
Otimizar a função pulmonar com exercícios: espirometria de incentivo, respiração profunda e tosse.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 16
Orientar sobre o uso da tala durante os exercícios de tosse e respiração profunda.	3, 4, 16
Utilizar uma cinta abdominal.	4, 6, 7
Manter a cabeceira elevada a 30° para diminuir a pressão abdominal.	3, 4, 6, 13, 14
Orientar sobre a evolução da dieta e os cuidados em cada fase.	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 16, 17
Ensinar a saborear os líquidos e ingerir em pequenos goles.	6, 7
Alertar sobre o risco de desidratação.	7, 8
Orientar sobre as mudanças no hábito intestinal.	1, 7
Realizar a curva glicêmica em pacientes diabéticos para detectar precocemente hipo ou hiperglicemia.	5, 7, 8, 16
Orientar sobre o uso do dreno e os cuidados necessários (avaliação da cor, consistência e odor do líquido secretado).	3, 6, 7, 8, 16
Orientar sobre os cuidados com a ferida operatória.	3, 4, 6, 7, 16
Orientar sobre as cicatrizes.	7
Orientar sobre sinais e sintomas de complicações.	1, 2, 4, 6, 10, 12, 14, 16

Fornecer orientações verbais e impressas específicas para o cuidado após a alta sobre o retorno às atividades, progressão da dieta, escolhas alimentares adequadas, informações sobre vitaminas, a importância da hidratação, medicamentos, cuidados pós-operatórios e sinais e sintomas que indicam complicações.	1, 3, 6, 7, 16
--	----------------

Fonte: Barros (2015).

Para o pós-operatório imediato, destaca-se como cuidados ao paciente em recuperação: a administração de medicamentos para dor; a trombopprofilaxia (meias compressivas e medicamento anticoagulante); o estímulo para a deambulação precoce; a otimização da função pulmonar com exercícios: espirometria de incentivo, respiração profunda e tosse; a manutenção da cabeceira elevada a 30° para diminuir a pressão abdominal; o alerta sobre sinais e sintomas de complicações que devem ser comunicadas à equipe e a orientação sobre a evolução da dieta e os cuidados em cada fase (Quadro 10).

Quadro 11 – Cuidados ao paciente submetido à cirurgia bariátrica durante o pós-operatório domiciliar e tardio. Fortaleza, 2015.

CATEGORIA: Orientações para o pós-operatório domiciliar e tardio.	ARTIGOS
Orientar sobre o retorno às atividades.	1,3
Orientar sobre a tomada de medicamentos.	1, 3, 4, 7, 8, 10, 14
Reforçar a importância do acompanhamento no pós-operatório.	1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 16, 17
Orientar sobre a evolução da dieta e os cuidados em cada fase.	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 16, 17
Incentivar a ingestão de líquidos para evitar desidratação.	1, 3, 4, 7, 10, 13, 14
Avaliar a intolerância a alimentos.	8, 13, 14
Avaliar a ocorrência de deficiências nutricionais.	7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17
Solicitar exames laboratoriais.	5, 12, 17
Fornecer orientações sobre o seguimento da dieta alimentar para a prevenção de deficiências nutricionais.	2, 6, 9, 10, 13, 14, 15
Orientar sobre a suplementação vitamínica.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17
Evitar o consumo de bebidas alcoólicas.	10

Encorajar a participação em reuniões e grupos de apoio.	1, 3, 5, 6, 7, 16
Estimular a adoção de hábitos saudáveis.	1, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17
Alertar sobre a possibilidade de reganho de peso.	7, 10, 13, 14, 17
Orientar sobre a importância e os benefícios da atividade física.	3, 6, 7, 17
Estimular a prática de atividade física pelo menos 30 minutos diariamente.	5, 7, 13, 16
Ensinar os cuidados com a pele para evitar dermatites, principalmente nas áreas com dobras cutâneas.	3, 6, 7, 11, 16
Orientar sobre o excesso de pele e a flacidez e a necessidade de cirurgias reparadoras.	4, 7, 8, 11, 12, 14, 16, 17
Orientar sobre o período ideal para engravidar e os cuidados durante a gestação e lactação.	3, 6, 10, 11, 14, 17
Avaliar ocorrência de complicações.	10
Alertar sobre o possível surgimento de hipoglicemia.	12, 14, 16
Ensinar estratégias para evitar Síndrome de <i>Dumping</i> .	4, 6, 12, 14, 16
Educar o paciente para que ele alcance uma melhor qualidade de vida como resultado do excesso de peso eliminado com a cirurgia bariátrica.	1, 4

Fonte: Barros (2015).

Durante o acompanhamento no pós-operatório, é fundamental que o profissional de saúde reforce as orientações sobre o acompanhamento no pós-operatório; a evolução da dieta e os cuidados em cada fase; a ingestão de líquidos para evitar desidratação; a ocorrência de deficiências nutricionais; a suplementação vitamínica; a adoção de hábitos saudáveis; o excesso de pele e a flacidez e a necessidade de cirurgias reparadoras e o período ideal para engravidar e os cuidados durante a gestação e lactação (Quadro 11).

Diante da apresentação dos resultados obtidos com a análise dos estudos selecionados para a revisão integrativa, fica notório o papel de cada profissional da equipe de cirurgia bariátrica na orientação e educação do paciente sobre as implicações do procedimento cirúrgico e os cuidados necessários em cada fase do perioperatório com o intuito de possibilitar uma melhor vivência de cada etapa do tratamento.

2) RESULTADOS DA PESQUISA EM *BLOGS*

Atualmente, uma das maneiras mais rápidas de se manter informado é o acesso ao site “Google”, ambiente de navegação para a busca imediata de assuntos variados. Entretanto, além dos sites de pesquisa, temos o *blog* como outra opção de difundir determinadas informações em virtude da sua facilidade e gratuidade para troca de experiências e esclarecimentos de dúvidas. Ademais, esta ferramenta promove uma superexposição do indivíduo e sua realidade como forma de incentivar os demais a aderirem à troca de informações no ambiente virtual.

Diante dessa realidade, optou-se por realizar uma pesquisa em *blogs* construídos por pacientes para verificar quais os principais assuntos abordados e as dúvidas tendo em vista que a procura pela cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade é algo cada vez mais comum. Foram analisados 11 *blogs* de pacientes que já haviam se submetido ao procedimento, os quais tinham como objetivo informar e compartilhar sobre o processo para a realização da cirurgia; os cuidados no perioperatório; as dicas sobre as fases da alimentação e receitas; as mudanças físicas decorrentes da perda de peso e as conquistas diárias no pós-operatório.

Dos 11 *blogs*, nove (81,8%) foram criados por mulheres e dois (18,2%) por homens. Observou-se que os *blogs* elaborados por homens apresentavam publicações com maior rigor científico, as quais são retiradas de revistas ou artigos divulgados na internet, enquanto os *blogs* femininos abordavam o dia a dia de mulheres que estão fazendo o tratamento da obesidade a partir da cirurgia bariátrica, os quais apresentavam informações, na maioria dos casos, provenientes da equipe multiprofissional que as acompanhavam.

Quanto à cidade dos autores dos *blogs*, cinco (45,3%) eram de São Paulo, quatro (36,3%) do Rio Grande do Sul, um (9,1%) de Pernambuco e um (9,1%) do Rio Grande do Norte. Quanto ao ano de criação, quatro (36,3%) foram criados em 2012, três (36,3%) em 2011 e dois (18,2%) em 2008 e 2009, respectivamente. Destes, apenas oito (72,7%) permaneciam com atualização semanal. Os dois *blogs* criados em 2008 e um em 2009 ficaram inativos pouco tempo após sua criação.

Todos os *blogs* em estudo apresentavam uma média de 127 seguidores com uma variância entre 6 a 433 seguidores. Com relação ao número de acesso, os *blogs* apresentaram uma média de 49.371 acessos até o momento da coleta dos dados com o mínimo de 175 acessos e o máximo de 240.836. Quanto ao número de publicações, foram feitos 993

postagens ao total em todos os *blogs*. O contato para retirada de dúvidas, como *email* ou link de redes sociais, estava presente em oito (72,7%) *blogs*.

Os comentários tanto dos autores como dos visitantes dos *blogs* foram selecionados pela pesquisadora e incluídos no estudo caso abordassem alguma dúvida sobre cirurgia bariátrica ou cuidados no perioperatório. Nos 11 *blogs*, foram lidos 10.501 comentários de indivíduos que tinham interesse pelo tema ou estavam no pré ou pós-operatório. Destes, foram selecionados 728 para serem analisados. Após a releitura, restaram 482 comentários, os quais foram agrupados em 67 palavras-chave para, posteriormente, serem codificadas e originarem as categorias.

Para a melhor compreensão da análise dos dados, serão apresentados os temas centrais identificados nos relatos dos internautas em resposta às categorias estabelecidas no estudo. Assim, para melhor visualização e entendimento, os resultados são mostrados em quadros e a análise de conteúdo do material permitiu identificar a presença dos três eixos temáticos (pré, trans e pós-operatório) que originaram as seguintes categorias: 1) “O ambiente virtual e a troca de informações”; 2) “O percurso para a realização da cirurgia bariátrica”; 3) “Internação hospitalar: quais as preocupações?”; 4) “O pós-operatório imediato da cirurgia bariátrica”; 5) “A evolução da dieta e as dificuldades vivenciadas”; 6) “A luta contra a balança: a perda e o reganho de peso”; 7) “O combate à flacidez e a prática de exercícios físicos”; 8) “Alterações fisiológicas após a cirurgia bariátrica”; 9) “Cirurgia bariátrica e o risco de complicações” e 10) “Saúde da mulher: contracepção, gravidez e parto após a cirurgia bariátrica”.

No quadro 12, apresenta-se os temas identificados quanto ao uso do ambiente virtual para a troca de informações sobre o procedimento:

Quadro 12 – Temas centrais da categoria “O ambiente virtual e a troca de informações” da busca em *blogs* sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Tema Central	Relatos
A descoberta dos <i>blogs</i> como uma possibilidade de compartilhar informações	<p><i>“Resolvi criar um blog para passar o tempo e segurar a ansiedade, mas depois vi que esse caminho era excelente, pois me daria a oportunidade de compartilhar informações e receber depoimentos.” (Tulipa)</i></p> <p><i>“É impressionante como nós dos blogs temos situações parecidas, tipo nossos anseios, nossas conquistas, nossas frustrações...” (Gardênia)</i></p> <p><i>“Te aconselho a ler bastante, perguntar para os operados, ler blogs, acompanhar as pessoas que operaram, as equipes, e, quando estiver confiante, procurar um médico” (Copo de Leite)</i></p>

Troca de Conhecimento	<p><i>“Comecei a pesquisar em blogs informações sobre as técnicas de gastroplastia e a amadurecer a ideia de realizar a cirurgia.” (Girassol)</i></p> <p><i>“Estou no período pré-operatório e adorando o teu blog. Isso ajuda as pessoas que, iguais a mim, possuem muitas dúvidas e medos em relação a esse procedimento tão invasivo e que vai nos obrigar a mudar tanto!!!” (Gardênia)</i></p> <p><i>“Como muitas, estou na luta contra a obesidade. Nesses dias cogitei a cirurgia bariátrica e estou lendo alguns blogs, além disso, estou marcando um médico” (Violeta)</i></p> <p><i>“Com essas informações somadas com de outras amigas blogueiras, vai ser meio caminho andado pra mim, sei que irei ler, ler, ler, mas vou aprender mesmo vivendo a situação. Muito obrigada pelas tuas dicas, são muito válidas...”(Cravo)</i></p>
Os blogs como fonte de motivação	<p><i>“Tenho lido bastante sobre o assunto para que dúvidas não venham me incomodar e ler o seu blog tem sido um grande incentivo.” (Violeta)</i></p> <p><i>“Você é uma inspiração. Estou no pré-operatório e estou trabalhando a mente para entender que a cirurgia não é um milagre, terei que me esforçar para sempre. Vou reler seu post algumas vezes. Você está um arraso. Parabéns.” (Orquídea)</i></p> <p><i>“Bom gostaria de dizer que antes de fazer minha cirurgia, o sleeve gástrico, estudei bastante seu blog e isso me deu coragem para prosseguir!” (Gardênia)</i></p>

Fonte: Barros (2015).

A partir dos relatos, observou-se que os internautas utilizam o ambiente virtual para compartilhar a experiência com outros indivíduos que estão passando por uma situação semelhante e que, com a interação nos *blogs*, eles percebem que vivenciam os mesmos sentimentos como angústia, medo e ansiedade quanto à realização da cirurgia bariátrica. A oportunidade de interagir com outros indivíduos que estão passando pela mesma situação possibilita a criação de vínculo entre os internautas e o hábito de acessar o ambiente virtual (Quadro 12).

A busca por informações na internet é feita, principalmente, por obesos que ainda estão em dúvida em optar pela cirurgia bariátrica como tratamento. Percebe-se que o acompanhamento da evolução da perda de peso e das medidas através das fotos postadas no ambiente virtual incentiva os seguidores dos *blogs* a buscarem mais conhecimento sobre a cirurgia bariátrica e se entusiasmarem para realizá-la (Quadro 12).

Dentre os benefícios da interação nos *blogs*, está a motivação para a busca de profissionais de saúde com o intuito de verificar se a cirurgia está entre as opções de tratamento da obesidade adequadas ao seu caso, fato este identificado nos relatos dos *blogs*. Essa motivação advém da curiosidade em saber como é o procedimento cirúrgico, a adaptação

após a cirurgia e os cuidados no pós-operatório. Verifica-se, então, que, ao optarem pela cirurgia, há o aumento da necessidade de conhecimento e os *blogs* contemplam, em parte, essa necessidade (Quadro 12).

Outro benefício dos *blogs* é que, ao visitar frequentemente, pode-se acompanhar a da perda de peso e os bons resultados encorajam os leitores a adquirirem um maior conhecimento sobre obesidade e seu tratamento, sendo, o ambiente virtual, um mecanismo de incentivo para a redução e o controle do peso e a conquista de uma vida saudável. Assim, a leitura dos *blogs*, juntamente com a espera no decorrer do preparo pré-operatório, possibilita o amadurecimento da ideia de realizar a cirurgia e o conhecimento das dificuldades que serão vivenciadas (Quadro 12).

O preparo para a cirurgia bariátrica envolve o momento em que se cogita o procedimento cirúrgico para o alcance da perda de peso até a efetivação das consultas com os profissionais de saúde, a realização dos exames pré-operatórios e o conhecimento dos cuidados antes da cirurgia. No quadro 13, exemplificam-se os relatos encontrados sobre esse momento do pré-operatório.

Quadro 13 – Temas centrais da categoria “O percurso para a realização da cirurgia bariátrica” da busca em *blogs* sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Tema Central	Relatos
Indicação e escolha da técnica cirúrgica	<p><i>“Gostaria de saber que requisitos o médico verifica para saber qual método de cirurgia é mais adequado para cada pessoa?” (Orquídea)</i></p> <p><i>“Como os médicos decidem sobre qual tratamento é o melhor e quando recomendar a cirurgia?” (Cravo)</i></p> <p><i>“Quantos quilos você precisa ter para poder fazer a cirurgia? Quanto era o seu IMC??” (Tulipa)</i></p> <p><i>“Quais os tipos de técnicas existem? E qual a diferença entre elas?” (Tulipa)</i></p> <p><i>“Estou pensando em fazer a cirurgia por videolaparoscopia, “furos” e com grampos!!!! O q vc acha????” (Girassol)</i></p> <p><i>“Pretendo me submeter a cirurgia e gostaria de saber se primeiro eu devo procurar um médico endócrino ou um gastro?” (Violeta)</i></p>
Necessidade de Exames	<p><i>“Conseguir todos esses laudos é demorado? Sabe o prazo de validade deles?” (Violeta)</i></p> <p><i>“Quanto tempo leva do dia da primeira consulta até a cirurgia?” (Iris)</i></p> <p><i>“Quais os passos que você já deu? Já fez os exames?” (Tulipa)</i></p>
Conduitas no pré-operatório	<p><i>“Você fez alguma dieta pré-operatória?” (Cravo)</i></p> <p><i>“Gostaria de saber se temos que emagrecer alguns quilos antes da cirurgia?” (Violeta)</i></p>

	<p>“Tem que emagrecer antes da cirurgia? Não me disseram nada. E como é o pré-operatório?” (Iris)</p> <p>“Você já parou de fumar? Já pensou em ir diminuindo a quantidade de cigarros no dia? Ou então, demorar mais tempo para fumar o primeiro cigarro?” (Gardênia)</p> <p>“O que é o <i>Helicobacter pylori</i>? Como deve ser feito o tratamento para eliminar esta bactéria? tem cura?” (Lírio)</p> <p>“Minha preocupação é: será que a <i>H. pylori</i> pode atrapalhar em algo no processo pra realização da cirurgia?” (Orquídea)</p>
--	---

Fonte: Barros (2015).

Na fase do pré-operatório, as principais dúvidas estão relacionadas aos tratamentos disponíveis, quando a cirurgia é indicada, tipo de técnica cirúrgica e o peso ideal para realizar o procedimento. Observou-se que o prazo de validade, a utilidade dos laudos e tempo do pré-operatório foram questionamentos encontrados em alguns *blogs*. Alguns cuidados questionados foram a perda de peso pré-operatória, a realização de uma dieta líquida, a cessação do tabagismo e o tratamento para a bactéria *H. pylori* (Quadro 13).

Todos os pacientes iniciam uma dieta pré-operatória rica em líquidos alguns dias antes da cirurgia para facilitar o esvaziamento do estômago, porém a duração varia de acordo com cada equipe, podendo ser de 3 a 14 dias. Outro cuidado orientado ao paciente é a cessação do tabagismo e do consumo de bebida alcoólica para reduzir o risco de complicações. Um dos exames solicitados no pré-operatório é a endoscopia digestiva alta para identificar a presença da bactéria *H. pylori*. Se o rastreamento for positivo, o paciente irá iniciar o tratamento antes da cirurgia com o objetivo de prevenir a ocorrência de infecções no novo estômago (Quadro 13).

O momento do transoperatório não é muito enfatizado nas publicações e comentários dos *blogs*, sendo o eixo temático com menor número de comentários (Quadro 14).

Quadro 14 – Temas centrais da categoria “Internação hospitalar: quais as preocupações?” da busca em *blogs* sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Tema Central	Relatos
<p>O que levar? O que fazer? Como proceder?</p>	<p>“Então, me fala o que você vai levar para o hospital?” (Copo de Leite)</p> <p>“Como será a internação? Preciso que alguém durma comigo? Tem internet para pacientes?” (Iris)</p> <p>“Quanto tempo a pessoa precisa ficar internada?” (Tulipa)</p> <p>“Pode pintar as unhas?” (Orquídea)</p> <p>“Quantas horas é o jejum?” (Violeta)</p>

	“Deverei fazer uso de Clexane [®] ?” (Margarida)
--	---

Fonte: Barros (2015).

No quadro 14, observa-se que as dúvidas mais frequentes estão relacionadas ao materiais que devem ser levados para o hospital, o tempo de internação, os cuidados com as unhas, o jejum pré-operatório e o uso de medicação anticoagulante.

As dúvidas sobre o pós-operatório imediato estão presentes no quadro 15:

Quadro 15 – Temas centrais da categoria “O pós-operatório imediato da cirurgia bariátrica” da busca em *blogs* sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Tema Central	Relatos
Recuperação no pós-operatório imediato	<p>“Você sentiu muita dor no pós-operatório?” (Copo de Leite)</p> <p>“E as dores? Sentiu muito depois q passou o efeito da anestesia?” (Violeta)</p> <p>“Sua cirurgia foi por vídeo?” (Orquídea)</p> <p>“Sinto muita dor.. umas pontadas no peito e por todo barriga. Será q são gases?” (Gardênia)</p> <p>“Gostaria que falasse um pouco mais sobre as cintas e faixas que usa no pós-operatório”. (Lírio)</p> <p>“Por favor me dê uma opinião sincera sobre o q sentiu durante sua internação, os primeiros dias e meses, se vc sentiu dor e teve vômitos” (Cravo)</p> <p>“Hoje lembrei também das eliminações intestinais: geralmente, se sai do hospital sem nada, mas com o passar dos dias, já começamos a "produzir?" (Tulipa)</p> <p>“Após a cirurgia, quanto tempo vocês demoraram para ir ao banheiro, fazer o número 2?????” (Margarida)</p>
Dúvidas sobre o retorno para a casa	<p>“Em quanto tempo após as cirurgias posso ter o retorno da minha vida sexual?” (Margarida)</p> <p>“Você voltou rápido para suas atividades habituais, como trabalho e afazeres domésticos?” (Violeta)</p> <p>“Quais são os medicamentos que você está usando agora depois da cirurgia?” (Gardênia)</p>
Uso de sistema de drenagem	<p>“E o dreno você teve que usar? Dói muito? E pra tirar dói também?” (Violeta)</p> <p>“Pq vc usou dreno?” (Lírio)</p> <p>“Do que se trata esse dreno? Para que serve? Como e onde ele é colocado?” (Copo de Leite)</p>

Fonte: Barros (2015).

Com relação ao pós-operatório imediato, as principais dúvidas estão relacionadas às vivências após a cirurgia ou às dificuldades que serão enfrentadas. A partir dos relatos, verificou-se que os leitores tem interesse em saber como é acordar após a anestesia, a técnica utilizada, a ocorrência de dores e gases e o uso de cintas (Quadro 15).

O pós-operatório imediato ocorre nas primeiras 72h após a cirurgia e caracteriza o momento de recuperação da anestesia. É normal a ocorrência de dores tendo em vista que se trata de um procedimento invasivo e de grande porte. O paciente deve ser informado sobre o manejo da dor, podendo o mesmo contar com a equipe de enfermagem durante a internação para administração de medicamentos ou ensino de técnicas não farmacológicas como relaxamento e massagens que aliviem o desconforto. Já o surgimento de gases é comum devido ao uso de dióxido de carbono utilizado durante a cirurgia para insuflar a cavidade abdominal e o paciente deve ser estimulado a realizar a deambulação precoce para facilitar a eliminação dos gases (Quadro 15).

Observou-se que os internautas apresentam muitas dúvidas nesse período, buscando os *blogs* para obter informações sobre suas vivências e algumas dúvidas encontradas foram referentes ao retorno à atividade sexual, ao trabalho e aos afazeres domésticos. O retorno às atividades varia de acordo com o protocolo de cuidados instituído pela equipe multiprofissional, o que pode variar entre 15 a 30 dias (Quadro 15).

Muitos pacientes questionam sobre a constipação intestinal nos primeiros dias após a cirurgia, a qual pode ocorrer devido ao uso de anestésicos e a redução da ingestão alimentar. Entretanto, sua ocorrência por muitos dias ou no pós-operatório tardio deve ser comunicada à equipe de saúde que deve incentivar a realização das refeições nos horários pré-definidos, a ingestão de líquidos e a incorporação de alimentos ricos em fibras. Esses cuidados irão proporcionar a ativação do metabolismo e do peristaltismo intestinal (Quadro 15).

Outras dúvidas foram sobre os medicamentos que estão sendo utilizados e pelo uso de dreno durante o pós-operatório, o que despertou a curiosidade dos internautas sobre sua utilidade, local de inserção e se causava dores. A indicação do dreno depende do cirurgião e ele, geralmente, é utilizado como uma conduta preventiva de possíveis complicações como a ruptura do grampeamento do estômago remanescente. Caso ocorra, haverá uma drenagem na cor azul de metileno, o que alertará o cirurgião para uma nova abordagem cirúrgica ou realização de exames. Os pacientes devem ser informados sobre a sua indicação e utilidade para que, caso algo esteja errado, eles tenham conhecimento para identificar e notificar a equipe de saúde. Deve ser orientado também sobre a anotação do débito e as características do líquido excretado (Quadro 15).

A dieta alimentar é um tema que gera muitas dúvidas entre os internautas, deixando-os ansiosos, curiosos e inquietos, o que pode ser observado no quadro 16:

Quadro 16 – Temas centrais da categoria “A evolução da dieta e as dificuldades vivenciadas” da busca em *blogs* sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Tema Central	Relatos
Desafios na dieta líquida	<p>“Como foi pra você ter que ficar 1 mês fazendo dieta líquida? É muito ruim?” (Violeta)</p> <p>“Agora começa a parte q está sendo mais difícil p mim!!! Os tais caldinhos. Como foi para vocês?” (Gardênia)</p> <p>“Estou de saco cheio de só tomar líquidos.. Vocês estão conseguindo aguentar?” (Girassol)</p> <p>“Quando será que vou poder comer um caldinho de sal ou uma sopinha Vono®?” (Iris)</p> <p>“Estou na dieta líquida, mas sinto muita vontade de mastigar. Comer alguma coisa, vocês não?” (Tulipa)</p> <p>“Mesmo sem sede deve-se consumir líquidos?” (Cravo)</p> <p>“Tá tomando água o suficiente????” (Lírio)</p>
A adaptação às novas escolhas alimentares	<p>“Por favor me manda tuas receitas de comida pastosa, começo hoje e tô doidinha” (Copo de Leite)</p> <p>“Você vai poder comer de tudo após a cirurgia?” (Tulipa)</p> <p>“Vc fez a redução mesmo? E tá podendo comer?” (Margarida)</p> <p>“Vc poderia me dizer quanto come hj em gramas de comida? Vc parece uma pessoa normal comendo?” (Girassol)</p> <p>“E depois da cirurgia? Como é ir a um restaurante?” (Orquídea)</p> <p>“Tem priorizado frutas e verduras e evitado os doces?” (Cravo)</p>
Dificuldades vivenciadas com a evolução da dieta	<p>“Tenho medo do depois, não queria vomitar ou ficar passando mal a vida inteira, como é isto após a cirurgia?” (Orquídea)</p> <p>“Ainda vomito bastante e isso é muito ruim, ontem eu não conseguia comer nenhuma fruta, vomitei tudo o que comi. Com vocês é assim?” (Iris)</p> <p>“E já está entalando?” (Lírio)</p> <p>“Se como umas 5 colheres de sopa, já fico “entalado”. E estou comendo bem devagar, espaçando de uma colher para outra, e mastigando muito muito.... Como foi a sua realimentação? Será que isso é normal?” (Violeta)</p> <p>“Não fique com receio da dieta pastosa não, é tranquilo, é só comer devagarzinho, engolir aos pouquinhos. Eu só sofri qdo passei pra dieta solida mesmo, ai vieram os entalos, que me acompanham até hj nao aprendo a mastigar com calma...” (Copo de Leite)</p>

Diante dos relatos, identifica-se que o momento em que os internautas apresentam mais dificuldades e dúvidas é durante a dieta líquida, sendo a fase mais difícil para eles. Em um *blog*, um internauta fez um questionamento sobre a possibilidade de tomar sopas prontas industrializadas (ricas em sódio e pobre em nutrientes). Desde a atenção primária, os obesos devem ser orientados quanto as escolhas saudáveis e essa informação deve ser reforçada durante a educação perioperatória. Sabe-se que sopas industrializadas contribuem negativamente para o estado de saúde, elevando as taxas de colesterol e propiciando o aparecimento de outras comorbidades, como a hipertensão arterial e dislipidemia (Quadro 16).

Outras dúvidas identificadas nos *blogs* foram o consumo de líquidos mesmo na ausência de sede, a quantidade de comida que pode ser ingerida e a ocorrência de vômitos e entallos. A ocorrência de vômitos é comum quando o paciente continua a ingerir alimentos após já estar saciado. A equipe de saúde deve estar atenta para esses episódios, pois, com o tempo, vômitos frequentes podem evoluir para um quadro de bulimia. Assim, deve-se investigar a causa e a frequência desses acontecimentos e orientar a cessação da refeição ao notar que já está satisfeito (Quadro 16).

Vale destacar também que uma inquietação presente entre os indivíduos que ainda não realizaram a cirurgia bariátrica é de não conseguirem mais comer igual a uma “pessoa normal”, não podendo ir à um restaurante ou comer certos tipos de alimentos (Quadro 16).

No quadro 17, apresentam-se as dúvidas identificadas sobre a evolução do peso após a cirurgia bariátrica.

Quadro 17 - Temas centrais da categoria “A luta contra a balança: a perda e o reganho de peso” da busca em *blogs* sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Tema Central	Relatos
Quilos em excesso: uma preocupação constante	<p><i>“Vale a pena se pesar com que frequência???</i> Eis a questão!!!” (Girassol)</p> <p><i>“Você se pesa com que frequência???</i> Tem uma boa relação com a balança?” (Tulipa)</p> <p><i>“Quantos quilos você emagreceu no primeiro mês após a cirurgia? E nos meses seguintes, quanto você passou a emagrecer a cada mês?”</i>(Violeta)</p> <p><i>“Oi, estou com 18 dias de cirurgia e estou morrendo de medo de não emagrecer. Será possível isso acontecer?”</i> (Copo de Leite)</p>
Surgimento do “efeito platô”	<p><i>“Todos os meses tem períodos que meu peso estaciona (até aí normal, o famoso platô), mas tem dias que chego a aumentar algumas gramas (já aumentei até 1,2kg) pra depois voltar a perder peso. Isso aconteceu alguma vez</i></p>

	<p><i>contigo? Fico desesperada!” (Violeta)</i></p> <p><i>“Tenho observado que não estou perdendo peso neste período, com você foi assim também?” (Cravo)</i></p> <p><i>“Será mesmo que é normal ter um platôzinho no começo mesmo? Tomara que vc esteja certa e que logo meu organismo volte a perder.” (Copo de Leite)</i></p> <p><i>“Eu fico bem mais tranquila em saber que tem gente que perde ainda menos que eu, isso significa que é normal perder um pouco menos né?” (Tulipa)</i></p> <p><i>“Alguém tem alguma dica de como mandar o maldito platô embora????” (Girassol)</i></p>
O risco do reganho de peso	<p><i>“Quais as chances de ganho de peso posterior? Em quanto tempo isso é observado? O que pode acontecer?” (Violeta)</i></p> <p><i>“Você pode voltar a engordar depois da cirurgia?” (Lírio)</i></p> <p><i>“Como assim reganho? Eu já sei que os operados ganham um pouco de peso depois de 2 anos, mas JAMAIS o que ela tinha antes da cirurgia não é isso?” (Tulipa)</i></p>

Fonte: Barros (2015).

As publicações contínuas e frequentes nos *blogs* possibilitam o acompanhamento da perda de peso dos autores. Assim, surgem vários comentários sobre a quantidade de quilos perdidos ao longo dos meses e a comparação de resultados entre o autor e o leitor. Uma frustração evidenciada é a pesagem na balança, aspecto, geralmente, questionado pelas mulheres. Para alguns autores e internautas, a subida diária na balança significa aumento da ansiedade, sendo mais sensato o acompanhamento do peso a cada 15 dias ou mensalmente, pois, com o passar do tempo, ocorre uma redução na velocidade da perda de peso e, em alguns momentos, a perda de peso fica estabilizada, caracterizando o terrível “efeito platô” (Quadro 17).

Quanto à esse efeito, alguns internautas buscam a internet para descobrirem dicas ou condutas que possam eliminar essa situação. Outra dúvida destacada é a ocorrência de reganho de peso em que surgem questionamentos sobre qual o período que pode ocorrer e o risco associado ao retorno do excesso de peso. Caso o paciente não siga os cuidados orientados, o paciente poderá propiciar o surgimento do reganho de peso, algo comum quando os hábitos saudáveis são abandonados (Quadro 17).

Dúvidas sobre a prática de exercícios físicos, a flacidez, o excesso de pele e a realização de cirurgias plásticas também foram identificadas nos *blogs* como demonstra o quadro 18:

Quadro 18 – Temas centrais da categoria “O combate à flacidez e a prática de exercícios físicos” da busca em *blogs* sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Tema Central	Relatos
Os benefícios da atividade física na redução da flacidez	<p>“E as caminhadas? Você tem feito? Quanto tempo?” (Margarida)</p> <p>“Gostaria de saber quais atividades físicas praticou após a cirurgia e com qual frequência. Sobre as sobras de pele, vc vai fazer a cirurgia reparadora?” (Orquídea)</p> <p>“Faço caminhada diariamente durante o período de mais ou menos 1 hora e 30 min, será que está pouco? Será que preciso intensificar mais ou isso é o bastante??” (Copo de Leite)</p> <p>“A minha maior preocupação é em ficar flácida. Vc fez academia, massagem alguma coisa do gênero?” (Violeta)</p> <p>“Vai cair tudo?” (Tango)</p>
Excesso de pele e a necessidade de cirurgias reparadoras	<p>“Você precisou fazer cirurgia plástica para retirar excesso de pele?” (Violeta)</p> <p>“Você pensa em fazer alguma cirurgia plástica? Eu fiquei com muita sobra de pele no abdômen” (Girassol)</p> <p>“Ficou muito flácida? Vc já fez plástica? enfim...” (Tango)</p>

Fonte: Barros (2015).

Os internautas possuem curiosidade e preocupações sobre quais os exercícios físicos são praticados e a frequência e o tempo de duração bem como o aumento da flacidez e a realização de massagem para diminuir a sua ocorrência. A atividade física está associada à redução da flacidez. Tão logo possível, a prática de exercícios físicos deve ser iniciada para que a flacidez cutânea não seja tão abrangente. Outra dúvida é sobre a quantidade de excesso de pele e a necessidade de cirurgias reparadoras (Quadro 18).

Alguns internautas questionaram a veracidade de informações sobre mudanças fisiológicas no organismo do indivíduo, o que pode ser observado no quadro 19:

Quadro 19 – Temas centrais da categoria “Alterações fisiológicas após a cirurgia bariátrica” da busca em *blogs* sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Tema Central	Relatos
Mudanças fisiológicas	<p>“Os operados dizem que após essa cirurgia quando vão ao banheiro evacuar é um cheiro horrível de carne podre, isso é verdade?” (Copo de Leite)</p> <p>“Nessa fase você sentiu seu paladar mudar? O gosto das coisas, água, etc?” (Violeta)</p> <p>“Querida, vc sentiu algum enjojo, boca seca, gosto de fel e amargo na boca?” (Tulipa)</p>

	<i>“Após a cirurgia, você teve mau hálito? Se teve, durou muito tempo?” (Girassol)</i>
--	--

Fonte: Barros (2015).

A ocorrência de mudanças fisiológicas após a cirurgia bariátrica foi um tema presente entre os questionamentos realizados pelos internautas, os quais desejam saber sobre o odor fétido das fezes e o aumento das evacuações, as mudanças no paladar e no olfato e mau hálito. Devido às alterações feitas no trato gastrointestinal, após a cirurgia, pode haver algumas mudanças, tais como alteração do paladar e do olfato bem como odor e consistência das fezes, aumento de flatulências, halitose e alteração no odor do suor corporal. Os indivíduos devem ser informados sobre essa possibilidade para que não haja constrangimentos caso venham a ocorrer, pois isso poderá levar ao isolamento social (Quadro 19).

Ao ser identificada tal alteração, o paciente poderá iniciar um tratamento para reverter tal situação. A halitose pode ser melhorada com aumento no cuidado da cavidade oral e uso de enxaguante bucal; as fezes e flatulências fétidas podem ser solucionadas com o uso de medicação que regule a flora intestinal. Já a alteração no paladar, olfato e odor sudoréico são manifestações temporárias que são revertidas quando o metabolismo do organismo se estabiliza devido às mudanças na produção de hormônios proporcionadas pelas alterações feitas no aparelho digestivo (Quadro 19).

Um assunto que não deve ser esquecido durante as orientações no pré-operatório é o risco cirúrgico e as possíveis complicações. Esse tema foi identificado na pesquisa em *blogs*, sendo frequente as dúvidas dos blogueiros sobre as intercorrências associadas à cirurgia bariátrica (Quadro 20).

Quadro 20 – Temas centrais da categoria “Cirurgia bariátrica e o risco de complicações” da busca em *blogs* sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Tema Central	Relatos
O medo das complicações	<i>“Quais as possíveis complicações durante e após a cirurgia?” (Iris)</i> <i>“Tenho muito medo de algo sair errado como: ter pedras nos rins (já tive duas vezes, é terrível), os pontos e os grampos arrebentarem; sangue nos pulmões, trombose, etc. Será que terei uma vida normal?” (Violeta)</i> <i>“Sinto um medo terrível, penso na anestesia, em complicações, fistulas, embolia... penso na aderência... enfim, estou com medo.” (Gardênia)</i>
	<i>“Sobre a fistula, sempre precisa re-operar e sempre é muito grave?” (Orquídea)</i>

Identificando o tipo de complicação	<p>“E a embolia? Em que caso é mais grave e em que pessoas são mais frequentes?” (Gardênia)</p> <p>“O que é o dumping? Todo operado tem?” (Violeta)</p> <p>“Os sintomas vem com muita cólica seguida de diarreia, tenho tremores horríveis e a sensação de desmaio. passo muito mal. o que fazer nessas horas? (Síndrome de Dumping)” (Copo de Leite)</p> <p>“Fico com medo de ter pedras nos rins. Vc passou por algo parecido?” (Violeta)</p> <p>“Já li que muitos operados que tinham compulsão por comida, acabam mudando o foco. Passam a beber ou a comprar mais. Por isso o acompanhamento psicológico é fundamental após a cirurgia. É verdade?” (Iris)</p>
Queda de cabelo: qual a solução?	<p>“O meu cabelo está caindo muito e a minha anemia está grave. Estou com medo... Como melhorar essa anemia?” (Iris)</p> <p>“Vcs sentiram essa fraqueza?” (Lírio)</p> <p>“Sobre o cabelo, você acha que poderia ter feito alguma coisa pra cair menos?” (Violeta)</p> <p>“Será que tem chance disso não acontecer comigo? (queda de cabelo)” (Cravo)</p> <p>“Também estou com medo sobre a queda de cabelo, depois para de cair?” (Tulipa)</p>

Fonte: Barros (2015).

No ambiente virtual, os internautas buscam informações sobre o que poderá acontecer e compartilham seus medos sobre o surgimento de complicações e sobre o risco cirúrgico. Nos *blogs*, identificou-se dúvidas sobre fístulas e embolia pulmonar, as quais podem ocorrer no pós-operatório imediato, e também sobre síndrome de Dumping, cálculo renal e transtornos psiquiátricos, os quais são mais frequentes no pós-operatório tardio. Outra complicação presente em todos os *blogs* foi a deficiência nutricional associada à anemia, fraqueza e queda de cabelo

Verificou-se que alguns internautas apresentam medo da queda de cabelo, porém essa queda é temporária, sendo mais comum nos primeiros meses após a cirurgia e alguns trocam conselhos e dúvidas sobre o assunto com indicações de medicamentos, inclusive sobre hidratação do cabelo. Entretanto, o uso de medicações para alopecia deve ser feita apenas após a indicação do médico ou nutricionista (Quadro 20).

Quadro 21 – Temas centrais da categoria “Saúde da mulher: contracepção, gravidez e parto após a cirurgia bariátrica” da busca em *blogs* sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Tema Central	Relatos
	<p>“O efeito da pílula anticoncepcional após a cirurgia pode ser reduzido?” (Violeta)</p> <p>“Como vc faz em relação a métodos</p>

Uso de anticoncepcionais	<i>anticoncepcionais?” (Lírio)</i> <i>“Poderei continuar usando meu anticoncepcional que é comprimido?” (Margarida)</i> <i>“Vc toma pílula né?! Seu médico disse algo a respeito? Engraçado: sempre me disseram que nossa absorção não é mais a mesma... Estou em dúvida! vou aproveitar e marcar uma consultinha com minha gineco tb!!!” (Iris)</i>
Gravidez após a cirurgia: pode?	<i>“A mulher que passa por uma cirurgia de estômago pode engravidar? Ela deve ter algum cuidado extra nesse período?” (Violeta)</i> <i>“Pelo que eu ando vendo engravidar pós bariátrica ta sendo muito comum” (Orquídea)</i> <i>“Tinha medo de prejudicar esse meu sonho, agora depois de operada, estou só contando o tempo para poder ter meu bebê” (Margarida)</i> <i>“E já podia engravidar??? Pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica após 15 meses da cirurgia a gastroplastizada pode engravidar” (Girassol)</i>

Fonte: Barros (2015).

As mulheres apresentam dúvidas sobre o uso do anticoncepcional, principalmente em relação à pílula, o que alerta sobre a importância de abordar sobre o planejamento familiar durante o pré-operatório. Outro questionamento entre as internautas é sobre a possibilidade de engravidar após a cirurgia e qual o período ideal (Quadro 21).

É importante que o paciente seja encorajado a esclarecer dúvidas e realizar questionamentos juntamente com a equipe multiprofissional que o acompanha, pois, no mundo globalizado em que vivemos, a troca de informações é feita a todo momento em diversas redes sociais, sejam elas presenciais ou virtuais. Porém, nem sempre as informações são verídicas.

Ainda que existindo na fronteira da informalidade, os *blogs* se mostram como uma ferramenta importante para a aproximação dos candidatos à cirurgia bariátrica e a circulação de informações. A análise da troca de informações no ambiente virtual entre pessoas interessadas sobre cirurgia bariátrica e pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico possibilitou o conhecimento de diversas dúvidas e temas.

Diante dos resultados da pesquisa em *blogs*, destaca-se a necessidade dos profissionais de saúde buscarem divulgar e informar, na Internet, o conhecimento científico em uma linguagem acessível a essa população para que eles possam ter um apoio para solucionar suas dúvidas de forma mais rápida em um momento de precisão. Os *blogs* constituem uma rede de relações sociais que possibilita ajuda mútua e direciona para o empoderamento no sentido do

desenvolvimento e da descoberta da capacidade dos indivíduos, do aumento da autoestima e de um papel mais ativo no tratamento.

3) RESULTADOS DOS GRUPOS FOCAIS

Os resultados obtidos a partir dos grupos focais serão apresentados da seguinte forma:

1) A expectativa de quem espera pela cirurgia bariátrica; 2) A experiência de quem já vivenciou o processo cirúrgico e 3) O olhar da pesquisadora e observadores sobre os grupos focais.

📖 A EXPECTATIVA DE QUEM ESPERA PELA CIRURGIA BARIÁTRICA

No grupo focal do pré-operatório, todos os oito sujeitos eram mulheres casadas e católicas com idade entre 33 a 59 anos e uma média de 41,1 anos. Seis eram procedentes de Fortaleza-CE e duas vinham do interior do Estado do Ceará. Quanto à ocupação, sete possuíam emprego e uma era dona de casa. Com relação à escolaridade, cinco haviam completado o ensino médio, duas tinham ensino fundamental e uma possuía ensino superior.

A média do tempo de espera para a realização da cirurgia foi de 33 meses com uma variância entre 12 a 48 meses. Observou-se que as oito participantes apresentavam classificação de IMC como obesidade mórbida com a média de peso de 121,9 kg, sendo o mínimo de 100 e o máximo de 160kg. Quanto ao histórico familiar de obesidade, cinco pacientes referiram que o pai ou a mãe eram obesos. Seis mulheres possuíam comorbidades e, dessas seis, cinco apresentavam hipertensão e uma osteoartrite. Verificou-se que cinco mulheres buscaram a cirurgia como tratamento por indicação de amigos que já haviam realizado o procedimento cirúrgico e três tiveram indicação médica.

A partir da análise qualitativa dos relatos, foram definidas cinco categorias para representar a participação dos pacientes do pré-operatório na construção do material educativo, as quais foram: “Imaginando como será a vida após a cirurgia bariátrica.”; “Medo e ansiedade com a realização da cirurgia bariátrica.”; “Preparo pré-operatório e acompanhamento no serviço de saúde.”; “Resolução de dúvidas com a cartilha educativa.” e “A escolha do conteúdo da cartilha e a curiosidade de quem ainda está no pré-operatório.”

Categoria 1: Imaginando como será a vida após a cirurgia bariátrica.

Todos os indivíduos esperam por mudanças na sua qualidade de vida que variam desde poder comprar uma roupa até sair para o cinema.

“Tenho esperança que tudo vai mudar” (Borboleta Arco-íris)

“Vai ser maravilhoso. Vou voltar a ser como era antes. Vou poder vestir as roupas que gosto. Entrar em uma loja e não ter que pedir o tamanho G” (Borboleta Carnaval)

“Espero poder andar direito e poder sair... poder me arrumar” (Borboleta Coruja)

“Meu sonho é poder brincar de barbie com a minha filha no chão” (Borboleta Cleopatra)

“Não espero ficar muito magra porque nunca fui magra .Eu quero mesmo é ir a praia com a minha filha. Poder ir ao cinema. Nunca levei minha filha para o cinema porque tenho medo de não sentar na cadeira. Começar a sair com meu marido, pois eu não saio e ele fica em casa” (Borboleta Dourada)

“Quero não precisar tomar mais nenhum remédio” (Borboleta Gaúcha)

Os relatos demonstram como a obesidade influencia de modo negativo no cotidiano dos obesos, interferindo diretamente na sua sociabilidade e restringindo-os a não sair de casa com o marido, não ir à praia ou sentar-se no chão com os filhos para brincar. A cirurgia bariátrica representa a esperança de uma vida melhor sem privações, angústias ou discriminações. A perda ponderal possibilita a satisfação com atividades cotidianas que eram difíceis de serem realizadas devido à vergonha do grande corpo obeso ou à dificuldade na mobilidade. Assim, a realização do procedimento cirúrgico proporciona o alcance de uma melhor qualidade de vida com a melhora do estado biopsicossocial.

O desejo de poder escolher qualquer roupa ao entrar em uma loja sem passar pelo constrangimento de não ter o tamanho também foi referido entre as pacientes. A cessão da tomada de medicamentos e o controle de comorbidades é algo aguardado após a cirurgia, sendo importante que esses pacientes sejam orientados já no pré-operatório sobre a melhora ou resolução das doenças e o acompanhamento das condições clínicas.

Categoria 2: Medo e ansiedade com a realização da cirurgia bariátrica

Observou-se que a ansiedade para realizar logo a cirurgia está presente nos relatos de todos os participantes:

“Quero ficar logo magra para fazer minha outra cirurgia” (Borboleta Prateada)

“Não tenho nenhum medo. Estou ansiosa para realizar logo a cirurgia” (Borboleta Arco-íris)

“Tenho dúvidas sobre os métodos cirúrgicos, como é o pós-operatório... Medo da anestesia, do centro cirúrgico e de não poder comer mais” (Borboleta Bela Dama)

*“Não tenho medo. Queria saber se precisa perder peso antes da cirurgia”
(Borboleta Carnaval)*

“O meu principal medo é não emagrecer o esperado e voltar a engordar depois. Tenho dúvidas como é feita a cirurgia e os cuidados que devemos ter.” (Borboleta Dourada)

*“Depois que operarmos existem alguns medicamentos que não podemos tomar mais? Meu medo é a anestesia e meu anseio é ficar logo magra”
(Borboleta Cleopatra)*

“Tenho medo de passar mal e não resistir, de ter alguma complicação e de voltar a engordar” (Borboleta Gaúcha)

As principais dúvidas e medos estão relacionados ao centro cirúrgico, como é feita a cirurgia e como é a anestesia. Outra preocupação fortemente presente é o medo do reganho de peso e a ocorrência de complicações no pós-operatório.

Categoria 3: Preparo pré-operatório e acompanhamento no serviço de saúde

Para os pacientes do pré-operatório, as consultas com os profissionais de saúde são essenciais para a obtenção de informações sobre os cuidados no perioperatório e para a retirada de dúvidas.

“Deve sempre seguir as recomendações dos médicos e tirar as dúvidas que possam surgir depois” (Borboleta Prateada)

“As orientações servem para o bem estar dos pacientes” (Borboleta Arco-íris)

“O acompanhamento é importante pelas informações que passam... para não voltar a ganhar o peso novamente” (Borboleta Carnaval)

“Com as orientações, sabemos o que devemos fazer para não correr riscos e ter sucesso. Com esse acompanhamento, principalmente o psicológico, podemos atingir a nossa meta” (Borboleta Dourada)

“É muito importante. Deve seguir tudo que disserem” (Borboleta Coruja)

“As orientações são ótimas porque nos preparamos para fazer a cirurgia e ficamos sabendo de tudo. Serve para nos conscientizar que existe alguns riscos” (Borboleta Cleopatra)

“Todas as orientações são de extrema necessidade. Acompanhamento depois é tão importante quanto pré-operatório, pois temos que seguir tudo o que é falado pelos profissionais” (Borboleta Bela Dama)

“Temos que seguir as orientações bem direitinho. Ajudam os pacientes a ficarem bem e a manter o peso.” (Borboleta Gaúcha)

A participação das consultas com os profissionais e reuniões com outros pacientes é importante para quem está vivenciando o pré-operatório visto que esse é o momento em que o indivíduo pode compartilhar suas dúvidas e receber orientações corretas. Verificou-se que alguns pacientes já têm consciência do retorno periódico com a equipe multiprofissional após a cirurgia. Isso é um fato positivo, pois o afastamento do serviço de saúde interrompe o acompanhamento da perda de peso, melhora das comorbidades e da qualidade de vida bem como a ocorrência de complicações.

Categoria 4: Resolução de dúvidas com a cartilha educativa.

Entre as participantes, existe um consenso de que a cartilha educativa representa um instrumento confiável para o esclarecimento de dúvidas:

“É muito importante.” (Borboleta Gaúcha)

“Vai ser bom para tirar as dúvidas. Nós temos muitas dúvidas...” (Borboleta Carnaval)

“Era o que tava faltando aqui. Muita gente tem muita dúvida sobre tudo que acontece na cirurgia. Essa cartilha veio na hora exata. Vai ser boa para as pessoas conhecerem o obeso” (Borboleta Arco-íris)

“Será ótimo para tirar as dúvidas” (Borboleta Cleopatra)

“É importante para ficarmos atualizados” (Borboleta Coruja)

“É uma ideia muito boa porque está sendo feita por profissionais. Porque, às vezes, temos dúvidas e vamos perguntar para os outros e cada um fala uma experiência diferente. Fico confusa e com mais dúvidas...” (Borboleta Dourada)

“É ótimo para quem vai entrar no programa.” (Borboleta Bela Dama)

Durante o pré-operatório, o paciente recebe muitas informações sobre a cirurgia bariátrica em um curto espaço de tempo, o que possibilita o surgimento de muitas dúvidas tendo em vista que o indivíduo recebe as orientações sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados referentes a cada especialidade da área da saúde que compõe a equipe multiprofissional. Assim, a cartilha educativa é vista como uma ferramenta para obter mais conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e solucionar as dúvidas, além de poder compartilhar com a família o conhecimento obtido.

Uma participante relatou que fica mais confusa ao tirar suas dúvidas com outros pacientes. Sabe-se que cada indivíduo vivencia o pós-operatório de uma forma diferente, sendo, às vezes, inviável seguir os conselhos de outras pessoas que já se submeteram à cirurgia, pois nem sempre a conduta será a mesma para ambos. Diante dessa situação, é fundamental enfatizar a necessidade de buscar os profissionais de saúde quando houver alguma intercorrência ou dúvida.

Categoria 5: A escolha do conteúdo da cartilha e a curiosidade de quem ainda está no pré-operatório.

De uma forma geral, todos os sujeitos queriam saber tudo sobre a cirurgia bariátrica, técnicas cirúrgicas e a função de cada profissional na equipe. Informações sobre o balão intragástrico como indicação, riscos e complicações também foram solicitadas. Geralmente, no serviço em estudo, o balão é colocado em indivíduos superobesos que necessitam perder mais de 10% do peso atual para, posteriormente, realizar a cirurgia.

“O que pode fazer em casa, quanto tempo podemos iniciar o exercício físico e namorar.” (Borboleta Carnaval)

“Tudo sobre a cirurgia bariátrica. O que podemos ou não fazer. Queria ver o tamanho da cicatriz das plásticas” (Borboleta Arco-íris)

“Colocar a função de cada profissional na equipe da cirurgia bariátrica.” (Borboleta Bela Dama)

“Queria saber um pouco sobre os tipos de cirurgia” (Borboleta Coruja)

“Como é o enfaixamento das pernas? Isso assusta saber que vai acontecer.” (Borboleta Gaúcha)

“Explicar como é a entubação. Teve uma amiga minha que desistiu de fazer quando soube que ia ser entubada. Queria saber como é feita.” (Borboleta Cleopatra)

“Falar sobre o balão e a indicação do seu uso, quais as complicações da cirurgia e riscos em relação ao balão intragástrico.” (Borboleta Dourada)

Nos relatos, observou-se que o principal conteúdo a ser abordado na cartilha é o momento do centro cirúrgico como o enfaixamento das pernas e o processo da entubação. Uma paciente relatou que uma colega havia desistido da cirurgia devido ao medo de ser entubada e morrer. A identificação dessa situação é importante para os profissionais que orientam sobre o transoperatório, devendo os mesmos estarem atentos para a resolução de todas as dúvidas.

📖 A EXPERIÊNCIA DE QUEM JÁ VIVENCIOU O PROCESSO CIRÚRGICO

O grupo focal com pacientes do pós-operatório da cirurgia bariátrica foi constituído por seis mulheres e um homem, sendo a média da idade de 37,3 anos com uma variância entre 24 a 53 anos. Todos os participantes procediam de Fortaleza-CE e eram católicos. Quanto ao estado civil, três eram solteiros, os outros três casados e um divorciado.

No que se refere à escolaridade, cinco haviam completado o ensino médio, um o ensino fundamental e um possuía ensino superior. A maioria tinha vínculo empregatício com destaque para as seguintes profissões: atendente, designer de balões, maquiadora, porteiro, costureira e doméstica. Apenas uma participante era dona de casa.

Todos apresentavam histórico familiar de obesidade, cinco referiram que os pais e os irmãos eram obesos e dois participantes relataram que o pai ou a mãe tinha obesidade. Apenas um sujeito possuía comorbidades como hipertensão arterial e diabetes mellitus e fazia uso de medicamentos. Com relação a descoberta da cirurgia como tratamento da obesidade, cinco pacientes tiveram indicação médica, um soube da cirurgia por um amigo e um obteve conhecimento através da internet.

A média do tempo de espera para a realização da cirurgia foi de 17,2 meses com mínimo de 10 meses e máximo de 31 meses. Já a média do tempo de pós-operatório dos

sujeitos foi de 13,3 meses com uma variância entre 8 a 18 meses. Dos sete participantes, seis tinham classificação do IMC como obesidade mórbida e um como obesidade grau 2 antes da cirurgia em que a média do peso era de 139 kg com o mínimo de 91,5 kg e máximo de 212 kg. Após o procedimento cirúrgico, quatro apresentavam sobrepeso, dois estavam com obesidade grau 2 e um possuía IMC normal. A média de peso foi de 79,6 kg, sendo o mínimo de 57 kg e o máximo de 95,5 kg.

As categorias encontradas foram “Satisfação com os resultados da cirurgia.”; “Dúvidas e medos antes da cirurgia.”; “Eu indicaria a cirurgia bariátrica?”; “Acompanhamento com a equipe multiprofissional: por que é importante?”; “O surgimento da cartilha sobre cirurgia bariátrica.”; “Quais assuntos abordar na cartilha?” e “A escolha das imagens de acordo com o público-alvo.”.

Categoria 1: Satisfação com os resultados da cirurgia.

Os participantes foram questionados sobre as dificuldades vivenciadas no pós-operatório e a satisfação com a realização da cirurgia. Observou-se que a maioria relatou não ter vivenciado nenhuma dificuldade e que a cirurgia bariátrica representava uma mudança nas vidas dos mesmos, a qual trouxe resultados positivos como o alcance da perda de peso sustentável e o aumento da qualidade de vida e da autoestima.

*“Graças a Deus, estou muito satisfeita e não tive nenhuma dificuldade”
(Borboleta Amazônia)*

“Só tenho coisas boas a dizer. Não sinto nada e não tive nenhuma dificuldade. Minha alimentação está boa. Como de tudo.. Até cimento! Não tenho dumping, tontura ou mal estar. É só alegria...” (Borboleta Branca)

“Também não tive nenhuma dificuldade. A cirurgia só me fez bem. Só de vez em quando que me dá um entalozinho...” (Borboleta Rubi)

Entretanto, alguns obstáculos como dificuldade para mastigar, adaptação à alimentação e uso diário do suplemento vitamínico foram destacados:

*“Tive dificuldade na alimentação. Não aprendi muito bem a mastigar.”
(Borboleta Almirante)*

*“Deve ter cuidado com a alimentação, pois com o tempo cabe tudo”
(Borboleta Branca)*

“Não é bem assim. Não é caber. Você consegue comer, mas em intervalos. Exercício físico virou rotina. É fundamental, pois você já era uma pessoa obesa e tem que mudar o modo de pensar e agir. Ter foco e determinação. Quando recebo elogios é melhor ainda” (Borboleta Lobo)

“Eu tomo o suplemento todo dia. Não pode esquecer...” (Borboleta Pavão)

“Não tenho o que falar. É uma mudança drástica. Foi a melhor coisa que eu fiz. Só tenho dificuldade com a vitamina. Passo muito mal... dá calafrio, mal estar, sensação de vômitos. Já tentei três tipos de medicamentos e, inclusive, mudei o horário, mas não consigo tomar!” (Borboleta Amazônia)

As fases da dieta no pós-operatório coloca em destaque a importância da orientação no pré-operatório sobre os alimentos adequados e suas consistências e texturas, como realizar uma boa mastigação e a necessidade de ingerir diariamente as vitaminas com o intuito de evitar deficiências nutricionais. Assim, verificou-se que, mesmo com as orientações recebidas pela equipe multiprofissional antes da cirurgia, os pacientes ainda necessitavam de acompanhamento no pós-operatório para aprenderem a lidar com as novas situações vivenciadas no dia a dia de um paciente gastroplastizado.

Percebe-se que deve haver os reforços dessas informações no pós-operatório e a implementação de intervenções que amenizem ou eliminem essas dificuldades tendo em vista que a adaptação ao cardápio alimentar e à tomada das vitaminas é fundamental para o bom estado de saúde do indivíduo e a manutenção do peso conquistado.

Dois pacientes relataram que, apesar de tomarem as vitaminas, frequentemente se sentiam debilitados:

“Eu to bem. Pesava 212 quilos e já perdi muito peso, porém me sinto muito debilitado. Minha imunidade está baixa. To tomando os suplementos todo dia. Mas comparando a antes, to bem melhor” (Borboleta Pavão)

“Tomar cuidado com a alimentação e não beber líquido nas refeições. Desde o terceiro mês eu vou malhar... Tomo as vitaminas, inclusive a vitamina C, mas vivo gripada” (Borboleta Amazônia)

Isso pode estar associado a existência de alguma deficiência nutricional que pode causar fadiga, adinamia e predispor a ocorrências de quadros gripais, podendo ocorrer, principalmente, em mulheres devido à predisposição em ter deficiência de ferro por conta do período menstrual, pois associa a perda fisiológica com a redução da absorção de nutrientes ocasionada pela cirurgia. Diante do exposto, esses dados reforçam a importância de um retorno periódico ao serviço de saúde com o objetivo de realizar uma avaliação clínica e exames laboratoriais, o que deve direcionar a equipe multiprofissional a reavaliar a dosagem e os suplementos vitamínicos que estão sendo utilizados, adequando-os para as necessidades do indivíduo.

Categoria 2: Dúvidas e medos antes da cirurgia.

As dúvidas sobre o cumprimento da meta de perda de peso no pré-operatório, quais remédios ainda iriam utilizar e o medo de não conseguir seguir as orientações nutricionais e da Síndrome de Dumping marcaram o pré-operatório dos pacientes que participaram do encontro.

“Antes da cirurgia, morria de medo de não conseguir a perda de peso necessária para fazer a cirurgia” (Borboleta Branca)

“Me preocupava com o peso que tinha que perder antes de fazer a cirurgia. Tive que colocar o balão gástrico...” (Borboleta Pavão)

“Essa perda de peso antes é bom para nos acostumarmos com uma alimentação saudável e começar a praticar exercícios porque no pós-operatório fica mais fácil de seguir as orientações” (Borboleta Rubi)

“Tinha dúvida se eu ia parar de tomar os remédios para pressão e diabetes” (Borboleta Azul)

“A minha maior dúvida era o medo de não conseguir mais comer como uma pessoa normal” (Borboleta Almirante)

“Eu também tive dúvidas em relação a alimentação. Seguia rigorosamente o que podia e não podia comer. E também a mastigação. Tinha muito medo de entalar. Sem falar no dumping, tenho muito cuidado com a alimentação.” (Borboleta Lobo)

“Tive dumping com Ensure e tenho medo de passar mal de novo. Desde que fui liberada a comer doces, ainda não tentei com medo.” (Borboleta Amazônia)

Como já foi dito anteriormente, antes da cirurgia, os pacientes são orientados a perder 10% do seu peso para reduzir o risco cirúrgico. Verificou-se que muitos dos sujeitos tinham medo de não ter êxito nessa perda, o que poderia significar um obstáculo para a perda de peso no pós-operatório ou, até mesmo, a indicação para a cirurgia. Assim, infere-se a importância da equipe multiprofissional junto a esses pacientes, ainda na fase pré-operatória, na orientação sobre a alimentação correta, a prática da atividade física, o controle da ansiedade e do estresse para a eliminação dos quilos em excesso e, conseqüentemente, redução dos riscos de complicações com a cirurgia e obtenção de um estilo de vida mais saudável.

Outra dúvida destacada foi sobre a Síndrome de *Dumping*, uma complicação comum na cirurgia bariátrica que é decorrente da ingestão de alimentos hipercalóricos e gordurosos. Uma participante relatou o receio de ter essa complicação e comentou que prefere evitar os alimentos que podem causar a Síndrome de *Dumping* do que apresentar um episódio de mal-estar.

Essa síndrome ocorre quando o paciente descumpre as orientações seguidas e se alimenta inaquequadamente. Para alguns pacientes, a Síndrome de *Dumping* é um bem, pois os ajuda a controlar os seus desejos de comer algum alimento impróprio. Para outros, essa complicação representa um terror e um medo devido ao mal estar causado. Independente do fator positivo ou negativo associado à essa complicação, todos os indivíduos devem ser informados sobre o que é Síndrome de *Dumping*, seus sintomas e o que fazer ao ser identificada a sua ocorrência, além de serem orientados sobre outras complicações associadas à cirurgia bariátrica.

Categoria 3: Eu indicaria a cirurgia bariátrica?

Entre os sujeitos, existe um consenso que a cirurgia bariátrica foi a melhor opção e que indicariam o tratamento para outros obesos. Entretanto, optar pelo procedimento cirúrgico não é algo simples. De acordo com as falas, observou-se que o paciente deve ter, além do conhecimento sobre a cirurgia, consciência sobre a necessidade da mudança de hábitos:

“Eu indico a cirurgia bariátrica e que deve seguir as recomendações.”
(Borboleta Lobo)

“Fazer tudo que os médicos mandam e seguir todas as orientações.”
(Borboleta Azul)

“Só deve fazer quando estiver preparado. Seguir as orientações, pois dar certo. Comer de 3 em 3 horas para não dar problema. Fazer exercício físico é muito bom.” (Borboleta Pavão)

“Tem que ter assiduidade nas consultas e reuniões para ter sucesso na cirurgia” (Borboleta Branca)

“Deve seguir todas as orientações dos médicos e fazer todos os exames. No pós-operatório deve vir para o acompanhamento. A alimentação deve seguir bem direitinho, principalmente nos primeiros dias. Tem que tomar os líquidos mesmo que não tenha sede. Deve fazer os exercícios assim que for liberada para ter mais energia e tomar as vitaminas todo dia” (Borboleta Amazônia)

“É importante estar preparado psicologicamente. Só deve fazer quando tiver certeza que quer a cirurgia bariátrica. Deve caminhar logo após a cirurgia para diminuir as dores causadas pelos gases. Seguir o que os médicos falam, pois é muito importante.” (Borboleta Rubi)

De acordo com relatos, escolher a cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade está diretamente associada às ações como ter assiduidade nas consultas, seguir as orientações, ter uma alimentação saudável, tomar o suplemento vitamínico diariamente e praticar atividades físicas.

O preparo psicológico também foi citado como pré-requisito para a realização da cirurgia, sendo importante a psicoterapia antes do procedimento e durante o pós-operatório. O apoio familiar também influencia na tomada de decisão pela cirurgia e os indivíduos devem ser orientados a trazerem seus familiares durante as reuniões e consultas de modo que todos tenham suas dúvidas esclarecidas.

A participação nas reuniões e nos grupos também é considerada essencial pelos sujeitos que já se submeteram à cirurgia bariátrica. A convivência com outros pacientes obesos permite a troca de conhecimento, medos e dúvidas, fato este que contribui para a escolha do melhor tratamento para o problema da obesidade.

Categoria 4: Acompanhamento com a equipe multiprofissional: por que é importante?

Os relatos dos pacientes demonstram que os mesmos percebem a necessidade da consulta com os profissionais de saúde da equipe da cirurgia bariátrica a fim de receberem as orientações sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados no perioperatório.

“As orientações são essenciais e fazem parte do tratamento. Dão a oportunidade de você conhecer muito bem todo o processo. O acompanhamento com os profissionais de saúde faz toda a diferença para conquistar nossas metas e não desanimar” (Borboleta Almirante)

“Ficamos mais confiantes sobre quais medicações tomar, saber como vai ser a alimentação.” (Borboleta Azul)

“É muito importante, pois eles nos orientam para viver bem. Sem as orientações, não podemos ter sucesso na cirurgia” (Borboleta Amazônia)

“São de suma importância.” (Borboleta Pavão)

“A orientação é fundamental, pois sem ela muitos voltam ao peso. Sem contar que, após a cirurgia, tem muitas complicações com a alimentação e a alteração de humor.” (Borboleta Lobo)

“O acompanhamento e as orientações são fundamentais, pois sem isso não sei se conseguiríamos.” (Borboleta Branca)

“Tem que vir para as reuniões e tem que se preparar porque, no preparo para a cirurgia você percebe se precisa ou não dela. Tem que ter acompanhamento com a nutricionista e o psicólogo. Depois da cirurgia tem que se vigiar para não engordar, pois o medo de engordar é muito grande.” (Borboleta Rubi)

A busca ao serviço de saúde representa a esperança em conhecer um tratamento que solucione o excesso de peso e as frustrações decorrentes da obesidade e das falhas nas tentativas de perder peso com outros tratamentos convencionais. Observou-se que alguns pacientes associam o sucesso da cirurgia e a constante motivação para a perda de peso e a conquista das metas ao acompanhamento no serviço de saúde. Isso demonstra a importância dos profissionais em se preocuparem em estabelecer um bom vínculo com os pacientes para que os mesmos se sintam a vontade para desabafar e questionar as preocupações e inquietações.

Categoria 5: O surgimento da cartilha sobre cirurgia bariátrica.

A ideia de se utilizar um material educativo é bem recebida entre os participantes. Todos afirmam serem bem orientados durante o preparo para a cirurgia. Porém, o uso da cartilha facilitaria a aprendizagem, a memorização dos cuidados e o esclarecimento das dúvidas.

“Da forma que eu recebi já está muito bom. Somos bem instruídos e temos muito apoio. A cartilha seria bom. Através do desenho fica mais fácil de compreender. No exercícios da fonoaudióloga, demorei muito para aprender a fazer” (Borboleta Azul)

“Aqui nos somos muito bem informados. Agora no pós-operatório é que eu não busco mais nenhuma informação. Fiquei relaxada. Com a cartilha é melhor. As imagens e os depoimentos ajudariam bastante.” (Borboleta Branca)

“A cartilha é importante, pois sempre buscamos informações sobre a cirurgia. Seria legal colocar fotos de pessoas antes e depois” (Borboleta Lobo)

“A cartilha é o melhor caminho. Tem gente que tem muita dúvida. Principalmente quem ainda não fez” (Borboleta Amazônia)

“O uso de uma cartilha seria bom porque não ficaria só aqui dentro da reunião. Poderia levar para casa e mostrar para a família!” (Borboleta Almirante)

A possibilidade de visualizar imagens e captar as informações de uma forma diferente motiva os pacientes e permite uma compreensão mais rápida das orientações que estão sendo repassadas. Além disso, como citado por uma paciente, a cartilha permite que o conhecimento obtido seja compartilhado em casa com a família ou a comunidade, o que dissemina o saber apreendido e encoraja outros indivíduos que sofrem com o problema da obesidade a buscarem a cirurgia como tratamento.

Categoria 6: Quais assuntos abordar na cartilha?

Muitos são os assuntos a serem abordados em um material educativo, principalmente quando se trata de um procedimento complexo e repleto de orientações a serem seguidas rigorosamente como é o caso da cirurgia bariátrica. Assim, a experiência de quem já realizou o procedimento e vivencia o pós-operatório com novas descobertas e conquistas diárias auxilia na definição dos temas.

“A alimentação e os perigos de engordar. Ver o que podemos comer e o que não podemos comer. Lembrar o que faz mal para não comermos. Tem que ter os cuidados com a alimentação. Informar sobre o anticoncepcional.” (Borboleta Branca)

“Beber água, mesmo sem ter sede. Informar sobre a dor e o frio na sala de recuperação... Sobre a queda de cabelo, muita gente não sabe que é normal e assusta muito. Também é importante falar sobre o que fazer quando tiver a síndrome de dumping” (Borboleta Lobo)

“Constipação. Tive problemas nos primeiros dias após a cirurgia e agora estou novamente. Sobre os vômitos na cor azul que pode ter após a cirurgia. A importância de perder peso antes da cirurgia e as técnicas cirúrgicas disponíveis. Fazer as caminhadas no hospital e quando for para casa” (Borboleta Rubi)

“Alimentação e a importância das vitaminas. O que pode e não pode fazer após a cirurgia. Orientar que é importante respeitar o repouso. Também é bom mostrar como é a cirurgia e como calcular o IMC” (Borboleta Amazônia)

“Falar sobre as vitaminas e o reganho de peso após a cirurgia. Falar sobre a reeducação alimentar e o dumping” (Borboleta Pavão)

“É importante ter informação sobre a alimentação. O que a pessoa pode fazer após a cirurgia. Sobre a postura do corpo. Fiquei totalmente curvada depois da cirurgia.” (Borboleta Almirante)

A partir dos relatos dos sujeitos, identificou-se os seguintes tópicos referentes ao pré-operatório a serem contemplados na cartilha educativa: uso do anticoncepcional, cálculo do IMC, técnicas cirúrgicas e a perda de peso antes da cirurgia. Já no pós-operatório, os temas destacados foram: cuidados e restrições no pós-operatório, fases da alimentação, uso das vitaminas, reganho de peso, deambulação precoce, complicações como Síndrome de *Dumping* e queda de cabelo, constipação e postura corporal.

Categoria 7: A escolha das imagens de acordo com o público-alvo.

Similar à escolha dos conteúdos a serem abordados na cartilha educativa, os sujeitos tiveram a oportunidade de contribuir na definição das ilustrações que deveriam existir no material:

“Quais plásticas vamos ter que fazer e as cicatrizes. O antes e depois de um paciente é um incentivo. Você vê que a pessoa fez e como ela tá hoje.. O Respirom[®] é importante mostrar porque a gente já usa no hospital e em casa” (Borboleta Lobo)

“Antes da minha cirurgia eu buscava muito imagens na internet. É importante saber como é a técnica e a cicatriz” (Borboleta Azul)

“Os tipos de cirurgias e a cicatriz. Como usar o Respirom[®] e os exercícios da fonoaudiologia” (Borboleta Rubi)

“Queria ver a imagem de um corpo com todos os órgãos e o estômago sendo mais visível!” (Borboleta Almirante)

Ao serem questionados sobre quais imagens os sujeitos tinham interesse de ver no material educativo, verificou-se que a maioria tinha curiosidade sobre como ficaria a cicatriz da cirurgia bariátrica e das cirurgias plásticas. Outras imagens solicitadas foram a demonstração dos exercícios com o Respirom[®] e os exercícios orientados pelo fonoaudiólogo; as técnicas cirúrgicas existentes e os órgãos do corpo humano com destaque para o estômago. Vale ressaltar ainda que alguns sujeitos presentes na reunião solicitaram que a cartilha contivesse fotos de pacientes no pré e pós-operatório para motivar outros indivíduos com os resultados.

📖 O OLHAR DA PESQUISADORA E OBSERVADORES SOBRE OS GRUPOS FOCAIS

Realizar encontros com pacientes vivenciando fases diferentes do perioperatório contribuiu de forma enriquecedora para o conhecimento das reais necessidades desses

indivíduos e para a construção do material educativo. Enquanto que os pacientes que estavam no pré-operatório demonstravam uma necessidade extrema de falar e desabafar sobre as dificuldades vivenciadas com a obesidade, os pacientes que já se submeteram à cirurgia compartilhavam a alegria da conquista da perda de peso e a melhora da qualidade de vida.

Para ambos os grupos, participar da construção cartilha representava uma satisfação em poder ajudar aqueles que, no futuro, irão procurar a cirurgia como tratamento. A existência de uma cartilha possibilita a retirada de dúvidas a qualquer momento, sendo um instrumento confiável que facilita a aprendizagem e a memorização das informações.

Ao serem questionados sobre o momento ideal para a entrega da cartilha, todos concordaram que a entrega deve ser logo no início que o indivíduo entra no programa de obesidade da instituição.

“Quando a pessoa começar o programa já deveria receber” (Paciente do pós-operatório)

“Na primeira consulta com o cirurgião porque temos muitas dúvidas” (Paciente do pré-operatório)

“No início e poderia ter uma ficha para anotarmos o dia das consultas” (Paciente do pós-operatório)

“Deve entregar nas reuniões ou nas consultas” (Paciente do pós-operatório)

“O quanto antes, melhor” (Paciente do pré-operatório)

O recebimento da cartilha ainda no período do pré-operatório possibilita que o indivíduo tenha conhecimento sobre todo o processo da cirurgia bariátrica e os cuidados necessários bem como permite que ele tenha mais tempo para decidir se esse é realmente o tratamento desejado e esclarecer suas dúvidas.

Ao utilizar personagens em um material educativo, é interessante que o pesquisador busque saber a opinião do público-alvo sobre as características que devem existir nos desenhos. Assim, nos grupos focais, os participantes puderam opinar sobre os nomes e as características físicas dos personagens da cartilha:

“A mulher deve ser morena e baixa” (Paciente do pós-operatório)

“O homem alto e moreno” (Paciente do pós-operatório)

“Deve destacar bem os locais que a gente tem mais gordura, principalmente na mulher.” (Paciente do pré-operatório)

“Poderia ser Adão e Eva. O gordo comete os sete pecados. Principalmente o da gula” (Paciente do pós-operatório)

“Poderia ser Maria Luz” (Paciente do pré-operatório)

“É melhor João e Maria.” (Paciente do pré-operatório)

“Os personagens devem ser como os cearenses, devem ser simpáticos” (Paciente do pré-operatório)

Ao final dos dois encontros, o consenso estabelecido foi que os nomes dos personagens seriam João e Maria e que eles deveriam se parecer com os cearenses, simpáticos. A mulher deveria ser baixinha e morena e apresentar obesidade ginóide (acúmulo de gordura nos quadris). Já homem deveria ser alto e moreno claro com obesidade andróide (acúmulo de gordura no abdome).

Juntamente com a moderadora, três observadoras participaram dos encontros, as quais acompanharam as reuniões através de um roteiro que guiava para o foco das observações. Nos dois grupos, as discussões tiveram 100% de aproveitamento, não necessitando de outras reuniões para a retomada do assunto como pode ser observado no quadro 22:

Quadro 22 – Avaliações dos observadores durante os grupos focais para a construção da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Observações*	PRÉ	PÓS
	Consenso obtido entre Observadores	Consenso obtido entre Observadores
O local estava organizado?	Sim	Sim
O ambiente estava tranquilo, sem interrupções?	Sim	Sim
O tempo foi adequado?	Sim	Sim
O guia temático foi completo? Cumpriu sua função?	Sim	Sim
O moderador estimulou a integração do grupo?	Sim	Sim
A discussão em grupo promoveu entusiasmo e participação?	Sim	Sim
Os participantes trocaram experiências entre si?	Sim	Sim
O grupo respeitou a programação?	Sim	Sim
O grupo resumiu as ideias principais?	Sim	Sim
Os resultados foram satisfatórios?	Sim	Sim
Necessita de mais reuniões para abordar a temática?	Não	Não

*Adaptado do estudo de Sousa (2011).

Fonte: Barros (2015).

De acordo com as observações, os encontros realizados nos grupos focais foram satisfatórios e atenderam às recomendações para a sua realização como escolha de um

ambiente adequado e organizado, duração em tempo conveniente e não exaustivo, uso de roteiros para discussão entre os participantes, atuação do moderador e discussão agradável e participativa entre os sujeitos (Quadro 22).

4) RESULTADOS DA 1ª FASE DA TÉCNICA DELPHI – OPINIÃO DOS JUÍZES EM CIRURGIA BARIÁTRICA

A última etapa da construção da cartilha foi representada pela participação de 47 profissionais de saúde que atuam na área da cirurgia bariátrica. A seguir, serão apresentadas nas duas tabelas subsequentes a caracterização dos juízes que participaram deste estudo.

Tabela 1 - Caracterização dos juízes da validação de conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	35	74,5
Masculino	12	25,5
Região de trabalho		
Centro-Oeste	3	6,4
Nordeste	32	68
Sul	3	6,4
Sudeste	9	19,1
Idade - Média em anos (Desvio Padrão)	44,53 (11,62)	
Curso de graduação		
Educação física	3	6,4
Enfermagem	8	17
Fisioterapia	5	10,6
Fonoaudiologia	6	12,8
Medicina	5	10,6
Nutrição	8	17
Odontologia	3	6,4
Psicologia	9	19,1
Tempo de formação profissional em anos - Média (Desvio Padrão)	20 (10,32)	
Pós-Graduação		
Especialização	17	36,2
Mestrado	18	38,3
Doutorado	8	17,0
Pós-doutorado	4	8,5

Fonte: Barros (2015).

De acordo com a tabela 1, a maioria dos juízes era do sexo feminino e procediam da região Nordeste. A média da idade foi de 44,53 anos com desvio-padrão de $\pm 11,62$, mediana de 46 e variância entre 27 a 82 anos. Dentre as profissões, foi mais representativo participantes dos cursos de Psicologia (19,1%), Enfermagem (17%) e Nutrição (17%). O tempo de formação foi, em média, de 10 anos ($\pm 10,32$) com mediana de 20 e variância de 3 a 46 anos de formado. Com relação à pós-graduação, a maioria era mestre (38,3%) ou especialista (36,2%).

Tabela 2 – Caracterização dos juízes da validação de conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

Variáveis	n	%
Área de Atuação		
Assistência	19	40,4
Docência	3	6,4
Assistência e Docência	5	10,6
Assistência e Pesquisa	4	8,5
Docência e Pesquisa	7	14,9
Assistência, Docência e Pesquisa	9	19,1
Experiência na Assistência		
Atenção básica	8	17
Média complexidade	16	34
Alta complexidade	23	49
Experiência na Docência		
Não	8	17,0
Sim, nível médio	3	6,4
Sim, nível superior	36	76,6
Participação em grupo de pesquisa		
Sim	36	76,6
Não	11	23,4
Artigos publicados na área de interesse*		
Sim	34	72,3
Não	13	27,7
Resumos publicados na área de interesse*		
Sim	42	89,4
Não	5	10,6

*Área de interesse: Construção e validação de material educativo; Educação em saúde; Cirurgia bariátrica; Obesidade; Assistência a pacientes clínicos e cirúrgicos; Saúde do adulto.
Fonte: Barros (2015).

Pertinente à tabela 2, infere-se que a maioria dos juízes atuam apenas na assistência (40,4%). Destaca-se que, dos 47 participantes, nove (19,1%) conciliam atividades de docência, pesquisa e assistência na sua prática diária. Quanto à experiência na assistência, 49% (23) dos juízes possuem experiência em serviços de alta complexidade. Com relação a docência, 76,6% (36) atuaram em instituições de ensino superior. Nas atividades de pesquisa, 76,6% (36) afirmaram participar de grupos de estudos, 72,3% (34) tinham artigos publicados em periódicos e 89,4% (42) possuíam resumos apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais.

Tabela 3 – Caracterização dos critérios de seleção dos juízes de conteúdo da validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.

JUÍZ DE CONTEÚDO	n	%	Pontuação
Ser doutor na área de interesse*	8	17,0	4 pontos
Ser mestre na área de interesse*	17	36,2	3 pontos
Ser especialista na área de interesse*	18	38,3	2 pontos
Ter experiência profissional (assistência, docência ou pesquisa) de no mínimo 5 anos, em disciplinas da área de interesse*	36	76,6	3 pontos
Possuir artigo publicado em periódico indexado na área de interesse*	34	72,3	2 pontos
Participar de grupo de pesquisa que envolva a temática da área de interesse*	36	76,6	1 ponto
Ter orientado tese, dissertação ou monografias nas temáticas da área de interesse*	27	57,4	0,5 pontos por trabalho

*Área de interesse: Construção e validação de material educativo; Educação em saúde; Cirurgia bariátrica; Obesidade; Assistência a pacientes clínicos e cirúrgicos; Saúde do adulto.

Fonte: Barros (2015).

Conforme os critérios de seleção adotados, a média da pontuação dos juízes foi de 9,56 pontos com desvio-padrão de $\pm 2,50$. A maioria dos participantes - 42,6% (20) - contemplaram 12 pontos e apenas 10,6% (5) dos juízes tinham a pontuação mínima de cinco pontos.

A técnica Delphi foi iniciada com a questão aberta “O que deve ser orientado ao paciente sobre a cirurgia bariátrica? Quais são os cuidados no perioperatório?”. Essa participação inicial dos juízes na construção permitiu determinar quais assuntos esses profissionais consideravam importantes para os pacientes serem orientados, os quais podem ser observados na Tabela 4:

Tabela 4 – Distribuição das respostas da 1ª Fase da Técnica Delphi separadas pela fase do perioperatório. Fortaleza, 2015.

PRÉ-OPERATÓRIO			TRANSOPERATÓRIO			PÓS-OPERATÓRIO		
Orientações	n	%	Orientações	n	%	Orientações	n	%
Riscos e benefícios	34	75,5	Medicação anticoagulante	10	22,2	Alimentação	42	93,3
Equipe multiprofissional	32	71,1	Internação	8	17,7	Acompanhamento e retorno	35	77,8
Definição da cirurgia bariátrica		68,9	Centro cirúrgico	7	15,5	Atividade física	33	73,3
Técnicas	28	62,2	Anestesia	4	8,8	Mudanças no estilo de vida	32	71,1
Processo perioperatório	27	60				Mastigação	30	66,7
Indicação cirúrgica	26	57,8				Transtornos psicológicos	29	64,4
Cuidados pré-operatórios	26	57,8				Complicações	28	62,2
Cessação de álcool e tabagismo	18	40				Autocuidado	28	62,2
Hábitos saudáveis	10	22,2				Exercícios respiratórios	27	60
Avalia�o pr�-operatória	8	17,7				Apoio psicológico	27	60
Exames	8	17,7				Apoio familiar	27	60
Termo de consentimento	5	11,1				Altera�es fisiológicas	27	60
Anticoncepcional	5	11,1				Vitaminas	20	44,4
Técnicas	28	62,2				Reganho de peso	18	40
Processo perioperatório	27	60				Deambula�o precoce	18	40
						Ferida operatória	15	33,3
						Cuidados no pós-operatório	15	33,3
						Qualidade de vida	10	22,2
						Síndrome de <i>Dumping</i>	8	17,7
						Meias	8	17,7
						Dreno	8	17,7
						Cinta modeladora	8	17,7
						V�mitos e entalos	8	17,7
						Dor	7	15,5
						Recupera�o anestésica	7	15,5
						Perda de peso	7	15,5
						Ingestão hídrica	6	13,3
						Cirurgia repadora	5	11,1
						Uso de medicamentos	5	11,1
						Intolerância alimentar	5	11,1
						Gravidez	5	11,1
						Fisioterapia motora	5	11,1
						Corre�o postural	4	8,8
						Higiene bucal	4	8,8
						Tratamento odontológico	2	4,4

Fonte: Barros (2015).

As respostas obtidas pelos juízes foram transformadas em palavras-chave para, posteriormente, serem encaixadas nos períodos do perioperatório. Observou-se que as orientações sobre o pré e pós-operatório foram mais enfatizadas, enquanto que, no período transoperatório, foram sugeridos apenas quatro assuntos: administração de droga anticoagulante, centro cirúrgico, anestesia e processo de internação (Tabela4).

De acordo com os juízes, os principais assuntos a serem abordados no pré-operatório são: riscos e benefícios do procedimento cirúrgico, papel da equipe multiprofissional, definição de cirurgia bariátrica, técnicas disponíveis, o processo perioperatório e a indicação cirúrgica. Já no pós-operatório: alimentação saudável e as fases da dieta, acompanhamento com os profissionais e retorno às consultas, prática de atividade física, mudanças no estilo de vida, mastigação correta, transtornos psicológicos, complicações, autocuidado, exercícios respiratórios, apoio psicológico, apoio familiar e alterações fisiológicas no trato gastrointestinal e no organismo (Tabela 4).

5) CONSTRUÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA

A elaboração da cartilha foi baseada na revisão integrativa e na análise das informações obtidas nos *blogs* bem com a participação de indivíduos dos grupos focais e de profissionais da saúde que participaram da primeira rodada da técnica Delphi.

A partir da compilação dos dados obtidos nas etapas propostas para a construção da cartilha, o material foi dividido em 11 tópicos, os quais abordavam desde informações sobre cirurgia bariátrica (técnicas utilizadas, cálculo do IMC), acompanhamento com a equipe multiprofissional, cuidados no perioperatório, dúvidas frequentes até receitas para cada fase da dieta.

O conteúdo foi disposto em uma sequência cronológica da realização da cirurgia bariátrica, iniciando com o pré-operatório e finalizando com o pós-operatório tardio:

1. **Apresentação:** buscou-se contextualizar a temática com dados epidemiológicos e a escolha da cirurgia bariátrica como tratamento.
2. **Informações sobre a cirurgia bariátrica:** abordou-se o que é a cirurgia bariátrica e suas indicações; o cálculo do IMC e sua classificação; o uso do balão intragástrico; as técnicas mais utilizadas no Brasil e como são feitas.
3. **Acompanhamento com a equipe multiprofissional e preparo pré-operatório:** informações sobre o papel de cada profissional na equipe, importância da avaliação pré-operatória; quais exames são solicitados e os

cuidados no pré-operatório mediato (dieta pré-operatória, cessão do uso de álcool e cigarro, tratamento de *H. pylori*, uso de anticoncepcional e perda de peso).

4. **Internação no hospital:** nesse momento, orienta-se sobre o pré-operatório imediato com destaque para os materiais que devem ser levados para o hospital, o uso da medicação anticoagulante, o jejum, a retirada dos adornos, o momento no centro cirúrgico (anestesia, entubação e enfaixamento das pernas) e a ida para a sala de recuperação.
5. **Pós-operatório hospitalar:** explica-se como será na sala de recuperação e quais complicações poderão acontecer; os cuidados com a ferida operatória, alimentação, fisioterapia motora e respiratória; e a alta hospitalar.
6. **Pós-operatório domiciliar:** apresenta-se os cuidados em casa com a ferida operatória; o que pode ou não fazer; a evolução das dietas; a mastigação adequada; a saúde bucal; a prática de atividade física; o acompanhamento psicológico e o retorno às consultas.
7. **Hábitos saudáveis no pós-operatório tardio:** enfoca-se os aspectos chave para o sucesso da cirurgia a longo prazo bem como a melhora das comorbidades, a realização das cirurgias plásticas e a ocorrência da gravidez.
8. **Dúvidas frequentes:** as dúvidas extraídas dos grupos focais e dos *blogs* foram explicadas, as quais abordam, principalmente, o momento do pós-operatório tardio como a questão do reganho de peso, o uso de bebida alcoólica, a ocorrência de síndrome de *Dumping*, queda de cabelo e hipoglicemia.
9. **Receitas:** com a ajuda de duas nutricionistas que participaram da 1ª fase da técnica Delphi, disponibilizou-se algumas receitas para cada fase da dieta.
10. **Acompanhamento do peso:** nesse tópico, o paciente poderá anotar o seu peso e observar a sua evolução na eliminação dos quilos.
11. **Fechamento da Cartilha:** a cartilha é finalizada como Estomagrinho que agradece pela leitura do material e fortalece a ideia da busca da cartilha quando houver dúvidas e da importância do acompanhamento no pós-operatório com os profissionais de saúde.

A maior dificuldade foi compilar tanta informação e não deixar o material educativo extenso, pois o conteúdo a ser abordado é muito amplo, tendo em vista que a cartilha contém informações sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados em todas as fases do

perioperatório. Assim, tentou-se apresentar o conteúdo de forma simples e objetiva para a leitura não ficar cansativa.

Em todo o processo de construção da cartilha, teve-se a atenção de abordar o conteúdo com uma linguagem adequada. A cartilha apresenta uma escrita simples e clara com os títulos destacados pelo aumento da fonte e diferentes cores para cada título. Sempre que foi possível, evitou-se textos longos, fazendo-se uso de mensagens curtas e objetivas, as quais facilitam a leitura e a compreensão das informações que estão sendo transmitidas. Além disso, foi feita uma leitura do material com o objetivo de identificar os termos técnicos e transformá-los em uma linguagem popular com o intuito de garantir a compreensão do texto pelo público-alvo.

Após a elaboração do conteúdo, contratou-se uma profissional especialista na área de *design* para realizar a diagramação e as ilustrações. Com o auxílio de um roteiro que continha os tópicos presentes na cartilha, a pesquisadora juntamente com a *designer* definiram quais imagens iriam expressar adequadamente o conteúdo a ser abordado. Também disponibilizou-se para a ilustradora figuras retiradas da *internet* com o intuito de demonstrar todos os detalhes presentes nas imagens reais de modo que as ilustrações pudessem ficar mais próximas possíveis da realidade.

Foram realizados dois encontros presenciais para a discussão das ilustrações e, à medida que as mesmas eram produzidas, eram enviadas via *email* para a pesquisadora para aprovação ou realização de modificações com o intuito de tornar as imagens claras e adequadas com a realidade.

Observa-se que o uso de ilustrações serve para chamar atenção e facilitar a aprendizagem. Assim, optou-se pela criação de personagens que pudessem representar o público-alvo na cartilha. O leitor pode se identificar com as situações propostas nas ilustrações e se imaginar vivenciando os eventos relatados como a busca ao médico, a ida para o hospital para a internação e o pós-operatório em casa junto com os familiares.

Para contemplar ambos os sexos, a cartilha contém “João” e “Maria” como obesos que buscam a cirurgia bariátrica como tratamento. Para enfatizar a eficácia da cirurgia bariátrica na perda de peso e melhora da qualidade de vida, foi solicitado a desenhista que, ao fim da leitura, os personagens já aparecessem com um peso adequado e saudáveis.

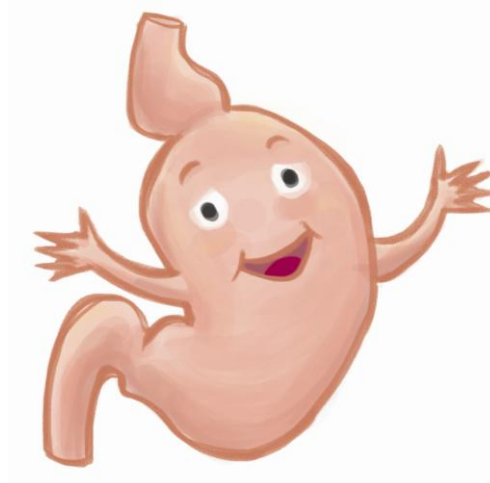
Figura 4 – Ilustração representativa dos personagens, ainda obesos, João e Maria da cartilha “Cirurgia bariátrica – cuidados para uma vida saudável”. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros; Caetano (2015).

Além desses personagens, surge também o “Estomagrinho”, o qual interage com o leitor, motiva a leitura e chama atenção para as ideias-chave.

Figura 5 – Ilustração representativa do “Estomagrinho”, personagem da cartilha “Cirurgia bariátrica – cuidados para uma vida saudável”. Fortaleza, 2015.





Fonte: Barros; Caetano (2015).

Optou-se por apresentar uma ilustração antes do início de cada tópico da cartilha com o intuito de demonstrar ao leitor qual conteúdo seria abordado e facilitar a busca por um assunto específico. As ilustrações selecionadas para a abertura dos tópicos foram:

Quadro 23– Ilustrações representativas das aberturas dos tópicos da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.

TÓPICO	DESCRIÇÃO	ILUSTRAÇÃO
<p>Informações sobre a cirurgia bariátrica</p>	<p>Os dois pacientes em uma sala de espera e o Estomagrinho do lado falando que eles dois estão procurando saber um pouco mais sobre cirurgia bariátrica.</p>	
<p>Acompanhamento com a equipe multiprofissional e preparo pré-operatório</p>	<p>João e Maria, ambos com um membro familiar como acompanhante, em um auditório vendo uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, dentista e educador físico) no palco.</p>	
<p>Internação no hospital</p>	<p>Os personagens chegando ao hospital junto com um familiar.</p>	
<p>Pós-operatório hospitalar</p>	<p>Um dos pacientes com aparência positiva vestido com uma bata no hospital em pé do lado da cama no quarto com um acesso venoso no braço.</p>	

<p>Pós-operatório domiciliar</p>	<p>Paciente em casa junto com a família.</p>	
<p>Hábitos saudáveis no pós-operatório tardio</p>	<p>João e Maria agora com uma perda de peso evidente indo para uma consulta de retorno com o médico.</p>	

Fonte: Barros; Caetano (2015).

As outras ilustrações utilizadas ao longo da cartilha tinham o intuito, principalmente, de demonstrar os seguintes assuntos: técnicas cirúrgicas, função de cada profissional na equipe, paciente na sala de cirurgia conectado ao aparelho multiparâmetros e com as pernas enfaixadas, cicatrização das cirurgias plásticas, paciente grávida e alimentos saudáveis.

Em alguns detalhes da cartilha, como vestido da personagem Maria, página da dedicatória e das dúvidas frequentes, utilizou-se imagens de borboletas. Esse ícone foi retirado da pesquisa em *blogs*, pois os pacientes referem que, através da cirurgia bariátrica, eles passam por uma transformação.

Figura 6 – Ilustração presente na dedicatória da cartilha “Cirurgia bariátrica – cuidados para uma vida saudável”. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros; Caetano (2015).

Foi elaborada uma capa com imagens, cores e texto atrativo que mostre a mensagem principal e o público-alvo. Solicitou-se a desenhista que representasse os dois personagens em frente à um espelho refletindo os mesmos já magros, pois essa ilustração representa o sonho de todo obeso: alcançar o peso adequado e um bem-estar.

Figura 7 – Ilustração representativa da capa da cartilha “Cirurgia bariátrica – cuidados para uma vida saudável”. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros; Caetano (2015).

Todas as ilustrações foram desenhadas manualmente, utilizando-se caneta nanquim para a sua finalização. Posteriormente, os desenhos foram fotografados e enviados à pesquisadora para avaliação. Após serem aprovados, eram finalizados no programa *Photoshop* com a pintura digital.

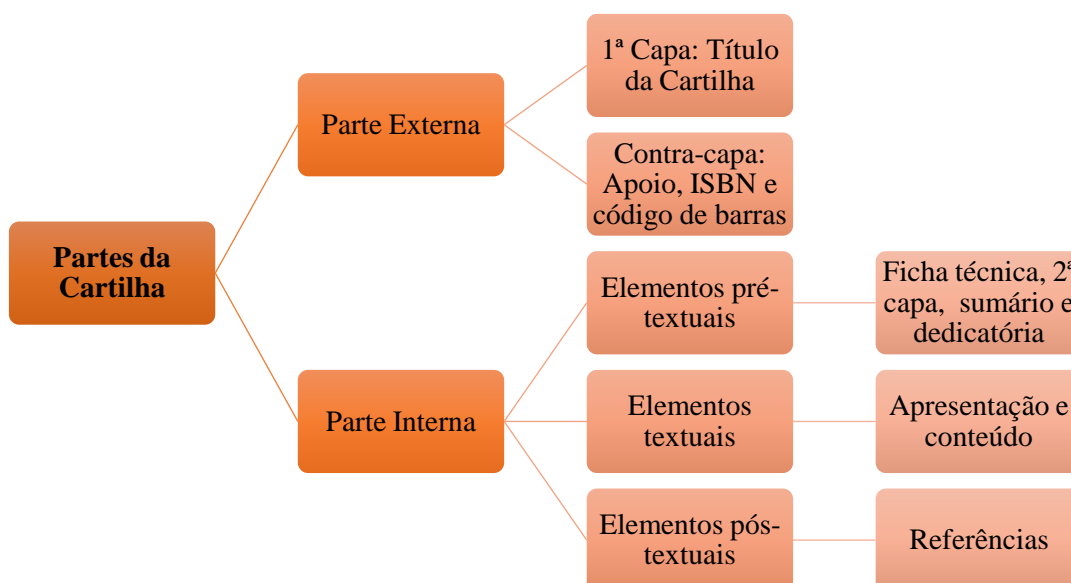
A última etapa da construção da cartilha foi a diagramação, a qual corresponde à organização e formatação dos tópicos e páginas juntamente com o texto e as ilustrações, e, para tal atividade, foi utilizado o programa *Adobe InDesign*.

Foi escolhida a fonte “Nyala” por ser uma fonte simples e clara, a qual foi utilizada em dois tamanhos: em tamanho 16 para os títulos e subtítulos e em tamanho 14 para o corpo do texto. O conteúdo textual foi apresentado em cores diferentes de acordo com destaque que se pretendia dar ao texto, utilizando-se o preto para o texto e lilás para títulos, subtítulos e marcadores com o intuito de facilitar a compreensão do leitor. As partes do texto que se buscava destacar aspectos-chave ou informações importantes foram ressaltadas em negrito e com o uso da cor verde.

Buscou-se o predomínio de cores frias, as quais transmitem tranquilidade e evitou-se a utilização de cores vibrantes, pois as mesmas deixam a leitura mais cansativa. Os recursos visuais utilizados foram ilustrações, cores diferentes no texto e caixas de texto para destacar mensagens importantes.

A diagramação da cartilha está ilustrada na figura 8:

Figura 8 – Diagramação representativa da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica. Fortaleza, 2015.



A capa da cartilha apresenta o título e subtítulo “Cirurgia bariátrica: em busca de uma vida saudável” e, na contracapa, o “Estomagrinho” aparece informando do que se trata a cartilha com a seguinte mensagem: “A cartilha ‘Cirurgia bariátrica: em busca de uma vida saudável’ representa um material educativo construído para orientar pacientes sobre o período perioperatório da cirurgia bariátrica e esclarecer dúvidas, sendo elaborado e validado com a ajuda de profissionais de saúde e pacientes”. Foi impresso na contracapa o brasão da Universidade Federal do Ceará, instituição ao qual o material está vinculado (Programa de Pós-graduação em Enfermagem), e um código de barras simulando o futuro *International Standard Book Number* (ISBN) da cartilha.

Na ficha técnica, apresenta-se os nomes das autoras e suas respectivas titulações; créditos técnicos (ilustrações e diagramação) e o nome dos juízes que participaram da validação. Na parte final da cartilha, foram acrescentadas as referências e uma ficha para os pacientes anotarem o dia e o horário das consultas com a equipe multiprofissional.

A primeira versão da cartilha consistiu em um material com 94 folhas impressas em papel cochê, específico para impressão de ilustrações em alta qualidade, e no formato de página de meia folha A4 (150x210mm) configuradas no formato paisagem, presas a dois grampos.

A cartilha foi formatada de forma a conter um número de páginas múltiplo de quatro, visto que, em sua versão impressa, seria utilizado a frente e o verso das folhas. Todas as páginas da cartilha foram contadas sequencialmente, porém a numeração em algarismos arábicos foi utilizada a partir da primeira página textual, na sua margem inferior.

6) RESULTADOS DA VALIDAÇÃO COM JUÍZES EM CIRURGIA BARIÁTRICA

A cartilha construída foi submetida à validação de conteúdo pelos mesmos juízes que participaram da 1ª fase da técnica Delphi. Foi enviado uma nova carta convite via *email* convidando-os para avaliar o material educativo juntamente com a cartilha e o *link* do questionário *online*, o que caracterizou a 2ª fase da técnica Delphi. A partir das sugestões dos juízes, a cartilha foi reestruturada e reenviada para os juízes com um *link* do novo questionário *online*, representando, assim, a última fase do processo de validação - 3ª fase da técnica Delphi.

Os dados obtidos em cada fase da validação serão apresentados nas tabelas 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 de acordo com a análise estatística em que o valor de IVC estipulado foi igual

ou superior a 0,85 representando um percentual de concordância de, no mínimo, 85% entre os juízes.

Tabela 5 - Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto aos objetivos. Fortaleza, 2015.

Variáveis	2 ^a Fase				3 ^a Fase			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
1.1 Os objetivos são coerentes com as necessidades do paciente da cirurgia bariátrica.	45	95,7	0,96	0,995	47	100	1	1
1.2 A cartilha é uma ferramenta que pode ser usada no processo de aprendizado do paciente sobre os cuidados no perioperatório de cirurgia bariátrica.	46	97,9	0,98	0,999	47	100	1	1
1.3 A cartilha é capaz de promover reflexão sobre os cuidados necessários no perioperatório.	45	95,7	0,96	0,995	47	100	1	1
1.4 As informações contidas na cartilha incentivam mudança de comportamento.	34	72,3	0,72	0,018	44	93,6	0,94	0,979
1.5 A cartilha poderá ser introduzida como material de apoio ou suplementar no cuidado/manejo do paciente.	46	97,9	0,98	0,999	46	97,9	0,98	0,999

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

Na avaliação do objetivo da cartilha, o único item que teve uma proporção baixa (72,3%) foi sobre o incentivo à mudança de comportamento pela cartilha, o qual não foi significante estatisticamente e teve um IVC de 0,72. Entretanto, na segunda avaliação, todos os itens foram estatisticamente significantes com uma proporção de concordância entre os juízes superior a 85% ($p > 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 6 - Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto ao conteúdo. Fortaleza, 2015.

Variáveis	2 ^a Fase				3 ^a Fase			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
2.1 A cartilha educativa é apropriada para pacientes que estão vivenciando o pré-operatório.	46	97,9	0,98	0,999	47	100	1	1
2.2 A cartilha oferece informações sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica.	44	93,6	0,94	0,979	46	97,9	0,98	0,999
2.3 A cartilha ressalta a importância dos cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica.	43	91,5	0,91	0,936	46	97,9	0,98	0,999
2.4 O texto está apresentado de maneira clara e objetiva.	41	87,2	0,87	0,726	47	100	1	1
2.5 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	39	83	0,83	0,409	46	97,9	0,98	0,999
2.6 Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos da cartilha.	43	91,5	0,91	0,936	47	100	1	1
2.7 Existe uma sequência lógica do conteúdo proposto.	46	97,9	0,98	0,999	47	100	1	1
2.8 A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes	47	100	1	1	47	100	1	1
2.9 As ideias chaves são pontos importantes e merecem destaque	41	87,2	0,87	0,726	47	100	1	1

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

Na tabela 6, observou-se que o conteúdo abordado no material educativo foi considerado adequado e estatisticamente significativo em oito dos nove itens avaliados. Entretanto, o item 2.5 sobre a qualidade científica das informações não teve uma concordância superior a 85%, sendo estatisticamente não significativo e com IVC de 0,83 (p=0,409) na primeira avaliação, o qual passou para 0,98 após as reformulações com p valor de 0,999.

Tabela 7- Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto à linguagem. Fortaleza, 2015.

Variáveis	2 ^a Fase				3 ^a Fase			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
3.1 As informações são claras e compreensíveis.	43	91,5	0,91	0,936	45	95,7	0,96	0,995
3.2 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	38	80,9	0,81	0,266	45	95,7	0,96	0,995
3.3 As informações estão bem estruturadas.	43	91,5	0,91	0,936	46	97,9	0,98	0,999
3.4 As informações estão em concordância com a ortografia.	40	85,1	0,85	0,570	44	93,6	0,94	0,979
3.5 A escrita é atrativa.	39	83	0,83	0,409	46	97,9	0,98	0,999
3.6 O título da cartilha é interessante e adequado.	44	93,6	0,94	0,979	47	100	1	1

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

Quanto à linguagem utilizada na cartilha, os juízes não consideraram adequados o estilo da redação e a escrita atrativa. Esses dois itens tiveram IVC de 0,81 ($p=0,266$) e 0,83 (0,409), respectivamente. Na segunda avaliação, observou-se, estatisticamente, proporções de concordância entre os participantes não inferiores a 85% ($p > 0,05$) e um IVC maior que 0,85 em todos os itens avaliados (Tabela 7).

Tabela 8 - Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto à relevância. Fortaleza, 2015.

Variáveis	2 ^a Fase				3 ^a Fase			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
4.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados durante as consultas.	47	100	1	1	47	100	1	1
4.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar).	43	91,5	0,91	0,936	45	95,7	0,96	0,995
4.3 A cartilha propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.	39	83	0,83	0,409	47	100	1	1
4.4 A cartilha aborda os assuntos necessários para o paciente	44	93,6	0,94	0,979	47	100	1	1

bariátrico.

4.5 A cartilha está adequada para ser usada por qualquer profissional da área da saúde.	37	78,7	0,79	0,157	45	95,7	0,96	0,995
4.6 A cartilha está adequada e pode ser usada como um instrumento mediador em educação em saúde.	43	91,5	0,91	0,936	47	100	1	1
4.7 O tema é atual e relevante.	47	100	1	1	47	100	1	1

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

Com relação a relevância, houve um baixo percentual de concordância na apresentação da cartilha como uma ferramenta para contribuir para o aumento do autocuidado do paciente e no uso do material educativo por qualquer profissional da área da saúde, sendo esses itens não estatisticamente significantes com IVC de 0,83 ($p=0,409$) e 0,79 ($p=0,157$), respectivamente. Após o envio da segunda versão da cartilha, verificou-se um aumento na concordância entre os juízes e todos os itens avaliados tiveram uma proporção superior a 85%, estatisticamente significativa com alto IVC (Tabela 8).

Tabela 9 -Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto às ilustrações. Fortaleza, 2015.

Variáveis	2 ^a Fase				3 ^a Fase			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
5.1 As ilustrações são pertinentes com o conteúdo do material.	44	93,6	0,94	0,979	46	97,9	0,98	0,999
5.2 As ilustrações expressam a informação que se pretendeu transmitir e de fácil compreensão.	42	89,4	0,89	0,853	45	95,7	0,96	0,995
5.3 O número de ilustrações está suficiente.	38	80,9	0,81	0,266	45	95,7	0,96	0,995
5.4 As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.	39	83	0,83	0,409	45	95,7	0,96	0,995
5.5 Os personagens são carismáticos.	40	85,1	0,85	0,570	45	95,7	0,96	0,995
5.6 A apresentação dos personagens e situações são suficientes.	46	97,9	0,98	0,999	47	100	1	1

5.7 Os personagens lembram os pacientes da realidade a qual a cartilha educativa se propõe. 38 80,9 **0,81** **0,266** 43 91,5 0,91 0,936

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.
Fonte: Barros (2015).

O tópico de avaliação das ilustrações obteve três itens com concordância entre os juízes inferior a 85%. Os aspectos considerados inadequados e não estatisticamente significantes foram o número de ilustrações (IVC = 0,81), a adequação das legendas (IVC = 0,83) e a caracterização dos personagens de acordo com a realidade (IVC = 0,81). Na segunda avaliação, esses itens obtiveram proporção estatisticamente não inferior a 85% e com alto valor de IVC ($p > 0,05$) (Tabela 9).

Tabela 10 - Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto ao layout. Fortaleza, 2015.

Variáveis	2ª Fase				3ª Fase			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
6.1 A apresentação da cartilha está atrativa.	41	87,2	0,87	0,726	46	97,9	0,98	0,999
6.2 A apresentação da cartilha está organizada de forma lógica.	46	97,9	0,98	0,999	47	100	1	1
6.3 O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados para a leitura.	47	100	1	1	47	100	1	1
6.4 O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material.	45	95,7	0,96	0,995	46	97,9	0,98	0,999
6.5 O contraste com cores diferentes foi feito de forma adequada.	41	87,2	0,87	0,726	44	93,6	0,94	0,979
6.6 A disposição do texto está adequada.	46	97,9	0,98	0,999	47	100	1	1
6.7 O papel da impressão do material está apropriado.	27	57,4	0,57	<0,000	-	-	-	-
6.8 O número de páginas está adequado.	37	78,7	0,79	0,157	44	93,6	0,94	0,979

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.
Fonte: Barros (2015).

Na tabela 10, dois itens foram considerados inadequados pelos participantes em que a concordância foi inferior a 85%. O primeiro foi sobre o tipo de papel para a impressão e o segundo foi sobre o número de páginas da cartilha. Como o processo de validação ocorreu via

email, optou-se por retirar o item de avaliação do tipo de papel na 3ª fase da técnica Delphi devido à impossibilidade dos juízes avaliarem tal item. Com a apresentação da reformulação da cartilha na 2ª versão, houve a diminuição do número de páginas. Assim, o IVC passou de 0,79 para 0,94, estando estatisticamente significante com p valor de 0,979.

Tabela 11 - Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto à motivação. Fortaleza, 2015.

Variáveis	2ª Fase				3ª Fase			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
7.1 O título é atraente e desperta interesse.	43	91,5	0,91	0,936	46	97,9	0,98	0,999
7.2 O conteúdo desperta interesse para a leitura.	43	91,5	0,91	0,936	46	97,9	0,98	0,999
7.3 O conteúdo está motivador e incentiva o leitor a prosseguir a leitura.	41	87,2	0,87	0,726	46	97,9	0,98	0,999

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

Quanto ao tópico da motivação da cartilha para a leitura, tanto na primeira avaliação como na segunda, os itens foram considerados adequados e estatisticamente significantes ($p > 0,05$) e concordância superior a 85% entre os juízes (Tabela 11).

Tabela 12- Distribuição da concordância entre juízes da avaliação de conteúdo da cartilha educativa quanto à cultura. Fortaleza, 2015.

Variáveis	2ª Fase				3ª Fase			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
8.1 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	37	78,7	0,79	0,157	43	91,5	0,91	0,936

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

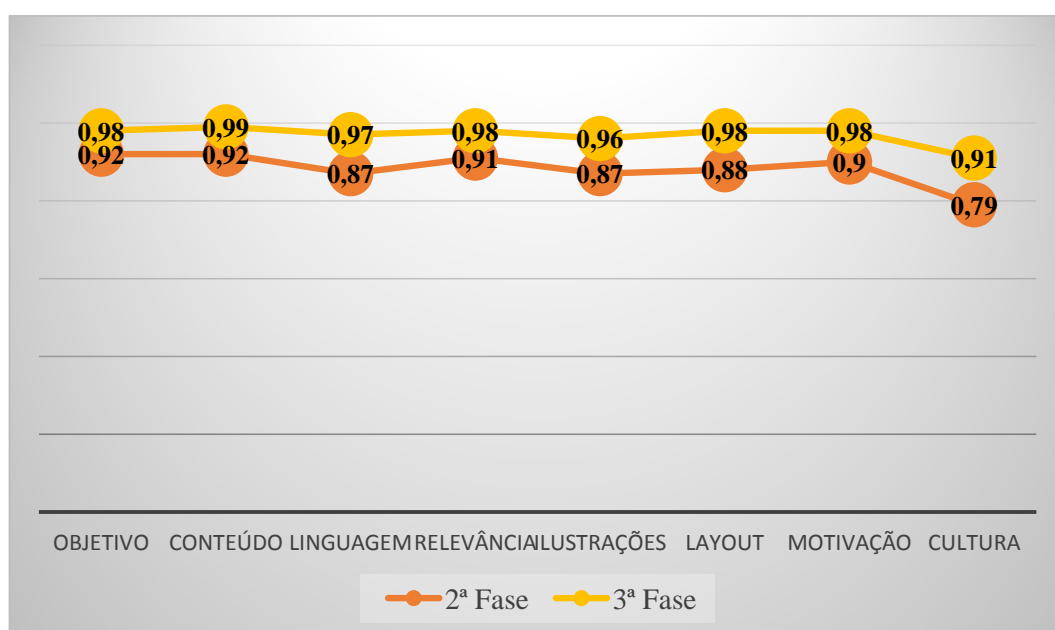
Na primeira avaliação, a adequação do material ao nível sociocultural do público-alvo obteve uma baixa proporção (78,9%) entre os juízes com IVC de 0,79 e não estatisticamente significante. Na segunda avaliação, o item foi considerado adequado e houve um aumento no IVC para 0,91 com p valor de 0,936 (Tabela 11).

A primeira versão da cartilha foi aprovada por 55,3% (26) dos participantes e aprovada com modificações por 44,7% (21). Após o aprimoramento do material de acordo

com as considerações, a cartilha foi aprovada por 83% (39). Os outros 17% (8) aprovaram a cartilha com novas modificações a serem realizadas.

O IVC global passou de 0,88 para 0,97 entre as avaliações, tendo a cartilha obtido o padrão-ouro ao final da validação com juízes de conteúdo. Quanto aos IVCs de cada tópico avaliado no material educativo, observa-se, no gráfico 1, um aumento em todos os aspectos com valores de IVCs superiores a 0,85 na segunda avaliação.

Gráfico 1 – Distribuição dos IVCs de cada tópico de avaliação da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os juízes de conteúdo. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros (2015).

O grau de relevância do conteúdo abordado na cartilha educativa foi avaliado mediante o cálculo do IVC. Os valores dos IVCs individuais estão apresentados no quadro 24, os quais variaram de 0,89 a 1 na primeira avaliação e de 0,98 a 1 após as correções.

Quadro 24 - Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) de cada tópico, segundo a análise dos juízes de conteúdo. Fortaleza, 2015.

Tópico	Conteúdo	IVC – 2ª Fase	IVC – 3ª Fase
1	Conceito e indicação da cirurgia bariátrica e cálculo do Índice de Massa Corporal.	0,98	1
2	Técnicas utilizadas na cirurgia bariátrica e balão intragástrico.	0,94	1
3	Acompanhamento com a equipe multiprofissional.	1	1

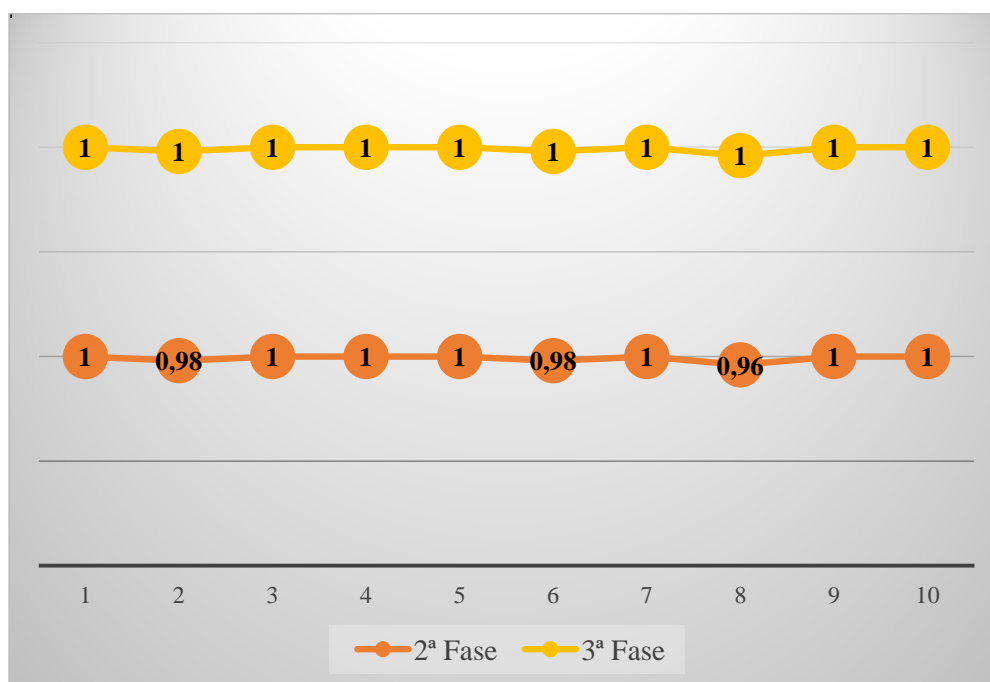
4	Cuidados no pré-operatório.	1	1
5	Cuidados no pré-operatório imediato – preparo para a cirurgia.	1	1
6	Orientações sobre a sala de cirurgia.	0,89	0,98
7	Pós-operatório hospitalar – sala de recuperação e enfermaria	0,91	0,98
8	Pós-operatório domiciliar.	1	1
9	Cuidados no pós-operatório tardio.	1	1
10	Dúvidas frequentes.	0,98	0,98

Fonte: Barros (2015).

Nos gráficos 2 e 3, apresenta-se a avaliação da relevância e da clareza dos tópicos da cartilha educativa. Os números de 1 a 10 presentes nos gráficos representam os seguintes tópicos: 1 - Conceito e indicação da cirurgia bariátrica e cálculo do Índice de Massa Corporal; 2 - Técnicas utilizadas na cirurgia bariátrica e balão intragástrico; 3 - Acompanhamento com a equipe multiprofissional; 4 - Cuidados no pré-operatório; 5 - Cuidados no pré-operatório imediato – preparo para a cirurgia; 6 - Orientações sobre a sala de cirurgia; 7 - Pós-operatório hospitalar: sala de recuperação e enfermaria; 8 - Pós-operatório domiciliar; 9 - Cuidados no pós-operatório tardio; 10 - Dúvidas frequentes.

Com relação à relevância do conteúdo apresentado no material, os itens sobre as técnicas cirúrgicas, o acompanhamento no pré-operatório com a equipe multiprofissional e os cuidados no pós-operatório domiciliar também tiveram uma menor proporção de concordância entre os juízes, apesar de terem sido considerados adequados, sendo superiores a 85%. Com a segunda versão, obteve-se a plena concordância em todos os tópicos avaliados (Gráfico 2).

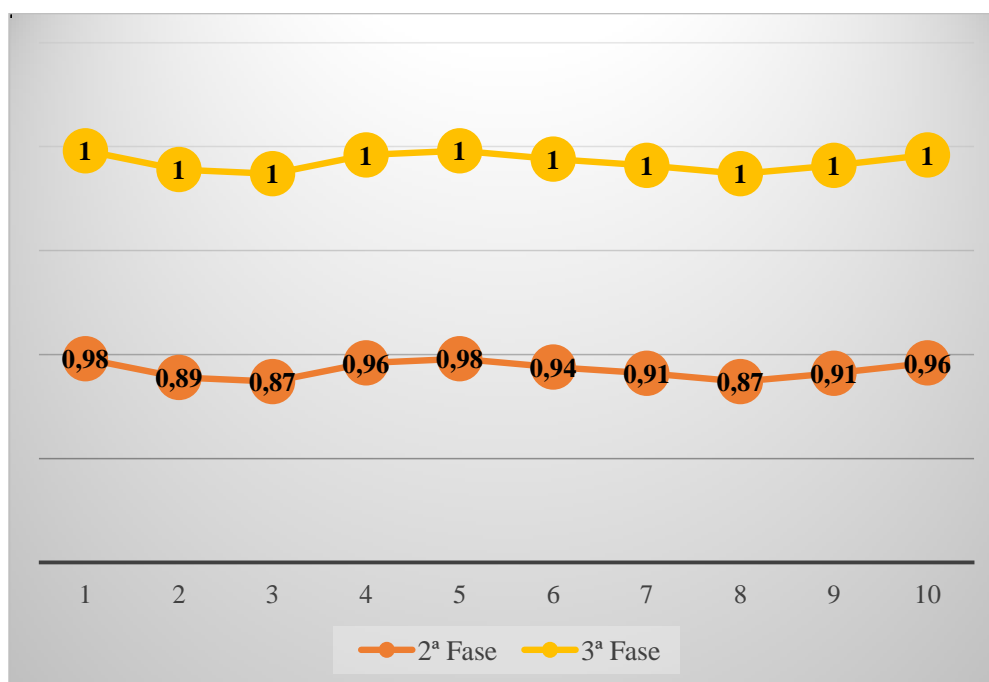
Gráfico 2 – Relevância do conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os juízes de conteúdo. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros (2015).

A clareza do conteúdo da cartilha também foi avaliada e, em ambas as fases, a concordância entre os juízes foi superior a 85%. Com a primeira versão da cartilha, os valores de IVC dos itens variaram entre 0,87 a 0,98, sendo os itens de menor valor os tópicos referentes às técnicas cirúrgicas, o acompanhamento no pré-operatório com a equipe multiprofissional e os cuidados no pós-operatório domiciliar. Na segunda versão, obteve-se IVC igual a 1 em que observa-se a evolução da cartilha quanto à clareza do conteúdo (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Clareza do conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os juízes de conteúdo. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros (2015).

No questionário de avaliação, foi disponibilizado um espaço para que os juízes realizassem seus comentários e sugestões. Após a análise dos dados obtidos na segunda fase da técnica Delphi, destacou-se quatro temas recorrentes entre as respostas, os quais foram: favorecimento da mudança de comportamento; uso da cartilha; extensão do conteúdo do material; a importância da equipe multiprofissional; o acompanhamento no serviço de saúde e a possibilidade de se ter um material educativo sobre cirurgia bariátrica.

De acordo com alguns juízes, a cartilha não é capaz de promover mudanças comportamentais, servindo apenas como apoio para as dúvidas, como pode ser observado nas falas a seguir:

“A cartilha é um material de apoio para orientação e dúvidas, mas não com intuito de mudar comportamento” (Juiz 2)

“Não consegui observar no conteúdo da cartilha incentivo a mudança de comportamento, mas apenas orientações técnicas a respeito da cirurgia bariátrica.” (Juiz 24)

“Acredito na mudança de comportamento desde que seja como apoio e não como algo que promova uma mudança estrutural, que é uma mudança mais efetiva. Servindo como apoio, não podemos discordar de que promova, no mínimo, reflexão e estímulo para pensar em mudanças.” (Juiz 20)

“Acredito que sem reflexões em grupo e um trabalho de acompanhamento individual, além da orientação à família, a cartilha em si não promove reflexão nem mudança de comportamento.” (Juiz 28)

Entretanto, acredita-se que, ao longo da vivência do pós-operatório, as mudanças de comportamento possam vir a ocorrer a partir da apreensão do conhecimento fornecido e do aumento da tomada de decisão tendo em vista que as orientações fornecidas propõem cuidados e condutas a serem seguidos com o intuito de otimizar os resultados e evitar possíveis complicações.

Assim, a educação do paciente por intermédio da cartilha pode favorecer o empoderamento desse indivíduo juntamente com a sua família, o que será verificado com a realização de outros estudos. Diante dessa situação, destaca-se o profissional de saúde como propagador de conhecimento e mediador da educação em saúde com o paciente e seus familiares.

A importância da equipe multiprofissional e o acompanhamento no serviço de saúde também foi enfatizado pelos juízes:

“Meu preocupa um pouco em dizer que a cartilha tem conhecimento para o autocuidado. O paciente, principalmente candidatos ou submetido à cirurgia bariátrica, devem sempre procurar o profissional para cada etapa do tratamento desde o pré-operatório. Acho que essa cartilha está fornecendo informações necessárias sim, mas isso não isenta o paciente de procurar cada profissional para realizar suas devidas prescrições e condutas.” (Juiz 10)

“As dúvidas são esclarecidas no processo de acompanhamento. A cartilha não substitui o acompanhamento da equipe multiprofissional” (Juiz 28)

“Deve ser ressaltado na cartilha que o paciente sempre deve seguir as orientações da sua equipe. a cartilha é um apoio” (Juiz 25).

Apresenta-se o material educativo como uma ferramenta de apoio a ser utilizada pelos profissionais de saúde e seus pacientes, o qual poderá ser gerador de novos questionamentos durante as consultas, aumentando, assim, o conhecimento do indivíduo sobre a cirurgia bariátrica e o processo perioperatório.

Além disso, a cartilha não contém todas as orientações necessárias sobre o procedimento visto que cada equipe multiprofissional apresenta uma abordagem diferente no acompanhamento antes e após a cirurgia, tornando imperativo a presença de um profissional de saúde para esclarecer outras dúvidas que possam vir a surgir e que não estejam contempladas na cartilha.

Com relação ao conteúdo, os juízes destacaram a extensão da cartilha:

“A cartilha é um pouco longa e deve ser testada com pacientes para verificar se eles vão até o fim sem cansar.” (Juiz 1)

“Material muito bom, completo. Porém, dependendo do público-alvo, extenso. Não sei se o paciente leria tudo.” (Juiz 25).

“O conteúdo está adequado, embora longo.” (Juiz 3)

“Mesmo que tenha mais de 40 páginas, por ter ilustrações e letra grande é de rápida leitura.” (Juiz 16)

“Cartilha clara, simples e de fácil leitura e entendimento.” (Juiz 29)

“Parabéns pelo seu trabalho! Está de excelente qualidade! Com informações precisas, diretas, linguagem extremamente clara e acessível para diferentes públicos.” (Juiz 44)

Devido ao fato de abordar orientações relacionadas ao pré, trans e pós-operatório e por conter informações referentes ao papel dos profissionais de saúde que atuam no cuidado dessa população específica, ao final da construção do conteúdo, a cartilha apresentou-se extensa.

Outro fator que contribuiu para a extensão do material foi o processo metodológico utilizado para o desenvolvimento da cartilha. A revisão integrativa com artigos científicos, a busca em *blogs* sobre as dúvidas existentes entre os pacientes no ambiente virtual; os resultados dos grupos focais com pacientes do pré e pós-operatório e a opinião dos juízes em cirurgia bariátrica na primeira fase da técnica Delphi resultou em um banco de dados rico em informações sobre cirurgia bariátrica.

Assim, a extensão da cartilha reflete em uma preocupação dos juízes, se a população-alvo irá ler o material todo. Acredita-se que, por ser um assunto de interesse dos mesmos, em um primeiro momento, os indivíduos irão ler a cartilha por completo. Entretanto, com a mudança das fases do perioperatório e com o conhecimento dos assuntos abordados no material, as leituras posteriores serão direcionadas aos assuntos específicos da vivência de cada paciente no seu cotidiano.

Pensando nisso, criou-se estratégias para estimular a leitura frequente do material educativo, entre as quais destaca-se: a disponibilização de receitas para cada fase da dieta; um espaço para o paciente escrever suas dúvidas e outro para escrever sua receita preferida; quadros com peso e o IMC para o acompanhamento da perda de peso e uma ficha para anotar as datas das consultas.

Ao final da avaliação, verificou-se que a cartilha foi bastante elogiada pelos juízes, como pode ser observado nos relatos:

“Quero deixar os meus parabéns pela iniciativa, vocês elaboraram um material de qualidade e importantíssimo que ajudará esse grupo de pessoas tão especial”. (Juiz 10)

“Na minha opinião, o material está muito bom e quero te parabenizar pelo trabalho. Nós receberemos a cartilha impressa?” (Juiz 19)

“Carecemos de um material com informações globais como dessa cartilha. Muitos pacientes buscam informações pela internet, sem um material próprio e específico da sua equipe e/ou necessidade cirúrgica. Parabéns!” (Juiz 15)

“Pela minha experiência tenho observado que muitos candidatos a cirurgia bariátrica desejam informações rápidas e preferem não aprofundar no conhecimento de todo o processo que envolve a cirurgia por medo de confrontar o que de fato o impede de cumprir com as novas regras que lhe serão propostas. Por isso esse material é de grande valor e deve ser usado de forma bem consciente, não substituindo as orientações profissionais. Parabênzo às profissionais pela excelente iniciativa, sucesso!!” (Juiz 26)

“Achei muito interessante a ideia da elaboração de material educativo específico para orientação de candidatos a cirurgia bariátrica, pois agrega valor e conhecimentos, facilitando a adesão ao novo estilo de vida necessário para obtenção do melhor resultado possível com o procedimento cirúrgico para tratar uma doença tão agressiva. Parabéns pela iniciativa e escolha do tema.” (Juiz 23)

“Parabenizo a autora pela cartilha elaborada. Está muito boa em todos os aspectos. As sugestões dadas foram apenas na intenção de aprimorar a qualidade do trabalho.” (Juiz 24)

A disponibilização de uma ferramenta educativa com abordagem multiprofissional sobre a cirurgia bariátrica foi bem recebida pelos profissionais de saúde. De acordo com os juízes, a cartilha contribuirá, como uma fonte segura de informações, para o esclarecimento de dúvidas de forma rápida e facilitará a adesão dos pacientes aos cuidados necessários no perioperatório.

As sugestões dos juízes obtidas por meio do questionário de avaliação foram compiladas segundo os tópicos presentes na cartilha educativa, sendo divididos em: “Apresentação”; “Informações sobre a cirurgia bariátrica”; “Acompanhamento com a equipe multiprofissional e preparo pré-operatório”; “Internação no hospital”; “Pós-operatório hospitalar” e “Pós-operatório domiciliar” (Quadros 25, 26, 27, 28, 29 e 30). Os tópicos “Hábitos saudáveis no pós-operatório tardio” e “Dúvidas frequentes” não tiveram sugestões.

Quadro 25 - Alterações realizadas no tópico “Apresentação” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.

APRESENTAÇÃO		
Como estava	Sugestão do Juiz	Como ficou
Quando esses métodos não são eficazes, surge a necessidade de uma intervenção cirúrgica, denominada de cirurgia bariátrica.	<i>“Na página 10, no ultimo parágrafo, acho que a frase ficaria melhor se escrita dessa forma ‘Quando esses métodos não são eficazes, de acordo com a avaliação por uma equipe multiprofissional, surge a necessidade de uma intervenção cirúrgica, denominada de cirurgia bariátrica’.” (Juiz 10)</i> <i>“Sugiro substituir as palavras “surge a necessidade de uma intervenção</i>	Quando esses métodos não são eficazes, de acordo com a avaliação de uma equipe multiprofissional, a alternativa pode ser uma intervenção cirúrgica , denominada de cirurgia bariátrica.

	<i>cirúrgica” por “uma alternativa pode ser uma intervenção cirúrgica”.”(Juiz 24)</i>	
(...) 12 % da população mundial – são consideradas obesas atualmente.	<i>“Pág 10 - Sugiro excluir atualmente.” (Juiz 13)</i>	(...) 12 % da população mundial – são consideradas obesas.
O período do pré-operatório coloca em ênfase a educação do paciente em que o profissional de saúde deve ajudá-lo a entender as mudanças nos hábitos de vida necessários após a cirurgia, bem como esclarecer as dúvidas sobre o procedimento cirúrgico, o preparo para a cirurgia, os cuidados no pós-operatório e as possíveis complicações.	<i>“Este parágrafo está um pouco confuso. Na minha opinião, ficaria melhor assim: O período do pré-operatório coloca em ênfase a educação do paciente. Neste período, o profissional de saúde deve ajudá-lo a entender as mudanças nos hábitos de vida necessários após a cirurgia, bem como esclarecer as dúvidas sobre o procedimento cirúrgico, o preparo para a cirurgia, os cuidados no pós-operatório e as possíveis complicações.” (Juiz 19)</i> <i>“Adequar a linguagem do 5º parágrafo da apresentação – sugestão: No período pré-operatório a pessoa candidata a Cirurgia bariátrica é orientada pelos profissionais de saúde a mudar seus hábitos e esclarecida em suas dúvidas relacionadas ao procedimento cirúrgico, preparo para cirurgia, cuidados pós-operatórios e as possíveis complicações.” (Juiz 24)</i>	O período do pré-operatório coloca em ênfase a educação do paciente. Neste momento, a pessoa candidata a Cirurgia bariátrica é orientada pelos profissionais de saúde a mudar seus hábitos, além de serem esclarecidas as dúvidas sobre o procedimento cirúrgico, o preparo para a cirurgia, os cuidados no pós-operatório e as possíveis complicações.

Fonte: Barros (2015).

Quadro 26 - Alterações realizadas no tópico “Informações sobre a cirurgia bariátrica” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.

INFORMAÇÕES SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA		
Como estava	Sugestão do Juiz	Como ficou
O procedimento demora cerca de 20 a 30 minutos e, assim que o paciente se recuperar da anestesia, vai para casa.	<i>“Incluir que o balão intragástrico não é uma modalidade cirúrgica e sim um procedimento endoscópico” (Juiz 10)</i> <i>“O balão intragástrico é tratamento clínico e não cirúrgico. talvez deva ser colocado primeiro.” (Juiz 25)</i> <i>“Ficaria mais didático colocar o balão intragástrico como terapia auxiliar no tratamento da obesidade” (Juiz 34)</i>	A colocação do balão é feita por endoscopia, sob anestesia tópica oral com sedação endovenosa. O procedimento demora cerca de 20 a 30 minutos e, assim que o paciente se recuperar da anestesia, vai para casa.

	<p><i>“Balão intragástrico não é considerado procedimento cirúrgico, portanto sugiro colocar antes dos procedimentos. Seria mais didático colocar BIG e depois os procedimentos cirúrgicos.” (Juiz 27)</i></p> <p><i>“Não foi falado antes que a colocação é por meio de uma endoscopia.” (Juiz 19)</i></p>	
<p>Como é feita a cirurgia de Fobi-Capella? Como é feita a cirurgia do Sleeve Gástrico?</p>	<p><i>“Colocar Gastroplastia Redutora em y de Roux ou Bypass gástrico em y de Roux” (Juiz 10)</i></p> <p><i>“Definir as nomeclaturas das técnicas cirúrgicas conforme as sociedades de cirurgia bariátrica.” (Juiz 17)</i></p>	<p>Como é feito o Bypass gástrico em y de Roux? Como é feita a Gastrectomia vertical?</p>
<p>É um procedimento invasivo utilizado para reduzir a capacidade de alimentos no estômago ou diminuir a sua absorção no trato gastrointestinal.</p>	<p><i>“Penso que ficaria melhor: é um procedimento invasivo utilizado para reduzir a quantidade de alimentos no estômago ou diminuir a sua absorção no trato gastrointestinal. Não acho que ficou bom colocar "capacidade de alimento no estomago" a frase não esta clara.” (Juiz 16)</i></p> <p><i>“Pode haver técnicas mistas. Por isso e/ou.” (Juiz 15)</i></p>	<p>É um procedimento invasivo utilizado para reduzir a quantidade de alimentos no estômago e/ou diminuir a sua absorção no trato gastrointestinal.</p>
<p>Quem pode fazer: com alguma doença, e que estejam motivados e bem informados sobre as mudanças no estilo de vida necessárias.</p>	<p><i>“Com alguma doença, e que estejam motivados e bem informados sobre as mudanças necessárias no estilo de vida”. (Juiz 16)</i></p>	<p>Com alguma doença, e que estejam motivados e bem informados sobre as mudanças necessárias no estilo de vida.</p>
<p>(...) tem como objetivo limitar de uma forma importante a capacidade de ingestão dos alimentos.</p>	<p><i>“Acho que o objetivo não é limitar a capacidade de ingestão, pois a ingestão não é alterada. Porém limita a capacidade volumétrica do estomago e, portanto, limita a quantidade de alimentos que podem ser armazenadas no estomago a cada refeição.” (Juiz 16)</i></p>	<p>(...) tem como objetivo limitar a quantidade de alimentos que podem ser armazenadas no estômago a cada refeição.</p>
<p>IMC = $\frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$</p>	<p><i>“Rever a apresentação da fórmula do IMC, pois parecer ter ocorrido uma distorção na formatação.” (Juiz 24)</i></p> <p><i>“Melhorar a formatação da formula do IMC” (Juiz 19)</i></p> <p><i>“Melhorar a fórmula. os pacientes irão elaborar o cálculo errado. parece que a altura deve ser multiplicada por 2. Sugiro 1,72x1,72” (Juiz 13)</i></p>	<p>IMC = $\frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$</p>

Quadro 27 - Alterações realizadas no tópico “Acompanhamento com a equipe multiprofissional e preparo pré-operatório” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.

ACOMPANHAMENTO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO		
Como estava	Sugestão do Juiz	Como ficou
Nutricionista: irá orientá-lo a comer saudavelmente e acompanhará a progressão da sua dieta.	<p><i>“É importante ressaltar e acrescentar que o nutricionista é responsável pela prescrição nutricional.” (Juiz 10)</i></p> <p><i>“Acompanhar a progressão e adaptação da sua dieta. Bem como, o seu processo de redução de peso.” (Juiz 30)</i></p>	É responsável pela prescrição nutricional, orienta refeições mais saudáveis e acompanha a evolução do peso.
Dentista: irá avaliar a saúde bucal e a sua capacidade em mastigar alimentos.	<i>“Dentista: irá avaliar a condição bucal, identificando se existe algum foco de infecção na boca, como a doença periodontal e a sua capacidade em mastigar alimentos.” (Juiz 4)</i>	Irà avaliar a condição bucal, identificando se existe alguma infecção na boca, e a sua capacidade em mastigar alimentos.
Enfermeiro: responsável pela orientação e educação do paciente e sua família sobre a cirurgia e os cuidados antes e depois.	<i>“Acrescentar cuidados de enfermagem no tópico sobre enfermeiro.” (Juiz 14)</i>	Responsável pelos cuidados de enfermagem e pela orientação e educação do paciente e sua família.
Fonoaudiólogo: vai ajudá-lo a aprender a mastigar e deglutir corretamente.	<p><i>“A Fonoaudiologia vai além, do "ensinar a mastigar e deglutir corretamente". Trabalha com as consistências e texturas dos alimentos, quantidade de alimento a ser ingerido por porção, por exemplo.” (Juiz 27)</i></p> <p><i>“A contribuição fonoaudiológica é: “ajudar o paciente a aprender a mastigar de forma eficiente” – a deglutição não precisa ser enfatizada, pois o que causa os desconfortos como entallos, empanzinamentos e vômitos é a mastigação ineficiente e não a deglutição, isso descartando aspectos neurológicos ou de disfagia.”(Juiz 26)</i></p>	Vai ajudá-lo a aprender a mastigar de forma eficiente e a ingerir a quantidade adequada de alimentos por refeição.

Psicólogo: através da psicoterapia, irá orientar sobre as implicações físicas, emocionais e sociais do procedimento.	<p><i>“Psicólogo: avaliar as condições emocionais e orientar sobre as implicações físicas, psicológicas e sociais do procedimento.” (Juiz 28)</i></p> <p><i>“Não é necessariamente uma psicoterapia. São atendimentos mais breves, a psicoterapia sugere algo com mais continuidade. Na verdade o que fazemos é avaliação psicológica e um trabalho de orientação do paciente com probabilidade de intervenções breves (...)” (Juiz 15)</i></p>	Através de uma avaliação psicológica, irá verificar as condições emocionais e orientar sobre as implicações físicas, psicológicas e sociais do procedimento.
Fisioterapeuta: irá, já no pré-operatório, ajudar a melhorar a capacidade respiratória e função pulmonar.	<i>“O paciente pode entender que o acompanhamento é só no pré-operatório” (Juiz 44)</i>	Irá ajudar a melhorar a capacidade cardiorrespiratória, prevenindo complicações.
Você precisa perder 10% do peso antes da cirurgia para reduzir o risco de complicações, diminuir a gordura do fígado e facilitar a visualização dos órgãos durante a cirurgia.	<p><i>“Atenção quanto à informação de perda de peso, nem todos os pacientes necessitam.” (Juiz 25)</i></p> <p><i>“Não necessariamente precisa perder 10% do peso, eu tiraria esse parágrafo.” (Juiz 27)</i></p>	Caso seja necessário , você precisa perder 10% do peso antes da cirurgia para reduzir o risco de complicações (...)

Fonte: Barros (2015).

Quadro 28 - Alterações realizadas no tópico “Internação no hospital” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Como estava	Sugestão do Juiz	Como ficou
Após a cirurgia, você será encaminhado para a sala de recuperação, onde permanecerá por, no mínimo, 24h.	<p><i>“Tenho dúvida sobre o tempo de permanência na recuperação ser de 24 horas!!!!” (Juiz 13)</i></p> <p><i>“No serviço de vocês o paciente fica 24 horas na sala de recuperação. Foi isso que você quis dizer?!” (Juiz 16)</i></p> <p><i>“A permanência na sala de recuperação por 24h, depende da equipe” (Juiz 27)</i></p> <p><i>“Faltou acrescentar que o paciente pode ir para necessitar de internação na UTI após a cirurgia.” (Juiz 14)</i></p>	Após a cirurgia, você será encaminhado para a sala de recuperação, onde permanecerá por até 24 horas até se recuperar dos efeitos anestésicos. Caso seja necessário, ao invés de ir para sala de recuperação, você será transferido para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para ter um melhor acompanhamento pelos profissionais de saúde.
Na noite anterior à cirurgia, injeções de	<i>“Acrescentar na "sua" barriga.” (Juiz 14)</i>	Na noite anterior à

medicação anticoagulante serão aplicadas na barriga para prevenir a formação de coágulos sanguíneos.		cirurgia, injeções de medicação anticoagulante serão aplicadas para prevenir a formação de coágulos sanguíneos.
--	--	---

Fonte: Barros (2015).

Quadro 29 -Alterações realizadas no tópico “Pós-operatório hospitalar” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.

PÓS-OPERATÓRIO HOSPITALAR		
Como estava	Sugestão do Juiz	Como ficou
Respiração profunda: Respire pelo nariz e solte pela boca: fazer 10 repetições, 2 vezes ao dia. Exercitador respiratório: (...). Faça cinco repetições, três vezes seguidas.	<i>“Fisioterapia respiratória - Respiração profunda: Inspire – 3 vezes ao dia. Exercitador - Repita esse exercício pelo menos 3 vezes ao dia.” (Juiz 13)</i>	Respiração profunda: Inspire pelo nariz e solte pela boca: fazer 10 repetições, 3 vezes ao dia . Exercitador respiratório: (...). Faça cinco repetições, três vezes seguidas. Repita esse exercício, pelo menos, 3 vezes ao dia.
O uso da cinta abdominal é opcional para cirurgias por vídeo.	<i>“Acrescentar a palavra videolaparoscopia no último parágrafo.” (Juiz 14)</i>	O uso da cinta abdominal é opcional para cirurgias por videolaparoscopia .
Se movimentar! Já no primeiro dia de pós-operatório, busque fazer atividades físicas.	<i>“Sugiro colocar busque fazer atividades leves.” (Juiz 14)</i> <i>“Acho temerário colocar que o paciente deve fazer atividade física. Colocar esta recomendação de forma mais clara: Se movimentar! Já no primeiro dia de pós-operatório, busque movimentar-se no leito e deambular curtas distancias.” (Juiz 16)</i>	Se movimentar! Já no primeiro dia de pós-operatório, busque movimentar-se no leito e fazer caminhadas leves .
No primeiro dia após a cirurgia, a sua dieta será zero.	<i>“Seria interessante trocar a palavra zero por: No primeiro dia após a cirurgia, a sua dieta continuará suspensa. Você não pode comer nada até a liberação da dieta pelo medico.” (Juiz 16)</i> <i>“Nossos pacientes recebem água assim que acordam da anestesia, sendo assim colocaria aproximadamente 24 hs”(Juiz</i>	No primeiro dia após a cirurgia, a sua dieta continuará suspensa (dieta zero) . Você não poderá comer nada até a liberação da dieta pelo seu médico, o que ocorrerá, em aproximadamente, 24

	25) <i>“A ingestão do primeiro líquido ocorre no mesmo dia da cirurgia, após 5 horas da conclusão da mesma.” (Juiz 26)</i>	hs.
Ao acordar, você ainda estará sendo monitorado através de aparelhos (...).	<i>“Através de aparelhos para verificar os batimentos cardíacos, a pressão arterial e a respiração. Substituir ‘através’ por ‘por meio’.” (Juiz 19)</i>	Ao acordar, você ainda estará sendo monitorado por meio de aparelhos (...).

Fonte: Barros (2015).

Quadro 30 -Alterações realizadas no tópico “Pós-operatório domiciliar” da cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.

PÓS-OPERATÓRIO DOMICILIAR		
Como estava	Sugestão do Juiz	Como ficou
Lave a boca com água e escove os dentes depois de 15 minutos.	<i>“Lave a boca com água e escove os dentes depois de 30 minutos.” (Juiz 4)</i>	Lave a boca com água e escove os dentes depois de 30 minutos.
A sua alimentação será progressiva: passará de líquidos claros até a dieta regular.	<i>“Ficou um pouco confuso a alimentação no pós-operatório. Acrescentar a evolução de uma dieta para outra, que ocorre normalmente de 7 a 15 dias dependendo da evolução do paciente e quem avalia isso é o nutricionista.” (Juiz 10)</i> <i>“Incluir que o paciente deve permanecer com aconselhamento nutricional em cada fase.” (Juiz 25)</i>	A mudança do cardápio alimentar ocorre, normalmente, entre 7 a 15 dias. A nutricionista irá avaliar a sua adaptação à dieta para alterar a consistência dos alimentos.
A boa mastigação evita a ocorrência de entaloes e vômitos.	<i>“Acrescentar: Mastigação eficaz para facilitar a escolha de alimentos saudáveis.” (Juiz 25)</i>	Uma mastigação eficaz facilita a escolha de alimentos saudáveis, além de evitar a ocorrência de entaloes e vômitos.
Siga cuidadosamente todas as orientações do seu nutricionista (...)	<i>“Sugiro acrescentar que converse tanto com o nutri como com o Fono.” (Juiz 18)</i> <i>Sugiro “siga cuidadosamente todas orientações do seu nutricionista e fonoaudiólogo.” (Juiz 27)</i>	<i>“Siga cuidadosamente todas as orientações do seu nutricionista e do seu fonoaudiólogo e tenha paciência em cada fase da dieta”</i>
No pós-operatório, você poderá passar por momentos de frustração e desânimo. Também poderá apresentar mau humor, ansiedade, depressão,	<i>“Trocar bulimia por vômitos frequentes” (Juiz 7)</i> <i>“No lugar de psicoterapia, poderia colocar “encontros”, pois pode ou não haver necessidade de psicoterapia (...)” (Juiz 14)</i>	No pós-operatório, você entrará em contato com as implicações da cirurgia, o que exige disciplina, paciência e perseverança. Sensações de frustração, desânimo e

<p>vontade de tomar bebida alcoólica, bulimia (estímulo à ocorrência de vômitos após as refeições), compulsão por compras, entre outros distúrbios psicológicos.</p>	<p><i>“Sugestão - Acompanhamento psicológico: No pós-operatório você entrará em contato com as implicações da cirurgia, que exige disciplina, paciência e perseverança. Sensações de frustração, desânimo e tristeza são comuns e podem ser amenizadas com o apoio da família e acompanhamento psicológico. Além dos hábitos alimentares, seu corpo também mudará rapidamente, o que pode causar um estranhamento de si mesmo. Apesar de não sentir fome intensa, a vontade de comer pode permanecer, o que deve ser cuidado na psicoterapia a fim de evitar a compulsão por compras, bebida alcoólica, depressão, entre outros distúrbios psicológicos.” (Juiz 23)</i></p>	<p>tristeza são comuns e podem ser amenizadas com o apoio da família e acompanhamento psicológico. Além dos hábitos alimentares, seu corpo também mudará rapidamente, o que pode causar um estranhamento de si mesmo. Apesar de não sentir fome intensa, a vontade de comer pode permanecer, o que deve ser trabalhado nos encontros com seu psicólogo a fim de evitar a compulsão por compras, bebida alcoólica, depressão, vômitos frequentes, entre outros distúrbios psicológicos.</p>
<p>Você poderá usar talheres e pratos pequenos. Isso o ajudará a comer quantidades menores a cada garfada.</p>	<p><i>“Eu não concordo com a orientação para pratos e talheres infantis... Atuamos com pacientes adultos e é bastante constrangedor, para esse paciente, se organizar a comer com esses utensílios reduzidos e não saber se referenciar com utensílios “de tamanhos normais ou aumentados, no caso de restaurantes Self-Service”. Acho que, para amenizar de o mesmo não ter acompanhamento com a fonoaudióloga, pelo menos colocar que essas orientações são para um momento inicial, mas, aos poucos, ir reinserindo os talheres e pratos normais de casa.” (Juiz 18)</i></p> <p><i>“Não indicamos o uso de talheres e pratos pequenos. já no pré-operatório, nas sessões de fonoaudiologia, o paciente recebe as orientações necessárias em como fazer uso de talheres e pratos em tamanho convencional.” (Juiz 26)</i></p>	<p>O item foi removido.</p>
<p>Engula os alimentos apenas quando eles estiverem bastante mastigados ou quando</p>	<p><i>“Não concordo com essa orientação. O paciente pode, com o tempo, não apreciar mais a degustação dos alimentos... Afinal,</i></p>	<p>Engula os alimentos apenas quando eles estiverem bastante mastigados.</p>

você não estiver mais sentindo o gosto.	<i>eles estão sem gosto para engolir.. Acredito que a primeira parte seria o ideal e ponto.” (Juiz 18) “Afirmar que a boa mastigação acontece quando não estiver sentindo o gosto é equivocado, pois a mastigação eficiente (esse é o termo que uso inclusive no meio acadêmico) ressalta o sabor tornando a mastigação e o ato de se alimentar ainda prazeroso.” (Juiz 26)</i>	
Beba uma pequena quantidade de líquido rapidamente.	<i>“Em: “Caso tenha um entalo” - Não concordo com a orientação de “beber uma pequena quantidade de líquido rapidamente”, o que tenho como relato mais frequente é que qualquer líquido fará o paciente vomitar com muito mais certeza e seu estado de mal estar se encaminha a piorar com a administração de líquidos nesse momento, sejam eles em qualquer quantidade.” (Juiz 18)</i>	O item foi removido.
Troque o açúcar pelo adoçante.	<i>“Não sugiro a substituição do açúcar por adoçante, recomendamos provar os alimentos antes de adoçá-los.” (Juiz 25)</i>	Se preferir , troque o açúcar pelo adoçante.
Nesta fase, alimentos liquidificados ou coados na peneira são acrescentados na dieta, além de purês, frutas amassadas e gelatina.	<i>“No item que se apresenta a “dieta pastosa”, na realidade se descreve a dieta líquida completa.” (Juiz 37)</i>	Nesta fase, alimentos liquidificados ou passados na peneira são acrescentados na dieta, além de purês, frutas amassadas e gelatina.

Fonte: Barros (2015).

As alterações solicitadas foram acatadas pela pesquisadora e sua orientadora, o que proporcionou o engrandecimento do valor do material educativo. Apesar da extensão do conteúdo do material educativo, alguns juízes sugeriram mudanças no conteúdo e no layout da cartilha, o que pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro 31 - Mudanças realizadas na cartilha educativa a partir da avaliação dos juízes na 2ª Fase da Técnica Delphi. Fortaleza, 2015.

Tópico da Cartilha	Sugestão de Mudança	Alteração realizada
Sugestões Gerais	<p>1. Aumentar o número de ilustrações: <i>“Aumentar o número de ilustrações (ex: movimentos dos pés enquanto acamado, exercícios respiratórios)” (Juiz 8 – Aparecida)</i> <i>“Sugiro inserir figura de paciente fazendo exercício físico. Precisamos enfatizar essa prática nos pacientes” (Juiz 13)</i> <i>“Acho que poderia ter acrescentado mais ilustrações; os personagens ficaram um pouco borrados.” (Juiz 14)</i></p>	<p>As ilustrações presentes na cartilha foram reavaliadas e novos desenhos foram incluídos com o intuito de diminuir a quantidade de texto.</p>
	<p>2. Alterar o título da cartilha: <i>“Acho que o título que melhor reflete o objetivo seria: Cirurgia Bariátrica - cuidados para uma vida saudável.” (Juiz 14)</i> <i>“Sugestão de título - Cirurgia bariátrica: um novo jeito de viver.” (Juiz 24)</i></p>	<p>Foi modificado o título da cartilha de “Cirurgia Bariátrica – em busca de uma vida saudável” para “Cirurgia Bariátrica - cuidados para uma vida saudável”</p>
	<p>3. Incluir a fisioterapia no pré-operatório e no pós-operatório tardio <i>“A abordagem da fisioterapia está superficial” (Juiz 13)</i></p>	<p>Foram incluídas orientações sobre o acompanhamento com a fisioterapeuta para a correção postural.</p>
	<p>4. Substituir o uso de “Paciente” <i>“Procurar substituir o termo paciente por outro termo que não dê a ideia de sua total submissão aos ditados dos profissionais da saúde.” (Juiz 24)</i></p>	<p>O termo foi modificado nas frases que eram cabíveis.</p>
Apresentação	<p>1. Incluir a definição de obesidade e o significado de cirurgia bariátrica. <i>“Melhorar a definição de obesidade.” (Juiz 23)</i> <i>“Sugiro deixar claro alguns termos chaves na apresentação, tais como: obesidade, obesidade mórbida e cirurgia” bariátrica (Juiz 24)</i></p>	<p>Os parágrafos que abordavam a obesidade e o surgimento da cirurgia bariátrica foram reformulados.</p>
Informações sobre a cirurgia bariátrica	<p>1. Citar outras técnicas cirúrgicas <i>“Poderia ser mais claro e abordagem mais moderna com os diferentes tipos de cirurgia e reais indicações.” (Juiz 22)</i> <i>“Poderia ser descrito sinteticamente</i></p>	<p>Outras técnicas cirúrgicas foram citadas.</p>

	<i>outras técnicas cirúrgicas para que a pessoa possa ter mais informações para discutir com o cirurgião quando da proposição cirúrgica.” (Juiz 24)</i>	
Acompanhamento com a equipe multiprofissional e preparo pré-operatório	1. Enfatizar a participação da família <i>“Ênfase na participação familiar durante o período de pré-operatório.” (Juiz 6)</i>	Foi incluído um tópico sobre a importância da participação do familiar nas consultas com os profissionais.
	2. Enfatizar o papel da Odontologia antes da cirurgia <i>“Odontologia com pouco destaque no pré-operatório. Creio ser necessário enfatizar a necessidade de boa saúde bucal já no pré-operatório para efeito de boa mastigação (extremamente importante no pós-operatório).” (Juiz 22)</i>	Foi incluída a necessidade de realizar o tratamento odontológico como um cuidado pré-operatório.
	3. Destacar a importância do trabalho da equipe multiprofissional <i>“Comentar sobre preparação com equipe multiprofissional e da equipe integrada.” (Juiz 23)</i> <i>“Falar um pouco da importância do acompanhamento com equipe multiprofissional.” (Juiz 10)</i>	Ao final da explanação do papel de cada profissional na equipe, foi reforçado a importância da atuação desses profissionais em conjunto para otimizar os melhores resultados para os pacientes.
Pós-operatório hospitalar	1. Informar melhor sobre as complicações que podem ocorrer <i>“Não direciona de forma clara o que e como fazer caso seja identificada complicações. O paciente/cuidador não fica, suficientemente, informado sobre as complicações precoces e tardias, pois não ficou claro em que momento está ocorrendo o pós-operatório mediato e tardio.” (Juiz 16)</i> <i>“Deixar mais claro as possíveis complicações.” (Juiz 23)</i>	As complicações foram separadas entre precoces e tardias.
	2. Instruir como deve ser feita a limpeza do Respirom® <i>“Colocar como o bocal deve ser limpo.” (Juiz 16)</i>	Foi incluída a explicação da limpeza no tópico de “Dúvidas frequentes”.

Pós-operatório domiciliar	<p>1. Destacar o papel da enfermagem no pós-operatório tardio e na atenção primária</p> <p><i>“Sugiro deixar mais claro o acompanhamento de enfermagem no pós-operatório tardio. Assim, é necessário abordar como deve ser feito o acompanhamento das pessoas operadas pelas equipes dos PSFs, já que o acesso ao serviço de alta complexidade nem sempre será possível.” (Juiz 24)</i></p>	Foi enfatizado o retorno ao posto de saúde e o papel do enfermeiro na atenção básica.
	<p>2. Comentar sobre as mudanças fisiológicas após a cirurgia</p> <p><i>“É necessário incluir informações sobre as mudanças fisiológicas pelas quais as pessoas vão passar, tais como, a flacidez cutânea intensa e consequentes deformação do contorno corporal; as alterações do olfato, paladar, odor e consistência das fezes (motivo de muito constrangimento pela pessoa operada). os riscos de comprometimento dos movimentos, caso não haja ingestão ou absorção suficiente de vitaminas essenciais.” (Juiz 24)</i></p>	No tópico dos cuidados no pós-operatório tardio, foi orientado sobre as mudanças fisiológicas que podem ocorrer após a cirurgia.
Hábitos saudáveis no pós-operatório tardio	<p>1. Destacar o problema do reganho de peso</p> <p><i>“Colocar mais destaque no problema do reganho de peso.” (Juiz 10)</i></p>	O risco do reganho de peso foi enfatizado no tópico dos cuidados no pós-operatório tardio.
Dúvidas Frequentes	<p>1. Poluição visual na página</p> <p><i>“Na parte das dúvidas, há uma poluição visual que tira o foco das informações.” (Juiz 23)</i></p> <p><i>“Na parte das perguntas, com fundo colorido e com desenhos, fica ruim e poluído. Dificulta a leitura. Muita coisa junta...” (Juiz 25)</i></p>	A opacidade do fundo colorido foi diminuída, tornando a imagem mais clara.

Fonte: Barros (2015).

Com a modificação das frases solicitadas, inclusão de novos conteúdos e reformulação do design da cartilha educativa, o material educativo foi novamente enviado para a apreciação pelos juízes de conteúdo, obtendo um resultado satisfatório com a sua versão final:

“Mais uma vez lhe parablenizo pelo trabalho, excelente qualidade! Quando decidir como vai disponibilizar a cartilha me avise. Tenho interesse em repassar para meus pacientes, com sua autorização e orientações é claro.”(Juiz 1)

“Todo material de apoio e educativo relativo a obesidade é de muita relevância em virtudes da situação atual desta doença. Parabéns pela iniciativa.”(Juiz 8)

“Parabéns! As modificações adicionadas foram importantes para tornar mais completa e precisa o seu material.”(Juiz 14)

“A cartilha está plenamente adequada com fortes possibilidades de sucesso com a sua aplicação com os pacientes que passarão pelo tratamento bariátrico.” (Juiz 15)

“Concordo com a forma com que foi organizada, com linguagem acessível e design atrativo. Acredito que esta cartilha será capaz de despertar o interesse dos pacientes quanto aos cuidados necessários após a cirurgia bariátrica.” (Juiz 17)

“Está bem completa. Ficou um pouco longa, mas entendo que será um material para os pacientes terem e consultarem durante cada período. Assim podem encontrar respostas à dúvidas no decorrer do pré e do pós-operatório. Adorei a Cartilha! Parabéns a aluna e a orientadora.”(Juiz 21)

“A cartilha aborda os assuntos para os pacientes bariátricos de uma maneira simplista.” (Juiz 23)

“Gostei bastante do resultado final. Espero que seja bem divulgada.” (Juiz 28)

“Sem dúvida poderá ser utilizada para fins de educação.” (Juiz 29)

“Boa sorte! Sua iniciativa foi muito importante e com certeza vai colaborar para o tratamento de muitos pacientes.” (Juiz 32)

“Parabéns! Seu trabalho é relevante, terá valor construtivo, servirá de apoio aos pacientes, principalmente os com menor nível de conhecimento e informação. Certamente vai ser buscado pelo público-alvo. Poderá fazer parte dos serviços de cirurgia bariátrica, como auxiliar no acompanhamento pré e pós-operatório. Receberá integral apoio no nosso serviço, o Núcleo do Obeso do Ceará.”(Juiz 35)

“Gostaria de parabenizá-la pelas modificações realizadas que enriqueceram ainda mais o material educativo, bem como pela escolha da temática que é tão relevante nos dias atuais. Assim que você tiver o material impresso, gostaria (se possível) que você me enviasse alguns exemplares para aplicar a estratégia.” (Juiz 38)

“Me sinto lisonjeada em ter sido escolhida para participar desse processo de construção de uma cartilha para pacientes em pré e pós-cirurgia bariátrica. Parabéns mais uma vez, vocês fizeram um lindo trabalho!” (Juiz 40)

“Percebe-se um passo a passo real de todo o processo e o paciente pode se projetar nas explicações detalhadas do processo. Excelente!” (Juiz 44)

“Ficou muito bom o seu trabalho. Acredito que seja inédito e que servirá de base para futuros estudos sobre esta condição de saúde cujo conhecimento ainda é bastante restrito. Desejo muito sucesso em sua apresentação pública e profissionalmente.” (Juiz 47)

Diante de tantas considerações positivas, percebe-se que os objetivos com a validação de conteúdo foram alcançados. As modificações tornaram a cartilha educativa sobre o perioperatório da cirurgia bariátrica uma ferramenta que poderá ser utilizada pelo profissional de saúde para a educação dos candidatos e seus familiares sobre o procedimento cirúrgico e suas implicações no seu estilo de vida.

Algumas solicitações ainda foram feitas por alguns juízes, as quais foram acatadas e alteradas na cartilha:

“Na página 43, segundo tópico, sugiro que seja: sugiro que seja acrescentada na frase ‘O tamanho da cicatriz abdominal dependerá do tipo de cirurgia’.” (Juiz 4)

“No que se refere ao reganho de peso, a mastigação ineficiente é uma causa provável.” (Juiz 21)

“Na página 24, sugiro que seja acrescentado que o enfermeiro orienta o paciente para o autocuidado e acompanha a adesão do paciente do tratamento. Página 35, acho que deveria ser abordado na cartilha que existe a possibilidade de internação na UTI nas primeiras 24 horas de pós-operatório. Visto que, isso ainda é uma realidade dos hospitais aqui da Paraíba.” (Juiz 26)

“Na questão cervejinha, colocaria também o comprometimento do fígado.” (Juiz 36)

“No final da cartilha deve-se deixar uma observação de que: ‘as informações contidas na cartilha, não substituem as orientações e acompanhamento profissional da equipe’.” (Juiz 14)

“Acredito que mesmo a cartilha estando bem formulada, o profissional especializado para tirar algumas dúvidas dos pacientes se faz necessário.” (Juiz 29)

“Deve ser ressaltada que a cartilha não substitui o acompanhamento da equipe.” (Juiz 43)

Foi feito o acréscimo nas frases sobre o reganho de peso, o tamanho da cicatriz e o comprometimento do fígado com a ingestão de bebidas alcoólicas. O aviso sobre o acompanhamento com a equipe multiprofissional foi colocado no fim da cartilha, perto do envelope para anotar a marcação das consultas.

Ao fim da validação de conteúdo, ressalta-se a importância dessa etapa para a avaliação do material educativo que foi construído. Apesar de a cartilha ter tido uma boa avaliação na sua versão, as considerações feitas pelos juízes proporcionaram o aprimoramento do constructo.

7) RESULTADOS DA VALIDAÇÃO COM JUÍZES TÉCNICOS

A cartilha também foi avaliada por 11 juízes na área de design gráfico. Dos 11 participantes, sete (63,6%) eram do sexo masculino e quatro (36,4%) do feminino. A média de idade foi de 30 anos, com desvio-padrão de $\pm 5,3$ anos, mediana de 29 anos, variando de 23 a 40 anos. Com relação ao curso de formação dos juízes, houve destaque para Publicidade e propaganda, Artes plásticas, Arquitetura e urbanismo, Ciências sociais, Informática, Estilismo e moda e Ciências biológicas. O tempo de formação foi de 6,45 anos com desvio-padrão de $\pm 2,6$ anos

Quanto à ocupação atual, oito (66,7%) atuavam como designer gráfico, dois (22,2%) eram docentes e um (11,1%) era arquiteto. Com relação à pós-graduação, 72,7% (8) eram especialistas e 27,3% (3) tinham mestrado.

Quanto às atividades acadêmicas, apenas 18,2% (2) dos juízes participavam de grupos de pesquisa, 36,4% (4) tinham resumos apresentados em eventos científicos, 36,4% (4) tinham artigos publicados em periódicos e 54,5% (6) possuía experiência na docência.

Na tabela a seguir, pode-se observar a caracterização dos juízes conforme critérios adaptados de Barbosa (2008) e Joventino (2013):

Tabela 13 – Caracterização dos juízes técnicos participantes da validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.

JUIZ TÉCNICO	N	%	Pontuação
Mestrado ou doutorado na área de design	2	18,2	3 p
Especialização na área de design	8	72,7	2 p
Experiência como docente em disciplinas da área de design	6	54,5	2 p
Atuação profissional na área de design	11	100	2 p
Artigo publicado em periódico indexado na área de design	4	36,4	1 p
Participação em grupo de pesquisa que envolva a temática da área de design	2	18,2	1 p

Adaptado de Barbosa (2008); Joventino (2013).

Fonte: Barros (2015).

Conforme a classificação adotada, 27,3%(3) dos juízes tinham sete pontos, 18,2% (2) contemplaram cinco pontos e 54,5% (6) tiveram pontuação igual a quatro, sendo a média de 5 pontos.

Os juízes técnicos avaliaram o material de acordo com os seguintes aspectos: estrutura e apresentação, ilustração, *layout*, funcionalidade, usabilidade e eficiência da cartilha, sendo os resultados apresentados a seguir nas tabelas 14, 15, 16, 17, 18 e 19. Adotou-se um valor de IVC igual ou superior a 0,80, sendo referente à uma concordância de 80% entre os juízes.

Tabela 14 - Distribuição da concordância entre juízes da avaliação técnica da cartilha educativa quanto à estrutura e apresentação. Fortaleza, 2015.

Variáveis	1ª Fase			2ª Fase		
	N	%*	IVC**	N	%*	IVC**
1.1 Os conceitos estão apresentados de maneira clara e objetiva.	9	81,8	0,82	10	90,9	0,91
1.2 Existe uma sequência lógica do conteúdo proposto.	10	90,9	0,91	11	100	1
1.3 A divisão dos títulos e subtítulos do material	9	81,8	0,82	10	90,9	0,91

são pertinentes							
1.4 Os trechos em destaque são pontos importantes e merecem destaque.	10	90,9	0,91	10	90,9	0,91	
1.5 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	8	72,7	0,73	10	90,9	0,91	
1.6 As informações estão bem estruturadas e em concordância.	9	81,8	0,82	11	100	1	
1.7 As informações estão em concordância com a ortografia.	9	81,8	0,82	11	100	1	
1.8 O texto utilizado mostra-se atrativo e estimula a continuação da leitura.	6	54,5	0,54	8	72,7	0,73	
1.9 A forma de apresentação da cartilha mostra-se criativa.	7	63,6	0,63	10	90,9	0,91	

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Fonte: Barros (2015).

Na primeira avaliação da cartilha quanto à estrutura e apresentação, dos nove itens avaliados, três não obtiveram um IVC superior a 0,80, os quais foram sobre o estilo da redação, o estímulo do texto para a continuação da leitura e a criatividade na apresentação da cartilha. Após as reformulações realizadas, apenas o item 1.8 sobre o caráter estimulador do texto para a leitura permaneceu com IVC inferior ao estipulado. Entretanto, assim como nos outros itens avaliados, houve um aumento do valor obtido no IVC entre a primeira e a segunda avaliação, passando de 0,54 para 0,73 (Tabela 14).

Tabela 15 - Distribuição da concordância entre juízes da avaliação técnica da cartilha educativa quanto às ilustrações. Fortaleza, 2015.

Variáveis	1ª Fase			2ª Fase		
	N	%*	IVC**	N	%*	IVC**
2.1 As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material.	8	72,7	0,73	10	90,9	0,91
2.2 As ilustrações expressam a informação que se pretendeu transmitir, sendo de fácil compreensão.	7	63,6	0,63	11	100	1
2.3 O número de ilustrações está de acordo com o recomendado para um material educativo.	7	63,6	0,63	9	81,8	0,82
2.4 As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.	9	81,8	0,82	9	81,8	0,82
2.5 Os personagens ilustrados na cartilha exprimem originalidade.	7	63,6	0,63	8	72,7	0,73

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Fonte: Barros (2015).

Na tabela 15, apresenta-se a avaliação sobre as ilustrações utilizadas na cartilha. Na primeira avaliação, apenas o item 2.4 sobre a compreensão da legenda das imagens teve IVC adequado de 0,82. Na segunda avaliação, verificou-se uma inversão dessa situação, pois todos os itens considerados inadequados tiveram um aumento no IVC. Porém, apesar da evolução na avaliação, a originalidade dos personagens (item 2.5) não obteve uma concordância superior a 80% entre os juízes.

Tabela 16 - Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica da cartilha educativa quanto ao layout. Fortaleza, 2015.

Variáveis	1ª Fase			2ª Fase		
	N	%*	IVC**	N	%*	IVC**
3.1 A apresentação da cartilha está atrativa.	6	54,5	0,54	9	81,8	0,82
3.2 A apresentação da cartilha está organizada de forma lógica.	10	90,9	0,91	11	100	1
3.3 O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados para a leitura.	9	81,8	0,82	10	90,9	0,91
3.4 O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material.	8	72,7	0,73	10	90,9	0,91
3.5 O contraste entre cores diferentes foi feito de forma adequada.	6	54,5	0,54	10	90,9	0,91
3.6 A disposição do texto está adequada.	7	63,6	0,63	10	90,9	0,91
3.7 O papel da impressão do material está apropriado.	4	36,4	0,36	-	-	-
3.8 O número de páginas está adequado.	5	45,5	0,45	9	81,8	0,82

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Fonte: Barros (2015).

Quanto ao *layout*, dos oito itens avaliados, apenas dois foram considerados adequados: organização de forma lógica da cartilha e uso de letra em tamanho e fonte ideais para a leitura com IVCs de 0,91 e 0,82, respectivamente. Com os ajustes realizados a partir das considerações da primeira avaliação, observou-se um aumento na análise desse tópico, pois todos os itens obtiveram IVC superior a 0,80, havendo uma concordância significativa entre os juízes. Vale destacar que o item sobre o tipo de papel de impressão foi retirado na segunda avaliação devido ao fato de que o processo ocorreu via *online* (Tabela 16).

Tabela 17 - Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica da cartilha educativa quanto à funcionalidade. Fortaleza, 2015.

Variáveis	1ª Fase			2ª Fase		
	N	%	IVC	N	%	IVC
4.1 A cartilha educativa apresenta-se como ferramenta adequada para a orientar os pacientes sobre a cirurgia bariátrica.	10	90,9	0,91	11	100	1
4.2 A cartilha educativa pode gerar resultados positivos ao ser utilizada pela população-alvo (pacientes bariátricos).	10	90,9	0,91	11	100	1

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Fonte: Barros (2015).

Ao avaliar a funcionalidade da cartilha, observou-se que esse tópico foi considerado adequado nos dois momentos de avaliação. Entretanto, ainda foi possível obter um aumento no IVC, tendo em vista que, na segunda fase, todos os juízes consideraram os itens avaliados adequados (Tabela 17).

Tabela 18 - Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica da cartilha educativa quanto à eficiência. Fortaleza, 2015.

Variáveis	1ª Fase			2ª Fase		
	N	%	IVC	N	%	IVC
5.1 Os conceitos apresentados são compreensíveis e possuem fácil aplicabilidade.	8	72,7	0,73	10	90,9	0,91
5.2 Fornece orientação de forma clara.	10	90,9	0,91	10	90,9	0,91
5.3 Fornece orientação de forma eficaz.	9	81,8	0,82	10	90,9	0,91
5.4 Fornece orientação de forma rápida, não sendo a leitura exaustiva.	5	45,5	0,45	9	81,8	0,82

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Fonte: Barros (2015).

Quanto à eficiência da cartilha educativa, os juízes não entraram em acordo quanto a compreensão e aplicabilidade dos conceitos apresentados (item 5.1) e quanto à eficácia da cartilha em transmitir informações de forma rápida e não exaustiva (item 5.2). Na segunda avaliação, o IVC desses itens evoluiu de 0,73 para 0,91 e 0,45 para 0,82, respectivamente (Tabela 18).

Tabela 19 - Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica da cartilha educativa quanto à usabilidade. Fortaleza, 2015.

Variáveis	1ª Fase			2ª Fase		
	N	%	IVC	N	%	IVC
6.1 O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto.	9	81,8	0,82	9	81,8	0,82
6.2 O discurso do texto é usado de forma eficiente e compreensível à clientela.	7	63,6	0,63	10	90,9	0,91
6.3 Os recursos visuais são utilizados de forma adequada.	5	45,5	0,45	10	90,9	0,91
6.4 Os recursos visuais são utilizados de forma compreensível.	8	72,7	0,73	11	100	1

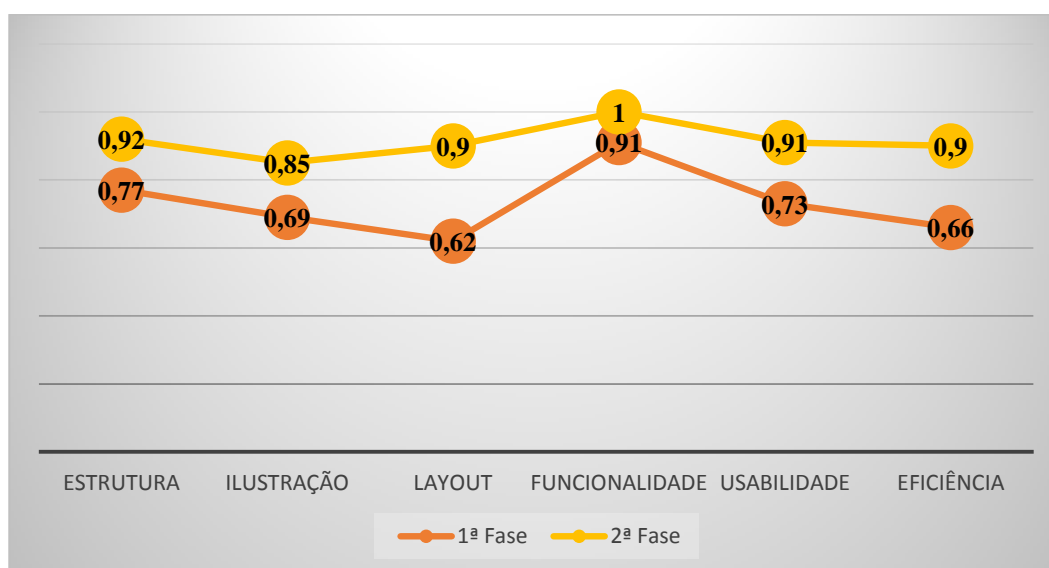
*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Fonte: Barros (2015).

Com relação à usabilidade, apenas o item sobre número e a caracterização dos personagens foi considerado adequado na primeira avaliação. Após as reformulações realizadas, todos os itens desse tópico foram aprovados (Tabela F).

Ao avaliarmos os IVCs referentes aos tópicos de avaliação, observou-se que apenas o item “Funcionalidade” obteve a concordância superior a estipulada entre os juízes, sendo o seu valor de 0,91. Na segunda avaliação, verificou-se uma melhoria em todos os tópicos avaliados tendo em vista que todos tiveram IVC superior a 0,80 (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição dos IVCs de cada tópico de avaliação da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os juízes técnicos. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros (2015).

No final da primeira avaliação, oito (72,7%) juízes aprovaram a cartilha com modificações e três (27,3%) classificaram a cartilha como aprovada. Com a segunda avaliação, o resultado final da cartilha foi aprovado por 63,6% (7) dos juízes, sendo solicitadas novas modificações pelos outros juízes.

O IVC global da cartilha educativa, na validação com designers, foi de 0,73 na primeira fase, sendo a cartilha considerada inadequada. Com o aprimoramento do material educativo a partir das reformulações sugeridas, o IVC global da cartilha passou a ser 0,91, estando o material adequado para ser utilizado.

A seguir, apresenta-se os quadros 32 e 33 referentes às considerações feitas pelos juízes técnicos na primeira avaliação. Diante das sugestões, foram identificadas as ideias-chave, as quais foram reunidas por semelhança de conteúdo em cinco categorias: apresentação textual, diagramação, contraste com as cores, ilustrações e recursos visuais.

Quadro 32 – Considerações dos juízes técnicos quanto à apresentação textual e diagramação da 1ª versão da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.

Categoria	Considerações
Apresentação Textual	<p><i>“No cálculo do IMC, o peso deveria ficar em cima de uma linha completa para indicar melhor a divisão; e se desse seria melhor colocar (1,72) x (1,72) para quem não sabe o que significa "ao quadrado", deve-se pensar nessa possibilidade.” (Juiz 1)</i></p> <p><i>“O quadro exemplificando o cálculo do IMC está confuso.” (Juiz 2)</i></p> <p><i>“Na parte da receita que o paciente pode escrever a sua própria, faltou uma explicação e umas linhas para escrever.” (Juiz 3)</i></p> <p><i>“Textos longos” (Juiz 8)</i></p> <p><i>“A proposta da cartilha é muito interessante. No entanto, o trabalho apresenta textos muito longos em algumas partes e pouco atrativos para o público-alvo e público em geral.” (Juiz 9)</i></p>
Diagramação	<p><i>“Faltou um pouco de padrão no alinhamento dos textos, sobretudo nas margens estabelecidas em relação às páginas. Muitas vezes o texto fica quebrado gerando viúvas, linhas que sobram em uma página. A entrelinha também ficou comprometida em alguns pontos.” (Juiz 3)</i></p> <p><i>“O alinhamento centralizado é descontextualizado do restante do material, e gera uma “viúva” - a palavra “casa”, o que desqualifica bastante a avaliação gráfica do material.” (Juiz 10)</i></p> <p><i>“Tentar padronizar o tamanho das letras e alinhamento do texto nas seções.” (Juiz 5)</i></p> <p><i>“Acredito que a abertura dos capítulos merece um destaque melhor nos seus títulos, uma fonte mais encorpada e uma cor mais contrastante seria uma boa saída.” (Juiz 3)</i></p>

<p><i>“Os títulos poderiam ter peso maior; Revisar a forma de quebra de linha em algumas ilustrações de mudança de seção.” (Juiz 4)</i></p> <p><i>“Mudaria a fonte utilizada nas ilustrações (fala e títulos) por uma fonte com serifa (como a do texto) ou caligráfica.” (Juiz 11)</i></p>
<p><i>“Senti que não houve, em alguns pontos, uma padronização na divisão dos títulos e tópicos. A parte das receitas, por exemplo, merecia um destaque maior. A parte anterior que trata das dúvidas, por outro lado, ganhou um destaque excessivo, com um plano de fundo. Sugiro que estruture melhor o que deve ser abertura de capítulo, títulos e subtítulos em termos de layout e apresentação.” (Juiz 3)</i></p> <p><i>“Sinto falta de uma melhor hierarquia das informações. Por exemplo, dieta líquida, pastosa e sólida são itens integrantes da alimentação saudável? Caso positivo, deveria vir como subitens em corpo menor ou estilo diferenciado.” (Juiz 6)</i></p> <p><i>“O corpo do texto está muito grande e com um espaçamento entrelinhas desproporcional, o que torna o texto pesado e cansa a visão durante a leitura.” (Juiz 10)</i></p>
<p><i>“Tentar ajeitar o texto perto do Estomagrinho, fica muito bagunçado enquanto os outros textos estão justificados e alinhados.” (Juiz 1)</i></p> <p><i>“Cuidado com algumas margens como: o texto na fala do estômago.” (Juiz 11)</i></p>
<p><i>“A cartilha pode ser mais resumida e menor, com ilustrações mais objetivas feitas em traços mais simples.” (Juiz 8)</i></p> <p><i>“O tamanho do material está muito grande, o que pode ser evitado se o texto for mais objetivo. Percebe-se muitas páginas em branco ou com espaço mal aproveitado.” (Juiz 9)</i></p>
<p><i>“Na página com a ilustração do centro cirúrgico, achei essa página muito vazia somente com essa imagem e uma pequena legenda, parecem estar soltas do resto da cartilha.” (Juiz 1)</i></p> <p><i>“Algumas ilustrações estão sozinhas numa página, sem motivo.” (Juiz 3)</i></p>

Fonte: Barros (2015).

Na apresentação textual, os juízes pontuaram falhas na fórmula do IMC, no espaço destinado para a anotação da receita preferida e a densidade do texto. Como estratégia para o aprimoramento do material, foi feita a correção da fórmula do cálculo do IMC, foi incluído o “Estomagrinho cozinheiro” na página das receitas explicando para que servia o espaço destinado juntamente com as linhas para escrever e o texto foi revisado com o intuito de torná-lo mais objetivo.

Com relação à diagramação, os aspectos identificados foram a falta de alinhamento do texto e suas margens com presença de espaços longos entre as frases; o tamanho e a fonte da letra; a organização do texto de forma justificada; a divisão dos títulos e subtítulos; a

hierarquização das informações; a irregularidade das margens nos textos dos balões do Estomagrinho; a extensão do material e a presença de ilustrações soltas ou páginas em branco.

Para melhorar o material, foi revisto o alinhamento do texto para a esquerda, as margens e a divisão das seções da cartilha. As fontes dos títulos e dos textos dos balões do Estomagrinho foram alteradas de “Nyala” para “Swis721 BlkRnd BT” e “Comic Sans MS”, as quais são serifadas. Ainda em relação aos balões do Estomagrinho, os textos foram alinhados e posicionados centralmente no balão. As páginas em branco foram excluídas e os espaços vazios foram aproveitados com novas ilustrações e o local destinado para o paciente escrever suas dúvidas. Esses ajustes realizados na diagramação proporcionaram a redução significativa do número de páginas e uma apresentação visualmente mais limpa das páginas da cartilha.

Quadro 33 – Considerações dos juízes técnicos quanto ao contraste com cores, aos recursos visuais e às ilustrações da 1ª versão da cartilha educativa. Fortaleza, 2015.

Categoria	Considerações
Contraste com cores	<p>“A tonalidade do verde em algumas passagens do texto podem gerar dificuldade de leitura, melhor achar outra cor.” (Juiz 4)</p> <p>“Em alguns pontos as tonalidades de cores (verde e rosa) podem ser de difícil leitura.” (Juiz 5)</p> <p>“As cores utilizadas nos textos de evidência não apresentam contraste com a folha em branco.” (Juiz 9)</p>
Ilustrações	<p>“No decorrer da cartilha tentar ao máximo utilizar ilustrações ao invés de texto.” (Juiz 1)</p> <p>“A cartilha poderia ter ilustrações mais objetivas feitas em traços mais simples. (Juiz 8)</p> <p>“Sobre o balão intragástrico, é melhor colocar uma ilustração também para essa parte para ficar como os outros métodos.” (Juiz 1)</p> <p>“Por mais que seja bonito o colorido das borboletas, a página fica muito poluída e tira o foco do leitor que é as dúvidas frequentes; pode colocar uma transparência nas borboletas e deixá-las como se fosse uma marca d'água para não ficarem tão evidentes.” (Juiz 1)</p> <p>“Ficaria melhor o mascote olhando para o leitor e só apontando pra ficha.” (Juiz 1)</p> <p>“Na página 90, o mascote fala com o leitor, mas olha para cima. O correto é que olhe para frente, como se olhasse nos olhos do leitor.” (Juiz 10)</p> <p>“Acredito que o Estomagrinho pode ser mais bem utilizado e posicionado. Muitas vezes ele entra ou solto demais na página, ou muito espremido entre os textos.” (Juiz 3)</p> <p>“Acho apenas que as imagens estão um pouco sem saturação, ficando algo sem vida, muitas vezes. Sugiro apenas aumentar um pouco a saturação.” (Juiz 3)</p>

	<p><i>“Entendo o estilo/técnica das ilustrações, mas em algumas delas parecem que perdem um pouco da nitidez/definição. Talvez seja um fator para complicar o entendimento da imagem pelos pacientes.” (Juiz 4)</i></p> <p><i>“Não compreendi o círculo com borboletas de segue ao lado da dedicatória” (Juiz 5)</i></p> <p><i>“Na parte de pós-operatório principalmente, é utilizado um padrão visual com borboletas que pouco tem relação com o restante do material e até mesmo com o tema.” (Juiz 9)</i></p> <p><i>“Tenho uma ressalva em relação aos personagens, acho que eles não possuem carisma, não passam aspectos positivos, não conseguem transmitir que esse momento pós-operatório é um momento de mudança para melhor. O estômago, por exemplo, entendo que ele tem o seu aspecto estomacal, isso é pregnância visual, mas era preciso melhor humanizá-lo, torná-lo um personagem com o qual o público de cara dissesse: "olha aí o meu estômago, vou cuidar bem dele!" Da forma que ele foi confeccionado talvez as pessoas digam: "esse é o meu estômago?" Uma sugestão é que os personagens pudessem ter como referência a turma do SENNINHA, algo mais voltado para esse universo, inclusive com a paleta de cores.” (Juiz 6)</i></p>
Recursos Visuais	<p><i>“Prefira o uso de boxes (caixas) para destacar os textos verdes, que às vezes aparecem, além de dar um maior destaque ajuda a separar os textos e torna a leitura menos cansativa.” (Juiz 3)</i></p> <p><i>“Um ponto importante a melhorar é a informação infográfica e os destaques, mas acredito que não comprometam a compreensão.” (Juiz 6)</i></p> <p><i>“As bolinhas utilizadas como elementos de organização da informação são pouco originais. Procure utilizar hífens ou ainda outro elemento mais padrão.” (Juiz 9)</i></p> <p><i>“Os bullets utilizados nas listas estão difíceis de ver. Seria interessante usar uma cor mais escura ou preencher o círculo todo (ao invés de ser só um anel).” (Juiz 11)</i></p>

Fonte: Barros (2015).

Os juízes julgaram falho o contraste entre as cores feito na cartilha. Assim, as cores presentes no material foram reavaliadas e a tonalidade de verde foi modificada para uma mais escura com o intuito de facilitar a leitura e não torná-la cansativa. Os subtítulos em rosa foram modificados para o verde escolhido.

Quanto às considerações referentes as ilustrações, os juízes destacaram o pequeno número de figuras ilustrativas, a necessidade de ilustrar a colocação do balão, a poluição visual na página das dúvidas frequentes, o uso inadequado do Estomagrinho, a falta de nitidez de algumas ilustrações, o uso das borboletas e a falta de carisma dos personagens.

As estratégias de aprimoramento para a melhora da qualidade do material foram o aumento do número de ilustrações em todas as seções, principalmente a inclusão da imagem da colocação do balão intragástrico; a correção de ilustrações e suas legendas, a redução da nitidez do plano de fundo das borboletas na página de dúvidas, tornando-a com o aspecto de

marca d'água solicitado; a padronização de dois tamanhos para o uso do Estomagrinho; o aumento da saturação das ilustrações, tornando-as mais nítidas e a inclusão da explicação do uso das borboletas na apresentação do material.

Quanto às considerações sobre o aspecto dos personagens e do Estomagrinho e o uso de cores similares a da “Turma do Seninha”, as mesmas não foram acatadas tendo em vista que o objetivo ao utilizar como mascote na forma de estômago não era apresentá-lo de forma humanizada. A aparência dos personagens também foi mantida, pois trata-se de um material destinado ao público. Com relação à paleta de cores sugerida, ela utiliza a cor vermelha, a qual não é indicada na construção de materiais educativos destinados à área da saúde.

No uso de recursos visuais, os juízes identificaram falhas nos textos em destaque e no uso de marcadores. Com isso, na segunda versão da cartilha, os textos que deveriam ser destacados foram incluídos em caixas verdes e os marcadores em formato de círculo e de cor cinza foram trocados por bolinhas na tonalidade verde.

Na segunda avaliação, os juízes relataram uma melhora na nova versão de acordo com as sugestões sugeridas, o que pode ser observado nas falas:

“Nada a comentar. A cartilha servirá muito bem ao seu propósito, está bem estruturada, menor e mais fácil de ler e entender, as figuras estão mais definidas e mais fáceis de serem compreendidas.” (Juiz 1)

“Minhas observações feitas em relação a falta de diferenciação entre títulos, subtítulos e tópicos foram atendidas. Desta forma, acho que a cartilha possui boa hierarquia das informações. A forma como o conteúdo foi exposto e desenvolvido é claro e linear. O leitor, por mais leigo que possa ser, não se sente perdido. O texto é claro e conectado. A cartilha é visualmente agradável e conduz o leitor de forma objetiva e sem rodeios.” (Juiz 2)

“Foi perceptível a melhora quando comparada a versão anterior: maior número de ilustrações, textos “âncoras” (quadrados verdes) com a divulgação da ideia principal do bloco de texto ajuda a criar uma leitura mais dinâmica.” (Juiz 4)

“Envio mais algumas sugestões somente para aprimorar a diagramação. Para mim, que não sou da área da saúde, o texto é bastante acessível e informativo. Saberá exatamente o que esperar dessa cirurgia, e que cuidados ter antes e depois dela. No geral, o trabalho é extremamente informativo, interessante e útil. Parabéns por esse grande esforço!” (Juiz 6)

“A cartilha com certeza cumpre o papel de informar e auxiliar os pacientes desse tipo de cirurgia. Está objetiva e clara em suas informações. Parabéns!” (Juiz 8)

“A cartilha de um modo geral evoluiu em relação aos comentários e observações feitas na primeira etapa. No entanto, ainda é necessária uma última revisão nas ilustrações, pois encontramos ainda imagens não utilizadas de forma inadequada.” (Juiz 9)

“No que se refere a conteúdo textual (escrito), creio que a cartilha cumpre bem sua função. Houve melhora significativa nas questões de diagramação

e na substituição de imagens antes pixelizadas. Entretanto, alguns aspectos ainda precisam ser revistos.” (Juiz 10)

Alguns juízes ainda solicitaram algumas modificações no material com o intuito de aprimorar esteticamente a diagramação. Entretanto, a grande maioria considerou que a cartilha representa um material de fácil leitura e entendimento, servindo ao objetivo proposto.

Ao finalizar a validação com juízes técnicos, torna-se imperativo o reconhecimento da importância dessa etapa para o fortalecimento da qualidade do material que foi construído tendo em vista que a avaliação por juízes em designers possibilitou a identificação de falhas na primeira versão e a sua correção antes da apresentação ao público-alvo.

8) RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA COM PACIENTES DO PROGRAMA DE OBESIDADE

Após a validação de conteúdo com juízes em cirurgia bariátrica e a validação de aparência com designers gráficos, a versão reformulada da cartilha “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável” foi apresentada para a população-alvo. Na instituição em estudo, os pacientes do pré e pós-operatório que compareceram às consultas foram convidados a avaliar o material educativo. Assim, participaram da validação de aparência da cartilha, 48 pacientes do pré-operatório e 23 pacientes que já haviam realizado a cirurgia.

Na Tabela 20, apresenta-se o perfil sociodemográfico dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará de acordo com os grupos pré e pós-operatório.

Tabela 20 - Características sociodemográficas dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Fortaleza, 2015.

Variáveis	Pré-operatório		Pós-operatório	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	37	77,1	17	73,9
Masculino	11	22,9	6	26,1
Idade				
De 20 a 29 anos	9	18,7	6	26,1
De 30 a 39 anos	19	39,6	9	39,1
De 40 a 49 anos	14	29,2	4	17,4
De 50 a 59 anos	6	12,5	3	13
Acima de 60 anos	-	-	1	4,4
Idade Média (Desvio Padrão)	37,39±10,77		39,15±9,34	
Estado Civil				
Solteiro	19	39,6	9	39,1

Casado	23	47,9	12	52,2
Divorciado	4	8,4	2	8,7
Viúvo	2	4,1	-	-
Escolaridade				
Ensino Fundamental Completo	3	6,2	3	13
Ensino Fundamental Incompleto	6	12,5	2	8,7
Ensino Médio Completo	26	54,2	10	43,6
Ensino Médio Incompleto	2	4,1	-	-
Ensino Superior	7	14,6	5	21,7
Ensino Superior Incompleto	5	10,4	3	13
Religião				
Católica	31	64,6	13	56,5
Evangélica	11	22,9	6	26,1
Outra	6	12,5	4	17,4
Ocupação				
Sim	48	100	23	100
Não	-	-	-	-
Renda				
Até 1 salário mínimo	27	56,3	7	30,4
De 2 a 4 salários mínimos	18	37,5	14	60,9
Acima de 5 salários mínimos	3	6,2	2	8,7
Procedência				
Fortaleza e Região Metropolitana	30	62,5	16	69,6
Interior do Estado do Ceará	18	37,5	7	30,4

Fonte: Barros (2015).

De acordo com a tabela 20, observou-se que houve um predomínio do sexo feminino em ambos os grupos em que a frequência de mulheres foi de 77,1% (37) no pré-operatório e 73,9% (17) no pós-operatório. Com relação à idade, também houve semelhança na faixa etária dos participantes, pois o maior percentual encontrava-se na faixa etária de 30 a 39 anos, 39,6% (19) no pré e 39,1% (9) no pós-operatório. A média de idade é de $37,39 \pm 10,77$ anos no grupo do pré-operatório com uma variância de 22 a 62 anos. Já no pós-operatório, a média de idade é de $39,15 \pm 9,34$ anos no grupo do pré-operatório com uma variância de 26 a 59 anos.

Quanto ao estado civil, 47,9% (23) dos indivíduos do pré-operatório eram casados. Já no grupo do pós-operatório, o matrimônio esteve presente em 52,2% (12) dos pacientes, havendo também semelhança entre os grupos nessa característica sociodemográfica. Em relação ao grau de escolaridade, houve o predomínio do ensino médio completo em ambos os grupos em que 54,2% (26) dos pacientes do pré-operatório e 43,4% (10) do pós-operatório concluíram o ensino médio. Pertinente à religião, verificou-se um predomínio da religião

católica em ambos os grupos em que a frequência foi de 64,6% (31) no pré-operatório e 56,5% (13) no pós-operatório (Tabela 20).

Ao se avaliar a ocupação dos indivíduos de ambos os grupos, observou-se que todos os pacientes exerciam atividade remunerada. No pré-operatório, a maioria apresentou renda familiar igual a um salário mínimo – 56,3% (27) – enquanto que, no pós-operatório, 60,9% (14) dos pacientes apresentavam renda entre dois a quatro salários mínimos (Tabela 20).

Quanto à procedência, observa-se ainda uma maior participação no programa de obesidade de indivíduos oriundos da Região Metropolitana de Fortaleza, pois 62,5% (30) dos pacientes do pré e 69,6% (16) do pós-operatório procediam de Fortaleza e sua Região Metropolitana. Apenas 37,5% (18) e 30,4% (7) dos pacientes do pré e do pós-operatório, respectivamente, procediam da zona rural (Tabela 20).

Nas tabelas 21, 22, 23, 24 e 25, apresenta-se a opinião dos pacientes quanto aos objetivos, organização, linguagem, aparência e motivação da cartilha educativa. Para esse momento, adotou-se que deveria haver uma concordância entre os pacientes de 70%, devendo os valores de IVC serem iguais ou superiores a 0,70.

Tabela 21 - Distribuição da concordância entre os pacientes da avaliação de aparência da cartilha educativa quanto aos objetivos. Fortaleza, 2015.

Variáveis	Pré-operatório				Pós-operatório			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
1.1 Atende aos objetivos dos pacientes que irão se submeter à cirurgia bariátrica e necessitam de orientações sobre o procedimento cirúrgico.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
1.2 Ajuda durante o processo de preparo para a cirurgia bariátrica.	48	100	1	1	23	100	1	1
1.3 É capaz de promover reflexão sobre os cuidados necessários antes e após a cirurgia.	48	100	1	1	23	100	1	1
1.4 Está adequada para ser usada por qualquer profissional da área da saúde.	48	100	1	1	21	91,3	0,91	0,879

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

Ao avaliar se a cartilha cumpre o objetivo de orientar os pacientes sobre a cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório, observou-se, estatisticamente, proporções entre os

pacientes não inferiores a 85% ($p > 0,05$) e um IVC maior que 0,85 em todos os itens abordados (Tabela 21).

Tabela 22 - Distribuição da concordância entre os pacientes da avaliação de aparência da cartilha educativa quanto à organização. Fortaleza, 2015.

Variáveis	Pré-operatório				Pós-operatório			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
2.1 A capa da cartilha está atraente.	45	93,8	0,94	0,981	22	95,7	0,96	0,976
2.2 A capa da cartilha contempla as informações do material.	45	93,8	0,94	0,981	22	95,7	0,96	0,976
2.3 O tamanho do título e dos conteúdos nos tópicos está adequado.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
2.4 Os tópicos apresentam uma sequência lógica.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
2.5 Os temas retratam aspectos-chave importantes.	48	100	1	1	21	91,3	0,91	0,879
2.6 Há coerência entre as informações da capa, apresentação, sumário e conteúdo da cartilha.	48	100	1	1	23	100	1	1
2.7 O papel do material impresso está apropriado.	48	100	1	1	23	100	1	1
2.8 O número de páginas está adequado.	48	100	1	1	20	87	0,87	0,692
2.9 O material tem tamanho adequado, ou seja, não é extenso nem cansativo.	48	100	1	1	20	87	0,87	0,692

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

Quanto à organização do material educativo, todos os itens avaliados tiveram uma proporção superior a 85%, estatisticamente significativa com altos valores de IVC (Tabela 22).

Tabela 23 - Distribuição da concordância entre os pacientes da avaliação de aparência da cartilha educativa quanto à linguagem. Fortaleza, 2015.

Variáveis	Pré-operatório				Pós-operatório			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
3.1 A redação está em estilo adequado.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
3.2 O texto é vívido e interessante.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976

3.3 O tom é amigável.	48	100	1	1	21	91,3	0,91	0,879
3.4 O vocabulário é acessível com palavras simples e comuns.	48	100	1	1	23	100	1	1
3.5 Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
3.6 Há associação entre o tema de cada sessão e o texto correspondente.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
3.7 O texto está claro.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
3.8 O texto é compreensível e conveniente ao público-alvo.	48	100	1	1	23	100	1	1
3.9 Não observou-se algum erro de linguagem ou veiculação de conceitos que expressam ideia insultante aos cuidados necessários na cirurgia bariátrica.	48	100	1	1	23	100	1	1
3.10 O texto apresenta interação com orientações entre profissional e público-alvo.	48	100	1	1	21	91,3	0,91	0,879
3.11 O texto é escrito de forma que o público-alvo é o centro das atenções, ou seja, o paciente é mais importante.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

Com relação à linguagem, o material mostrou-se claro e objetivo com vocabulário simples e amigável, estando de acordo com o público-alvo. Todos itens foram considerados adequados e estatisticamente significantes ($p > 0,05$) e concordância superior a 85% entre os pacientes (Tabela 23).

Tabela 24 - Distribuição da concordância entre os pacientes da avaliação de aparência da cartilha educativa quanto à aparência. Fortaleza, 2015.

Variáveis	n	Pré-operatório			Pós-operatório			
		%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
4.1 A composição visual é atrativa.	47	97,9	0,98	0,999	22	95,7	0,96	0,976
4.2 As páginas ou sessões parecem organizadas.	48	100	1	1	23	100	1	1
4.3 O número de figuras é suficiente.	46	95,8	0,96	0,996	20	87	0,87	0,692
4.4 As figuras são apresentadas	48	100	1	1	20	87	0,87	0,692

em tamanho adequado.

4.5 As figuras correspondem aos conteúdos ilustrados.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
4.6 As figuras são simples, apropriadas e de tracejado de fácil compreensão.	48	100	1	1	23	100	1	1
4.7 As figuras são autoexplicativas.	47	97,9	0,98	0,999	22	95,7	0,96	0,976
4.8 As figuras são familiares para os leitores.	47	97,9	0,98	0,999	20	87	0,87	0,692
4.9 As figuras são provocadoras de perguntas sobre a temática.	45	93,8	0,94	0,981	20	87	0,87	0,692
4.10 As figuras estão integradas ao texto (bem localizadas).	48	100	1	1	20	87	0,87	0,692

*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

Pertinente às ilustrações, todos os itens foram estatisticamente significantes com uma proporção de concordância entre os pacientes superior a 85% ($p > 0,05$) (Tabela 24).

Tabela 25 - Distribuição da concordância entre os pacientes da avaliação de aparência da cartilha educativa quanto à motivação. Fortaleza, 2015.

Variáveis	Pré-operatório				Pós-operatório			
	n	%*	IVC**	p***	n	%*	IVC**	p***
5.1 A cartilha é apropriada para a sua idade, sexo e cultura.	48	100	1	1	23	100	1	1
5.2 A cartilha apresenta sequência lógica sobre os cuidados antes e após a cirurgia bariátrica.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
5.3 A cartilha desperta interesse e curiosidade.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
5.4 A cartilha aborda os assuntos necessários para o paciente que procura a cirurgia como tratamento.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
5.5 As informações contidas na cartilha são importantes no perioperatório da cirurgia.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
5.6 A cartilha promove mudança de comportamento e atitude.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
5.7 A cartilha propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.	48	100	1	1	21	91,3	0,91	0,879

5.8 A cartilha trouxe novos conhecimentos sobre o assunto.	47	97,9	0,98	0,999	20	87	0,87	0,692
5.9 A interação é convidada pelo texto e sugere a prática dos cuidados.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
5.10. A cartilha ensina o público-alvo a realizar os cuidados desejados.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
5.11 O conteúdo da cartilha mantém a dinâmica da leitura.	48	100	1	1	23	100	1	1
5.12 O conteúdo da cartilha motiva a leitura até o final.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976
5.13 O uso da cartilha se faz relevante.	48	100	1	1	22	95,7	0,96	0,976

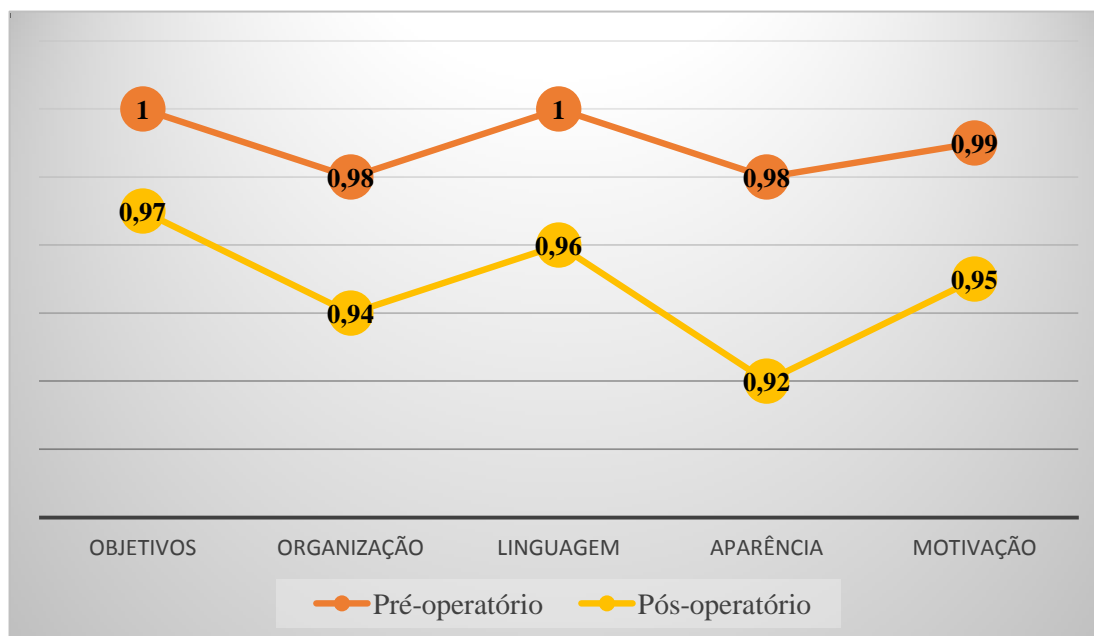
*Percentual de concordância; **Índice de Validade de Conteúdo (IVC); ***Teste binomial.

Fonte: Barros (2015).

A motivação da cartilha também teve uma avaliação positiva em que os pacientes concordaram que o material apresenta um tema atual e relevante que desperta o interesse para a leitura e contribui para a aquisição de novos conhecimentos, servindo como uma ferramenta para a resolução de dúvidas. De acordo com a tabela 25, verificou-se, estatisticamente, proporções não inferiores a 85% ($p > 0,05$) e um IVC maior que 0,85 em todos os itens avaliados.

Entre os pacientes do pré-operatório, o IVC global foi de 0,99 enquanto que, com os pacientes do pós-operatório, o IVC global foi de 0,95. Em ambos os grupos, a cartilha obteve um alto valor de IVC, considerado como padrão-ouro. Quanto aos IVCs de cada tópico avaliado no material educativo, observou-se, no gráfico 1, valores de IVCs superiores a 0,85 em todos os aspectos de avaliação (Gráfico 5):

Gráfico 5 – Distribuição dos IVCs de cada tópico de avaliação da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros (2015).

O grau de relevância do conteúdo abordado na cartilha educativa foi avaliado mediante o cálculo do IVC. Os valores dos IVCs individuais estão apresentados no quadro 34, os quais variaram de 0,95 a 1:

Quadro 34 - Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) de cada tópico, segundo a análise dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Fortaleza, 2015.

Tópico	Conteúdo	IVC Pré-operatório	IVC Pós-operatório
1	Conceito e indicação da cirurgia bariátrica e cálculo do Índice de Massa Corporal.	1	0,95
2	Técnicas utilizadas na cirurgia bariátrica e balão intragástrico.	1	0,95
3	Acompanhamento com a equipe multiprofissional.	1	1
4	Cuidados no pré-operatório.	1	0,95
5	Cuidados no pré-operatório imediato – preparo para a cirurgia.	1	1
6	Orientações sobre a sala de cirurgia.	1	0,91
7	Pós-operatório hospitalar – sala de recuperação e enfermaria	1	0,95

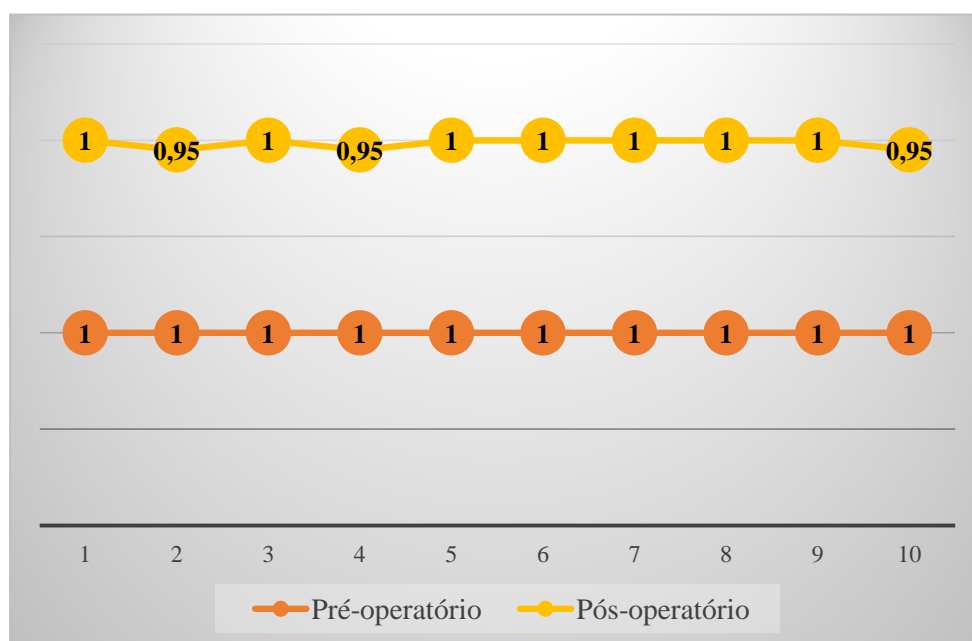
8	Pós-operatório domiciliar.	1	0,95
9	Cuidados no pós-operatório tardio.	1	0,95
10	Dúvidas frequentes.	1	0,95

Fonte: Barros (2015).

Os gráficos 6 e 7 apresentam a avaliação da relevância e da clareza dos tópicos presentes na cartilha educativa. Nas ilustrações, os números de 1 a 10 representam os seguintes tópicos: 1 - Conceito e indicação da cirurgia bariátrica e cálculo do Índice de Massa Corporal; 2 - Técnicas utilizadas na cirurgia bariátrica e balão intragástrico; 3 - Acompanhamento com a equipe multiprofissional; 4 - Cuidados no pré-operatório; 5 - Cuidados no pré-operatório imediato – preparo para a cirurgia; 6 - Orientações sobre a sala de cirurgia; 7 - Pós-operatório hospitalar: sala de recuperação e enfermaria; 8 - Pós-operatório domiciliar; 9 - Cuidados no pós-operatório tardio; 10 - Dúvidas frequentes.

Com relação à relevância do conteúdo apresentado no material, todos os tópicos abordados foram considerados muito relevantes pelos pacientes do pré-operatório. Quando comparados aos resultados da avaliação dos pacientes que já foram submetidos à cirurgia bariátrica, houve menores proporções de concordância nos itens sobre as técnicas cirúrgicas, cuidados no pré-operatório e dúvidas frequentes, apesar de terem sido considerados adequados, sendo superiores a 85% (Gráfico 6).

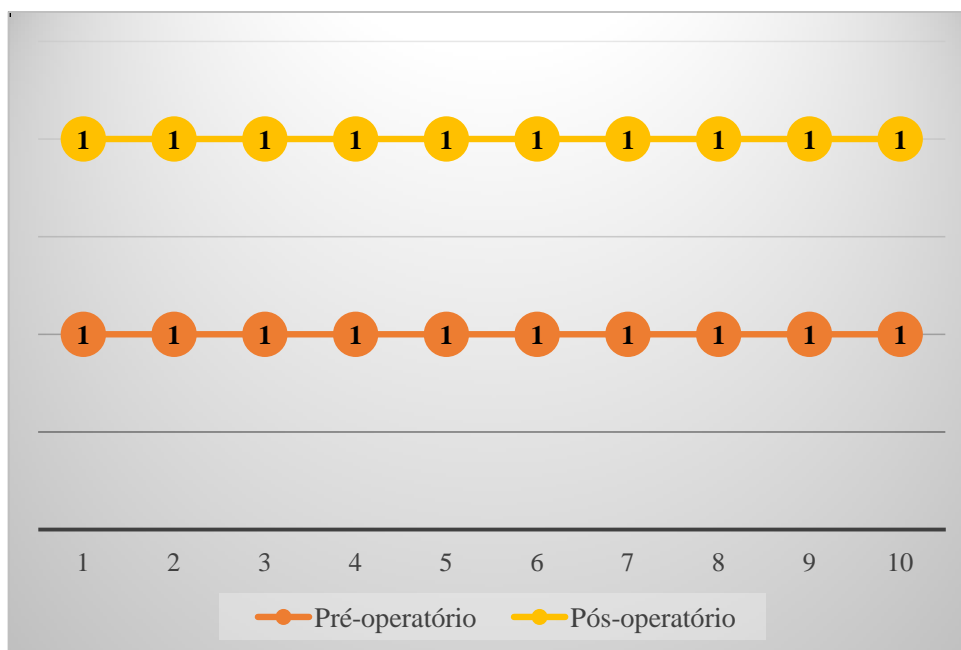
Gráfico 6 – Relevância do conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros (2015).

A clareza do conteúdo da cartilha também foi avaliada e, em ambos os grupos, a concordância entre os juízes foi unânime com valores de IVC iguais a 1 (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Clareza do conteúdo da cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica de acordo com os pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Fortaleza, 2015.



Fonte: Barros (2015).

No questionário de avaliação, foi disponibilizado um espaço para que os participantes realizassem seus comentários e sugestões, os quais podem ser observados no quadro 35:

Quadro 35 - Comentários dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará sobre a cartilha educativa. Fortaleza, 2015.

PRÉ-OPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO
<p>“A cartilha desperta interesse e curiosidade e estimula o aprendizado.” (P1)</p> <p>“O material é muito bom. É de fácil entendimento, termos simples e tem a leitura acessível.” (P2)</p> <p>“Consegui entender melhor o momento da cirurgia. As ilustrações são ótimas e os assuntos estão bem explicados. Amei as receitas, parecem saborosas. Quero um exemplar.” (P3)</p> <p>“A cartilha está muito boa e de fácil absorção para os pacientes. As informações estão adequadas para quem busca ajuda e sofre com a obesidade.” (P4)</p> <p>“Para quem tem interesse na cirurgia, a cartilha está completa. A quantidade de gravuras torna a</p>	<p>“É um material muito bom. Vai nos ajudar bastante e tirar as dúvidas.” (P1)</p> <p>“Tudo muito criativo. Uma maravilha. Tem muita informação boa. Eu adorei e você arrasou.” (P2)</p> <p>“Excelente cartilha. Que pena que não podemos levar para casa para quando surgir dúvidas lermos e relermos” (P3)</p> <p>“É de fácil entendimento e muito rica em pequenas informações que nem imaginava que fossem importantes.” (P4)</p> <p>“Está muito esclarecedora e tem um cuidado extremo nos detalhes informados.” (P5)</p> <p>“Achei o material excelente, teria me ajudado</p>

<p><i>leitura menos cansativa.” (P5)</i></p> <p><i>“Gostei muito. Quero mostrar essa cartilha para minha família que conhece pouco sobre o assunto.” (P6)</i></p> <p><i>“Esclarece com excelência, pois, além da boa informação, tem uma ilustração excelente. Ajuda a tirar as dúvidas e deve ser entregue aos pacientes.” (P7)</i></p> <p><i>“Amei. Muito relevante para o paciente e também para a família que vai saber como lidar com o paciente no pós-operatório.” (P8)</i></p> <p><i>“Está tudo muito bem organizado e aprendi coisas que não sabia. Espero que essa cartilha possa chegar o mais rápido nas nossas mãos.” (P9)</i></p> <p><i>“Material de grande ajuda e de fácil entendimento. Deveria ser entregue na primeira consulta.” (P10)</i></p> <p><i>“Sempre achei que deveria existir um material assim. Agradeço a você todo esse cuidado em nos esclarecer dúvidas de maneira tão criativa e simples, mas muito eficaz.” (P11)</i></p> <p><i>“Acesso a cartilha com urgência para que os familiares possam compreender a cirurgia.” (P12)</i></p> <p><i>“Está muito explicativa, os assuntos abordados estão claros e a aparência está ótima.” (P13)</i></p> <p><i>“Ensina e orienta sobre as mudanças de hábitos alimentares. Parabéns pelo seu trabalho.” (P14)</i></p> <p><i>“O conteúdo da cartilha é muito motivante para ler até o final. A linguagem está totalmente perfeita para nossa compreensão.” (P15)</i></p>	<p><i>muito antes da cirurgia.” (P6)</i></p> <p><i>“Esta cartilha juntamente com a equipe médica e outros pacientes irão sanar totalmente as dúvidas sobre a cirurgia bariátrica. Está perfeita e bem didática.” (P7)</i></p> <p><i>“O material prende a atenção e motiva o paciente a procurar mais informações! Me identifiquei completamente com os personagens.” (P8)</i></p> <p><i>“A cartilha tem um material riquíssimo. Meus parabéns pelo trabalho, certamente vai ajudar muitas pessoas nesse processo da cirurgia.” (P9)</i></p> <p><i>“Parabenizo pela iniciativa de facilitar a vida dos pacientes. É algo que ainda carece em muitos lugares!” (P10)</i></p> <p><i>“Sugiro que seja introduzida no programa de cirurgia bariátrica para todos os pacientes que irão fazer a cirurgia.” (P11)</i></p> <p><i>“Todo conhecimento é importante, eu posso sugerir algo que é colocar um questionário no final já que podemos responder e avaliar o que assimilamos na leitura da cartilha.” (P12)</i></p> <p><i>“O texto está bem estruturado, de forma clara e de fácil leitura, fica aqui a minha sugestão que a leitura da cartilha seja sempre feita pelo paciente e pela família, afinal quanto mais pessoas cientes do processo mais fácil ele se torna e adesão é mais percebida nesse tratamento que começa no pré e nunca termina.” (P13)</i></p>
--	---

Fonte: Barros (2015).

Diante dos relatos, observou-se que os pacientes avaliaram a cartilha como um material de fácil entendimento sobre a cirurgia bariátrica e que desperta interesse para a leitura tanto pelo seu *layout* e a presença de ilustrações como também pela linguagem utilizada na cartilha. Destaca-se em várias falas que o material deve ser fornecido o quanto antes para o paciente para que ele possa conhecer mais sobre o tratamento e solucionar suas dúvidas, além de poder compartilhar o conhecimento com os seus familiares (Quadro 35).

Após a leitura dos comentários dos pacientes, percebe-se que a cartilha representa um material rico em informações necessárias sobre a cirurgia bariátrica, sendo o seu conteúdo compreensível e acessível para o público-alvo. O interesse pelo aumento do conhecimento e pela resolução das dúvidas motiva a leitura e o aprendizado e a presença de ilustrações torna a leitura menos cansativa. Observou-se, em ambos os grupos, a importância em tornar a cartilha acessível também para os familiares para que os mesmos possam ter mais conhecimento sobre a cirurgia bariátrica e auxiliar no processo do perioperatório (Quadro 35).

DISCUSSÃO

Nesse estudo, a discussão será apresentada em dois tópicos: 1) Elaboração do Conteúdo da Cartilha Educativa sobre Cirurgia Bariátrica e 2) Construção e Validação da Cartilha “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável.”.

1) Elaboração do Conteúdo da Cartilha Educativa sobre Cirurgia Bariátrica

O conteúdo da cartilha foi obtido através da análise do conhecimento científico disponível em artigos, da troca de informações entre blogueiros na internet, das necessidades de conhecimento de pacientes da instituição em estudo e da opinião de profissionais de saúde sobre o conteúdo que deve ser fornecido durante o preparo para a cirurgia bariátrica. Essas etapas possibilitaram o levantamento de diversas temáticas sobre o perioperatório desse procedimento cirúrgico.

Os dados da revisão integrativa demonstraram que os pacientes devem ser orientados quanto aos tipos de tratamento para a obesidade. De acordo com os níveis de obesidade, existem tratamentos para o controle e a redução do peso tais como dieta, exercícios e terapia cognitivo-comportamental, os quais possibilitam uma perda de peso significativa em apenas uma minoria dos pacientes altamente motivados (OWERS et al., 2012; STEFATER; KHOLI; INGE, 2013). Assim, os resultados com as modalidades conservadoras são, muitas vezes, insatisfatórios e o obeso grau III, por ser uma pessoa doente que tem a vida ameaçada pelo excesso de peso, necessita de tratamento efetivo e, de preferência, em curto prazo (HAGER, 2007; VAN NIEUWENHOVE et al., 2011; AKAMINE; ILIAS, 2013).

Nesses casos, temos a cirurgia bariátrica como a opção mais eficaz para o tratamento da obesidade grave, a qual tem como objetivo não apenas a perda de peso, mas a manutenção dessa perda ao longo dos meses. Como objetivo secundário está a mudança do estilo de vida com alterações no comportamento alimentar e prática de atividade física, favorecendo a perda de peso e a reversão dos efeitos adversos à saúde relacionados com a obesidade (VAN NIEUWENHOVE et al., 2011; KAAFARANI; SHIKORA, 2011; KUBIK et al., 2013). Com isso, a cirurgia bariátrica também é definida como “cirurgia de comportamento” (THOMAS et al., 2011).

Esses objetivos foram destacados nos relatos dos grupos focais em que os pacientes almejam perder peso e também melhorar e/ou curar as outras comorbidades presentes por intermédio da mudança dos hábitos de vida como alimentação saudável, exercícios físicos, acompanhamento com a equipe multiprofissional e seguimento das orientações recebidas.

Optar pela cirurgia bariátrica não é uma decisão fácil. Muitas vezes, os indivíduos já estão sem esperanças e fadigados das consequências da obesidade em suas vidas. Realizar um procedimento de grande porte com anestesia geral e comprometer-se com a adoção de hábitos saudáveis para o resto da vida requer coragem e confiança nessa decisão. Assim, todo obeso que busca a cirurgia como tratamento deve estar bem informado e ter o apoio familiar para vivenciar o perioperatório saudavelmente.

Diante dessa perspectiva, esses pacientes que são diagnosticados com obesidade e que buscam a cirurgia bariátrica como tratamento são pessoas que representam o agir em consonância com os discursos contemporâneos sobre a promoção da saúde tendo em vista que são indivíduos que admitem seu "fracasso" e mostram que são capazes de assumir a responsabilidade por ganhar o controle sobre seus corpos e sobre a obesidade. A cirurgia bariátrica pode, portanto, ser entendida como uma nova oportunidade dada a esses indivíduos para construção de uma nova vida (KNUTSEN et al., 2013; KUBIK et al., 2013).

A maioria dos pacientes que participaram dos grupos focais tiveram indicação médica para realizar a cirurgia bariátrica. Outros tiveram conhecimento sobre a cirurgia a partir de familiares, amigos ou na internet. Nos *blogs*, os internautas questionaram como a equipe multiprofissional sabe qual é o melhor tratamento a ser indicado para cada caso. A escolha da cirurgia bariátrica depende de fatores como o IMC, o risco perioperatório, as comorbidades, a expertise do cirurgião e as preferências do paciente (GLATT; SORENSON, 2011).

O acompanhamento em um serviço de saúde permite que o candidato verifique se a cirurgia bariátrica é a escolha mais adequada a partir da avaliação das condições clínicas e da classificação do IMC. Diante dessa perspectiva, os candidatos que chegam ao serviço de saúde em busca da cirurgia bariátrica devem ser orientados sobre as indicações e contraindicações do tratamento, cuidados necessários no perioperatório e complicações passíveis de ocorrer caso não haja adesão ao tratamento.

Esse tratamento é indicado para indivíduos com IMC igual ou superior a 35 kg/m^2 e comorbidades relacionadas ou aqueles com um IMC igual ou superior a 40 kg/m^2 , sem comorbidades. Esses indivíduos devem ter tentado a perda de peso com os outros tratamentos convencionais disponíveis e devem estar motivados a cumprir os cuidados no pós-operatório como adesão à dieta, prática de atividade física, suplementação vitamínica e acompanhamento freqüente (HAMAD, 2004; VAN HOUT; VERSCHURE; VAN HECK, 2005; CLUTTS, 2009; BEEBE et al., 2010; GLATT; SORENSON, 2011; NEFF; LE ROUX, 2013).

O grau de obesidade pode ser quantificado utilizando-se várias medidas como peso e circunferência da cintura. Na prática clínica, o método mais comumente empregado é o IMC,

o qual relaciona o peso do paciente para sua altura e é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado (BANICEK; BUTCHER, 2011). Observou-se que os pacientes possuem dúvidas quanto ao cálculo do IMC e a partir de qual valor é indicado a cirurgia bariátrica. Assim, apresentou-se na cartilha educativa a classificação do IMC de acordo com a OMS, a fórmula para o cálculo e um exemplo para facilitar a aprendizagem dos pacientes.

Um dos cuidados indicados na revisão integrativa é a orientação sobre os riscos associados à cirurgia bariátrica, pois sabe-se que os candidatos para a cirurgia bariátrica apresentam, frequentemente, múltiplas comorbidades relacionadas à sua obesidade e, portanto, constituem uma população de alto risco cirúrgico (BEEBE et al., 2010; OWERS et al., 2012). A existência desses riscos foram questionados tanto nos *blogs* como nos grupos focais.

Vários fatores de risco para morbidade e mortalidade no pós-operatório já foram identificados, os quais são sexo masculino, idade acima de 50 anos, insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica e insuficiência renal. Entretanto, embora estes fatores aumentem o risco cirúrgico, eles não impedem que um indivíduo que se adeque à esses critérios busque a cirurgia bariátrica como tratamento, devendo ser considerado o contexto clínico individual (OWERS et al., 2012; NEFF; LE ROUX, 2013).

De acordo com os cuidados listados na revisão integrativa, o profissional de saúde deve auxiliar o paciente e o familiar na escolha da cirurgia bariátrica. A decisão de escolher o procedimento cirúrgico em detrimento de outros tratamentos é complexa e baseia-se em fatores além das preferências do paciente. Isto leva a discordâncias no processo de tomada de decisão, pois, embora a perda de peso seja uma preferência comum nos relatos dos pacientes que procuram a cirurgia bariátrica, os pacientes que possuem comorbidades estão mais focados na melhoria ou resolução das doenças (LOPEZ et al., 2013; WEINSTEIN et al., 2014).

Assim, o principal fator de motivação nessa população é uma preocupação com o agravamento da saúde relacionado ao aumento de peso. Obesos mórbidos muitas vezes acham que eles não podem mais manter-se com seus filhos e que, em algum momento, passarão por uma situação constrangedora como não caber em uma cadeira de teatro ou em um restaurante público devido ao excesso de peso. Os pacientes tendem a temer a morte precoce e não estar por perto de seus entes queridos (TAKAHASHI, 2007; LOPEZ et al., 2013; NEFF; LE ROUX, 2013; WEINSTEIN et al., 2014). Esses dados corroboram com os relatos dos grupos focais em que os pacientes do pré-operatório desejam realizar a cirurgia devido,

principalmente, ao medo da medo, surgimento de outras doenças, dificuldade em realizar atividades básicas como brincar com os filhos no chão e impossibilidade de ir ao cinema ou à praia com a família.

Nos *blogs*, o esclarecimento das dúvidas no ambiente virtual motiva a procura de um profissional de saúde, o que representa o primeiro passo para iniciar o pré-operatório. O cuidado perioperatório, devido à complexidade do estado físico e psicológico do obeso, requer uma abordagem multiprofissional a fim de otimizar a recuperação e os bons resultados a longo prazo (O'NEILL; ALLAM, 2010; GLATT; SORENSON, 2011; OWERS et al., 2012; LEMANU et al., 2012; NEFF; LE ROUX, 2013; FRIED et al., 2014). Essa equipe é responsável por fazer uma avaliação individual com intuito de garantir que aquele candidato é adequado para a cirurgia e que ele irá receber níveis apropriados de cuidados durante todo o processo perioperatório (GLATT; SORENSON, 2011; OWERS et al., 2012; NEFF; LE ROUX, 2013).

Todos os membros da equipe devem estar envolvidos em todas as fases do perioperatório e os profissionais de saúde devem ajudar o indivíduo a entender o que é a cirurgia, as técnicas cirúrgicas disponíveis, os riscos e as complicações, o processo de recuperação e as adaptações necessárias ao estilo de vida com o decorrer do tempo (DEMARIA; CARMODY, 2005; MCKEE; TASSINARI, 2006; AL-BENNA, 2011; GLATT; SORENSON, 2011; OWERS et al., 2012). Na 1ª fase da técnica Delphi, os profissionais de saúde indicaram sobre a importância do acompanhamento com a equipe multiprofissional e, nos grupos focais, os pacientes do pós-operatório indicaram a necessidade de buscar constantemente o apoio desses profissionais para o alcance das metas.

Nesse estudo, o perfil dos pacientes que participaram dos grupos focais foi composto, em sua maioria, por mulheres em idade adulta, católicas, casadas e com ensino médio completo. Esses resultados estão de acordo com a literatura em que mais mulheres procuram esse tratamento, principalmente durante a idade média e no momento em que o aumento dos riscos da obesidade à saúde estão mais proeminentes (HAGER, 2007; WEINSTEIN et al., 2014). Como a taxa de sedentarismo, geralmente, é maior entre os homens, as mulheres tendem a apresentar menor IMC e comorbidades associadas à obesidade quando comparadas aos homens (BEEBE et al., 2010; NICOLETTI et al., 2013).

Quanto à idade, essa relação positiva entre idade e excesso de peso poderia ser elucidada, em parte, pela redução da taxa do metabolismo que ocorre fisiologicamente à medida que o organismo envelhece e pela redução da prática de exercícios físicos (ST-ONGE; GALLAGHER, 2010; PINHO et al., 2011; MACHADO et al., 2014). Entre os homens, o

aumento da idade, a prática reduzida de atividade física e pertencer à classe econômica mais elevada são os fatores que influenciam positivamente o excesso de peso. Já para as mulheres, o excesso de peso é fortemente influenciado pela idade mais avançada e possuir relação marital (MACHADO et al., 2014).

O fato da presença do matrimônio influenciar na prevalência da obesidade pode sugerir que ocorrem mudanças no estilo de vida em decorrência da alteração no estado conjugal, de solteiro (a) para casado (a), entre as quais se destaca a piora dos hábitos alimentares, a redução da prática de atividade física e a maior propensão a deixar o tabagismo (SÁ; MOURA, 2007; MACHADO et al., 2014).

Quanto ao nível de escolaridade, mulheres com mais anos de estudos são significativamente menos obesas (NICOLETTI et al., 2013). A escolaridade corresponde a um elemento de suma importância ao se tratar do acesso aos serviços de saúde, da comunicação com o profissional de saúde, da consequente efetividade na prevenção, tratamento e cura de doenças, bem como no que diz respeito aos processos de inserção, por parte da população, das noções de saúde e doença (REZENDE et al., 2014).

A obesidade apresenta relação positiva entre renda e homens, pois quanto maior a renda, maior o risco de um homem se tornar obeso (NICOLETTI et al., 2013). A renda familiar possui estreita relação com o nível de educação. A escolaridade dos membros de uma família influencia nas oportunidades de emprego e salários, condicionando ou não melhores cuidados com a saúde como adequada disponibilidade de alimentos, qualidade da moradia e acesso a serviços essenciais como saneamento básico e assistência à saúde (MONTEIRO et al., 2009; REZENDE et al., 2014). Assim, quanto maior a renda, maior a oportunidade de acesso a bens e serviços, inclusive educação de qualidade e assistência à saúde com recursos diagnósticos e terapêuticos eficazes, incluindo profissionais qualificados e equipamentos sofisticados de diagnóstico (ISHITANI et al., 2006; REZENDE et al., 2014).

Com isso, ressalta-se que o maior sucesso cirúrgico parece estar associado em pacientes jovens, do sexo feminino, que possuem autocrítica, autoestima elevada, uma boa saúde mental, um casamento satisfatório, alto nível socioeconômico, expectativas realistas e não são muito obesos (STILL et al., 2007).

O esclarecimento das expectativas é um cuidado indicado na revisão integrativa, pois as expectativas dos candidatos têm influência nos resultados a curto e longo prazo (VAN HOUT; VERSCHURE; VAN HECK, 2005). Ao considerarem que a cirurgia bariátrica irá, sem dúvidas, modificar as suas vidas, poderá ocorrer um distúrbio psicológico se essas expectativas não forem atendidas (KUBIK et al., 2013). Assim, o profissional de saúde deve

considerar dois aspectos: em primeiro lugar, as expectativas do candidato acerca do seu papel ativo na busca de bons resultados com a cirurgia bariátrica e, em segundo lugar, o grau de realidade dessas expectativas (VAN HOUT; VERSCHURE; VAN HECK, 2005).

Observou-se nos *blogs* que os internautas buscam saber quantos quilos os outros blogueiros perderam e ficam comparando os resultados da perda de peso. Nessa situação, os internautas devem ter consciência de que a quantidade de quilos eliminados difere entre os indivíduos devido a diversos fatores como técnica cirúrgica utilizada, o excesso de peso antes da cirurgia e a idade bem como a adesão aos cuidados no pós-operatório.

Assim, a perda de peso deve ser um dos assuntos prioritários a ser discutido durante as consultas antes da cirurgia tendo em vista que, apesar do fato de que pacientes que realizam a cirurgia bariátrica entendem os benefícios do procedimento cirúrgico, muitos candidatos apresentam expectativas irreais em relação à perda de peso. Em um estudo, os indivíduos acreditavam que iam perder, em média, 80% do excesso de peso e se decepcionam em obter uma perda média de 52% de excesso de peso (WOOD et al., 2014; WEINSTEIN et al., 2014). A quantidade e a velocidade da perda de peso podem ser influenciadas pelo tempo de pós-operatório, relação entre consumo e gasto de energia, sexo, idade e a motivação para comer. Uma expectativa realista é a perda de até 4 kg por mês (SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013).

Alguns pacientes acreditam que a perda de peso alcançada com o procedimento irá ajudá-los a conseguir melhores empregos ou uma promoção ou que eles serão capazes de optar por ter uma carreira em uma área que estava completamente indisponível para eles por causa da obesidade. Outros acham que suas vidas irão melhorar, pois eles serão capazes de praticar esportes, utilizar o transporte público, caber em uma calça jeans; enquanto que outros pensam que perder peso é a única maneira pela qual eles serão aceitos pela sociedade (COSTA et al., 2014). Isso está de acordo com os achados desse estudo em que os pacientes do grupo focal do pré-operatório indicaram que, após a cirurgia bariátrica, tudo em suas vidas iria mudar, principalmente em relação ao uso do transporte público sem travar na roleta e à escolha de roupas em uma loja sem sofrer discriminações.

Essas expectativas iniciais são agravadas e fortalecidas por outros fatores como família, amigos, internet e mídia, as quais influenciam no processo de tomada de decisão por esse tratamento cirúrgico (WEINSTEIN et al., 2014). É importante que os pacientes entendam que a cirurgia é apenas uma parte da solução para o problema da obesidade. A adesão às mudanças comportamentais e aos cuidados no pós-operatório é que irão proporcionar o

alcance de uma perda de peso satisfatória com melhora da qualidade de vida e comorbidades (ZUNDEL; HERNANDEZ, 2010).

Com isso, um dos cuidados presentes nos resultados da revisão integrativa é que os pacientes também devem ser orientados quanto às falhas na perda de peso. A decepção e a frustração com o tratamento podem até ocasionar outros problemas que estavam ausentes antes da cirurgia bariátrica como o alcoolismo, a violência, a cleptomania. Percebe-se, então, que falsas expectativas podem prejudicar seriamente o tratamento da obesidade mórbida, sendo fundamental a abordagem desses aspectos de forma eficaz e eficiente, tanto no pré como no pós-operatório (COSTA et al., 2014).

Destaca-se também que deve haver o cuidado em informar ao paciente sobre o aumento da flacidez e do excesso de pele decorrente da perda ponderal em um curto período de tempo, pois foi observado, nos *blogs* e nos grupos focais, a existência de dúvidas sobre a quantidade de excesso de pele, a necessidade de cirurgias reparadoras e o tamanho das cicatrizes. Pacientes que se preocupam mais com os resultados estéticos após a cirurgia, dificilmente conseguem perceber que a perda de peso desejada acarretará em um aumento do excesso de pele ou cicatrizes cirúrgicas, tornando-se frustrados quando são confrontados com essa realidade (COSTA et al., 2014).

A avaliação pré-operatória foi destacada nas quatro fases realizadas para a construção da cartilha (revisão integrativa, busca em *blogs*, grupos focais e 1ª fase da técnica Delphi). Como em qualquer outra cirurgia abdominal de grande porte, os candidatos indicados para a cirurgia bariátrica devem ser submetidos a uma exaustiva avaliação pré-operatória com uma equipe multiprofissional com o intuito de obter um resultado positivo ao selecionar adequadamente, preparar os pacientes e minimizar o risco cirúrgico (ABIR; BELL, 2004; ELDAR et al., 2011; FRIED et al., 2014).

Uma dúvida identificada nos *blogs* foi sobre a duração do período pré-operatório. Dependendo do estado de saúde do paciente, esse processo pode levar várias semanas a vários meses (CLUTTS, 2009). Além disso, o tempo entre o início do pré-operatório e a marcação da data do procedimento varia de indivíduo para indivíduo e entre o serviço público e o privado. Em hospitais públicos, o tempo de espera, geralmente, é maior devido à grande demanda de candidatos.

Nos *blogs*, os indivíduos também apresentam dúvidas sobre como é a fase do pré-operatório e que é solicitado ao paciente. Os cuidados necessários nessa fase foram destacados na revisão integrativa e na 1ª fase da técnica Delphi, os quais deve incluir atividades como: avaliar as indicações e contra-indicações para o tratamento cirúrgico;

realizar avaliações multiprofissionais abrangentes; explicar as mudanças alimentares que serão necessárias após a cirurgia; otimizar o tratamento de comorbidades para reduzir os riscos do procedimento cirúrgico; avaliar a motivação do paciente e sua vontade de aderir ao acompanhamento no pós-operatório; educar o paciente e seu sistema de apoio sobre as opções de tratamento, os benefícios, consequências e riscos das opções cirúrgicas e definir expectativas realistas; verificar se o paciente compreende os potenciais resultados da cirurgia e garantir o consentimento verdadeiramente informado do paciente para a realização do procedimento (HAMAD, 2004; TAKAHASHI, 2007; KURUBA; KOICHE; MURR, 2007; CLUTTS, 2009; O'NEILL; ALLAM, 2010; FRIED et al., 2014).

Percebe-se, então, que o objetivo dessa avaliação não é apenas identificar e resolver problemas simultâneos que podem afetar o risco cirúrgico e anestésico do paciente, mas também educar e informar o indivíduo sobre os processos cirúrgicos e anestésicos, riscos e alternativas (ELDAR et al., 2011). Infere-se, então, que os pacientes devem ser esclarecidos que a cirurgia bariátrica é um procedimento invasivo que visa reduzir a quantidade de alimentos que o estômago comporta e/ou modificar a absorção de nutrientes. Todos os candidatos devem ser orientados quanto ao objetivo desse tratamento, os tipos de técnicas disponíveis, as indicações, os riscos e os cuidados que devem ser tomados.

Tanto nos *blogs* como nos grupos focais, os pacientes apresentam curiosidade sobre como é feita a cirurgia e quais as técnicas cirúrgicas disponíveis. Na revisão integrativa e na 1ª fase da técnica Delphi, o esclarecimento sobre as técnicas disponíveis deve ser um cuidado a ser realizado por todos os membros da equipe multiprofissional.

As técnicas cirúrgicas podem ser classificadas pelo seu mecanismo de restrição ou ingestão de alimentos ou indução de má absorção de nutrientes. Além disso, certas operações bariátricas podem levar a importantes alterações do sistema neuro-hormonal gastrointestinal e alterar os sinais de feedback para o cérebro afetando o apetite e saciedade (KAAFARANI; SHIKORA, 2011; BANICEK; BUTCHER, 2011; GASS; BEGLINGER; PETERLI, 2011; SCHACHTER, 2012; RONELLENFITSCH et al., 2012; STEFATER; KHOLI; INGE, 2013).

Dentre os tipos de procedimentos, os mais populares e eficazes para a perda ponderal em um período de um ano são o Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR) e a Gastrectomia Vertical (GV) (LAKDAWALA et al., 2010; FRANCO et al., 2011; BENAIGES et al., 2013; STEFATER; KHOLI; INGE, 2013). Essas duas técnicas foram contempladas na cartilha educativa, pois são as mais realizadas no Brasil.

Outro questionamento presente nos *blogs* e nos grupos focais foi sobre a realização da cirurgia por laparoscopia aberta ou por vídeo, pois os mesmos possuem curiosidade quanto ao

tamanho da cicatriz e se uma técnica causa mais dor que a outra. Assim, a abordagem cirúrgica pode ser por videolaparoscopia ou por técnica aberta, as quais apresentam o mesmo objetivo e as mesmas indicações, porém o tamanho da incisão é menor. Existe uma preferência pela videolaparoscopia, no entanto, no momento da cirurgia, pode ocorrer a conversão do procedimento cirúrgico para a técnica aberta (HANSON, 2004; NELIGAN; WILIAMS, 2005; BREZNIKAR; DINEVSKI, 2009; KAAFARANI; SHIKORA, 2011; RONELLENFITSCH et al., 2012).

As técnicas minimamente invasivas associaram-se à cirurgia bariátrica e propiciaram grande redução na agressão aos órgãos e sistemas e das complicações cardiopulmonares e cirúrgicas, favorecendo a diminuição da morbidade, da dor, do tempo de internação hospitalar e do tempo de recuperação (LESLIE; KELLOGG; IKRAMUDDIN, 2007; NELIGAN; WILIAMS, 2005; KHWAJA; BONANOMI, 2010; GLATT; SORENSON, 2011; KAAFARANI; SHIKORA, 2011; ABDALLA et al., 2012; RONELLENFITSCH et al., 2012).

Ao fim da avaliação pré-operatória, o candidato à cirurgia bariátrica deve estar plenamente informado sobre o procedimento cirúrgico, os riscos, sinais e sintomas de alerta para complicações potenciais ou mortalidade e sobre as mudanças drásticas em suas vidas. O paciente deve ter conhecimento sobre a necessidade de seguir uma dieta alimentar e um plano de atividade física regular no pós-operatório e compreender a importância de seu compromisso ativo e contínuo para um resultado duradouro. Essas informações são reforçadas no termo de consentimento e, ao assinar, o paciente está plenamente de acordo com os benefícios e risco da cirurgia bariátrica e atesta seu compromisso com o tratamento no pós-operatório (CARRASCO et al., 2005; MILLER, 2004). Na revisão integrativa, a assinatura do termo de consentimento caracteriza o fim do pré-operatório e, na cartilha educativa, apresentou-se um tópico esclarecendo sobre o que é o termo e o seu objetivo.

Entretanto, o momento do pré-operatório inclui não apenas a fase de avaliação e adequação para a cirurgia, mas, igualmente importante, a fase de preparação do indivíduo. A preparação envolve a educação do candidato com sessões individuais e em grupo, participação de seminários e incentivo para a mudança de comportamento como consumo de alimentos saudáveis, prática de atividade física e cessação do tabagismo. A adesão a essas orientações permitirá que os profissionais de saúde se certifiquem que os pacientes estão tomando uma decisão bem informada e estão motivados a prosseguir no preparo pré-operatório (TARIQ; CHAND, 2011).

Diante dessa perspectiva, a segurança da cirurgia bariátrica tem melhorado gradualmente com a melhoria no manejo perioperatório (TARIQ; CHAND, 2011). Como esse procedimento não é isento de riscos, o profissional de saúde deve obter um histórico completo, realizar exame físico e solicitar exames pré-operatórios. Este processo deve incluir, no mínimo, exames laboratoriais, radiografia de tórax, espirometria e eletrocardiograma (ECG). Investigações laboratoriais incluem hemograma completo, tipo sanguíneo, função renal, hepática e da tireóide, hemoglobina glicada, estudos de coagulação, perfil lipídico, ferritina, vitaminas (em especial a B12), minerais e elementos tais como ferro, zinco, selênio, magnésio e cálcio. Atualização do cartão de vacinas, teste de gravidez e exame ginecológico como o Papanicolau também podem ser solicitados. Outros exames poderão ser solicitados de acordo o estado de saúde do indivíduo e a presença de comorbidades (HAMAD, 2004; O'NEILL; ALLAM, 2010; ELDAR et al., 2011; PHILIPS, 2011; SCHACHTER, 2012; FRIED et al., 2014).

Esses cuidados são destacados na revisão integrativa e também foram questionados nos *blogs* e nos grupos focais, pois os indivíduos apresentam curiosidade sobre os exames que serão solicitados e os cuidados que devem ser tomados nesse período do pré-operatório. Além disso, os internautas apresentaram dúvidas sobre o prazo de validade dos exames e a obtenção dos laudos dos profissionais. Em cada consulta com cada membro da equipe multiprofissional, o paciente receberá um laudo, indicando se está apto ou não a prosseguir no preparo para a realização da cirurgia. Geralmente, o prazo de validade desses exames é, em média, de três e seis meses.

A possibilidade de reduzir o risco de qualquer procedimento cirúrgico é clinicamente importante e eticamente relevante, independentemente de quão pequeno este risco pode ser (ISTFAN et al., 2011). A partir da avaliação pré-operatória, intervenções podem ser implementadas para reduzir o risco cirúrgico como colocação do balão intragástrico, perda de peso, prática de atividade física e cessação do tabagismo e etilismo, entre outros cuidados (STILL et al., 2007; AL-BENNA, 2011).

Apesar de alguns profissionais de saúde solicitarem a retirada do tópico sobre o Balão Intragástrico (BIG), essa foi uma dúvida presente nos *blogs* e uma solicitação feita pelos pacientes dos grupos focais para ser um dos temas abordados na cartilha. O BIG é um tratamento não-cirúrgico em que um balão cheio de solução salina com um volume de 500-700 ml é colocado dentro do estômago por via endoscópica sob sedação intravenosa. É uma das várias intervenções oferecidas aos pacientes para ajudar na perda de peso e também

contribuir na melhora das comorbidades, devendo ser informada para todos os candidatos à cirurgia (NGUYEN et al., 2012; LEEMAN et al., 2013; GÜMÜRDÜLÜ et al., 2013).

Devido ao risco de corrosão ácida, vazamento e formação de úlceras gástricas, os fabricantes recomendam a sua remoção em até 6 meses. Assim, o BIG só pode ser uma solução de curto prazo para a perda de peso, principalmente em pacientes super-obesos que irão se submeter à cirurgia bariátrica (LEEMAN et al., 2013; GÜMÜRDÜLÜ et al., 2013).

Em média, o BIG contribui para uma perda de peso de 15 a 17 kg. No período dos seis meses, pode ser esperado uma perda do excesso de peso de 25% a 32%. Entretanto, o reganho de peso em um período de um ano, o que alerta para a necessidade de sensibilizar e motivar esses pacientes durante o uso do BIG para a mudança comportamental e a adesão aos hábitos saudáveis como dieta alimentar balanceada e prática de exercícios físicos (NGUYEN et al., 2012; LEEMAN et al., 2013; GÜMÜRDÜLÜ et al., 2013).

Uma dúvida comum entre os internautas é sobre a necessidade de perder peso no pré-operatório. O grau de obesidade é considerado um importante fator de risco, sendo necessário que os pacientes percam peso antes da cirurgia (ISTFAN et al., 2011). É solicitado que o paciente perca, pelo menos, 10% do seu peso com o intuito de reduzir os riscos cirúrgicos. A dieta indicada deve ser rica em proteínas e com baixo valor calórico, devendo ser iniciada quatro semanas antes da cirurgia (TARIQ; CHAND, 2011; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013).

Entretanto, o objetivo do aconselhamento dietético não é somente induzir a perda de peso no pré-operatório, mas também avaliar o estado nutricional do paciente e ajudá-lo na educação sobre planejamento de refeições, escolha de alimentos saudáveis, hidratação, deficiências nutricionais e suplementação vitamínica, sendo esse aconselhamento dietético enfatizado durante todo o perioperatório (KURUBA; KOCHE; MURR, 2007; TARIQ; CHAND, 2011; VAN NIEUWENHOVE et al., 2011).

Com isso, os pacientes devem ser advertidos quanto ao consumo de uma grande refeição antes da cirurgia, conhecida como “A última ceia” em que os indivíduos ingerem os alimentos que mais gostam para “se despedirem” (DYSON, 2008; KIRK et al., 2008; RICKERS; MCSHERRY, 2012). Esse cuidado foi destacado pelos profissionais de saúde na 1ª fase da técnica Delphi e contemplado na cartilha educativa.

Os supostos benefícios da perda de peso pré-operatória incluem a seleção dos pacientes mais motivados, adaptação dos candidatos às restrições alimentares, redução da morbidade perioperatória, redução no volume do fígado e facilidade na realização da cirurgia, com melhora concomitante dos tempos operatórios e riscos anestésicos (STILL et al., 2007;

ALAMI et al., 2007; CASSIE et al., 2011; LEMANU et al., 2012; ORTEGA et al., 2012; RICKERS; MCSHERRY, 2012; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013; KUSHNER; RYAN, 2014).

A partir do momento em que o indivíduo opta pelo procedimento cirúrgico, ele deve começar a modificar os seus hábitos de vida. Isso influi positivamente no pós-operatório tendo em vista que ele já estará adaptado a fazer escolhas saudáveis diárias como praticar atividade física e comer saudavelmente. Essa solicitação da perda de 10% do peso também serve como avaliação do entendimento e comprometimento com as mudanças comportamentais necessárias para a obtenção de bons resultados com a cirurgia bariátrica.

Pacientes que conseguem atingir a perda de peso estão mais motivados e possuem uma melhor compreensão da adesão aos hábitos saudáveis no pós-operatório. Essa perda de peso inicial também indica quem irá ter uma melhor perda de peso e maior compromisso com as mudanças necessárias no pós-operatório. A maioria dos especialistas em cirurgia bariátrica não irão concordar em realizar o procedimento cirúrgico em um candidato que não se esforçou para cumprir essa recomendação (STILL et al., 2007; ALAMI et al., 2007; TARIQ; CHAND, 2011; PHILIPS, 2011; OWERS et al., 2012).

O incentivo à prática de atividade física foi um dos cuidados indicados pelos profissionais de saúde na técnica Delphi e que está presente na revisão integrativa. As instruções pré-operatórias sobre exercício físico e a identificação e minimização das barreiras para a prática das atividades aumentam a conformidade com as orientações de exercício no pós-operatório (LIER et al., 2012).

Isto encoraja os pacientes a adotarem comportamentos de promoção da saúde desde cedo, os quais pode ser continuados no pós-operatório, aumentando o sucesso da cirurgia. Para obter benefícios, o período mínimo de exercício é de 4 semanas com prática diária de 30 minutos, regularmente (LEMANU et al., 2012; OWERS et al., 2012). O exercício, no pré-operatório, é indicado para melhorar a função cardiorespiratória, melhorando o volume de ejeção (que se manifesta como diminuição da frequência cardíaca máxima), melhorando a função endotelial e melhorando o consumo máximo de oxigênio (VO_2 máx) (LEMANU et al., 2012).

A cessação do tabagismo e do etilismo é um dos cuidados indicados na revisão integrativa e na 1ª fase da técnica Delphi. Fumar um ou mais cigarros por dia e consumir três bebidas alcoólicas por dia (12 g de etanol por bebida) aumentam 2 a 4 vezes o risco de complicações pós-operatórias em uma cirurgia de grande porte (LEMANU et al., 2012). Assim, a cessação do tabagismo e do etilismo é obrigatória. O profissional de saúde deve

fornecer orientações e apoio sobre a interrupção do fumo, pelo menos, quatro semanas antes da cirurgia para reduzir as complicações pulmonares e melhorar os parâmetros cardiovasculares (TAKAHASHI, 2007; O'NEILL; ALLAM, 2010; LEMANU et al., 2012; OWERS et al., 2012).

O tabagismo está associado com um risco aumentado de mortalidade em 30 dias de pós-operatório e séria morbidade pós-operatória em pacientes submetidos a qualquer tipo de cirurgia. Ele inibe o sistema imunológico e está associado com um aumento de cinco vezes no risco de complicações nas feridas operatórias. Fumar aumenta o consumo de oxigênio e, simultaneamente, diminui a oferta de oxigênio levando à hipóxia tecidual crônica. Este, por sua vez, propaga a produção de células vermelhas do sangue que aumenta a viscosidade do plasma e o risco de trombose venosa profunda. Os fumantes têm uma maior incidência de doenças respiratórias crônicas e estão em maior risco de complicação pulmonar. Como seria de esperar, os fumantes têm maiores taxas de hospitalização, maior tempo de internação hospitalar e maior tempo de internação, quando admitidos na unidade de terapia intensiva (TAKAHASHI, 2007; O'NEILL; ALLAM, 2010; LEMANU et al., 2012; OWERS et al., 2012).

Quanto ao consumo de álcool, é recomendado um período de 4 a 6 semanas de abstinência no pré-operatório. Igualmente ao tabagismo, o etilismo está associado à disfunção imunitária e, conseqüentemente, ao aumento do risco de morbimortalidade no pós-operatório. Aumenta também em 50% o risco de complicações pós-operatórias em comparação com os pacientes que bebem até duas doses por dia. As principais complicações associadas com a bebida são sangramento, complicações cardiorespiratórias e infecção da ferida operatória. A não interrupção do consumo de álcool pode ser um fator de risco significativo para pneumonia, sepse e choque séptico, ocasionando um maior tempo de internação hospitalar (LEMANU et al., 2012).

Um dos exames solicitados no pré-operatório é a endoscopia digestiva alta para identificar a presença da bactéria *Helicobacter pylori*. Se o rastreamento for positivo, o paciente irá iniciar o tratamento antes da cirurgia com o objetivo de prevenir a ocorrência de infecções no novo estômago. Esse cuidado foi identificado na revisão integrativa e foi uma das dúvidas mais frequentes nos *blogs*.

A literatura tem sugerido o rastreamento da bactéria *Helicobacter pylori* como rotina no pré-operatório com a solicitação de uma endoscopia alta digestiva. A prevalência da infecção por *H. pylori* na população obesa é muito maior do que em não-obesos, sendo superior a 60% dos candidatos à cirurgia bariátrica (HARTIN JR; REMINE; LUCKTONG,

2009; QUIDLEY et al., 2014). A detecção pré-operatória e erradicação da infecção por *H. pylori* pode diminuir a incidência e/ou gravidade dos problemas relacionados com o desenvolvimento de úlceras marginais no pós-operatório (TAKAHASHI, 2007; TARIQ; CHAND, 2011; QUIDLEY et al., 2014).

Nos *blogs*, observou-se que as mulheres buscam o ambiente virtual para perguntar sobre o método contraceptivo que está sendo utilizado pela autora do *blog*. Assim, outro cuidado presente na revisão integrativa é a cessação da pílula anticoncepcional e a procura do planejamento familiar, pois há uma redução na absorção de anticoncepcionais orais após a cirurgia, sendo aconselhável a escolha de outro método contraceptivo.

O profissional de saúde deve fornecer aconselhamento no pré-operatório sobre o planejamento familiar e os métodos contraceptivos tendo em vista que a absorção das pílulas contraceptivas orais tem um efeito diminuído após a cirurgia e uma gravidez antes do período ideal pode agravar o risco de deficiências nutricionais. As alternativas para contracepção são transdérmicos, injeções intramusculares, implantes subcutâneos, dispositivos intrauterinos, anéis vaginais e camisinha. Além disso, as candidatas devem ser orientadas sobre a suspensão das pílulas anticoncepcionais, no mínimo, seis semanas antes da cirurgia para prevenir o risco de trombose venosa profunda (CARRASCO et al., 2005; LANDSBERGER; GUREWITSCH, 2007; SICKLE, 2007; TAKAHASHI, 2007; ILIAS, 2008; AGRA; HENRIQUES, 2009; ARMSTRONG, 2010; GLATT; SORENSON, 2011; SHEINER; WILLIS; YOGEV, 2013).

Além disso, as mulheres devem ser advertidas sobre a necessidade de contracepção entre 18 a 24 meses de pós-operatório que é o período da estabilização da perda de peso, pois, no pós-operatório, as mulheres tornam-se mais férteis, o que facilita a ocorrência de uma gravidez (CARRASCO et al., 2005; LANDSBERGER; GUREWITSCH, 2007). Em um *blog*, observou-se que uma leitora publicou um comentário referindo que a gravidez é liberada com 15 meses de pós-operatório de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). Entretanto, essa informação não condiz com o que é recomendado no site da SBCB em que uma gravidez é desejável apenas após 18 meses da cirurgia. Com isso, deve-se ter atenção com o conteúdo publicado na internet, principalmente quando associa a informação a uma fonte conhecida e confiável como no caso do SBCBM.

Tanto nos *blogs* como nos grupos focais, os pacientes apresentaram dúvidas quanto ao uso de medicamentos no pós-operatório. A partir da perda de peso, ocorre a melhora de todo o metabolismo do organismo, o que propicia a redução ou cessão do uso de remédios. Entretanto, é necessário que os pacientes estejam conscientes a não pararem de usar os

medicamentos por contra própria, devendo essa escolha ser feita pelo médico por meio da sua avaliação.

A maioria desses medicamentos que os candidatos fazem uso no momento pré-operatório devem ser continuados com exceção de hipoglicemiantes orais e insulina (TAKAHASHI, 2007; FRANK, 2010; ARMSTRONG, 2010; QUIDLEY et al., 2014). Os pacientes devem ser orientados sobre a necessidade do ajuste dessas medicações em relação à dosagem e à via de administração tendo em vista que as técnicas cirúrgicas promovem alterações anatômicas que afetam as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas de vários medicamentos (FRANK, 2010; SILVERMAN et al., 2011).

Em geral, engolir grandes comprimidos dentro das primeiras 6 semanas após a cirurgia deve ser evitado e os medicamentos necessários devem ser tomados triturados ou em forma líquida. Porém, medicamentos de metabolismo lento não devem ser esmagados, sendo necessário a sua substituição para outra droga equivalente e dividido em doses convencionais (ARMSTRONG, 2010; FRANK, 2010).

Ajuste da farmacoterapia antihipertensiva e antidiabética é necessária logo na primeira semana de pós-operatório (BLAND et al., 2013; NEFF; LE ROUX, 2013; QUIDLEY et al., 2014; KUSHNER; RYAN, 2014). Com isso, é necessário que o indivíduo continue o acompanhamento no pós-operatório para que seja feito o desmame das medicações utilizadas de acordo com o atual estado de saúde. Vale destacar a importância do reforço ao paciente em não suspender os remédios mesmo que o mesmo se sinta bem e esteja com níveis normais de glicemia, pressão arterial ou colesterol, por exemplo.

Os obesos apresentam predisposição para o desenvolvimento de hipertensão devido ao aumento da massa corporal refletir em um aumento do débito cardíaco e do volume intravascular para suprir a elevação da demanda metabólica. Com isso, o aumento do trabalho cardíaco resulta em um aumento da pressão arterial (SMELTER; BARE, 2013; REZENDE et al., 2014). Entretanto, vários estudos têm demonstrado que perda de peso reduz a pressão arterial. Em geral, uma diminuição de 1% do peso corporal acarreta na diminuição de 1 mm Hg na pressão arterial sistólica e 2 mm Hg na diastólica (NORIA; GRANTCHAROV, 2013). Em duas semanas de pós-operatório, os valores pressóricos diminuem significativamente, resultando na interrupção das medicações. Na sistólica, altera de 131 mmHg para 123 mmHg e, na diastólica, de 80 mmHg para 77 mmHg (BLAND et al., 2013; QUIDLEY et al., 2014).

Já no pré-operatório, a terapia para o controle da diabetes deve ser ajustada conforme cada caso. A dose de insulina deve ser reduzida em, pelo menos, 75% da dose habitual e sulfonilurías devem ser evitadas imediatamente após a cirurgia devido ao alto risco de

hipoglicemia (HAMAD, 2004; RICKERS; MCSHERRY, 2012; GHIASSI et al., 2012; BLAND et al., 2013; QUIDLEY et al., 2014; KUSHNER; RYAN, 2014).

O melhor controle da glicose com concomitante redução dos níveis séricos de insulina ocorrem imediatamente após a cirurgia, antes que uma perda de peso significativa aconteça. A remissão da diabetes pode ser verificada entre 3 a 6 meses de pós-operatório e isso pode ser atribuído às alterações metabólicas na produção de hormônios específicos que estimulam e melhoram a função das células β , nas mudanças favoráveis na secreção de insulina e sensibilidade à insulina, na produção de hormônios intestinais e adipocinas, no gasto energético, na redução do apetite e na preferência por alimentos com baixo índice glicêmico (FURTADO, 2010; GLATT; SORENSON, 2011; GASS; BEGLINGER; PETERLI, 2011; BLAND et al., 2013; NEFF; LE ROUX, 2013).

O controle glicêmico no acompanhamento do pós-operatório a longo prazo deve ser feito com medições da glicemia em jejum e da hemoglobina glicada anualmente. Teste de tolerância oral à glicose deve ser evitado, pois pode ocasionar falsos resultados devido a ocorrência de secreção pós-prandial exagerada de insulina, resultando em hipoglicemia por causa do estímulo com a alta dose de glicose (RICKERS; MCSHERRY, 2012; NEFF; LE ROUX, 2013). Os pacientes devem permanecer com o acompanhamento com o clínico para avaliar retinopatia, neuropatia e nefropatia por pelo menos cinco anos após a cirurgia, uma vez que pode ocorrer o desenvolvimento de doenças microvasculares, mesmo com a remissão precoce da diabetes (NEFF; LE ROUX, 2013).

Ressalta-se que a fase do transoperatório não foi muito abordada nos *blogs* e pelos profissionais de saúde. Entretanto, esse foi o momento que os pacientes do grupo focal do pré-operatório apresentaram mais curiosidade sobre o que levar, o centro cirúrgico e o processo de entubação. Nos *blogs*, os pacientes apresentaram dúvidas quantos aos materiais que deveriam ser levados para o hospital. Observou-se que o enxoval para o hospital deve conter, principalmente, pijamas, roupas íntimas, produtos de higiene pessoal, documentos de identificação, exercitador respiratório e os exames realizados.

Como a maioria dos artigos incluídos foram publicados por enfermeiros, houve o destaque para a visita pré-operatória realizada pela enfermagem no momento da internação do paciente. A preparação do candidato é essencial para que ele tenha acesso a todas as informações referentes ao procedimento cirúrgico e aos cuidados no perioperatório. Durante a visita, essas informações devem ser reforçadas, o que contribuirá para redução da ansiedade do paciente, melhor recuperação e melhores resultados com a adesão as condutas após a cirurgia. Nesse momento, o enfermeiro deverá explicar como será no centro cirúrgico, como

ocorrerá o procedimento e quais cuidados deverão ser feitos durante o pré-operatório imediato (LEMANU et al., 2012).

Assim, o momento da internação é uma oportunidade de reforçar a educação do paciente e sua família sobre a cirurgia e identificar as necessidades de cuidado. O paciente, juntamente com o seu familiar, deve ser esclarecido sobre o processo de admissão no hospital, os cuidados no pré-operatório imediato (retirada do esmalte das unhas, seguimento do jejum, a retirada de adornos antes da cirurgia, entre outros) e a duração do procedimento cirúrgico e da internação hospitalar (caso não tenha intercorrências).

Os principais cuidados destacados na revisão integrativa foram: explicar ao paciente o que ele deve esperar após acordar da anestesia, os exercícios motores e respiratórios, as técnicas de manejo da dor e as possíveis complicações. Ele estará conectado a um equipamento de multiparâmetros para verificar os batimentos cardíacos, a pressão arterial e a respiração; poderá estar com um cateter urinário temporário, uma sonda nasogástrica ou um dreno operatório; estará com um cateter venoso periférico para administração da hidratação e de medicamentos (BLACKWOOD, 2005; GRINDEL; GRINDEL, 2006; GAGNON; SHEFF, 2012).

É solicitado um jejum pré-operatório de 8 horas para minimizar o risco de aspiração pulmonar (LEMANU et al., 2012). O paciente e seu familiar são orientados quanto ao tempo de duração da cirurgia, a qual varia entre uma hora e meia a três horas, dependendo do grau de obesidade e da experiência do cirurgião. O tempo de internação é, em média, de três dias e o retorno às atividades diárias deve ser após 21 dias de pós-operatório, conforme prática de cada equipe e recuperação pós-operatória individual (FURTADO, 2010; NEFF; LE ROUX, 2013).

Verificou-se que o pós-operatório é a fase que os pacientes apresentam mais dúvidas, sendo também o período que os profissionais de saúde indicaram mais cuidados. O pós-operatório imediato ocorre nas primeiras 72h após a cirurgia e caracteriza o momento de recuperação da anestesia. É normal a ocorrência de dores tendo em vista que se trata de um procedimento invasivo e de grande porte. O paciente deve ser informado sobre o manejo da dor, podendo o mesmo contar com a equipe de enfermagem durante a internação para administração de medicamentos ou ensino de técnicas não farmacológicas como relaxamento e massagens que aliviem o desconforto. Já o surgimento de gases é comum devido ao uso de dióxido de carbono utilizado durante a cirurgia para insuflar a cavidade abdominal e o paciente deve ser estimulado a realizar a deambulação precoce para facilitar a eliminação dos gases.

O pós-operatório imediato é um momento difícil, pois o paciente encontra-se em estresse cirúrgico e está em fase de recuperação. Há uma desestabilização emocional devido à dor e ao desconforto por causa da ferida cirúrgica e dos drenos, adaptação à nova dieta líquida, restrições alimentares e físicas, perda da autonomia naquele momento, expectativas, ansiedade, insegurança e emagrecimento ainda não visível (AGRA; HENRIQUES, 2009). Um método para melhorar a recuperação cirúrgica é por meio da educação no pré-operatório e otimização dos cuidados perioperatórios como tromboprofilaxia, o encorajamento da deambulação precoce, da realização de exercícios respiratórios, métodos de controle de dor com a minimização dos opiáceos e depressão respiratória e reversão completa de todos os agentes anestésicos e o reinício da dieta o mais rápido possível (ORTEGA et al., 2012; RONELLENFITSCH et al., 2012).

Um dos cuidados indicados na revisão integrativa e pelos profissionais de saúde na técnica Delphi é a tromboprofilaxia, a qual foi questionada nos *blogs* devido ao uso da medicação anticoagulante. A tromboprofilaxia consiste na administração de fármacos anticoagulantes como a heparina, no uso de meias compressivas e na estimulação para a deambulação precoce e frequente (GRINDEL; GRINDEL, 2006; OWENS, 2006; KURUBA; KOCHÉ; MURR, 2007; BEEBE et al., 2010; TARIQ; CHAND, 2011; LEMANU et al., 2012; SCHACHTER, 2012; ORTEGA et al., 2012).

Dispositivos de compressão pneumática também são colocados antes da indução da anestesia. Caso o serviço não tenha esses dispositivos, faixas devem ser colocadas após o ato anestésico, fixadas na região das coxas com esparadrapos largos, evitando o garroteamento, devendo ser retirado esse enfaixamento após a transferência do paciente para a sala de recuperação (TANAKA et al., 2009; TARIQ; CHAND, 2011). Na sala de recuperação, o enfermeiro deve avaliar o paciente em busca de sinais e sintomas de TVP (dor ou sensibilidade, inchaço, calor, vermelhidão ou em uma perna ou ambas as pernas) e deve incluir informações sobre isso nos materiais de ensino de pós-operatório (NEIL, 2013).

O uso de heparina no pré-operatório imediato visa minimizar o risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar e esse terapia pode durar, normalmente, até 15 dias. Entretanto, o tratamento a longo prazo com a heparina pode ser necessário naqueles indivíduos com uma maior predisposição para o estado de hipercoagulabilidade (BEEBE et al., 2010; SCHACHTER, 2012; ORTEGA et al., 2012).

No grupo focal do pós-operatório, os pacientes destacaram a importância da deambulação frequente, a qual é reforçada na revisão integrativa e na técnica Delphi. O indivíduo deve ser orientado sobre os benefícios da deambulação precoce como diminuição

da disfunção pulmonar e dos riscos para TVP, pneumonia, atelectasia e formação de úlceras por pressão, além de favorecer retorno mais rápido da função intestinal (DEMARIA; CARMODY, 2005; BARTH; JENSON 2006; TAKAHASHI, 2007; KURUBA; KOCHÉ; MURR, 2007; KAW et al., 2008; BANICEK; BUTCHER, 2011; AL-BENNA, 2011; LEMANU et al., 2012; NEIL, 2013).

A deambulação precoce e os exercícios motores visam aumentar o fluxo sanguíneo e devem ser orientados e ensinados no pré-operatório para fortalecer a musculatura (GRINDEL; GRINDEL, 2006; KURUBA; KOCHÉ; MURR, 2007; KAW et al., 2008; LEMANU et al., 2012; GAGNON; SHEFF, 2012; NEIL, 2013). Nas primeiras horas do pós-operatório imediato, o paciente estável deve ser encorajado a fazer exercícios tais como sentar-se e balançar as pernas para o lado da cama ou, deitado na cama, levantar e abaixar a perna de hora em hora. Se essa atividade for bem tolerada, poderá progredir para pequenas caminhadas pelos corredores por, no mínimo, três a quatro vezes por dia (GRINDEL; GRINDEL, 2006; CLUTTS, 2009; NEIL, 2013). Esses exercícios foram incluídos na cartilha educativa com o intuito de motivar a prática da deambulação precoce e favorecer uma recuperação mais rápida.

A otimização da função pulmonar também requer atenção no pós-operatório imediato e foi um cuidado identificado na revisão integrativa, nos *blogs*, nos grupos focais e na técnica Delphi com profissionais. Assim que acordar, o paciente deve ser encorajado a realizar exercícios respiratórios como tosse, respiração profunda e uso do incentivador respiratório com o intuito de otimizar a função pulmonar e expandir os pulmões (SANDLIN, 2003; BARTH; JENSON, 2006; KAW et al., 2008; TARIQ; CHAND, 2011; SCHACHTER, 2012; LEMANU et al., 2012; GAGNON; SHEFF, 2012). Deve ser instruído também sobre o uso da tala acima das incisões cirúrgicas durante a tosse como intuito de evitar deiscências e dar maior segurança durante o exercício (GALLAGHER, 2004; GAGNON; SHEFF, 2012).

Atenção à postura e posicionamento também são muito importantes. A cabeceira da cama do paciente deve estar elevada a, pelo menos, 30° para aumentar a estabilidade da via aérea superior e melhorar o volume corrente de oxigênio (BARTH; JENSON, 2006; KAW et al., 2008; TARIQ; CHAND, 2011; GAGNON; SHEFF, 2012). Oxigenoterapia poderá ser necessária para manter um nível adequado de saturação de oxigênio, podendo ser utilizado, além do oxigênio suplementar, CPAP ou BIPAP (SCHACHTER, 2012).

O manejo da dor é um fator importante na rápida recuperação pós-operatória e foi um aspecto destacado na revisão integrativa e na análise dos *blogs*. Alívio eficaz das dores favorece a deambulação precoce e a realização dos exercícios respiratórios e diminui

complicações pós-operatórias como embolia pulmonar, TVP e infecção respiratória (BARTH; JENSON, 2006; KILGORE; TICHANSKY; MADAN, 2008; FURTADO, 2010; BANICEK; BUTCHER, 2011; OWERS et al., 2012; LEMANU et al., 2012).

O grau de dor após a cirurgia bariátrica é variável, mas não é grave em muitos pacientes. A gravidade da dor aguda pós-operatória varia dependendo do tipo de cirurgia e condições pré-existentes do paciente. Há uma série de possíveis causas para a dor pós-operatória como incisão abdominal; condições de dor crônica pré-existentes e irritação peritoneal. Procedimentos realizados por videolaparoscopia estão associados com menos dor e um tempo de recuperação mais rápido (FURTADO, 2010; BANICEK; BUTCHER, 2011; QUIDLEY et al., 2014).

É importante avaliar a localização, duração, gravidade e radiação da dor (BLACKWOOD, 2005; BANICEK; BUTCHER, 2011; QUIDLEY et al., 2014). A dor deve ser tratada através de analgésicos e intervenções não farmacológicas como distração que envolve o uso de técnicas cognitivas para deslocar a atenção para longe da dor e pode incluir o uso de música, ler, assistir televisão ou falar sobre assuntos agradáveis; preparação psicológica pré-operatória para ajudar a aliviar a ansiedade do paciente no período pós-operatório; aplicação de compressas quentes ou frias; massagens e aromaterapia (BANICEK; BUTCHER, 2011; GAGNON; SHEFF, 2012).

Na prática, a abordagem ao tratamento da dor pós-operatória pode apenas incorporar apenas intervenções farmacológicas. No entanto, é essencial considerar diferentes abordagens, oferecer educação pré-operatória sobre o manejo da dor e envolver os pacientes na tomada de decisões a fim de alcançar gestão eficaz da dor (BANICEK; BUTCHER, 2011).

Dúvidas sobre as complicações que podem ocorrer no pós-operatório da cirurgia bariátrica estiveram presentes nos *blogs* e nos grupos focais. Assim, um cuidado indicado na revisão integrativa é orientar o paciente sobre as complicações e os sinais e sintomas mais comuns. Ao obter conhecimento sobre as causas e os sintomas, o paciente irá identificar uma complicação mais rapidamente, o que minimiza os danos causados. O preparo do paciente antes da cirurgia pode contribuir para a redução dos níveis de ansiedade e aumentar o seu conhecimento sobre a cirurgia bariátrica e suas complicações, favorecendo, assim, o seu empoderamento.

As complicações diretamente relacionadas aos procedimentos bariátricos são divididas em duas categorias: precoces e tardias. Das complicações precoces (aquelas que ocorrem antes da alta hospitalar), uma das mais graves é a anastomose ou vazamento dos grampos. Outras complicações precoces incluem embolia pulmonar, fístulas, obstrução intestinal,

estenose esofágica e hemorragia. A reoperação pode ser necessária para a gestão de algumas dessas complicações. As complicações tardias incluem náusea e vômitos persistentes, ulcerações marginais, hérnia, refluxo, aderências intestinais, obstrução do intestino, coledoclitíase, dilatação da bolsa gástrica, intolerância à alimentos, depressão, síndrome de dumping e deficiências nutricionais (CLUTTS, 2009; SCHACHTER, 2012; NGUYEN et al., 2012; NEFF; LE ROUX, 2013).

A taxa de mortalidade intrahospitalar é entre 0,1% e 0,2%, a taxa de reoperação inesperada por complicações cirúrgicas de 6 a 9%. A taxa global de complicação é de 3,2 a 16% e readmissão hospitalar em até 30 dias é de 4,3 a 6,6%. As complicações respiratórias e cardíacas, as quais são as mais comuns, variam entre 4 a 7% e de 1 a 1,4%, respectivamente (O'NEILL; ALLAM, 2010; NGUYEN et al., 2012).

Náuseas e vômitos são comuns após qualquer procedimento envolvendo a manipulação gastrointestinal e são complicações esperadas devido ao efeito anestésico. Quando o paciente começa a tomar líquidos, esses sintomas podem vir a ocorrer devido as alterações fisiológicas no trato gastrointestinal, podendo ser administrado antieméticos e orientado a ingestão de líquidos em pequenos goles para aliviar o desconforto abdominal. Náuseas ou vômitos por mais de 24 horas após a cirurgia deve ser comunicado à equipe devido ao alto risco de desidratação (GRINDEL; GRINDEL, 2006; GAGNON; SHEFF, 2012; QUIDLEY et al., 2014).

A hipotensão arterial também pode ocorrer já que muitos pacientes tomam vários anti-hipertensivos no pré-operatório e limitam a ingestão de líquidos no período do pós-operatório imediato. Esses pacientes apresentam dificuldade em aderir à ingesta de líquidos periódica, o que aumenta o risco de desidratação e hipotensão (BLAND et al., 2013). Outras complicações podem vir a ocorrer após a cirurgia bariátrica devido ao comprometimento do organismo do obeso, estando a obesidade associada ao aumento de complicações pós-operatórias (SCHACHTER, 2012; QUIDLEY et al., 2014). Entretanto, com a educação do paciente e acompanhamento pós-operatório, complicações podem ser detectadas precocemente, minimizadas ou evitadas (CLUTTS, 2009).

Na alta hospitalar, o paciente deverá receber orientações verbais e por escrito sobre os cuidados no pós-operatório como progressão da dieta, escolhas alimentares adequadas, suplementação vitamínica, importância da hidratação, cuidados com a ferida operatória e com o dreno, atividades físicas, sinais e sintomas de complicações, gestão de medicamentos e retorno às atividades e às consultas (GARZA, 2003; BLACKWOOD, 2004; BLACKWOOD, 2005; GRINDEL; GRINDEL, 2006; GAGNON; SHEFF, 2012).

Nos *blogs*, os pacientes questionam sobre os cuidados no pós-operatório domiciliar. Entretanto, os leitores devem ficar atentos ao fato de que cada indivíduo vivencia o pós-operatório de forma diferente e que algumas condutas não são adequadas para serem seguidas, apenas quando houver indicação médica. Além disso, em alguns casos, as técnicas cirúrgicas utilizadas são diferentes.

Na alta hospitalar, os pacientes devem ser informados sobre a importância de continuarem a ingestão hídrica nos horários pré-estabelecidos para a prevenção de desidratação. Eles devem ser informados que, no pós-operatório, haverá restrições durante as fases da dieta, porém, após seis meses, os pacientes estão liberados para comerem tudo, mas em pequenas porções já que o estômago não tolera mais uma grande quantidade de alimento.

A progressão da dieta deve ser informada por todos os membros da equipe e é um conteúdo obrigatório em qualquer material educativo. Os pacientes precisam entender a dieta alimentar, a capacidade do novo estômago, a tolerância aos alimentos, a necessidade de aderir às restrições impostas, as deficiências que podem ocorrer e as possíveis complicações (MCKEE; TASSINARI, 2006; TARIQ; CHAND, 2011).

O foco durante as primeiras oito semanas de pós-operatório é progredir a dieta alimentar, manter uma hidratação adequada e fornecer nutrientes e proteínas adequadas para favorecer a cicatrização e minimizar a perda de massa muscular magra (SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013). A transição da dieta passa de líquidos, para alimentos pastosos até o retorno dos alimentos sólidos. A duração de cada fase de transição depende do procedimento realizado e da tolerância do paciente, ocorrendo, em média, a cada 15 dias (FAVRETTI; O'BRIEN; DIXON, 2002; MCKEE; TASSINARI, 2006; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013).

Nas duas primeiras semanas, o paciente é instruído a tomar apenas líquidos. É uma fase difícil, mas, como ele tem pouco apetite, consegue lidar com a restrição (FAVRETTI; O'BRIEN; DIXON, 2002; MCKEE; TASSINARI, 2006; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013). Nesses primeiros dias de dieta líquida, o paciente pode referir constipação, dor de cabeça, tontura e fadiga, mas esses sintomas não indicam a suspensão da dieta (LOPEZ et al., 2013).

Observou-se nos *blogs* que vivenciar 15 dias ingerindo líquidos é uma situação complicada para quem estava acostumado a comer muito sem mastigar na maioria das vezes. Assim, no pré-operatório, os indivíduos devem ser alertados sobre a fase líquida e a posterior evolução da dieta. O seguimento adequado na tomada dos líquidos permite uma rápida perda de peso em um curto prazo de tempo.

O paciente deve ter consciência de que essa é apenas uma fase e que ele deverá seguir corretamente todas as instruções tendo em vista que esse é o momento que permite a cicatrização do novo estômago e que em breve ele irá mudar o cardápio alimentar. Destaca-se aqui também a necessidade do apoio familiar no pós-operatório visto que é difícil a reeducação alimentar, tornando-os susceptíveis à labilidade de humor.

Em 4 a 6 semanas, os pacientes já são capazes de comer alimentos com textura mais consistente, porém em quantidade muito reduzida (TAKAHASHI, 2007). Eles podem ser aconselhados a comer apenas com talheres pequenos, os quais favorecem a redução do volume e do ritmo da alimentação. Entretanto, o profissional de saúde deve avaliar se essa é orientação é adaptada para cada paciente, pois, dependendo da tolerância em cada fase da dieta, alguns pacientes levam menos tempo para progredir de líquidos para sólidos, não havendo necessidade de utilizar esses pequenos talheres (RICKERS; MCSHERRY, 2012; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013). Com isso, essa orientação foi retirada da primeira versão da cartilha educativa de acordo com a solicitação de alguns juízes, pois os mesmos indicaram que nem todos os adultos se adaptam com essa recomendação.

Com o passar das semanas, ocorre a progressão da dieta. Nos *blogs*, foi identificado o surgimento de novas dúvidas sobre as dietas e a troca de receitas. Em diversos *blogs*, observou-se que os autores disponibilizam suas dietas alimentares e as receitas fornecidas pelos nutricionistas, o que motiva os leitores na variação do cardápio durante o dia a dia. Assim, também disponibilizou-se, na cartilha, algumas receitas para os pacientes.

Quando a dieta sólida começa, eles devem ser orientados a mastigar bem para perceber o sabor e a textura dos alimentos e evitar vômitos ou dores (CRANWELL; SEYMOUR-SMITH, 2012; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013). Com isso, a transição das dietas com a introdução de alimentos de diferentes consistências coloca em questão a necessidade se mastigar de forma eficaz e comer em um tempo adequado. Exercícios de mastigação devem ser rigorosamente instruídos tendo em vista que uma mastigação ineficaz possibilita o surgimento de vômitos, entallos e reganho de peso. Nessa fase, é essencial o apoio da fonoaudiologia com orientações sobre a mastigação e as condutas durante uma intercorrência como essa.

As refeições devem ser feitas em horários regulares e em pequenas porções com duração de, pelo menos, 30 minutos para favorecer a mastigação eficaz e evitar náuseas ou vômitos. O paciente deve evitar pular refeições, pois, devido ao pequeno volume gástrico, essa ação resulta em nutrição inadequada, especialmente de proteínas e longos períodos sem se alimentar pode favorecer maior fome, consumo mais rápido dos alimentos e surgimento de

náusea (TARIQ; CHAND, 2011; RICKERS; MCSHERRY, 2012; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013).

Pequenas refeições frequentes evitam uma saciedade precoce e mantém o metabolismo ativo. Deve-se evitar distrações ao se alimentar e evitar também comer em pé, assistindo televisão ou outra forma que não seja sentado à mesa. Quando sentir que o organismo já está saciado, deve-se interromper a refeição (TARIQ; CHAND, 2011; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013).

Os líquidos devem ser consumidos entre as refeições. O paciente deverá ser informado que ele poderá beber líquidos até 30 minutos antes da refeição e 30 minutos depois (TAKAHASHI, 2007; TARIQ; CHAND, 2011; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013). Deve priorizar o consumo de proteínas para evitar desnutrição e os suplementos vitamínicos devem ser tomados diariamente (LANDSBERGER; GUREWITSCH, 2007; RICKERS; MCSHERRY, 2012).

O uso do suplemento vitamínico é uma recomendação feita pelos profissionais de saúde da técnica Delphi e também está presente na revisão integrativa. Entretanto, no grupo focal do pós-operatório, uma participante relatou que não consegue se adaptar ao uso das vitaminas. Esses suplementos nutricionais e produtos alimentares específicos formulados podem ser necessários para garantir a adequação nutricional, manter a massa muscular e maximizar a perda de gordura. A necessidade de suplemento é influenciada pela técnica cirúrgica, o estado pré-operatório e os resultados laboratoriais durante o monitoramento nutricional a longo prazo (SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013). A suplementação nutricional após a cirurgia bariátrica comumente inclui um multivitamínico, cálcio com vitamina D, ferro e vitamina B, devendo o seu uso e dosagem serem revistos periodicamente de acordo com o estado nutricional e os exames laboratoriais (RICKERS; MCSHERRY, 2012; NEFF; LE ROUX, 2013).

O risco de deficiências nutricionais depende de fatores como perda de peso, adesão ao acompanhamento pós-operatório, comportamento alimentar inadequado, escolha de alimentos pobres em nutrientes, intolerância alimentar, técnica cirúrgica e menor tempo de trânsito gastrointestinal (SHIKORA; KIM; TARNOFF, 2007; AILLS et al., 2008; KAAFARANI; SHIKORA, 2011; RICKERS; MCSHERRY, 2012; NEFF; LE ROUX, 2013; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013). Cada técnica cirúrgica pode afetar o estado nutricional pós-operatório de forma diferente, propiciando o desenvolvimento de deficiências, as quais podem ser divididas em três tipos: (1) desnutrição protéica, (2) deficiências de

vitaminas/minerais e (3) desidratação (TAKAHASHI, 2007; KAAFARANI; SHIKORA, 2011).

Identificou-se nos *blogs* e nos grupos focais que os indivíduos apresentavam medo da queda de cabelo. Alguns internautas trocam dicas sobre o assunto com indicações de medicamentos, inclusive sobre hidratação do cabelo. Entretanto, o uso de medicações para alopecia deve ser feita apenas após a indicação do médico ou nutricionista.

Os sintomas são geralmente não específicos e a maioria dos resultados físicos característicos são percebidos tardiamente. Os mais comuns são queda de cabelo, fadiga, fraqueza, falta de memória, confusão e dormência e formigamento nas mãos e pés (RICKERS; MCSHERRY, 2012; NEFF; LE ROUX, 2013; LOPEZ et al., 2013). A confirmação laboratorial é a escolha mais confiável para o diagnóstico precoce (SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013; NEFF; LE ROUX, 2013).

A desnutrição protéica está associada à intolerância alimentar ou vômitos frequentes (KAAFARANI; SHIKORA, 2011). Certos alimentos como pão, carne, massas, arroz e frutas e legumes ricos em fibras são mais difíceis de digerir e pode resultar em vômito ou regurgitação se não forem mastigados corretamente (TAKAHASHI, 2007; AILLS et al., 2008; RICKERS; MCSHERRY, 2012). A desidratação é comum após a cirurgia bariátrica, especialmente em lugares com climas mais quentes após atividades físicas vigorosas. No entanto, a diminuição da ingestão de líquidos é geralmente a sua principal causa. No caso do BGYR e da GV, a capacidade do paciente em ingerir grandes quantidades de água é restringida. Os pacientes devem aprender a beber pequenos goles de água com frequência, em vez de tentar tomar grandes quantidades de uma só vez. Além disso, vômito e/ou diarreia pode agravar o estado de desidratação. Os pacientes devem ser instruídos a manter uma garrafa de água disponível durante todo o tempo (KAAFARANI; SHIKORA, 2011).

As deficiências nutricionais após a cirurgia bariátrica são muitas vezes proporcionais ao grau de má absorção criado pelo procedimento cirúrgico ou pela extensão da perda de peso em pouco tempo (RICKERS; MCSHERRY, 2012). Os hábitos alimentares também contribuem para deficiências nutricionais, sendo o aconselhamento dietético essencial no acompanhamento pós-operatório adequado e dietético assegurar o consumo de macronutrientes e micronutrientes adequados (RICKERS; MCSHERRY, 2012; NEFF; LE ROUX, 2013; SHANNON; GERVASONI; WILLIAMS, 2013).

A anemia é a deficiência mais comum em micronutrientes e pode ocorrer em até dois terços dos pacientes, sendo resultante de deficiências de ferro, ácido fólico ou vitamina B12. Devido à menstruação, mulheres que foram submetidas ao bypass gástrico apresentam alto

risco para anemia por deficiência de ferro por causa da má ingestão, absorção reduzida de nutrientes e diminuição da exposição ao ácido gástrico (SICKLE, 2007).

A gravidez também está associada ao aumento do desenvolvimento e da gravidade das deficiências nutricionais. A rápida perda de peso resulta em melhoria da síndrome dos ovários policísticos, anovulação e menstruação irregular, levando a maiores taxas de fertilidade (AGRA; HENRIQUES, 2009; ARMSTRONG, 2010; SHEINER; WILLIS; YOGEV, 2013; NEFF; LE ROUX, 2013). A mulher deve ser orientada a esperar a concepção, devendo ocorrer somente após 18 a 24 meses de pós-operatório (SICKLE, 2007; GLATT; ARMSTRONG, 2010; SORENSON, 2011; SHEINER; WILLIS; YOGEV, 2013).

Nos *blogs*, as mulheres questionaram sobre a ocorrência da gravidez e o aumento das deficiências nutricionais. Entre 6 a 18 meses de pós-operatório, o indivíduo ainda está perdendo peso e chegando ao momento de estabilização e manutenção do excesso de quilos eliminados. Satisfazer as necessidades nutricionais adicionais de um feto em desenvolvimento pode ser difícil durante esse período (SICKLE, 2007; GLATT; ARMSTRONG, 2010; SORENSON, 2011; SHEINER; WILLIS; YOGEV, 2013). A deficiência de nutrientes pode aumentar o risco de malformações fetais como defeitos do tubo neural especificamente. Náuseas ou vômitos durante a gravidez podem agravar o estado nutricional da mãe (SHEINER; WILLIS; YOGEV, 2013).

Devido ao risco de complicações pós-operatórias tardias, problemas gastrointestinais, que são comuns na gravidez (por exemplo, náuseas, vômitos, dor abdominal), exigem uma avaliação minuciosa em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. A consulta com o cirurgião bariátrico no pré-natal é fundamental para determinar se os sintomas estão relacionados com a cirurgia (ARMSTRONG, 2010).

Se a gravidez ocorrer antes do período recomendado, deve haver uma maior vigilância do peso materno, do estado nutricional e do crescimento fetal. As recomendações às mulheres em idade reprodutiva submetidas à cirurgia bariátrica são acompanhamento nutricional e suplementação vitamínica no pós-operatório; suplementação vitamínica diária durante a gravidez, além da suplementação de ferro, cálcio e proteínas (60g diárias); acompanhar rigorosamente as alterações do peso da paciente tanto durante a gravidez como no pós-parto e esclarecer os obstetras sobre o alto risco da gravidez nessas pacientes submetidas à cirurgia bariátrica (ILIAS, 2008; ARMSTRONG, 2010).

Os pacientes apresentavam dúvidas quanto ao período certo para iniciar os exercícios físicos. Tão logo possível, a prática de exercícios físicos deve ser iniciada, a qual é considerada tão importante quanto à ingestão calórica reduzida para alcançar resultados

positivos e manter a perda de peso. Os pacientes devem ser encorajados a estabelecer alguma rotina de atividade física regular (FAVRETTI; O'BRIEN; DIXON, 2002; KOLTZ et al., 2010; WIKLUND; OLSÉN; WILLÉN, 2011). Há uma recomendação de, no mínimo, 30 minutos de atividade física de intensidade moderada cinco dias semanais ou de intensidade vigorosa por um período mínimo de 20 minutos, três vezes por semana para promover e manter a saúde (HASKELL et al., 2007; LIVHITS et al., 2010; WIKLUND; OLSÉN; WILLÉN, 2011).

Existe uma associação positiva entre atividade física e perda de peso no pós-operatório. Os pacientes que perdem mais peso podem se sentir melhores fisicamente e isso pode levá-los a praticar mais exercícios (LIVHITS et al., 2010). Os benefícios do exercício incluem aumento do gasto de energia e de massa corporal magra, melhora da auto-estima, do humor, da depressão e da qualidade de vida, perda de gordura e diminuição do risco de complicações relacionadas com a obesidade (FAVRETTI; O'BRIEN; DIXON, 2002; LIVHITS et al., 2010; KALARCHIAN et al., 2012).

Motivar os pacientes para o exercício pode ser difícil, especialmente na população obesa. O aconselhamento deve começar no pré-operatório com o intuito de preparar os pacientes para a atividade física após a cirurgia. As barreiras para o exercício como problemas de saúde e ausência de locais apropriados para a realização de atividade física próximo à residência devem ser identificados (LIVHITS et al., 2010; WIKLUND; OLSÉN; WILLÉN, 2011; KALARCHIAN et al., 2012).

A adesão a dieta pós-operatória e a prática regular de atividade física são associadas a uma perda de peso bem sucedida após a cirurgia bariátrica (MCKEE; TASSINARI, 2006; LIER et al., 2012; CRANWELL; SEYMOUR-SMITH, 2012). Pacientes pós-cirurgia bariátrica sugerem que uma perda substancial de peso está associada a uma maior autoeficácia sobre a alimentação. Entretanto, no pós-operatório tardio, é importante considerar o retorno das práticas alimentares inadequadas e prestar atendimento psicossocial contínuo (BATSIS et al., 2009). O sucesso a longo prazo requer que o paciente seja continuamente monitorado para avaliar a perda de peso e motivado a adotar hábitos de vida saudáveis (CRANWELL; SEYMOUR-SMITH, 2012).

Assim, o sucesso após a cirurgia bariátrica exige a adesão continuada à dieta pós-operatória. Em 40 semanas, aqueles que relataram maior aderência à dieta apresentaram significativamente maior perda de peso do que aqueles que relataram baixos níveis de adesão (40% versus 36,6%). Em 92 semanas de pós-operatório, aqueles que relataram altos níveis de aderência perderam 43,2% do seu peso corporal e os que relataram baixa adesão conseguiram

perder 37,7%. Além da aderência à dieta, o conhecimento prévio sobre a dieta é um fator preditivo de perda ponderal significativa (SARWER et al., 2012).

Além disso, os pacientes normalmente experimentam, inicialmente, uma rápida perda de peso seguida de um período de perda de peso mais lento, evento esse conhecido como “efeito platô” (MCMAHON et al., 2006; CRANWELL; SEYMOUR-SMITH, 2012). Nos *blogs*, foram identificadas diversas dúvidas sobre esse efeito. Os pacientes devem ser tranquilizados que essa é apenas uma fase. O ideal é continuar praticando exercícios físicos, alimentar-se corretamente e controlar os níveis de ansiedade e estresse para não atrapalhar a perda de peso.

A perda de peso bem sucedida é definida como uma perda de, pelo menos, 50% do excesso de peso (LIER et al., 2012). Apesar do sucesso global da cirurgia bariátrica, há uma variação extrema na quantidade de perda de peso no pós-operatório experimentada por diferentes indivíduos e diferentes técnicas (LOPEZ et al., 2013; OCHNER et al., 2013).

O BGYR é o procedimento bariátrico mais realizado, ocasionando uma perda de peso inicial de 35%, podendo ser sustentada por mais de 15 anos (OCHNER et al., 2013). Essa técnica da BGYR muitas vezes resulta em maior perda de peso do que a técnica da Banda Gástrica Ajustável (BGA), mas uma boa qualidade nos cuidados pós-operatórios pode melhorar a perda de peso após BGA com resultados comparáveis com BGYR. Já entre a gastrectomia vertical e BGYR, a perda de peso é comparável com 36 meses de pós-operatório (NEFF; LE ROUX, 2013).

A maior taxa de perda de peso ocorre durante os três primeiros meses de pós-operatório, quando o consumo alimentar continua a ser muito restritiva (LOPEZ et al., 2013; GLATT; SORENSON, 2011). Esta perda de peso rápida diminui de seis a nove meses após a cirurgia bariátrica e o pico perda de peso é alcançada em 12 a 18 meses após o procedimento (GLATT; SORENSON, 2011). Com 12 meses após a cirurgia, a variação na perda de peso é restrita, ou seja, ela passa a se estabilizar e apresenta pouca variação entre os meses, sendo constante a quantidade de quilos eliminados. No entanto, entre 12 e 36 meses de pós-operatório, grandes diferenças individuais na perda de peso aparecem em que alguns indivíduos continuam a perder peso enquanto outros começam a recuperar quantidades significativas de peso (LOPEZ et al., 2013; OCHNER et al., 2013).

Em alguns *blogs*, a ocorrência do retorno do peso gera tensão e medo. Assim, os pacientes devem ser orientados sobre a possibilidade de reaver, com o decorrer dos anos, os quilos eliminados, caso não esteja seguindo as orientações fornecidas. A realização de consultas periódicas com os profissionais de saúde e a adoção de práticas saudáveis

minimizam os seus efeitos e contribuem para o controle do peso e a manutenção do bem-estar.

A recuperação do peso é comum e ocorre em 20 a 35% dos pacientes após dois anos de cirurgia (VAN HOUT; VERSCHURE; VAN HECK, 2005; CHRISTOU; LOOK; MACLEAN, 2006; LOPEZ et al., 2013; NEFF; LE ROUX, 2013; WEDIN et al., 2014). Essa alta taxa de reganho de peso vem preocupando os pesquisadores, os quais buscam determinar os fatores associados. Embora a perda de peso seja quase que garantida nos primeiros três meses de pós-operatório, a não-conformidade com as recomendações se apresenta como uma barreira para o êxito a longo prazo (CONNOR et al., 2013). Baixa adesão aos cuidados pós-operatórios, baixo comparecimento às consultas de seguimento, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados são os fatores conhecidos, os quais devem ser discutidos durante todo o perioperatório (PONTIROLI et al., 2007; HATOUM et al., 2009; DIXON et al., 2009; WHITE et al., 2010; TARIQ; CHAND, 2011; KEHAGIAS et al., 2013; NEFF; LE ROUX, 2013; WEDIN. et al., 2014).

Entretanto, o comportamento alimentar é o que desempenha o papel mais complexo ao ser associado com o reganho de peso, pois envolve vários fatores como compulsão alimentar, perda do controle da dieta e ato de “beliscar” periodicamente (VAN HOUT; VERSCHURE; VAN HECK, 2005; ZWAAN et al., 2010; WHITE et al., 2010; TARIQ; CHAND, 2011; KEHAGIAS et al., 2013; MEANY; CONCEIÇÃO; MITCHELL, 2014; CONCEIÇÃO et al., 2014a). Mesmo com a restrição imposta pela modificação do trato gastrointestinal, os pacientes podem se adaptar a diferentes hábitos alimentares como o aumento da ingestão de alimentos de alta densidade calórica ou ingestão de várias pequenas porções durante o dia, diminuindo assim os efeitos potenciais da cirurgia bariátrica, podendo já vir a ocorrer com seis meses de pós-operatório (NAVEZ et al., 2014).

O ato de “beliscar” é uma característica do comportamento repetitivo com a ingestão de pequenas ou moderadas quantidades de alimentos. Esse evento pode ocorrer repetidamente e de forma não planejada (“no calor do momento”), o que sugere que há pouco ou talvez nenhum controle intencional sobre a quantidade de alimentos ingerido e que não é uma resposta para sinais de fome (LEAHEY et al., 2009; CONCEIÇÃO et al., 2014b).

Problemas cirúrgicos como tamanho da bolsa e do tamanho da anastomose também podem contribuir para o reganho de peso. Quando ambos são pequenos, a chance de recuperar peso é diminuída. Grandes bolsas e anastomoses mais largas permitem uma maior ingestão de alimentos com menor saciedade. Em alguns casos, a bolsa é maior do que o tamanho que o

cirurgião pretendia que fosse por causa de uma hérnia hiatal que foi reconhecida no momento da cirurgia (FRANK, 2010; NEIL, 2013).

A obesidade é uma doença crônica e os comportamentos que contribuem para o seu desenvolvimento (principalmente o excesso de consumo de alimentos inadequados e a diminuição da atividade física) requerem tratamento continuado (SARWER et al., 2012). A grande perda de peso nos primeiros meses de pós-operatório deve servir para motivar os pacientes para continuar o tratamento no decorrer dos meses com ênfase em atividades físicas, alimentação saudável e avaliação psicológica para garantir a persistência a longo prazo dos resultados favoráveis obtidos (LOPEZ et al., 2013; COSTA et al., 2014).

Nesse sentido, no pós-operatório tardio, os pacientes devem permanecer com adesão aos hábitos saudáveis, a tomada do suplemento vitamínico e o acompanhamento com a equipe multiprofissional. O padrão atual de tratamento a cirurgia bariátrica sugere que os pacientes devem retornar ao programa de cirurgia bariátrica pelo menos a cada seis meses no primeiro ano pós-operatório e depois anualmente (HAMAD, 2004; WALSH; ALBANO; JONES, 2008; FRANK, 2010; HAWN; DOANE, 2011; GLATT; SORENSON, 2011; SARWER et al., 2012; ENDEVELT et al., 2013; KUBIK et al., 2013).

Esse retorno periódico ao serviço de saúde deve ocorrer por, pelo menos, cinco anos de pós-operatório e visa avaliar a evolução do peso, as condições clínicas pré-existentes, a adaptação à dieta alimentar, a ocorrência de complicações, o estado de saúde e educar sobre o autocuidado (CARRASCO et al., 2005; HAMAD, 2004; WALSH; ALBANO; JONES, 2008; FRANK, 2010; HAWN; DOANE, 2011; GLATT; SORENSON, 2011; SARWER et al., 2012; ENDEVELT et al., 2013; KUBIK et al., 2013; QUIDLEY et al., 2014).

Estudos já comprovam que aqueles que retornaram para todas as suas visitas anuais de acompanhamento perderam significativamente mais peso do que aqueles pacientes que não retornaram. O apoio da família e amigos e a participação em grupos de apoio influencia positivamente nesse retorno (HAMAD, 2004; HAWN; DOANE, 2011; SARWER et al., 2012; ENDEVELT et al., 2013). Por outro lado, o não comparecimento às consultas de acompanhamento está associado com a má perda de peso e ao maior número de complicações pós-operatórias (ENDEVELT et al., 2013).

O acompanhamento periódico também permite a avaliação da Qualidade de Vida (QV). A cirurgia bariátrica melhora a qualidade de vida e a percepção sobre o estado de saúde, sendo essas mudanças observadas no primeiro ano de pós-operatório, podendo durar até 10 anos (NEFF; LE ROUX, 2013; WARHOLM; ØIEN; RÅHEIM, 2014). Está associada com redução da depressão e agressividade, melhora do auto-conceito, da auto-estima, dos

sentimentos, da satisfação e da capacidade de realizar atividades. Promove melhoras também no conforto, mobilidade, envolvimento social, funcionamento sexual e na produtividade (VAN HOUT; VERSCHURE; VAN HECK, 2005; TAKAHASHI, 2007; GLATT; SORENSON, 2011; NEFF; LE ROUX, 2013; JENSEN et al., 2014; COSTA et al., 2014).

Esses benefícios estão associados às grandes mudanças que ocorrem após o procedimento cirúrgico como sentar-se num barzinho (sem preocupar-se com a cadeira), ir ao cinema, viajar de avião, andar de ônibus, entrar numa piscina, ir à praia, recuperar o direito de ir e vir, não precisar de ajuda para levantar-se de um sofá ou mesmo para sua higiene pessoal, assumir responsabilidades das quais eram poupadas, por falta de condições físicas e pelas limitações que a obesidade impunha (AGRA; HENRIQUES, 2009; TARIQ; CHAND, 2011; KNUTSEN et al., 2013). A cirurgia bariátrica representa, então, um renascimento e uma transformação para uma vida melhor (WARHOLM; ØIEN; RÅHEIM, 2014; JENSEN et al., 2014).

Durante o processo de perda de peso e mudanças corporais, os pacientes apresentam uma ambivalência de sentimentos como alegria e tristeza, o aumento da liberdade e das novas restrições, vulnerabilidade e autoconfiança, e esperanças e preocupações para o futuro (WARHOLM; ØIEN; RÅHEIM, 2014). Nem todos os pacientes experimentam melhora na qualidade de vida, o que é, provavelmente, atribuível às reações dos pacientes para os resultados físicos indesejados: a falta de perda de peso, a recuperação do peso, as crises de identidade, os vômitos persistentes, a presença de excesso de pele e as alterações fisiológicas devido à modificação do trato gastrointestinal (FRANK, 2010; JENSEN et al., 2014; KUBIK et al., 2013; NEFF; LE ROUX, 2013; WARHOLM; ØIEN; RÅHEIM, 2014; COSTA et al., 2014).

A perda ponderal rápida e extensa ocasiona um excesso de pele, o qual pode causar desconforto para o paciente. Viver com excesso de pele e cicatrizes após a cirurgia pode favorecer o surgimento de situações de ambivalência e desconforto, representando um lembrete constante da impossibilidade de se libertar totalmente do grande corpo obeso (GROVEN; RÅHEIM; ENGELSRUD, 2013; WARHOLM; ØIEN; RÅHEIM, 2014).

Em muitos casos, é necessária a realização de uma cirurgia de contorno corporal. Porém, o indivíduo deve aguardar entre 12 a 24 meses para realizá-la, pois é o período que o metabolismo já está estabilizado e o paciente já perdeu o excesso de peso (RUBIN; NGUYEN; SCHWENTKER, 2005; HALAWAI; ABIAD; ABBAS, 2013; KUBIK et al., 2013). As vantagens das cirurgias reparadoras não estão relacionadas apenas aos fatores

estéticos, mas também emocionais, pois alguns pacientes ficam com baixa autoestima devido ao excesso de pele presente, principalmente, nos braços e na região abdominal.

A equipe de saúde deve reconhecer que as reações negativas a eventos adversos associados à cirurgia bariátrica podem ser acentuadas ao longo do pós-operatório, devendo motivar a busca frequente ao serviço de saúde para a avaliação desses fatores (KUBIK et al., 2013; NEFF; LE ROUX, 2013; WARHOLM; ØIEN; RÅHEIM, 2014). No preparo para a cirurgia e no acompanhamento pós-operatório, o enfermeiro desempenha um papel-chave, pois o mesmo fornece e reforça as informações necessárias para o alcance de bons resultados cirúrgicos. Os enfermeiros precisam ter conhecimento desses procedimentos e das necessidades específicas de pacientes obesos para dar o melhor cuidado possível na sua prática diária (MCKEE; TASSINARI, 2006; WALSH; ALBANO; JONES, 2008; CLUTTS, 2009; FURTADO, 2010).

Assim, o enfermeiro, durante a prestação do cuidar, deve ter conhecimento sobre os efeitos fisiológicos e psicológicos da obesidade mórbida para o paciente, sobre o procedimento da cirurgia bariátrica, seus riscos e benefícios e suas complicações, além de ter competência e habilidade para orientar o paciente sobre as mudanças que ocorrerão na sua vida, visando dar uma assistência de qualidade para que o resultado seja o mais satisfatório possível (MULLIGAN et al., 2005; NEGRAO, 2006; GAGNON; NEFF, 2012). Para tanto, o enfermeiro deve conhecer as propostas cirúrgicas, as vantagens e desvantagens da cirurgia eleita e o desencadear de cada uma delas para que os cuidados de enfermagem sejam fundamentais na recuperação pós-operatória do paciente (NEGRAO, 2006; DRAKE et al., 2006).

O enfermeiro promove colaboração na equipe multiprofissional, desenvolvendo e implementando programas de educação relacionada ao cuidado do paciente (MULLIGAN et al., 2009). A educação e o preparo pré-operatório são importantes para a recuperação do paciente e para o alcance do sucesso da cirurgia (FELIX; SOARES; NOBREGA, 2012). Constitui direito do paciente a precisa informação sobre os detalhes do procedimento cirúrgico a que irá se submeter, com a análise profissional de seus fatores de risco e complicações possíveis de ocorrer, bem como, de total acesso ao cirurgião e sua equipe multiprofissional durante todas as fases de seu tratamento, para que os pacientes não recebam informações conflitantes ou pouco precisas a respeito dessa intervenção cirúrgica (FERRAZ; MARTINS FILHO, 2006; FELIX, 2009).

Na revisão integrativa, os artigos inferem a importância da educação do paciente para o alcance de bons resultados ao longo do pós-operatório e a prevenção de complicações com a

obtenção de um maior bem-estar e uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, a educação detalhada do paciente é fornecida pelo enfermeiro incluindo os cuidados no perioperatório, os sinais e sintomas de complicações, as redes de apoio e quando retornar ao serviço de saúde (MCKEE; TASSINARI, 2006; WALSH; ALBANO; JONES, 2008; CLUTTS, 2009).

Assim, é necessário que o profissional tenha a sensibilidade de prestar ações educativas em todas as oportunidades com o indivíduo e seu familiar sobre o procedimento cirúrgico, as técnicas, o preparo pré-operatório e o seguimento do tratamento no pós-operatório com a adoção de hábitos saudáveis e o acompanhamento com a equipe multiprofissional.

2) Construção e Validação da Cartilha “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável.”

Ao cuidar de indivíduos obesos, são os pequenos atos que fazem a maior diferença na adesão do paciente ao tratamento e favorecem que o mesmo se sensibilize sobre a importância de se tornar ativo no seu plano de cuidados. Aproximando-se do paciente sem pressa, fazendo o contato visual e o reforço positivo de pequenos sucessos ajudará a criar um relação positiva entre profissionais e pacientes (CLUTTS, 2009).

Uma abordagem educativa interativa e parceira proporciona, ao paciente, a oportunidade de explorar e expandir suas habilidades de autocuidado, tornando-o ativo durante o processo educativo. Em vez do objetivo tradicional de simplesmente divulgar a informação, o profissional enfatiza a capacitação do paciente em usar seu potencial, habilidade e recursos para a coletividade. Os resultados do processo educativo podem ser percebidos quando ocorrem mudanças no conhecimento, nas atitudes e nas habilidades do indivíduo (BASTABLE, 2010).

Propor estratégias assertivas de controle e mudança de comportamento, favorecer informações sobre a doença e o tratamento cirúrgico, propiciar espaço para expressão de sentimentos, dúvidas e medos, oferecer apoio psicossocial, promover adesão ao tratamento, favorecer a reflexão sobre como o paciente se adaptará ao novo estilo de vida, verificar o apoio familiar e o quanto o paciente está implicado e ciente a respeito do tratamento e seus desdobramentos são aspectos que fazem parte da educação do candidato à cirurgia bariátrica (AKAMINE; ILIAS, 2013).

Nem todas as pessoas conseguem aprender novas informações do mesmo modo. É importante identificar o interesse de cada pessoa em aprender, a prática anterior e base de

conhecimento antes de prosseguir com a orientação. Nesse momento, vários métodos de ensino podem ser implementados para proporcionar um ambiente de aprendizagem eficaz como recursos verbais e escritos (WALSH; ALBANO; JONES, 2008). Assim, no processo educativo, o enfermeiro deve agir como um facilitador, criando ambiente voltado à aprendizagem, que motive e possibilite o indivíduo a querer aprender. A análise das necessidades de aprendizagem, a concepção de um plano de ensino, o implemento de métodos e materiais educativos, e a avaliação do ensino e da aprendizagem devem incluir a participação tanto do educador quanto do aprendiz (BASTABLE, 2010).

Atualmente, as tecnologias disponíveis podem ser vistas como aliadas importantes na condução das estratégias para favorecer a educação do paciente e o acompanhamento no pós-operatório (SARNO; CANELLA; BANDONI, 2014). O uso de materiais educativos, entrevistas por telefone, comunicação eletrônica e websites interativos podem favorecer o contato profissional-paciente e promover a adesão ao tratamento (SARWER et al., 2012). A incorporação de diversas tecnologias que proporcionam o aprendizado, a partir das múltiplas potencialidades, capacidades e interesses dos educandos, poderá individualizar o aprendizado e contribuir para a construção de um aprendizado coletivo (COSTA et al., 2009; FONSECA et al., 2012).

Tecnologia é vista como o resultado de processos concretizados a partir de experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática. Além disso, as tecnologias desenvolvidas por enfermeiros devem ter como finalidade facilitar seu trabalho e melhorar a qualidade da assistência por eles prestada (NIETSCHE, 2000; NIETSCHE et al., 2005; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Na educação em saúde, os enfermeiros devem compreender as tecnologias como meios facilitadores dos processos de construção do conhecimento, numa perspectiva criativa, transformadora e crítica (MARTINS et al., 2011). A tecnologia educativa surge como um instrumento disponível que facilita o processo de ensino-aprendizagem, proporcionando o desenvolvimento de habilidades sendo mediadora de conhecimentos para o cuidado (SOUZA et al, 2005).

Para os pacientes que se recuperam de um procedimento cirúrgico, a educação é decisiva por apoiar e facilitar a tomada de decisões e as informações escritas ou orais devem ser dirigidas com o objetivo de ajudá-los a determinarem as metas do autocuidado e a buscarem soluções para os problemas enfrentados. Esse recurso é de grande relevância tendo

em vista que um número considerável de pacientes encontra dificuldades para adquirir informações básicas e vitais necessárias à saúde, as quais, predominantemente, são apresentadas na forma impressa (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Materiais educativos impressos contribuem, favoravelmente, para o processo de comunicação, além de aumentar a adesão ao tratamento e ao poder de decisão, pois oferecem informações consistentes, possibilitando a portabilidade, flexibilidade, o retorno do paciente e reforçam a instrução verbalizada. Permitem também uma fácil compreensão do tema estudado, respeitando o ritmo individual e a releitura quantas vezes forem necessárias. Funcionam como recurso prontamente disponível para que o paciente e sua família possam consultá-lo quando diante de dúvidas no desenvolvimento do cuidado, facilitando a tomada de decisão (POGGETTO; CASAGRANDE, 2003; HOFFMANN; WORRALL, 2004; KAVEEVIVITCHAI et al., 2008; FREITAS; CABRAL, 2008; BLAKE, 2010; FONSECA et al., 2013).

Nesse sentido, torna-se relevante a contribuição de tecnologias educativas escritas no contexto da educação em saúde e o papel desse recurso para se promover saúde, prevenir complicações, desenvolver habilidades e favorecer a autonomia e confiança do paciente. Como um componente da equipe interdisciplinar que desempenha a função de educador, o enfermeiro deve participar do processo de criação, desenvolvimento e avaliação do material educativo (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008; FONSECA et al., 2012).

A utilização de materiais educativos impressos da área da saúde é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS). Manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas, contribuindo para um intercâmbio de informações entre profissionais e a comunidade (ECHER, 2005; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012; DODT; XIMENES, ORÍA, 2012). Com isso, o uso crescente de materiais educativos como recursos na educação em saúde tem assumido um papel importante no processo de ensino-aprendizagem, principalmente na intervenção terapêutica das doenças crônicas (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003; OLIVEIRA et al., 2007; TORRES et al., 2009).

A cartilha educativa surge como um recurso pedagógico capaz de possibilitar a integração dialógica entre enfermeiro-paciente e família possibilitando a construção de um conhecimento multidimensional facilmente disponível e de baixo custo, capaz de empoderar pacientes e famílias (BARROS et al., 2012). Nesse estudo, realizou-se a construção da cartilha educativa “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável.”, a qual tem como objetivo orientar pacientes, famílias e profissionais sobre a cirurgia bariátrica, indicações,

fases do perioperatório, possíveis complicações e os cuidados a serem realizados em cada etapa.

As cartilhas tiveram origem na ação catequética dos missionários, os quais as usavam como pequenas publicações, o que constituía uma forma bastante eficaz de ensinar aos povos colonizados as orações do cristianismo. Apresentam o tamanho e o formato semelhante a um livro ou uma revista e conseguem falar de mais assuntos detalhadamente. Possuem uma quantidade maior de informações, reunidas e organizadas em um número maior de páginas, lembrando um pequeno livro (VIANNA, 2008).

A cartilha educativa foi criada no âmbito das campanhas governamentais, com o intuito de facilitar o acesso à informação, por parte de pessoas de diferentes contextos socioeconômicos e culturais, com diferentes graus de escolaridade (MENDONÇA, 2008), oferece instruções, por meio de ilustrações, para um determinado padrão de comportamento (BACELAR et al., 2009). O seu uso no processo de ensinar e aprender tem como vantagem: poder conter textos mais extensos, permitindo melhor explicitação da mensagem e favorecendo o convencimento; possuir elevada seletividade; permitir a incorporação de variadas peças de comunicação; permitir uma variedade de tamanhos e formatos; e fazer uso de tratamento pessoal, auxiliando na incorporação da mensagem (VIEIRA; ERDMANN; ANDRADE, 2013).

É um instrumento que, ao auxiliar na aquisição de conhecimentos, favorece a mudança de atitudes e comportamentos (KULUKULUALANI; BRAUN; TSARK, 2008). Este tipo de material também permite consultas rápidas a respeito de um tema e, se for levado para o domicílio, poderá favorecer o aprendizado dos indivíduos e seus familiares (FERECINI et al., 2009).

A contribuição dos materiais educativos para a promoção da saúde depende dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos processos de elaboração, sendo a adoção de uma abordagem participativa, comunicativa e coletiva recomendada na construção de um material educativo (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012). Para a cartilha desse estudo, o conteúdo foi elaborado baseado na revisão integrativa, na análise das informações obtidas nos *blogs* e nos grupos focais e na opinião de profissionais da saúde que trabalham em equipes de cirurgia bariátrica, os quais participaram da primeira rodada da técnica Delphi.

A construção de materiais educativos voltados ao público-alvo, com a participação de peritos, pode elevar a aceitação e adesão dos pacientes na utilização desse instrumento para a educação em saúde (SOUSA; TURRINI, 2012). As preferências dos participantes, bem como a cultura e o julgamento profissional devem ser considerados para que o material construído

tenha qualidade e esteja de acordo com a realidade do público-alvo (WILKINSON; MILLER, 2007; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Normalmente, a criação de um material educativo requer dois tipos de pesquisa: uma de tipo temático e outra de diagnóstico, em que será preciso ler, o que autores abordaram sobre determinado tema, conhecer a opinião de peritos, ou incorporar alguns destes peritos na equipe de produção. Depois desta etapa, será preciso escolher as ideias centrais que serão abordadas no material, bem como o tema por meio do qual se procurará gerar uma experiência de aprendizado. No entanto, a opinião de peritos ou a leitura de textos não bastará, pois é preciso conhecer também os contextos pedagógicos e, sobretudo, os sujeitos aos quais se destina o material (KAPLUN, 2003).

A escolha por construir um material de forma conjunta entre pacientes e profissionais de saúde favorece uma ação educativa em que se busca a troca de experiências e informações, reflexão e problematização sobre os temas, assumindo suas experiências cotidianas de vida como fonte de conhecimento e de ação transformadora da realidade (TORRES et al., 2009; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Na prática educativa, os profissionais de saúde devem reconhecer que cada sujeito possui influências culturais que devem ser desveladas e compreendidas no seu contexto social, histórico e econômico, mediante uma relação humanizada, o acolhimento, a escuta ativa dos sujeitos e o estabelecimento de vínculos, para que, assim, essa prática tenha maiores possibilidades de ser eficaz no alcance da promoção da saúde (ALVES, 2005; SOUZA et al., 2008; SCHIMITH; LIMA, 2009).

O uso das tecnologias tem favorecido a participação ativa dos sujeitos no processo, desde o questionamento da sua realidade, a busca de respostas, a escolha do tipo de material (formato, tipo de letra, imagens, cores, linguagem) a ser construído, o levantamento dos temas a serem trabalhados até a avaliação destes materiais criados. É necessário que os sujeitos participem ativamente da seleção dos conteúdos dos materiais, pois o ponto de partida para a produção de novos conhecimentos é a experiência e a cultura dos sujeitos envolvidos, buscando um espaço de aprendizagem coletiva (FONSECA et al., 2011).

Para a elaboração do conteúdo, a informação a ser fornecida deve ser clara, útil e relevante aos seus pretendidos usuários, sem explicações pesadas e contradições de conteúdos para que não haja prejuízo para a intervenção educativa. Deve apresentar uma ordem lógica e progressiva, ser atrativa, compreensível e sem ambigüidade (GONÇALES et al., 2008).

Uma cartilha costuma ser compreendida quase como um “tratado” a respeito do assunto que se está abordando. Com isso, geralmente, as cartilhas são tomadas como

referências a respeito dos temas discutidos em suas páginas. Desse modo, são lidas como materiais muito confiáveis (VIANNA, 2008). Considera-se que as informações escolhidas para compor um material educativo devem fornecer elementos para a tomada de decisões em detrimento de prescrever padrões de comportamentos e atitudes (ECHER, 2005).

É necessário selecionar quais informações realmente são importantes para constar no material educativo, pois ele precisa ser atrativo, objetivo e não pode ser muito extenso, mas deve dar uma orientação significativa sobre o tema a que se propõe; precisa ser de fácil compreensão e atender às necessidades específicas de uma determinada situação de saúde para que as pessoas se sintam estimuladas a lê-lo (ECHER, 2005).

O conteúdo selecionado aborda todo o processo perioperatório. Acredita-se que a construção da cartilha auxiliará no esclarecimento das dúvidas mais frequentes, proporcionará um maior conhecimento sobre o tratamento cirúrgico e será instigadora de questionamentos, sendo imprescindível a atuação do profissional de saúde, em especial o enfermeiro, para viabilizar a resolução das necessidades de informações sobre o conteúdo proposto.

Um material educativo de alta qualidade requer informações confiáveis e o uso de vocabulário claro para permitir entendimento fácil de seu conteúdo (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012). Os conteúdos organizados e transformados em mensagens precisam ter o discurso direto, de modo a possibilitar um intercâmbio de comunicação efetiva, para que o receptor compreenda a mensagem, assim favorecendo a identificação e a formação de um vínculo com o leitor (VASCONCELLOS et al., 2003).

Uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve suas atitudes e habilidades, facilita-lhe a autonomia, promove sua adesão, torna-o capaz de entender como as próprias ações influenciam seu padrão de saúde, favorece sua tomada de decisão (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003; MAIA; SILVA, 2005).

A linguagem deve ser simples, clara e direta, evitando-se os termos técnicos e frases com ordem sintática inversa, complexas ou longas demais. O conteúdo deve transmitir claramente a informação e/ou orientação para que o público-alvo o entenda. Desse modo, evita-se o risco de interpretações errôneas (GARRUD; WOOD; STAINSBY, 2001).

Além disso, os materiais educativos destinados à saúde devem ser redigidos em nível compatível a indivíduos com seis anos de escolaridade, de forma a abranger e beneficiar um público leitor maior, pois, mesmo pessoas com nível de leitura elevado, compreenderiam melhor as informações de saúde e, conseqüentemente, adotariam comportamentos mais saudáveis (JOHNSON et al, 1998).

É importante transformar a linguagem das informações encontradas na literatura, tornando-as acessíveis a todas as camadas da sociedade, independentemente do grau de instrução das pessoas (ECHER, 2005). O uso de linguagem simples promove a identificação do paciente com o texto e mantém a sua iniciativa no processo da educação em saúde (TORRES et al., 2009). Isso permite uma leitura leve e agradável, de fácil compreensão. Elaborar texto de forma a dialogar o máximo possível com o paciente, adotando algumas estratégias na produção de um material didático que incentivem esta dialogicidade (CORRÊA, 2007; FREITAS; CABRAL, 2008; COSTA et al., 2009; BASTABLE, 2010; CAMACHO et al., 2013).

A linguagem científica empregada no material escrito dificulta o entendimento do leitor; sendo assim, o texto escrito deve completar as mensagens expressas pela ilustração, deve ser breve, direto, apresentar uma linguagem correta e compreensível, ao receptor da mensagem (FREITAS; CABRAL, 2008). Torna-se fundamental definir com clareza a informação a ser transmitida, pois a mensagem pode ter formas diferentes na linguagem falada. Quando se trata de linguagem escrita, o comunicador deve ter o cuidado e levar em conta que o leitor está sozinho frente à interpretação (MOREIRA; SILVA, 2005). Ressalta-se, então, que houve um cuidado na elaboração do conteúdo da cartilha com uma linguagem simples e de fácil compreensão e que possibilitasse a apreensão das informações fornecidas e a continuação da leitura da cartilha.

Quando existe uma preocupação com a adequação da linguagem, ela é orientada pela pressuposição de que a população tem déficits de cognição e dificuldades de compreensão. Assim, existe a crença de que uma "linguagem acessível" seria usar termos de fácil entendimento, que apenas traduzissem, para os leitores, os termos técnico-científicos. Entretanto, utilizar uma linguagem adequada não significa verter para uma forma simplificada determinado conteúdo científico, mas compreender a linguagem e os códigos do interlocutor e atingi-lo por meio de uma expressão que faça sentido em seu universo cultural e que seja compatível com sua realidade (OLIVEIRA et al., 2007; FREITAS; REZENDE FILHO, 2011).

Com isso, o Ministério da Saúde recomenda que a produção de um material didático precisa ser cuidadosa em relação à linguagem de seus textos, voltada ao público-alvo. É importante que a linguagem seja clara, objetiva e coloquial, adequada às características da clientela. Isso permite uma leitura leve e agradável, de fácil compreensão (BRASIL, 2005; FONSECA et al., 2011). Quando o material educativo é de fácil compreensão, o indivíduo adquire maior conhecimento, o material é capaz de suscitar mudanças de atitudes e

desenvolvimento de habilidades, além de favorecer a autonomia, tomada de decisão e o entendimento de que as suas ações influenciam no padrão de saúde (SERXNER, 2000; FONSECA et al., 2011).

Outro aspecto que houve bastante atenção por parte da pesquisadora foi a escolha das ilustrações. Nas cartilhas educativas, especificamente as de promoção da saúde, há uma tentativa de aproximação entre os fatos do mundo da ciência e o público leigo, por meio de diversas estratégias como: a) o uso de imagens e de recursos gráficos que permitam, mesmo ao leitor pouco escolarizado ou com dificuldades de leitura, compreender parte do que é dito no texto; b) a didatização das informações, por meio das frases curtas, do vocabulário de uso comum e das gírias; e c) a junção significativa dos dois itens anteriores: o texto verbal e a imagem (MENDONÇA, 2008).

É importante procurar ilustrar as orientações para descontrair, animar, tornar o material educativo menos pesado e facilitar o entendimento, já que, para algumas pessoas, as ilustrações explicam mais que muitas palavras (ECHER, 2005). A alternância entre comunicação verbal e não verbal torna a cartilha atrativa, ao utilizar textos e imagens, que facilita a memorização e a retomada das informações transmitidas favorecendo sua assimilação (BARROS et al., 2012). Desenhos em linha simples podem promover realismo sem incluir detalhes indesejados. As imagens devem apresentar mensagens fundamentais visualmente, sem nenhum tipo de distração (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

As ilustrações, fator decisivo na atitude de ler ou não a instrução, devem ser amigáveis, chamar a atenção do público-alvo e retratar claramente o propósito do material de forma a complementar e reforçar as informações escritas (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003; FONSECA et al, 2004; TORRES et al., 2009). Devem ser atraentes com comunicação clara do objetivo do material educativo, auxiliar na compreensão da mensagem, ajudar a destacar pontos relevantes e manter a atenção do leitor. Além disso, as imagens devem alcançar alto nível de atenção e interesse pela leitura do material com aceitação da população em diversos níveis de escolaridade (HOFFMANN; WARRALL, 2004; JONES et al., 2011; VIEIRA; ERDMANN; ANDRADE, 2013).

A cartilha apresenta três personagens: o João e a Maria (obesos que buscam a cirurgia como tratamento) e o Estomagrinho (mascote que acompanha a leitura da cartilha e reforça as informações importantes). A utilização destes personagens pode ser vista como um artifício usado, não apenas, para tornar a leitura da cartilha mais dinâmica e prazerosa, mas também é uma forma de estabelecer relações entre o leitor e suas experiências.

O uso de ilustrações na cartilha foi feito com intuito de ajudar a explicação ou enfatizar pontos e ideias importantes abordadas no texto, sendo escolhidas figuras de boa qualidade e alta definição, familiares ao público alvo, permitindo que os mesmos identifiquem a mensagem (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Além disso, as ilustrações foram adequadas ao tema tratado de modo a facilitar a compreensão e recordação mais fácil do texto, clarificando e reforçando a informação (GONÇALVES, 2007).

Com relação a diagramação, o conteúdo foi disposto junto com as ilustrações de maneira que o leitor conseguisse entendê-las e legendas com mensagens-chave. Foi utilizado duas fontes de letra em tamanho adequado para leitura com cores atraentes, mas sem tornar o material visualmente poluído com muitas informações.

Quando seis ou mais tamanhos ou tipos de fontes diferentes são utilizadas em uma página, o leitor pode ficar confuso e ter um foco incerto no momento da leitura. Os pontos principais do texto devem ser ressaltados com negrito, tipo de fonte, tamanho e/ou cores diferentes (DOAK;DOAK; ROOT, 1996). A cor é um importante fator na comunicação visual gráfica (FONSECA et al., 2004). Na área de saúde, a aplicação de cores precisa ser adequada de modo a transmitir a sensação de maior bem-estar para o paciente (RAZERA et al, 2014). O uso de dispositivos visuais (caixas, setas) dirigirem a atenção para pontos específicos ou conteúdos fundamentais (DOAK; DOAK; ROOK,1996).

Ao fim da construção da cartilha educativa, houve a necessidade de submeter o material elaborado ao processo de validação junto com juízes em cirurgia bariátrica e designer gráfico e, posteriormente, com candidatos à cirurgia bariátrica e pacientes que já estão vivenciando o pós-operatório para avaliar a qualidade das informações repassadas e apresentação da cartilha.

O processo de validação é recomendado pela literatura em que, antes de serem lançados produtos para serem utilizados como ferramentas didáticas, é necessário um ensaio com eles a fim de se conhecer sua eficácia e eficiência (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008). Esse processo é de grande importância para que o material possa ser implantado no serviço, respaldando a assistência prestada pela equipe interdisciplinar, evidenciando uma maior credibilidade ao material que pretende empregar (LEITE; MANCUSSI, 2005; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008; DODT; XIMENES, ORIÁ, 2012).

Compreender os procedimentos de abordagens para validação de conteúdo é importante para pesquisadores e profissionais de saúde, preocupados em utilizar cada vez mais instrumentos confiáveis e apropriados para determinada população (OLIVEIRA;

LOPES; FERNANDES, 2014). A validação de conteúdo da tecnologia educacional deve ser avaliada por um grupo de juízes ou peritos com experiência na área do conteúdo, ao qual caberá analisar os itens e julgar se eles são abrangentes e representativos, ou, ainda, se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que se deseja medir (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

A validação da cartilha com os juízes em cirurgia bariátrica foi possibilitada pela técnica Delphi em que os profissionais avaliaram o material e fizeram suas correções e sugestões e, após as reformulações solicitadas, o material foi reenviado juntamente com um feedback das principais alterações. Ao final do processo de validação, a cartilha foi considerada um material válido e confiável que permite informar sobre a cirurgia bariátrica, podendo ser uma ferramenta a ser utilizada na educação em saúde pelos profissionais.

Um aspecto bastante mencionado pelos juízes e que vale a pena ser destacado foi a questão da mudança de comportamento advinda com o uso da cartilha educativa. Acredita-se que a assimilação das informações contidas no material sobre o assunto em estudo pode sim gerar mudanças, mesmo que sejam mínimas, tendo em vista que o material contém informações que são interessantes para eles e que despertam curiosidade.

Os materiais educativos em saúde são componentes do processo de aprendizagem, e quando usados de maneira participativa e interativa podem facilitar a produção de conhecimento por seus leitores (FREITAS; REZENDE FILHO, 2011). O ensino é uma estratégia versátil que pode ser aplicada na prevenção, na promoção, na manutenção ou na modificação de comportamentos de um aprendiz que é receptivo, motivado e adequadamente informado. A aprendizagem é a mudança de comportamento, ou seja, é a ação pela qual o conhecimento, as habilidades e as atitudes são consciente ou inconscientemente adquiridas de modo que o comportamento é alterado de alguma maneira (BASTABLE, 2010).

Assim, as mensagens do material educativo têm como objetivos contribuir para mudanças de comportamentos. Contudo, tal objetivo só será atingido se a mensagem for apreendida pelo receptor (paciente) e, para que o material educativo alcance o entendimento, a sua construção deve estar pautada na premissa de um receptor ativo, uma vez que, ao receber uma mensagem o indivíduo irá interpretar e ressignificar o seu conteúdo de acordo com seu lugar na sociedade (VARGAS; SIQUEIRA, 1999; FREITAS; CABRAL, 2008).

As mudanças de comportamento não são realizadas pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da capacidade de compreender a situação de saúde pelos usuários (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001). A prática educativa com vistas à emancipação visa ao desenvolvimento da autonomia,

da cidadania e da responsabilidade de indivíduos pelos cuidados com a própria saúde (MARTINS et al., 2011). Quando a informação é comunicada, aceita e aplicada, a base para a mudança de comportamentos de saúde já está formada. Quando as pessoas estão motivadas e sabem que podem fazer a diferença em suas próprias vidas, então a barreira para a saúde foi removida (BASTABLE, 2010).

Já a validade de aparência ou de face, também considerada uma forma subjetiva de validar o instrumento, consiste no julgamento de um grupo de juízes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento (WILLIAMSON, 1981). Trata-se de uma avaliação superficial realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento. Por conseguinte, não deve ser usada como um critério isolado, pois neste tipo de validade não são conferidas propriedades de medida (PASQUALI, 1997; OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

O maior desafio nesse estudo foi a validação com juízes em designer gráfico, pois é difícil acatar diversas opiniões sobre um mesmo aspecto e obter uma concordância positiva. Esse momento foi essencial para a qualidade do material construído em que, com a versão reformulada, houve um aumento em todos os IVC individuais e no global. As sugestões dadas por esses profissionais tornaram a cartilha mais atrativa, clara e compactada, o que reflete diretamente no interesse em ler o material.

É fundamental avaliar o resultado do uso dos materiais educativos para conhecer o papel que esses materiais efetivamente desempenham na comunicação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Existem dois procedimentos de avaliação que podem ser considerados para o material impresso: um pré-teste aplicado durante o processo de produção, para se conhecer a percepção e interpretação das informações pelos sujeitos receptores; e uma avaliação da eficiência durante o seu uso, destinada a analisar o comportamento dos indivíduos em relação ao material (KUBOTA et al., 1980; FREITAS; REZENDE FILHO, 2011). Com relação à validação com os pacientes, os mesmos aceitaram e relataram que o material era o que estava faltando no serviço de saúde e que é essencial para a resolução de dúvidas indica que a cartilha pode ser divulgada e utilizada por todos que possuem interesse na cirurgia bariátrica.

É importante a participação ativa dos sujeitos nos processos de desenvolvimento dos materiais e na avaliação dos mesmos, já que isto seria parte de uma abordagem que coloca os materiais a serviço da autonomia do paciente no cuidado (OLIVEIRA et al., 2007). Porém, apesar da cartilha “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável” conter as informações de todo o processo perioperatório, é necessário a presença do profissional de

saúde para mediar conhecimento transmitido e clarificar as dúvidas, direcionando a estratégia educativa de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Assim, os materiais educativos, sozinhos, não trazem a solução dos problemas. É preciso que esses materiais sejam incorporados como materiais de apoio e pontos de partida para o desenvolvimento de um trabalho baseado em encontros eficazes entre profissionais de saúde e população, com a finalidade de debater os problemas levantados e encontrar soluções (FRACOLLI; CHIESA, 2010).

O uso de materiais educativos deve ser visto também como complemento a outras práticas educativas. Deve-se, sempre, complementar a distribuição do material com orientações sobre seu conteúdo. A educação em saúde representa um processo, portanto, utilizar somente um material educativo não garante bons resultados. Qualquer material educativo utilizado isoladamente resultará na pouca validade para a ação educativa (KUBOTA et al., 1980; FREITAS; REZENDE FILHO, 2011).

O ideal é que não seja somente entregue o material impresso, mas que a comunicação entre a enfermagem, o paciente e a família seja eficiente, com trocas de experiências entre os mesmos, nos quais os participantes sejam ativos no processo de construção de seus conhecimentos. Portanto, esta iniciativa deve estar inserida em um contexto maior de educação em saúde, possibilitando um *continuum* da assistência em saúde (FONSECA et al., 2011).

Infer-se também que as ações, materiais e estratégias educativas não devem se limitar ao aspecto meramente cognitivo. Devem possibilitar a instauração de um processo reflexivo que envolva os significados, sentimentos, medos e desejos dos receptores, que potencialize as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (NOGUEIRA; MODENA; SCHALL, 2009).

Portanto, o material educativo surge como favorecedor da prática de educação em saúde. O enfermeiro como educador deve apropriar-se dessas tecnologias afim de facilitar a aprendizagem do paciente, envolvendo-o no processo educativo, por meio de uma relação dialógica, onde ambos os saberes se fazem presente com o intuito de empoderá-lo para a promoção e manutenção da saúde e prevenção das doenças. Em particular, destaca-se a atuação do enfermeiro junto aos pacientes obesos e submetidos à cirurgia bariátrica visando o conhecimento do seu cotidiano, dos obstáculos para a adoção de um estilo de vida saudável e o estabelecimento de estratégias que promovam uma melhor qualidade de vida e a adesão às orientações fornecidas.

CONCLUSÃO

Construiu-se a cartilha educativa “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável” baseada em informações obtidas na revisão integrativa, na busca em *blogs*, realização de grupos focais e na opinião de profissionais de saúde com experiência em cirurgia bariátrica.

Na revisão integrativa, foram selecionados 17 artigos. A maioria dos estudos foram elaborados por enfermeiros e publicados em periódicos da enfermagem no período de 2003 a 2013. Houve destaque para o estudo de natureza descritiva com nível de evidência VI, sendo necessário um maior comprometimento dos enfermeiros na realização de estudos sobre a temática da cirurgia bariátrica com maior rigor metodológico. Vale ressaltar ainda que os estudos tinham como objetivo contribuir para o aumento do conhecimento do enfermeiro sobre a obesidade, a cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório.

A busca de informações em *blogs* permitiu um vasto conhecimento sobre diversas temáticas que envolvem a realização da cirurgia bariátrica. Observou-se que o maior foco das dúvidas entre os internautas é em relação ao pós-operatório e que o acompanhamento da perda de peso de outras pessoas por intermédio do ambiente virtual motiva indivíduos obesos a buscarem também esse tratamento para o controle do peso. Dentre os assuntos mais comentados, destaca-se as fases da dieta, a perda de peso, o efeito platô, a queda de cabelo, a síndrome de *Dumping* e a ocorrência de deficiências nutricionais.

Nos grupos focais, os enfoques temáticos foram diferentes. Com os pacientes do pré-operatório, emergiram relatos sobre os prejuízos causados pela obesidade e a esperança em realizar logo a cirurgia. Os participantes relataram dúvidas e medos principalmente sobre o centro cirúrgico e o surgimento de complicações. Quanto ao grupo do pós-operatório, os sujeitos relatavam mais sobre o seu atual bem-estar e os benefícios obtidos com o procedimento cirúrgico. Em ambos os grupos, houve o destaque para o acompanhamento com a equipe multiprofissional.

Pertinente à participação, na construção da cartilha, dos profissionais de saúde que atuam na área da cirurgia bariátrica, verificou-se que os principais assuntos a serem orientados são sobre riscos e benefícios do procedimento cirúrgico, papel da equipe multiprofissional, o processo perioperatório e a indicação cirúrgica, as fases da dieta, as mudanças no estilo de vida, as possíveis complicações e o apoio familiar.

Após a construção, o material educativo foi submetido ao processo de validação do conteúdo e da aparência com profissionais de saúde, designers gráficos, candidatos à cirurgia bariátrica e pacientes já submetidos ao procedimento cirúrgico, a qual obteve excelentes IVC globais em cada etapa. As contribuições feitas possibilitaram o aprimoramento da cartilha

educativa, sendo a mesma vista como um material válido, relevante e inovador que tem como objetivo orientar sobre a cirurgia bariátrica e motivar a adoção de hábitos saudáveis e a adesão ao tratamento.

A primeira versão da cartilha foi submetida ao processo de validação por 47 juízes de conteúdo (profissionais de saúde) e 11 juízes técnicos, a qual foi aprovada por 55,3% (26) dos juízes de conteúdo e aprovada com modificações por 44,7% (41). Após as reformulações solicitadas na primeira versão, a cartilha foi aprovada por 83% (39) e 17% (8) aprovaram cartilha com novas modificações a serem realizadas. O IVC global passou de 0,88 para 0,97 entre as avaliações, tendo a cartilha obtido o padrão-ouro ao final da validação de conteúdo.

Quanto aos juízes técnicos, na primeira avaliação, 72,7% (8) juízes aprovaram a cartilha com modificações e 27,3% (3) classificaram como aprovada. Com a segunda avaliação, a cartilha foi aprovada por 63,6% (7) e 36,4% (4) dos juízes aprovaram com modificações. O IVC global, na validação com designers, passou de 0,73 na primeira fase para 0,91, estando o material adequado para ser utilizado.

Diante das considerações feitas pelos juízes de conteúdo e técnicos, a segunda versão da cartilha foi submetida à validação de aparência com a população-alvo em que 48 pacientes do pré-operatório e 23 do pós-operatório avaliaram a cartilha, a qual teve 100% de aprovação entre os indivíduos, sendo considerada um material educativo de tema relevante, claro e compreensível. No grupo do pré-operatório, o IVC global foi de 0,99 enquanto que, no pós-operatório, o IVC global foi de 0,95.

Atualmente, a cirurgia bariátrica é vista como o tratamento mais eficaz para a redução e o controle da obesidade. Entretanto, a sua realização remete à um preparo minucioso feito por uma equipe multiprofissional em que o candidato deve ter acesso à todas as informações sobre o procedimento cirúrgico como técnicas, indicações, riscos, benefícios, complicações e os cuidados necessários.

Devido ao impacto negativo no estado biopsicossocial que a obesidade traz para a vida de quem possui essa doença, a cirurgia bariátrica se apresenta como um processo complexo em que todas essas informações necessárias se apresentam em uma infinidade de cuidados, sendo realmente difícil a assimilação. Dispor de um material educativo que permita a consulta periódica para a resolução de dúvidas e reforce as informações orais recebidas durante as consultas com os profissionais de saúde pode ser de extrema utilidade para esses indivíduos durante o preparo para a cirurgia e no pós-operatório.

Nesse sentido, cuidar de indivíduos obesos que buscam tratamentos, tanto na atenção primária como em níveis mais complexos, para reduzir o peso e melhorar o estado de saúde e

a qualidade de vida nos faz refletir sobre a importância de olhar para essas pessoas de forma humanizada, holística e individualizada. Conhecer a história de quem estamos cuidando, as implicações da obesidade no seu cotidiano, as motivações para a realização da cirurgia bariátrica e as dúvidas sobre o procedimento é essencial para uma assistência de boa qualidade e para o conhecimento das necessidades de informações dessa população e o foco das intervenções educativas.

Possibilitar o acesso à informações por intermédio de um material educativo favorece uma prática educativa mais dinâmica que permita o aprendizado e contribua para as mudanças de comportamento, as quais são necessárias para a obtenção e manutenção de bons resultados ao longo do pós-operatório da cirurgia bariátrica. Assim, espera-se que o material educativo contribua para uma melhor vivência desses indivíduos, promovendo, assim, uma vida mais saudável com a participação ativa na tomada de decisão sobre as melhores condutas para o alcance da perda de peso, da melhora das condições clínicas, do bem-estar, da autoestima e da redução dos riscos de desenvolvimento de complicações ou ganho de peso.

Vale ressaltar que o seu uso durante as práticas educativas favorece o diálogo entre o profissional de saúde, o paciente e o familiar em que há a possibilidade de fornecer novos conhecimentos e instigar o paciente e seu familiar a realizar questionamentos sobre as condutas informadas, favorecendo o princípio da autonomia e a capacitação desses indivíduos. Assim, apresenta-se a cartilha educativa “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável.” como uma tecnologia baseada em linguagem simples, layout atraente e conteúdo baseado nas necessidades de informações de indivíduos que optaram pela cirurgia bariátrica, podendo ser uma ferramenta a ser utilizada na educação em saúde por qualquer profissional envolvido na equipe da cirurgia bariátrica.

As etapas descritas na construção foram favoráveis para a elaboração do conteúdo, podendo ser aplicadas em outros estudos que visem a construção de materiais educativos. O uso da técnica Delphi com os juízes em cirurgia bariátrica favoreceu um maior envolvimento desses participantes na avaliação da cartilha educativa, pois, ao receberem a primeira versão do material, os profissionais tinham a curiosidade de verificar se o conteúdo proposto havia sido incluído. Com a versão reformulada da cartilha, os indivíduos se sentiam mais motivados a contribuir com o aperfeiçoamento do material.

A participação dos pacientes com os grupos focais foi de extrema importância para a definição dos conteúdos e das estratégias que estimulem a leitura do material educativo. As contribuições dadas pela população-alvo serviram como norteamento para a construção de um material educativo que se adequasse às necessidades de informação desses indivíduos sobre o

tratamento escolhido, permitindo o conhecimento das expectativas, medos e angústias associados à cirurgia bariátrica.

Inferese também que a busca nos *blogs* é vista como uma ação positiva que fornece informações viáveis sobre o universo da cirurgia bariátrica, sendo necessário o aumento da inclusão dos profissionais de saúde nesse ambiente virtual. Realizar pesquisas hoje com o auxílio da internet e tecnologias da informação e comunicação já é uma realidade no cenário internacional e nacional, devendo a enfermagem inserir-se também nesse movimento em busca de melhorar a sua prática e a sua assistência aos indivíduos.

Destaca-se aqui a importância do enfermeiro na educação do paciente e dos familiares com o intuito de intervir, capacitar e empoderar esses indivíduos. É preciso que esses pacientes sejam sensibilizados sobre a sua importância como protagonista ativo no seu plano de cuidados e responsável pela identificação de suas necessidades e pelo seu autocuidado em busca de uma melhor qualidade de vida. Além disso, deve haver o reforço contínuo sobre a importância do acompanhamento com a equipe multiprofissional para que os resultados obtidos pela cirurgia bariátrica sejam constantemente avaliados, o que pode favorecer a identificação precoce de obstáculos na adaptação ao novo estilo de vida e o surgimento de complicações.

Promover saúde de obesos e de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica coloca em questão a indispensabilidade de se estabelecer estratégias que visem melhorar o cuidado destinado à esses indivíduos e contribuir para o bem-estar dos mesmos. Considera-se também essencial a implementação de intervenções para as pessoas que ainda estão no pré-operatório para controlar a obesidade e reduzir os riscos associados à essa doença, pois a espera para a realização da cirurgia é variável, podendo durar anos, o que aumenta os riscos de morbimortalidade dessa população.

Existem poucas pesquisas sobre a temática realizadas por enfermeiros, o que alerta para a necessidade de um maior envolvimento da classe com essa população, pois considera-se que, com o crescente aumento do número de cirurgias bariátricas em todo mundo, cuidar de um paciente submetido à cirurgia bariátrica será algo comum na assistência de qualquer profissional da área de enfermagem, sendo primordial que o mesmo tenha conhecimento sobre os tratamentos da obesidade e os cuidados de enfermagem ao paciente que busca a cirurgia bariátrica.

Acredita-se que apenas com a construção de um material educativo, o problema existente não será solucionado. No entanto, os resultados obtidos nesse estudo podem contribuir para a adoção de práticas educativas que visem a utilização do material educativo

no preparo dos candidatos à cirurgia bariátrica, podendo também servir como apoio para os pacientes que já se submeteram ao procedimento para a resolução de dúvidas e aumento do conhecimento sobre cada fase do tratamento.

Considera-se que o produto construído pode servir também para familiares e profissionais de saúde que trabalham com a temática ou que desconhecem sobre o assunto tendo em vista que o seu conteúdo aborda as principais informações sobre a cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório, sendo uma fonte confiável de informação. Nesse sentido, a expectativa é que a cartilha construída seja disponibilizada, divulgada e utilizada pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde, sendo um instrumento que possibilita a promoção da saúde, o desenvolvimento de habilidades e o favorecimento da autonomia e do empoderamento. Espera-se, ainda, que parcerias com instituições e redes de colaboradores possam vir a acontecer para favorecer a divulgação do material elaborado.

Sugere-se a realização de outros estudos que visem implementar a cartilha educativa nas consultas como um método auxiliar ao fornecimento de informações sobre a cirurgia e os cuidados necessários, bem como avaliar se a tecnologia educativa possibilita realmente o aprendizado, se promove a mudança de comportamento desejada e se o conteúdo disponível estimula a busca do material para a resolução de dúvidas e favorece a adesão ao tratamento e o acompanhamento no pós-operatório.

Como limitação do estudo, destaca-se a falta de recursos financeiros para obter os artigos indisponíveis encontrados na revisão integrativa; a diferença no número de pacientes do pré e pós-operatório que participaram da etapa da validação devido a indisponibilidade de tempo para realizar a coleta em mais dias de consulta com indivíduos que já realizaram a cirurgia bariátrica e a impossibilidade de tempo em promover um feedback do material construído para os participantes do grupo focal a partir de um novo encontro, o que seria ideal para validar se as considerações feitas para a construção foram contempladas e identificar os pontos positivos e negativos da cartilha bem como a aceitação dos personagens e do mascote e também do conteúdo proposto.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, R. Z. et al. Experiência brasileira inicial em cirurgia da obesidade robô - assistida. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 25, n.1, p. 33-35, 2012.
- ABIR, F.; BELL, R. Assessment and management of the obese patient. **Critical Care Medicine**, v. 32 (Supl 4), p.87-91, 2004.
- AFTAB, H. et al. Five-year outcome after gastric bypass for morbid obesity in a Norwegian cohort. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 10, n. 1, p. 71–78, 2014.
- AGRA, G.; HENRIQUES, E. R. M. Vivência de mulheres que se submetem à gastroplastia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 982-992, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a24.htm>>. Acesso em: 20 out. 2014.
- AILLS, L. et al. ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.4 (Supl.5), n.1, p.73-108, 2008.
- AKAMINE, A. M.B.C.; ILIAS, E. J. Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.59, n.4, p. 316-317, 2013.
- ALAMI, R. S. et al. Is there a benefit to preoperative weight loss in gastric bypass patients? A prospective randomized trial. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.3, n.2, p.141-145, 2007.
- AL-BENNA, S. Perioperative management of morbid obesity. **Journal of Perioperative Practice**, v. 21, n.7, p.225-233, 2011.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, G. N. et al. Aspectos psicossociais em cirurgia bariátrica: a associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 24, n. 3, p. 226-231, 2011.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 319- 325, 2011.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.1, p.39-52, 2005.
- ARMSTRONG, C. ACOG Guidelines on Pregnancy After Bariatric Surgery. **American Family Physician**, v.81, n.7, p.905-906, 2010.
- ARTERBUR, D. E. Randomized Trial of a Video-Based Patient Decision Aid for Bariatric Surgery. **Obesity**, v. 19, n. 8, p. 1669–1675, 2011.

- BAILLOT, A. Feasibility and Impacts of Supervised Exercise Training in Subjects with Obesity Awaiting Bariatric Surgery: a Pilot Study. **Obesity Surgery**, v. 23, n. 7, p. 882-891, 2013.
- BALDUF, L. M. et al. The impact of socioeconomic factors on patient preparation for bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v. 19, n. 8, p. 1089-1095, 2009.
- BANICEK, J.; BUTCHER, D. Acute pain management following Roux-en-Y gastric bypass surgery. **Nursing Standard**, v. 25, n. 18, p. 35-40, 2011.
- BARBOSA, R. C. M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. 2008. 155 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- BARBOSA, S. M. et al. Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 26-34, 2011.
- BACELAR, B. M. F. et al. **Metodologia para elaboração de cartilhas em projetos de educação ambiental em micro e pequenas empresas**. Recife (PE): Jepex; 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BAREFOOT, L. C.; NADLER, E. P. Nursing care of the adolescent patient undergoing laparoscopic sleeve gastrectomy. **Bariatric Nursing and Surgical Patient Care**, v. 7, n.3, p. 116-120, 2012.
- BARRA, D. C. C., et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n.3, p. 422-430, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em 10 jun 2013.
- BARROS, L. M. et al., 2013. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 7, n. 5, p. 1365-1375, 2013.
- BARROS, B. R.; SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Knowledge of Internet-using patients about the perioperative period of orthognathic surgery. **Journal of Nursing Education and Practice**, v.3, n.12, p.93-102, 2013.
- BARROS, E. J. L., et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n.3, p. 95-101, 2012.
- BARTH, M. M.; JENSON, C. E. Postoperative nursing care of gastric bypass patients. **American Journal of Critical Care**, v. 15, n. 4, p. 378-387, 2006.
- BASTABLE, S. B. **O Enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BATSIIS, J. A. et al. Self-efficacy after bariatric surgery for obesity. A population-based cohort study. **Appetite**, v. 52, n.3, p.637-645, 2009.
- BEEBE, D. S. et al. Surgery for obesity: India versus USA - a snapshot perioperative care comparison at two centers. **Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology**, v.26, n.2, p. 157-161, 2010.
- BEIN, B; SCHOLZ, J. Anaesthesia for adults undergoing non-bariatric surgery. **Best Practice & Research. Clinical Anesthesiology**, v. 25, n.1, p.37-51, 2011.

BELELI, C. A. V. et al. Fatores preditivos na perda ponderal de pacientes submetidos ao Bypass Gástrico em Y de Roux. **Bariátrica e Metabólica Ibero-Americana**, v.1, n.1, p.16-23, 2011.

BENAIGES, D. et al. Sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass are equally effective in correcting insulin resistance. **International Journal of Surgery**, v. 11, n. 4, p.309-313, 2013.

BLACKWOOD, B. S. Obesity: a rapidly expanding challenge. **Nursing Manage**, v.35, n.5, p.27-35, 2004.

_____. Help your patient downsize with bariatric surgery. **Nursing**, v. 35, n. 9, p.4-9, 2005.

BLAKE, H. Computer-based learning objects in healthcare: the student experience. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, v.7, n.1, p.1-15, 2010.

BLAND, C. M. et al. Hypertension and diabetes mellitus medication management in sleeve gastrectomy patients. **American Journal of Health System Pharmacy**, v. 70, n.12, p. 1018-1020, 2013.

BOCK-LOPEZ, M. Hope for the morbidly obese. **RN**, v. 64, n. 12, p. 56-56, 2001.

BORDALO, L. A. et al. Cirurgia bariátrica: como e por que suplementar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.57, n.1, p. 113-120, 2011.

BRANCO-FILHO, A. J. et al. Tratamento da obesidade mórbida com gastrectomia vertical. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 24, n. 1, p. 52-54, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 dez 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

_____. **Lei n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**: altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília (DF); 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília (DF); 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Elaboração de material didático impresso para programas de formação a distância**: orientações aos autores. Brasília(DF):EAD/ENSP/FIOCRUZ; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. 1. Ed. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRETHAUER, S.; CHAND, B.; SCHAUER, P. R. Risks and benefits of bariatric surgery: Current evidence. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 73, n. 11, p. 993-1008, 2006.

BREZNIKAR, B.; DINEVSKI, D. Bariatric surgery for morbid obesity: pre-operative assessment, surgical techniques and post-operative monitoring. **The Journal of International Medical Research**, v.37, n.5, p.1632-1645, 2009.

BUCHWALD, H. Consensus Conference Statement: Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.1, n. 3, p. 593-604, 2005.

BUCHWALD, H. et al. Management of the metabolic/bariatric surgery patient. **The American Journal of Medicine**, v.124, n.12, p.1099-1105, 2011

CAETANO, J. A.; PACLIUCA, L. M. F. Cartilha sobre autoexame ocular para portadores do HIV/AIDS como tecnologia emancipatória: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.2, p.214-219, 2006.

CAFÉ, M. **Manual do paciente no pós-operatório**. Disponível em: <http://www.institutomarciocafe.com.br/upload/1014105042_245136_217562.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

CALLEGARO, G. D. et al. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 3, p. 132-142, 2010.

CAMACHO, A. et al. Validation of information booklet about the elderly with dementia: an observational-transversal study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n.1, p.145-61, 2013.

CARRASCO, N. et al. Propuesta y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso: Año 2004. **Revista Médica de Chile**, v.133, n.6, p. 693-698, 2005.

CARVALHO, M. A. P. **Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo**. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular em saúde. Brasília; 2007. p. 91-101.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Suppl 2, p. 1029-1040, 2008.

CASSIE, S. et al. Effect of preoperative weight loss in bariatric surgical patients: a systematic review. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.7, n.6, p.760-767, 2011.

CASTRO, A. N. P.; LIMA JR, E. M. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v.13, n.2, p.103-123, 2014.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009.

CENEVIVA, R. et al. Evidências e dúvidas sobre o tratamento cirúrgico do diabetes tipo 2. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 44, n. 4, p. 402-413, 2011.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. **A educação em saúde na prática do programa saúde da família**. In: Ministério da Saúde (Br). Manual de enfermagem: programa saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 34-42.

CHRISTOFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n. 1, p. 14-22, 2009.

CHRISTOU, N. V.; LOOK, D.; MACLEAN, L. D. Weight Gain After Short- and Long-Limb Gastric Bypass in Patients Followed for Longer Than 10 Years. **Annals of Surgery**, v. 244, n.5, p.734-740, 2006.

CLUTTS, B. J. Recognition and management of complications following Roux-en-Y gastric bypass: a guide for health care workers in non-bariatric hospitals. **Medsurgical Nursing**, v.18, n.6, p. 335-341, 2009.

CONCEIÇÃO, E. et al. The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. **Eating Behaviors**, v.15, n.4, p.558-562, 2014a.

_____. What is “grazing”? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes, and proposing a standardized definition. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 10, n. 5, p. 973-982, 2014b.

CORREA, A. A.; SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L. Biblioterapia como tecnologia de cuidado de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Saúde & Transformação Social**, v.4, n.1, p.39-46, 2013.

CORRÊA, J. **Educação à distância**: orientações metodológicas. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CORRÊA, E. F. **Gêneros textuais no contexto digital & Educacional**. 2011.LAEL - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www3.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/cd/Port/44.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

COSTA, J. B. et al. Proposta educacional *on-line* sobre úlcera por pressão para alunos e profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.5, p. 607-611, 2009.

COSTA, R. C. N. C. et al. Outcomes on quality of life, weight loss, and comorbidities after roux-en-y gastric bypass. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 51, n.3, p. 165-170, 2014.

CRANWELL, J.; SEYMOUR-SMITH, S. Monitoring and normalising a lack of appetite and weight loss. A discursive analysis of an online support group for bariatric surgery. **Appetite**, v.58, n.3, p.873-881, 2012.

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

DALKEY, N. C. **The Delphi method**: an experimental study of group opinion. Santa Monica (CA): Rand Corporation, 1969.

- DEMARIA, E. J. Bariatric surgery for morbid obesity. **New England journal of medicine**, v. 356, n.21, p. 2176-2183, 2007.
- DEMARIA, E.J. ; CARMODY, B. J. Perioperative management of special populations: Obesity. **Surgical Clinics of North America**, v. 85, v. 6, p. 1283-1289, 2005.
- DEMIR, F.; OZSAKER, E.; ILCE, A. O. The quality and suitability of written educational materials for patients. **Journal of Clinical Nursing**, v.17, n.2, p.259-265, 2008.
- DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação e Sociedade: Estudos** (João Pessoa), v. 10, n. 2, p.141-158, 2000.
- DIB, V. **Cirurgia Bariátrica – desvendando os mistérios**. Disponível em: <http://www.sergioarruda.com.br/pdf/Anexo_1_MANUAL_PACIENTE.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- DIXON, J. B. et al. Motivation, readiness to change, and weight loss following adjustable gastric band surgery. **Obesity**, v.17, n.4, p.698-705, 2009.
- DOAK, C. C.; DOAK, G. L.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skill**. 2.ed. Philadelphia (PA/USA): Lippincott; 1996.
- DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIÁ, M. O. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.2, p.225-230, 2012.
- DRAKE, J. D. et al. Postoperative Nursing Care of Patients after Bariatric Surgery. **Perspectives**. v. 6, n. 4, p.5-8, 2006.
- DUTRA, C. M. P.; COELHO, M. J. Implante de valva mitral mecânica: reflexões para cuidar e os cuidados de clientes após a alta hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n.2, p. 309-315, 2006.
- DYSON, P. A. A review of low and reduced carbohydrate diets and weight loss in type 2 diabetes. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v.21, n.6, p.530-538, 2008.
- EATON, L. et al. On-line bariatric surgery information session as effective as in-person information session. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.8, n.2, p. 225-229, 2012.
- ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.5, p. 754-757, 2005.
- EDWARD, G. M. et al. Information gain in patients using a multimedia website with tailored information on anaesthesia. **British Journal of Anaesthesia**, v.106, n.3, p. 319-324, 2011.
- ELDAR, S. et al. A focus on surgical preoperative evaluation of the bariatric patient--the Cleveland Clinic protocol and review of the literature. **Surgeon**, v.9, n.5, p.273-277, 2011.
- ENDEVELT, R. et al. The role of dietician follow-up in the success of bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 9, n. 6, p.963-968, 2013.
- ETTINGER, J. **Cirurgia da obesidade: manual do paciente. 2009**. Disponível em: <<http://www.ettinger.med.br/wp-content/uploads/2009/06/Manual-do-paciente-Cirurgia-bariatrica-Ettinger.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

- FARO, A. C. M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.31, n.1, p. 259-273, 1997.
- FAVRETTI, F.; O'BRIEN, P. E.; DIXON, J. B. Patient management after LAP-BAND placement. **American Journal of Surgery**, v.184, n.6, p.38-41, 2002.
- FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHSON, P. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: precedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations**. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-57.
- FEIJAO, A. R.; GALVAO, M. T. G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 8, n. 2, p. 41-49, 2007.
- FELDMAN-STEWART, D.; BRENNENSTUHL, S.; BRUNDAGE, M. D. A purpose-based evaluation of information for patients: approach to measuring effectiveness. **Patient Education and Counseling**, v. 65, n. 3, p. 311-319, 2007.
- FELIX, L. G. **Protocolo de orientação para o autocuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro**. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.
- FELIX, L. G.; SOARES, M. J. G. O.; NOBREGA, M. M. L. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.1, p. 83-91, 2012.
- FELIX, L. G.; SOARES, M. J. G. O.; NOBREGA, M. M. L. O Processo de enfermagem fundamentado na teoria do autocuidado de Orem a um paciente submetido à cirurgia bariátrica. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 3, n. 4, p. 26-34, 2009.
- FERECINI, G. M. et al. Perceptions of mothers of premature babies regarding their experience with a health educational program. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.3, p.250-256, 2009.
- FERRAZ, E. M.; MARTINS FILHO, E. D. M. Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. **Einstein**, v. 4, n.1, p.71-72, 2006.
- FOBI, M. A. Surgical treatment of obesity: a review. **Journal of the National Medical Association**, v. 96, n. 1, p. 61-75, 2004.
- FONSECA, L. M. M. et al. Avaliação clínica do prematuro: opinião dos estudantes de enfermagem acerca de um software educacional. **Ciencia y Enfermería**, v.18, n.2, p. 83-91, 2012.
- FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p.65-75, 2004.
- FONSECA, L. M. M. et al. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para Enfermagem pediátrica e neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 190-196, 2011.

- FONSECA, L. M. M. et al. Evaluation of an educational technology regarding clinical evaluation of preterm newborns. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n.1, p. 363-370, 2013.
- FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. A percepção das famílias sobre a cartilha “toda hora é hora de cuidar”. **O mundo da saúde**, v.34, n.1, p.36-42, 2010.
- FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de Pesquisa para Internet**. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- FRANCO, J. V. A. et al. A Review of Studies Comparing Three Laparoscopic Procedures in Bariatric Surgery: Sleeve Gastrectomy, Roux-en-Y Gastric Bypass and Adjustable Gastric Banding. **Obesity Surgery**, v.21, n.9, p.1458-1468, 2011.
- FRANK, P.; CROOKES, P. F. Short- and Long-Term Surgical Follow-Up of the Postbariatric Surgery Patient. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 39, n.1, p.135-146, 2010.
- FREITAS, A. A. S.; CABRAL, I. E. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 84-89, 2008.
- FREITAS, A.; COELHO, M. O processo saúde/doença/cuidado e o uso da cartilha educativa pelo paciente de traqueostomia de urgência. In: Paper presented at (2009) 16º Pesquisando em Enfermagem, 16, 2009, Rio de Janeiro (RJ). **Anais do 16º Pesquisando em Enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ-RJ, 2009. Disponível em: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=558&cf=>. Acesso em 10 out 2013.
- FREITAS, F. V.; REZENDE FILHO, L. A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface (Botucatu)**, v.15, n.36, p. 243-256, 2011.
- FRIED, M. et al. Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v.24, n.1, p.42-55, 2014.
- FURTADO, C. R. Procedure and outcomes of Roux-en-Y gastric bypass. **British Journal of Nursing**, v. 19, n. 5, p. 307-313, 2010.
- GAGNÉ, R. M. **Princípios essenciais da aprendizagem para o ensino**. Porto Alegre: Editora Globo; 1980.
- GAGNON, L. E.; SHEFF, E. J. K. Outcomes and Complications After Bariatric Surgery. **American Journal Nursing**, v. 112, n. 9, p. 26-36, 2012.
- GALLAGHER, S. Taking the weight off with bariatric surgery. **Nursing**, v.34, n.3, p.58-63, 2004.
- GARRIDO JR, A. B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 44, n. 1, p. 118, 2000.
- GARRUD, P.; WOOD, M.; STAINSBY, L. Impact of risk information in a patient education leaflet. **Patient Education and Counseling**, v. 43, n. 3, p. 303-306, 2001.
- GARZA, S. F. Bariatric weight loss surgery: patient education, preparation and follow-up. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 26, n.2, p.101-104, 2003.

GASS, M.; BEGLINGER, C.; PETERLI, R. Metabolic surgery-principles and current concepts. **Langenbecks Archives of Surgery**, v.396, n.7, p.949-972, 2011.

GENTIL, L. L. S. **Tecnologia educativa de cuidados para o pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica**: uma ferramenta para o paciente e família. 2013. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2013.

GHIASSI, S. et al. Short-term medication cost savings for treating hypertension and diabetes after gastric bypass. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 8, n.3, p.269-274, 2012.

GLATT, D.; SORENSON, T. Metabolic and bariatric surgery for obesity: a review. **The Journal of the South Dakota State Medical Association**, número especial, p. 57-62, 2011.

GOES FGB, LA CAVA AM. A concepção da educação em saúde do enfermeiro no Cuidado à criança hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n.1, p. 932-941, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a19.pdf> Acesso em 10 jun 2013.

GOLDSTEIN, N; HADIDI, N. Impact of Bariatric Pre-Operative Education on Patient Knowledge and Satisfaction with Overall Hospital Experience. **Bariatric Nursing and Surgical Patient Care**, v. 5, n.2, p. 137-144, 2010.

GONÇALES, M. B. et al. Teste de Papanicolaou: construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 20, p.39-44, 2008.

GONÇALVES, R. M. D. A. et al. A comunicação verbal enfermeiro-paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n.1, p. 27-34, 2011.

GOZZO, T. O. et al. Informações para a elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com câncer de mama. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.16, n.2, p. 306-311, 2012.

GREEN, N. Bariatric surgery: an overview. **Nursing Standard**, v. 26, n. 36, p. 48-56, 2012.

GRINDEL, M. E.; GRINDEL, C. G. Nursing care of the person having bariatric surgery. **Medsurgical Nursing**, v. 15, n. 3, p. 129-145, 2006.

GRIPPO, M. L. V. S.; FRACOLLI, L. A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.3, p. 430-436, 2008.

GROGAN, T. A. Liver transplantation: issues and nursing care requirements. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 23, n.3, p. 443-456, 2011.

GROVEN, K. S.; RÅHEIM, M.; ENGELSRUD, G. Dis-appearance and dys-appearance anew: Living with excess skin and intestinal changes following weight loss surgery, Medicine. **Health Care and Philosophy**, v.16, n.1, p. 507-523, 2013.

GUIMARÃES, J. A. G. A utilização do Grupo Focal como método de coleta dados em pesquisa qualitativa na saúde e na enfermagem. **NBC: Periódico do Núcleo Científico de Biociências**, v.2, n.3, p. 38-46, 2012.

- GÜMÜRDÜLÜ, G. et al. Long-term effectiveness of BioEnterics intragastric balloon in obese patients. **Turkish Journal of Gastroenterology**, v.24, n.5, p. 387-391, 2013.
- HAGER, C. Quality of life after Roux-en-Y gastric bypass surgery. **AORN Journal**, v.85, n.4, p. 768-778, 2007.
- HALAWI, A.; ABIAD, F.; ABBAS, O. Bariatric surgery and its effects on the skin and skin diseases. **Obesity Surgery**, v.23, n.3, p.408-413, 2013.
- HAMMAD, G. G. The state of the art in bariatric surgery for weight loss in the morbidly obese patient. **Clinics in Plastic Surgery**, v.31, n. 4, p.591-600, 2004.
- HANSON, D. Complications of weight loss surgery: implications for critical nursing. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v.16, n.1, p.553-558, 2004.
- HANSON, H. Complications of weight loss surgery: implications for critical care nursing. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 16, n. 4, p. 555-558, 2004.
- HARRINGTON, L. Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. **MEDSURG Nursing**, v.15, n.6, p. 357-363, 2006.
- HARTIN JR, C. W.; REMINE, D. S.; LUCKTONG, T. A. Preoperative bariatric screening and treatment of Helicobacter pylori. **Surgical Endoscopy**, v. 23, n.11, p.2531-2534, 2009.
- HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v.39, n.8, p.1423-1434, 2007.
- HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. Research guidelines for the Delphi survey technique. **Journal of Advanced Nursing**, v.32, n.4, p. 1008-1015, 2000.
- HATOUM, I. J. et al. Capacity for physical activity predicts weight loss after Roux-en-Y gastric bypass. **Obesity**, v.17, n.1, p.92-99, 2009.
- HAWN, K.; DOANE, A. Management of the surgical weight loss patient. **AAACN Viewpoint - American Academy of Ambulatory Care Nursing**, v. 33, n.2, p.6-9, 2011.
- HAYASHI, J. M.; GARANHANI, M. L. O cuidado perioperatório ao paciente ortopédico sob o olhar da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.2, p.208-216, 2012.
- HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**, v.7, n. 3, p. 238-247, 1995.
- HOFFMANN, T.; WORRALL, L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. **Disability and Rehabilitation**, v.26, n.19, p.1166-1173, 2004.
- HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Trad. Michael Shumidt Ducan e Ana Rita Peres. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- HYDOCK, C. A brief overview of bariatric surgical procedures currently being used to treat the obese patient. **Critical Care Nursing**, v.28, n.2, p.217-226, 2005.

IDE, P.; FARBER, E. S.; LAUTZ, D. B. Perioperative Nursing Care of the Bariatric Surgical Patient. **AORN Journal**, v.88, n.1, p.30-58, 2008.

IDE, P.; FITZGERALD-O'SHEA, C.; LAUTZ, D. B. Implementing a bariatric surgery program. **AORN Journal**, v.97, n.2, p.195-206, 2013.

ILIAS, E. J. Considerações sobre gravidez após cirurgia bariátrica: evidências atuais e recomendações. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.54, n.6, p. 475-475, 2008.

ILIAS, E. J. Quais as complicações mais frequentes da gastroplastia a Fobi-Capella? Como tratá-las? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 4, p. 365-366, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

ISHITANI, L. H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n. 1, p. 684-691, 2006.

ISTFAN, N. W. et al. Preoperative Weight Gain Might Increase Risk of Gastric Bypass Surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.7, n.2, p.157-164, 2011.

JACOBSEN, H. J. et al. High-volume bariatric surgery in a single center: safety, quality, cost-efficacy and teaching aspects in 2,000 consecutive cases. **Obesity Surgery**, v.22, n.1, p.158-166, 2012.

JENSEN, J. F. et al. Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study. **Journal of Advanced Nursing**, v.70, n.5, p.1138-1149, 2014.

JOHANSSON, K. et al. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. **Patient Education and Counseling**, v. 51, n. 3, p. 239-245, 2003.

JOHNSON, K. M. et al. Inner city care providers breast cancer screening knowledge: implications for intervention. **Journal of Community Health**, v.3, n.1, p.1-13,1998.

JOHNSON, J. L. The Health Care Institution as a setting for health promotion. In:POLAND, B. D.; GREEN, L. W.; ROOTMAN, I. **Settings for health promotion**: linking theory and practice. California: Sag Publications, 2000.

JONES, C. A. et al. Tackling health literacy: adaptation of public hypertension educational materials for an Indo-Asian population in Canada. **BMC Public Health**, v.11, n.24, p.1-28, 2011.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 249f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

_____. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013. 185f. Tese (Doutorado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

- JULIA, C. et al. Quality of life after Roux-en-Y gastric bypass and changes in body mass index and obesity-related comorbidities. **Diabetes & Metabolism**, v. 39, n. 2, p. 148-154, 2013.
- KAAFARANI, H. M.; SHIKORA, S. A. Nutritional support of the obese and critically ill obese patient. **The Surgical Clinics of North America**, v.91, n.4, p.837-855, 2011.
- KABAKOV, J. M.; KABAKOV, E.; CARUANA, J. A. Evaluation of Bariatric Centers of Excellence Web sites for functionality and efficacy. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 4, n. 1, p. 571-574, 2008.
- KAISER, K. A.; FRANKS, S. F.; SMITH, A. B. Positive relationship between support group attendance and one-year postoperative weight loss in gastric banding patients. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 7, n. 1, p. 89-93, 2011.
- KALARCHIAN, M. A. et al. Optimizing long-term weight control after bariatric surgery: a pilot study. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.8, n.6, p.710-715, 2012.
- KAPLUN, G. Material educativo: a experiência de aprendizado. **Comunicação & Educação**, v.9, n.27, p.46-60, 2003.
- KARIM, M.A.; et al. Utilization of hospital services by obese patients before and after bariatric surgery. **Surgery Today**, v. 43, n.3, p. 1-5, 2013.
- KARLSEN, T. I., et al. Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 11, n. 17, p. 1-10, 2013.
- KAVEEVIVITTHAI, C. et al. Enhancing Nursing Students' Skills In Vital Signs Assessment By Using Multimedia Computer-Assisted Learning With Integrated Content Of Anatomy And Physiology. **Nurse Education Today**, v.29, n.1, p.65-72, 2008.
- KAVERN, J.; WEBB, C. Focus groups as a tool for critical social research in nurse education. **Nursing Education**, v. 21, n. 4, p. 323-333, 2001.
- KAW, R. et al. Challenges in pulmonary risk assessment and perioperative management in bariatric surgery patients. **Obesity Surgery**, v.18, n.1, p.134-138, 2008.
- KAYO, E. K.; SECURATO, J. R. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, v. 1, n. 4, p. 51-61, 1997.
- KEHAGIAS, J. et al. Efficacy of sleeve gastrectomy as sole procedure in patients with clinically severe obesity (BMI ≤ 50 kg/m²). **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.9, n., 3, p.363-369, 2013.
- KHWAJA, H. A.; BONANOMI, G. Bariatric surgery: techniques, outcomes and complications. **Current Anaesthesia & Critical Care**, v. 21, n. 1, p. 31-38, 2010.
- KILGORE, T. R.; TICHANSKY, D. S.; MADAN, A. K. In patient pain management after laparoscopic gastric bypass. **Bariatric Nursing and Surgical Patient Care**, v.3, n.2, p.143-146, 2008.
- KIRK, J. K. et al. Restricted carbohydrate diets in patients with type 2 diabetes: a meta analysis. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 108, n. 1, p. 91-100, 2008.

KISSELER, H. J.; SETTMACHER, U. Bariatric Surgery to Treat Obesity. **Seminars in Nephrology**, v. 33, n. 1, p. 75-89, 2013.

KNUTSEN, I. R.; TERRAGNI, L.; FOSS, C. Empowerment and Bariatric Surgery: Negotiations of Credibility and Control. **Qualitative Health Research**, v.23, n.1, p.66-77, 2013.

KNUTSEN, I. R.; FOSS, C. Caught between conduct and free choice - a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patients. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 25, n. 1, p. 126-133, 2011.

KOLTZ, P. F. et al. Prospective assessment of nutrition and exercise parameters before body contouring surgery: optimizing attainability in the massive weight loss population. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v.125, n.4, p.1242-1247, 2010.

KOSHY, A. A.; BOBE, A. M.; BRADY, M. J. Potential mechanisms by which bariatric surgery improves systemic metabolism. **Translational Research**, v. 161, n. 2, p. 63-72, 2013.

KREFT, J. S. et al. Gastric bypass: post-operative complications in individuals with and without preoperative dietary guidance. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v.14, n.1, p.169-171, 2008.

KRUSE, M. H. L. et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 494-500, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>>. Acesso em 10 jun 2013.

KRUZIK, N. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. **AORN Journal**, v. 90, n. 3, p. 381-387, 2009.

KUBIK, J. F. et al. The impact of bariatric surgery on psychological health. **Journal of Obesity**, v. 2013, n.1, p. 1-5, 2013.

KUBOTA, N. et al. Avaliação de material educativo: adequação de quatro volantes sobre alimentação da criança de 0 a 12 meses de idade. **Revista de Saúde Pública**, v.14, n.1, p.101-22, 1980

KULUKULUALANI, M.; BRAUN, K. L.; TSARK, J. U. Using a participatory four-step protocol to develop culturally targeted cancer education brochures. **Health Promotion Practice**, v.9, n.4, p.344-355, 2008.

KURUBA, R.; KOCHE, L. S.; MURR, M. M. Preoperative assessment and perioperative care of patients undergoing bariatric surgery. **Medical Clinics of North America**, v.91, n.3, p.339-352, 2007.

KUSHNER, R.F.; RYAN, D.H. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: Clinical recommendations from systematic reviews. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v.312, n.9, p. 943-952, 2014.

LAKDAWALA, M. A. Comparison between the results of laparoscopic sleeve gastrectomy and laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in the Indian population: a retrospective 1 year study. **Obesity Surgery**, v. 20, n.1, p.1-6, 2010.

- LANDSBERGER, E. J.; GUREWITSCH, E. D. Reproductive implications of bariatric surgery: pre- and postoperative considerations for extremely obese women of childbearing age. **Current Diabetes Report**, v.7, n.4, p.281-288, 2007.
- LEAHEY TM. et al. When is the best time to deliver behavioral intervention to bariatric surgery patients: before or after surgery? **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.5,n.1, p. 99-102, 2009.
- LEEMAN, M. F. et al. The intra-gastric balloon for pre-operative weight loss in bariatric surgery: is it worthwhile? **Obesity Surgery**, v.23, n.8, p.1262-1265, 2013.
- LEITE, N. S. L.; CUNHA, S. R.; TAVARES, M. F. L. Empowerment das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico reflexiva freireana. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 1, p. 152-156, 2011.
- LEITE, V. B. E.; MANCUSSI, A. C. F. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.1, p.92-96, 2005.
- LEMANU, D. P. et al. Optimizing perioperative care in bariatric surgery patients. **Obesity Surgery**, v.22, n.6, p. 979-990, 2012.
- LEOPARDI, M. T.; DIAS, L. P. M.; NIETSCHE, E. A. Tecnologias em enfermagem: um saber em compromisso com a prática? In: Seminário Nacional Pesquisa em Enfermagem, 10., 1999, Gramado (RS). **Anais do 10º Seminário Nacional Pesquisa em Enfermagem**. Gramado (RS): ABEn-RS, 1999. p. 24-27.
- LESLIE, D.; KELLOGG, T. A.; IKRAMUDDIN, S. Bariatric surgery primer for the internist: keys to the surgical consultation. **The Medical Clinics of North America**, v.91, n.3, p. 353-381, 2007.
- LIER, H. et al. The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: A randomized controlled trial. **Patient Education and Counseling**, v. 87, n. 1, p. 336–342, 2012.
- LIMA, A. C. M. A. C. C. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV**. 2014. 136f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.
- LIMA, H. P. et al. Interfaces entre alcoolismo e promoção da saúde nas produções da pós-graduação stricto sensu brasileira. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 4, p. 190-199, 2010.
- LIMA, M. A. **Avaliação de uma cartilha virtual sobre autoexame ocular para portadores de HIV/AIDS**. 2011. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- LIVHITS, M. et al. Exercise following bariatric surgery: systematic review. **Obesity Surgery**, v. 20, n. 1, p. 657-665, 2010a.
- _____. Behavioral factors associated with successful weight loss after gastric bypass. **American Surgeon**, v. 76, n. 1, p. 1139–1142, 2010b.
- LOPES, C. M. M. 2013. 128f. **Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico**: construção e validação. Tese (Doutorado

em Enfermagem) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2013.

LOPES, M. V. O. **Validação de software educativo para auxílio ao ensino de sinais vitais.** 2001. 152f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International Journal Nursing Knowledge**, v. 23, n. 1, p. 134–139, 2012.

LOPES, P. C. S.; PRADO, S. R. L. A.; COLOMBO, P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.1, p. 73-78, 2010.

LOPES, T. O. **Aula expositiva dialogada e aula simulada: comparação entre estratégias de ensino na graduação em enfermagem.** 2012. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2012.

LÓPEZ, F. J.V. et al. Very low calorie diets in clinical management of morbid obesity. **Nutrición Hospitalaria**, v. 28, n.2, p. 275-285, 2013.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012.

MACHADO, I. E. et al. Fatores associados ao excesso de peso em adultos usuários de restaurantes populares em Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1367-1377, 2014.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde coletiva**, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

MAIA, N. M.; GOSSON, A. Cirurgia bariátrica e a saúde no Ceará. In: Congresso de Comunicação da Região Nordeste, 12., 2010, Campina Grande (PB). **Anais do XII Congresso de Comunicação da Região Nordeste.** São Paulo: Intercom, 2010. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/nordeste2010/expocom/EX23-0391-1.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. de 2012.

MAIA, T. F.; SILVA, L. F. O pé diabético de clientes e seu autocuidado: a enfermagem na educação em saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.9, v.1, p.95-102, 2005.

MANCINI, M.; SEGAL, A. **Tudo que você precisa saber antes de reduzir seu estômago.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

MANGANIELLO, A. **Orgulho de pai:** cartilha educativa para a promoção do envolvimento paterno na gravidez. 2012. 206f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2012.

MARIANO, M. R. **Desenvolvimento e avaliação de jogo educativo para cegos: acesso à informação sobre o uso de drogas psicoativas.** 2010. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MARTIN, M. et al. Socioeconomic disparities in eligibility and access to bariatric surgery: a national population-based analysis. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.6, n.1, p. 8-15, 2010.

MARTINS, A. K. L. et al. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.19, n.2, p.324-329, 2011.

MCKEE, J. S.; TASSINARI, S. Nutrition in bariatric surgery: the role of nursing in reducing liability. **Journal of Legal Nurse Consulting**, v.17, n.1, p. 7-11, 2006.

MCMAHON, M. M. Clinical management after bariatric surgery. Value of a multidisciplinary approach. **Mayo Clinic Proceedings**, v.81, Supl 10, p.34-45, 2006.

MEANY, G.; CONCEIÇÃO, E; MITCHELL, J. E. Binge eating, binge eating disorder, and loss of control eating: Effects on weight outcomes after bariatric surgery. **European Journal Eating Disorders Review**, v. 22, n.2, p. 87-91, 2014.

MELLO, B. S. et al. Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n.4, p. 95-101, 2010.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

MENDES, K. D. S. et al. Intervenção educativa para candidatos ao transplante de fígado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.21, n.1, p. 419-425, 2013.

MENDES, K.D.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDOZA, I. Y. Q.; PENICHE, A. C. G. Intervenção educativa sobre hipotermia: uma estratégia de ensino para aprendizagem em centro cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.4, p. 851-857, 2012.

MERLY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.6, p. 109-116, 2000.

MILLER, K. Obesity: Surgical options. **Best Practice and Research: Clinical Gastroenterology**, v. 18, n.6, p. 1147-1165, 2004.

Ministério da Saúde (BR). **Elaboração de material didático impresso para programas de formação a distância**: orientações aos autores. Brasília(DF):EAD/ENSP/FIOCRUZ; 2005.

MONIZ, P. A. F.; FERNANDES, A. M.; OLIVEIRA, L. Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória. **Revista de Enfermagem Referência**, v.3, n.5, p. 163-171, 2011.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

- MORAES, J. M.; CAREGNATO, R. C. A.; SCHNEIDER, D. S. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.2, p.157-164, 2014.
- MORALES, C. L. P. et al. Perioperative communication from the perspective of patients undergoing bariatric surgery. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 347-355, 2014.
- MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, n.2, p. 184-188, 2003.
- MOREIRA, M. F.; SILVA, M. I. T. Legibilidade no material educativo escrito para pacientes diabéticos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 4, n.2, p.1-5, 2005.
- MOURA, E. R. F. et al. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Revista de APS**, v. 11, n. 4, p. 435-443, 2008.
- MULLIGAN, A. et al. Best Practices for Perioperative Nursing Care for Weight Loss Surgery Patients. **Obesity Research**, v. 13, n. 2, p. 267-273, 2005.
- MULLIGAN, A. et al. Best Practices for Perioperative Nursing Care for Weight Loss Surgery Patients. **Obesity Research**, v. 13, n. 2, p. 267-273, 2005.
- MULLIGAN, K. et al. The effects of recombinant human leptin on visceral fat, dyslipidemia, and insulin resistance in patients with human immunodeficiency virus: associated lipotrophy and hypoleptinemia. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 94, n. 4, p. 1137-1144, 2009.
- MULLIGAN, K. et al. The effects of recombinant human leptin on visceral fat, dyslipidemia, and insulin resistance in patients with human immunodeficiency virus: associated lipotrophy and hypoleptinemia. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 94, n. 4, p. 1137-1144, Apr. 2009.
- NAVEZ, J. et al. Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass for Morbid Obesity: Comparison of Primary Versus Revisional Bypass by Using the BAROS Score. **Obesity Surgery**, 2014. Disponível em:
<http://download.springer.com/static/pdf/673/art%253A10.1007%252Fs11695-014-1473-x.pdf?auth66=1417993827_08206b734d85cea7ae335e18f6325673&ext=.pdf>. Acesso em 10 nov. 2014.
- NEFF, K.J.H.; LE ROUX, C.W. Bariatric surgery: A best practice article. **Journal of Clinical Pathology**, v. 66, n. 2, p. 90-98, 2013.
- NEGRÃO, R. J. S. **Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório**. 2006. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- NEGRÃO, R. J. S.; BIANCHI, E. R. F. Assistência de enfermagem no pós-operatório para pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Prática Hospitalar**, v. 10, n. 55, p. 151-153, 2008.
- NEIL, J. A. Perioperative Nursing Care of the Patient Undergoing Bariatric Revision Surgery. **AORN Journal**, v.97, n.2, p.210-229, 2013.
- NELIGAN, P. J.; WILLIAMS, N. Nonsurgical and surgical treatment of obesity. **Anesthesiology Clinics of North America**, v. 23, n.3, p.501-523, 2005.

- NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v.383, n.9945, p.766-781, 2014.
- NGUYEN, N. et al. A review of unmet needs in obesity management. **Obesity Surgery**, v.22, n.6, p.956-966, 2012.
- NGUYEN, N.T. et al. A Review of Unmet Needs in Obesity Management. **Obesity Surgery**, v.22, n.6, p. 956-966, 2012.
- NICOLETTI, C. F. et al. New look at nutritional care for obese patient candidates for bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.9, n.4, p.520-525, 2013.
- NIETSCHKE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.344-353, 2005.
- NIETSCHKE, E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem? Ijuí (RS): Unijuí; 2000.
- NOGUEIRA, M. A. A.; AZEREDO, Z. A.; SANTOS, A. S. Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n.4, p. 749-759, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a02.htm>>. Acesso em 10 jun 2013.
- NOGUEIRA, M., MODENA, C., SCHALL, V. Materiais educativos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e algumas considerações. **Revista Eletrônica de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde**, v.3, n.4, p.169-179, 2009.
- NORIA, S. F.; GRANTCHAROV, T. Biological effects of bariatric surgery on obesity-related comorbidities. **Canadian Journal of Surgery**, v.56, n.1, p.47-57, 2013.
- NUNES, J. et al. Promoting health in the hospital from the viewpoint of the nurse: descriptive-exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n.3, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2568/566>>. Acesso em 10 jun 2013.
- O'NEILL, T.; ALLAM, J. Anaesthetic considerations and management of the obese patient presenting for bariatric surgery. **Current Anaesthesia & Critical Care**, v.21, n.1, p.16-23, 2010.
- OCHNER, C. N. et al. Effect of preoperative body mass index on weight loss after obesity surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 9, n. 3, p. 423-427, 2013.
- OLIVEIRA, A. P. F. et al. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica atendidos em um hospital universitário do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 6, n. 35, p. 275-279, 2009.
- OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

- OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.
- OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008.
- OLIVEIRA, M. S. et al. Avaliação de manual educativo como estratégia de conhecimento para mulheres mastectomizadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, p.668-676, 2012.
- OLIVEIRA, M.S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: um estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa. 2006. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.
- OLIVEIRA, S. C.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. Ana Fátima Carvalho . Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 611-620, 2014.
- OLIVEIRA, V.L.B. et al. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.2, p.287-93, 2007.
- ORTEGA, J. et al. Recommendations for the peri-operative management of bariatric surgery patients: Results of a national survey. **Cirurgia Espanola**, v.90, n.6, p. 355-362, 2012.
- OWENS, T. M. Bariatric surgery risks, benefits, and care of the morbidly obese. **The Nursing Clinics of North American**, v. 41, n.2, p. 249-263, 2006.
- OWERS, C. E. et al. Perioperative Optimization of Patients Undergoing Bariatric Surgery. **Journal of Obesity**, v.2012, n.1, 1-6, 2012.
- PARKES, J.; SHEPPERD, S. Discharge planning from hospital to home. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, p. CD000313, 2000.
- PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. 2004. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
- PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília (DF): UnB; 1997.
- PASTORIZA, C. A.; GUIMARAES, S. M. Mudanças positivas no cotidiano dos pacientes submetidos à cirurgia de redução de estômago (Bariátrica). **Enfermagem Atual**, v.45, n.1, p. 18-24, 2008.
- PATRICIO, Z. M.; MARCELINO, L. F. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4767-4776, 2011.
- PAUL, S. Hospital Discharge Education for Patients with Heart Failure: What Really Works and What Is the Evidence? **Critical Care Nurse**, v.28, n.2, p. 66-82, 2008.

PERAZA, M. E. C. et al. Cirugía Bariátrica, Cirugía Colorrectal e Internet: ¿Pacientes (des)informados? **Index Enfermería**, v.18, n.4, p. 239-242, 2009.

PHILLIPS, F. Bariatric surgery drastic measures? **Practice Nurse**, v. 41, n.9, p.24-27, 2011.

PINHO, C. P. S. et al. Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores Associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2340-2350, 2011.

POGGETTO, M. T. D.; CASAGRANDE, L. D. R. Fui fazendo e aprendendo: temática de aprendizagem de clientes colostomizados e a ação educativa do enfermeiro. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v.7, n.1, p.28-34, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTIROLI, A. E. et al. Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric restrictive surgery in morbidly obese patients. **Obesity Surgery**, v.17, n.11, p.1492-1497, 2007.

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

PUPULIM, J.S.L. **Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida**. 2009. 222f. Tese (Doutorado)– Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.

QUIDLEY, A. M. et al. Perioperative management of bariatric surgery patients. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 71, n.15, p.1253-1264, 2014.

RAZERA, A. P. R. et al. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n.1, p.173-178, 2014.

REBERTE, L. M. **Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante**. 2008. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2008.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.1, p.101-108, 2012.

REDMAN BK. Patient adherence or patient self-management in transplantation: an ethical analysis. **Progress in Transplantation**, v. 19, n. 1, p. 90-94, 2009.

REIS, A. A. S. et al. Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 1, p.1055-1060, 2010.

REZENDE, L. et al. Risk factors for systemic hypertension in children. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 8, n. 8, p. 2611-2616, 2014.

RIBAS, S. A.; SILVA, L. C. S. Fatores de risco cardiovascular e fatores associados em escolares do Município de Belém, Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.3, p. 577-586, 2014.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RICKERS, L.; MCSHERRY, C. Bariatric surgery: nutritional considerations for patients. **Nursing Standart**, v.26, n.49, p.41-48, 2012.

RIGON, A. G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto & Contexto Enfermagem**, v.20, n.4, p. 812-817, 2011.

RODRIGUES, R. C. V.; PERES, H. H. C. Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem On-line. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p. 298-304, 2008.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas**. São Paulo: Atlas, 2007.

RONELLENFITSCH, U. et al. The effect of clinical pathways for bariatric surgery on perioperative quality of care. **Obesity Surgery**, v. 22, n. 5, p. 732-739, 2012.

RUBIN, J. P.; NGUYEN, V.; SCHWENTKER, A. Perioperative management of the post-gastric-bypass patient presenting for body contour surgery. **Clinics in Plastic Surgery**, v.31, n.4, p.601-610, 2004.

SÁ, N. N. B.; MOURA, E. C. Associação entre excesso de peso e hábito de fumar, Santarém, PA, 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, p. 636-645, 2009.

SALLES, P. S.; CASTRO, R. C. B. R. Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.1, p. 182-189, 2010.

SANDLIN, D. Perianesthesia nursing care considerations for laparoscopic adjustable gastric banding minimally invasive surgical patients. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v. 18, n. 4, p. 272-276, 2003.

SANTOS, A. T. et al. A história de pessoas com obesidade mórbida: uma experiência no sul do Brasil. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 109-113, 2010.

SANTOS, M. R. M.; SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n. spe, p. 78-85, 2012.

SANTOS, S. S. C.; LUIS, M. A. V. **A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico**. 2. ed. Goiânia: AB; 2002

SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A.; MOREIRA, G. A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial – uma tecnologia educativa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 92-98, 2009.

- SARNO, F.; CANELLA, D. S.; BANDONI, D. H. Mobile health e excesso de peso: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.35, n.5, p. 424-431, 2014.
- SARWER, D. B. et al. A pilot study investigating the efficacy of postoperative dietary counseling to improve outcomes after bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 8, n. 5, p. 561-568, 2012.
- SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.13, n.1, p. 242-251, 2012.
- SCARPARO, A. F.; FERRAZ, C. A. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.3, p. 302-305, 2008.
- SCHACHTER, L. Respiratory assessment and management in bariatric surgery. **Respirology**, v.17, n.7, p.1039-1047, 2012.
- SCHAUER, P.R.; SCHIRMER, B. D.; BRETHAUER, S. A. **Minimally Invasive Bariatric Surgery**. Springer, New York: 2007.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n.1, p.252-259, 2009.
- SCHLICHTING, S. **Almoço como momento terapêutico**: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas. 2004. 155f. Dissertação (Mestrado)– Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- SCORSOLINI-COMIN, F; SANTOS, M. A. The scientific study of happiness and health promotion: an integrative literature review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.18, n.3, p. 472-479, 2010.
- SERXNER, S. How readability of material affects outcomes. **Journal of Vascular Nursing**, v.18, n.3, p.97-101, 2000.
- SHANNON, C.;GERVASONI, A.;WILLIAMS, T. The bariatric surgery patient--nutrition considerations. **Australian Family**, v.42, n.8, p.547-552, 2013.
- SHEINER, E.;WILLIS, K.; YOGEV, Y. Bariatric surgery: impact on pregnancy outcomes. **Current Diabetes Report**, v. 13, n.1, p.19-26, 2013.
- SHIKORA, S. A.; KIM, J. J.; TARNOFF, M. E. Nutritional and gastrointestinal complications of bariatric surgery. **Nutrition and Clinical Practice**, v. 22, n.1, p.29-40, 2007.
- SICKLE, K. R. Management of the challenging bariatric surgical patient. **Medical Clinics of North America**, v.91, n.3, p.383-392, 2007.
- SILVA, B. B. F. **Condição de saúde bucal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2008. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de Campinas; Sao Paulo, 2008.
- SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.3, p. 427-434, 2010.
- SILVA, K. L. et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.1, p. 86-91, 2009.

- SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.3, p. 596-599, 2011.
- SILVA, M. S. et al. Risco de doenças crônicas não transmissíveis na população atendida em Programa de Educação Nutricional em Goiânia (GO), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.5, p.1409-1418, 2014.
- SILVA, S. S. P.; MAIA, A. C. Obesity and Treatment Meanings in Bariatric Surgery Candidates: A Qualitative Study. **Obesity Surgery**, v.22, n.11, p. 1714-1722, 2012.
- SILVERMAN, J. B. et al. Bariatric surgery pharmacy consultation service. **Obesity Surgery**, v.21, n.9, p.1477-1481, 2011.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª edição; Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2012.
- SMITH, B.; BAUER, J. Bariatric surgery: it's no easy fix. **RN**, v.68, n.6, p.58-64, 2005.
- SOARES, A. M. G. S., et al. Tecnologia assistencial na promoção da saúde: cuidado e autocuidado do idoso insulino-dependente. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 4, p. 174-181, 2010.
- SOARES, S. M.; SILVA, L. B.; SILVA, P. A. B. O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.15, n.4, p. 818-824, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). 2013. **Quem pode fazer a cirurgia**. Disponível: <<http://www.sbcm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/quem-pode-fazer/>>. Acesso em 10 ago 2013.
- SONG, Z. et al. Association between support group attendance and weight loss after Roux-en-Y gastric bypass. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.4, n.1, p. 100–103, 2008.
- SOUSA, C. S. **Educação pós-operatória: construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática**. 2011. 166f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2011.
- SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.6, p. 990-996, 2012.
- SOUSA, L. B. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.
- SOUSA, R. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Cartilha sobre saúde sexual e reprodutiva para surdos como tecnologia emancipatória: relato de experiência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.2, n.2, p. 80-86, 2001.
- SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.26, n.2, p.147-153, 2005.

- SOUZA, L. B. et al. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16, n.1, p.107-112, 2008.
- STEFATER, M. A.; KOHLI, R.; INGE, T. H. Advances in the surgical treatment of morbid obesity. **Molecular Aspects of Medicine**, v.34, n.1, p. 84-94, 2013.
- STEVENS, T. et al. Your patient and weight-loss surgery. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 18, n.1, p. 418-425, 2012.
- STILL, C.D. et al. Outcomes of preoperative weight loss in high-risk patients undergoing gastric bypass surgery. **Archives of Surgery**, v.142, n.10, p. 994-998, 2007.
- ST-ONGE MP, GALLAGHER D. Body composition changes with aging: The cause or the result of alterations in metabolic rate and macronutrient oxidation? **Nutrition**, v. 26, n. 2, p. 152-155, 2010.
- TAKAHASHI, A. M. Obesity and Considerations in the Bariatric Surgery Patient. **Clinics in Podiatric Medicine and Surgery**, v. 24, n. 2, p. 191-222, 2007.
- TANAKA, D. S.; PENICHE, A. C. G. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.5, p. 618-623, 2009.
- TARIQ, N.; CHAND, B. Presurgical evaluation and postoperative care for the bariatric patient. **Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America**, v.21, n.2, p.229-240, 2011.
- THOMAS, J. G. et al. Technology for behavioral assessment and intervention in bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.7, n.4, p.548-557, 2011.
- TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como Fazer Teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
- TORRES, H. C. et al. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.2, p.312-316, 2009.
- TRAINA, F. Deficiência de ferro no paciente submetido à ressecção gástrica ou intestinal: prevalência, causas, repercussões clínicas, abordagem diagnóstica e prevenção. **Revista Brasileira de Hematologia e Gemoterapia**, v.32(Supl. 2), n.1, p.78-83, 2010.
- URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2005.
- VALEZI, A. C. et al. Evolução ponderal oito anos após a derivação gástrica em Y-de-roux. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 38, n. 4, p. 232-236, 2011.
- VALLI, G. P. **Tecnologias educacionais digitais: análise de blogs escolares sobre sexualidade**. 2012. 33f. Monografia (Graduação) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2012.
- VALLI, G. P.; COGO, A. L. P. Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.34, n.3, p. 31-37, 2013.

- VAN HOUT, G. C.; VERSCHURE, S. K.; VAN HECK, G. L. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v.15, n.4, p. 552-560, 2005.
- VAN NIEUWENHOVE, Y. et al. Preoperative very low-calorie diet and operative outcome after laparoscopic gastric bypass: A randomized multicenter study. **Archives of Surgery**, v.146, n.11, p. 1300-1305, 2011.
- VAN SICKLE, K. R. Management of the challenging bariatric surgical patient. **The Medical Clinics of North America**, v.91, n.3, p. 383-392, 2007.
- VARGAS, E. P.; SIQUEIRA, V. H. F. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15(Sup.2), p. 69-83, 1999.
- VASCONCELLOS, S. et al. Comunicação instrumental diretiva e efetiva em impressos hospitalares. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1667-1679, 2003.
- VIEIRA, R. H. G.; ERDMANN, A. L. ; ANDRADE, S. R. Vacinação contra influenza: construção de um instrumento educativo para maior adesão dos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 603-609, 2013.
- WALSH, A.; ALBANO, H.; JONES, D. B. A perioperative team approach to treating patients undergoing laparoscopic bariatric surgery. **AORN Journal**, v. 88, n.1, p.55-64,2008.
- WARHOLM, C.; ØIEN, A. M.; RÅHEIM, M. The ambivalence of losing weight after bariatric surgery. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v.29, n.9, p. 22876, 2014.
- WEDIN, S. et al. Emotional eating, marital status and history of physical abuse predict 2-year weight loss in weight loss surgery patients. **Eating Behaviors**, v.15, n.4, p. 619-624, 2014.
- WEINSTEIN, A.L. et al. Patient Preferences and Bariatric Surgery Procedure Selection; the Need for Shared Decision-Making. **Obesity Surgery**, v. 24, n.11, p.1933-1939, 2014.
- WOOD, G. C. et al. A Patient-Centered Electronic Tool for Weight Loss Outcomes after Roux-en-Y Gastric Bypass. **Journal of Obesity**, v. 2014, n. 2014, p. 1-7, 2014.
- WHARRAD, H. J. et al. A comparison of CAL with a conventional method of delivery of cell biology to undergraduate nursing students using an experimental design. **Nurse Education Today**, v.21, n.1, p.579-588, 2001.
- WHITE, M. A. et al. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery patients: a prospective, 24-month follow-up study. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 71, n. 1, p. 175-184, 2010.
- WHITE, M. A. et al. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery patients: a prospective, 24-month follow-up study. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v.71, n. 1, p. 175-184, 2010.
- WIKLUND, M.; OLSÉN, M.F.; WILLÉN, C. Physical activity as viewed by adults with severe obesity, awaiting gastric bypass surgery. **Physiotherapy Research International**, v.16, n.3, p.179-186, 2011.

WILKINSON, A. S.; MILLER, Y. D. Improving health behaviors during pregnancy: A new direction for the pregnancy handheald record. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.47, n.1, p.464-467, 2007.

WILLIAMSON, M. Y. **Research methodology and its application to nursing**. New York (NY/USA): John Wiley & Sons; 1981.

WILSON, B.A.; SHANNON, M.T.; STANG, C.L. **Nurse's drug guide 2006**. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Putting PHP Polycy into action. Working papel of the WHO Collaborating Center on Health Promotion in hospitals and health care**. Vienna: University of Vienna; 2006a.

_____. **Health Topics: health promoting hospitals**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.

_____. **Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006b.

_____. **World Health Statistics 2012**. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/>. Acesso em 20 jul 2013.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.

ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO-NETO, M.; RAMOS, A. C. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**, v.59, n.1, p.258-264, 2002.

ZILBERSTEIN, B. et al. Banda gástrica com desvio jejunoileal: nova opção técnica em cirurgia bariátrica. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 23, n. 2, p. 105-107, 2010.

ZUNDEL, N.; HERNANDEZ, J. D. Revisional surgery after restrictive procedures for morbid obesity. **Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques**, v.20, n.5, p.338-343, 2010.

ZWAAN, M. et al. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18–35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.6, n.1, p.79-85, 2010.

APÊNDICES

<p>3.3 Características: Idade: _____ Sexo: M () F () Tipo de cirurgia: _____ Comorbidades: _____</p> <p>3.4 Critérios de inclusão/ exclusão dos sujeitos</p> <p>4. Tratamento dos dados</p>
Intervenções Realizadas
Variável independente (intervenção): _____ Variável dependente: _____ Grupo controle: Sim () Não () Instrumento de Medida: Sim () Não () Duração do estudo: _____ Métodos empregados para mensuração da intervenção: _____
Resultados
Análise
1. Tratamento estatístico: 2. Nível De Significância:
Implicações
As conclusões são justificadas com bases nos resultados Quais são as recomendações dos autores?
Nível de Evidência
Avaliação do rigor metodológico
- Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/ exclusão, intervenção, resultados): - Identificação de limitações ou vieses:

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS BLOGS

Identificação	
Título	
Endereço	
Autoria	
Objetivo	
Última atualização	
Data de criação	
Número de Posts	
Acessos	
Conteúdo	
Comentários	

APÊNDICE C - GUIA DO GRUPO FOCAL PARA PACIENTES DO PRÉ-OPERATÓRIO

☺O que eu espero dessa sessão?

Promover a integração entre os participantes e a pesquisadora dando início a troca de conhecimentos sobre os cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica e as dúvidas existentes, além de conhecer a opinião dos mesmos sobre como deve ser um material educativo para orientar os cuidados no perioperatório.

☺Etapas do encontro:

→ Apresentação dos participantes: 10 min

→ Apresentação do objetivo do estudo e da importância do grupo na investigação:

10min

→ Elaboração do contrato coletivo: 15 min

→ Explicação e Discussão das questões focais: 60 min

→ Encerramento do encontro com lanche: 25 min

☺Questões focais – 1º MOMENTO – Cirurgia bariátrica

1. O que vocês sabem sobre a cirurgia bariátrica?
2. Como vocês imaginam que será a vida depois da cirurgia?
3. O que esperam do pós-operatório?
4. Quais são as principais dúvidas de vocês em relação aos cuidados necessários após a cirurgia bariátrica?
5. Quais cuidados vocês consideram importantes serem seguidos antes da cirurgia e após a cirurgia?
6. Existe algo que você queira dizer que ainda não foi exposto na conversa? Tem alguma sugestão?

☺Questões focais – 2º MOMENTO – Material educativo

1. Qual a sua opinião sobre o uso de uma cartilha educativa para orientar os cuidados no pós-operatório? O que vocês acham da utilização dessa cartilha?
2. Quais os assuntos vocês consideram importantes para serem trabalhados no material educativo?
3. Como gostariam de ser orientados sobre a cirurgia bariátrica?
4. Como deve ser o personagem da cartilha? E qual nome ele poderia ter?
5. Existe alguma imagem que você tem interesse em ver na cartilha?
6. Qual o melhor momento para a entrega do material educativo?
7. Existe algo que você queira dizer que ainda não foi exposto na conversa? Tem alguma sugestão?

APÊNDICE D

GUIA DO GRUPO FOCAL PARA PACIENTES DO PÓS-OPERATÓRIO

☺O que eu espero dessa sessão?

Promover a integração entre os participantes e a pesquisadora dando início a troca de conhecimentos sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica e a experiência e vivências do pós-operatório, além de conhecer a opinião dos mesmos sobre o uso de um material educativo para orientar os cuidados no perioperatório.

☺Etapas do encontro:

→ Apresentação dos participantes: 10 min

→ Apresentação do objetivo do estudo e da importância do grupo na investigação:

10min

→ Elaboração do contrato coletivo: 15 min

→ Explicação e Discussão das questões focais: 60 min

→ Encerramento do encontro com lanche: 25 min

☺Questões focais - 1º MOMENTO – Cirurgia bariátrica

1. Qual é o seu grau de satisfação com os resultados da cirurgia? E quais as dificuldades vivenciadas no pós-operatório?
2. Quais são as principais dúvidas de vocês em relação aos cuidados a serem seguidos para a realização da cirurgia bariátrica?
3. Quais cuidados vocês consideram importantes serem seguidos antes da cirurgia e após a cirurgia?
4. Quais as dificuldades encontradas em relação às orientações fornecidas sobre os cuidados no perioperatório?
5. Quais orientações vocês dariam para um paciente que ainda irá realizar a cirurgia?
6. Existe algo que você queira dizer que ainda não foi exposto na conversa? Tem alguma sugestão?

☺Questões focais - 2º MOMENTO – Material educativo

1. Como gostariam de receber as orientações sobre a cirurgia bariátrica?
2. Qual a sua opinião sobre o uso de uma cartilha educativa para orientar os cuidados no pós-operatório? O que vocês acham da utilização dessa cartilha educativa?
3. Quais os assuntos vocês consideram importantes para serem trabalhados no material educativo?
4. Como deve ser o personagem da cartilha? E qual nome ele poderia ter?
5. Existe alguma imagem que você tem interesse em ver na cartilha?

6. Qual o melhor momento para a entrega do material educativo?
7. Existe algo que você queira dizer que ainda não foi exposto na conversa? Tem alguma sugestão?

APÊNDICE E
ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DOS GRUPOS FOCAIS

Grupo: () Pré () Pós

Data: _____

Duração da observação:

Horário Início: _____

Horário Fim: _____

Assunto observado:

Descrição dos sujeitos:

Descrição dos diálogos:

Descrição da relação entre o moderador e os participantes:

Destaque das situações-problema identificadas:

Impressões do observador:

- **Check-list do Desempenho do Grupo Focal**

	Sim	Não	Comentário
O local estava organizado?			
O ambiente estava tranquilo, sem interrupções?			
O tempo foi adequado?			
O guia temático foi completo? Cumriu sua função?			
O moderador estimulou a integração do grupo?			
A discussão em grupo promoveu entusiasmo e participação?			
Os participantes trocaram experiências entre si?			
O grupo respeitou a programação?			
O grupo resumiu as ideias principais?			
Os resultados foram satisfatórios?			
Necessita de mais reuniões para abordar a temática?			

*Adaptado do Estudo de Sousa (2011).

Assinatura do observador

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GRUPO FOCAL

Caro (a) Senhor (a),

Eu, Livia Moreira Barros, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e orientanda da Prof^a. Dr^a. Joselany Áfio Caetano, venho por meio deste convidá-lo a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica”**. O objetivo do estudo é construir uma cartilha educativa para a promoção da saúde de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Logo, peço sua colaboração para participar de uma discussão em grupo com outros pacientes sobre sua cirurgia bariátrica. Essa discussão ocorrerá em dois encontros no próprio ambulatório do Hospital Geral Dr. César Cals após as consultas de enfermagem e da equipe médica realizadas nos dias de terça e sexta-feira. Após cada encontro, será ofertado um lanche para os integrantes do grupo. A conversa será gravada para que seja possível transcrever todo o conteúdo para análise e as informações obtidas nesta reunião auxiliarão na construção do material educativo.

Assim, convido o (a) senhor (a) a participar dessa conversa e nesse momento poderá expor suas dúvidas em relação à cirurgia e os cuidados necessários e exigirá sua disponibilidade de tempo, o qual durará, em média, 2 horas. A sua participação nesse estudo é livre, sendo garantido também o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem ter qualquer prejuízo. Vale ressaltar também que o (a) senhor (a) não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa e que a mesma não trará riscos e desconfortos nem despesas ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a elaboração desta pesquisa. Os resultados serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. Dou-lhe a segurança de que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, poderá comunicar-se com a pesquisadora responsável:

Nome: Joselany Áfio Caetano **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone para contato:** 085 9777.4846 **E-mail:** joselany@ufc.br

Nome: Lívia Moreira Barros **Instituição:** Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone**
para contato: 085 9994.7623 **E-mail:** livia.moreirab@hotmail.com

Ou também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366-8344.

Desde já, agradeço a sua colaboração para o desenvolvimento desta pesquisa.

Lívia Moreira Barros
Enfermeira e aluna do Mestrado da UFC

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, número do RG/Órgão expedidor (_____), declaro que tomei conhecimento do estudo acima mencionado, tendo sido devidamente esclarecido (a) da sua finalidade, das condições de minha participação e dos aspectos legais, concordo voluntariamente em participar. Declaro ainda que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ___ de _____ de 2013.

Assinatura do Participante

APÊNDICE G
INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ n° Prontuário: _____
 Idade: _____ Religião: _____ Sexo: () F () M
 Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo
 N° de filhos: _____ Cidade: _____
 Profissão/ocupação: _____ Renda familiar: _____
 Escolaridade: _____
 Tempo de espera para a cirurgia bariátrica: _____

2 - DADOS SOBRE OBESIDADE

-Peso atual: _____ Peso antes da cirurgia: _____ Altura: _____
 IMC atual: _____ IMC antes da cirurgia: _____
 História Familiar de Obesidade: S() N() Quem? () Mãe () Pai () Ambos () Irmão
 - Co-morbidades? S() N()
 () HAS () DM () Apnéia do Sono () Dislipidemia () Osteoartrite () Doenças
 cardiovasculares
 -Faz uso de medicamento? S() N() Qual? _____
 -Como soube da cirurgia? () Outro paciente () Indicação médica () Internet

 - Quanto tempo levou para se decidir a realizar a cirurgia?

 - O que você sabia sobre a cirurgia bariátrica?

 - Quais os principais cuidados que o paciente deve ter após a cirurgia com relação à:
 Alimentação e Ingestão de líquidos

 -Locomoção _____

 - Cuidados com incisão cirúrgica

 - Atividades físicas

 - Acompanhamento nutricional

 - Acompanhamento psicológico

- Há alguma coisa de que não tenhamos falado que você gostaria de mencionar? S() N()

- Gostaria de fazer alguma pergunta? S() N()

APÊNDICE H

CARTA-CONVITE AO JUIZ EM CIRURGIA BARIÁTRICA

Eu, Livia Moreira Barros, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), gostaria de convidá-lo a ser um dos juizes da validação de conteúdo da tecnologia educativa elaborada na minha dissertação intitulada **“Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica”**.

O conteúdo do material educativo será resultado de uma revisão integrativa da literatura para embasar cientificamente o conteúdo proposto; uma pesquisa em blogs para conhecer as dúvidas existentes entre os pacientes no ambiente virtual; uma pesquisa exploratória desenvolvida junto a um grupo de pacientes em fase pré-operatório e pós-operatório da cirurgia bariátrica mediante a técnica do grupo focal para compreender as necessidades de conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados no pós-operatório e a primeira fase da técnica Delphi com juizes. As ilustrações serão feitas por um design gráfico para personalizar adequadamente o material.

O seu trabalho consistirá em, primeiramente, responder a uma questão aberta sobre o que deve ser orientado ao paciente com relação à cirurgia bariátrica e os cuidados no pós-operatório. Em outro momento, o (a) senhor (a) irá fazer a leitura crítica do material educativo e preencher o instrumento de avaliação, o qual é disposto em itens. Para o aperfeiçoamento do material, o (a) senhor (a) também poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade.

O prazo para devolução do material respondido é de 14 dias e lembretes serão enviados dois dias antes para recordá-lo. As alterações sugeridas pelo grupo de juizes serão analisadas e acatadas. Assim, o material educativo será reformulado e enviado novamente para o (a) senhor (a) para uma nova avaliação semelhante ao processo adotado anteriormente.

Desde já agradeço a sua participação, a qual é fundamental para o desenvolvimento da ciência e contribuirá para melhorar a assistência prestada ao paciente bariátrico.

Atenciosamente,

Livia Moreira Barros
Enfermeira e aluna do Mestrado UFC

APÊNDICE J
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO JUIZ EM
CIRURGIA BARIÁTRICA

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Eu, Livia Moreira Barros, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e orientanda da Prof^a. Dr^a. Joselany Áfio Caetano, venho por meio deste convidá-lo a participar como juiz de uma pesquisa intitulada **“Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica”**.

Como o objetivo do estudo é construir e validar uma cartilha educativa voltada para a promoção da saúde de pacientes do pré-operatório da cirurgia bariátrica sobre os cuidados no pós-operatório, preciso submeter o material educativo à avaliação por parte de um grupo de juízes, os quais foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo o (a) senhor (a) considerado (a) correspondente aos requisitos para participação deste grupo.

Logo, peço sua colaboração nesta pesquisa para saber se o material está adequado para ser utilizado como uma tecnologia educativa pelos pacientes que irão se submeter a cirurgia bariátrica. Sua participação acontecerá por meio da Técnica Delphi, a qual ocorrerá em 3 fases. A primeira fase será a indicação de orientações que devem ser concedidas aos pacientes sobre cirurgia bariátrica e devem estar presentes no material educativo. Posteriormente, a segunda fase será representada pela leitura crítica da cartilha educativa construída e o preenchimento do instrumento de avaliação, o qual é disposto em itens na escala de Likert.

Para o aperfeiçoamento do material, o (a) senhor (a) também poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade. As alterações sugeridas pelo grupo de juízes serão analisadas e acatadas. Assim, o material educativo será reformulado e enviado novamente para o (a) senhor (a) para uma nova avaliação semelhante ao processo adotado anteriormente, essa etapa será a terceira fase da Técnica Delphi. Para cada uma dessas fases, será estabelecido um prazo de devolução do material respondido de 14 dias e lembretes serão enviados dois dias antes para recordá-lo.

A sua participação nesse estudo é livre, sendo garantido também o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem ter qualquer prejuízo. Vale ressaltar também que o (a) senhor (a) não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa e que a mesma não trará riscos e desconfortos nem despesas ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a elaboração desta pesquisa. Os resultados serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. Dou-lhe a segurança de que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, poderá comunicar-se com a pesquisadora responsável:

Nome: Joselany Áfio Caetano **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone para contato:** 085 9777.4846 **E-mail:** joselany@ufc.br

Nome: Lívia Moreira Barros **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone para contato:** 085 9994.7623 **E-mail:** livia.moreirab@hotmail.com

Ou também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366-8344.

Desde já, agradeço a sua colaboração para o desenvolvimento desta pesquisa.

Lívia Moreira Barros
Enfermeira e aluna do Mestrado da UFC

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, número do RG/Órgão expedidor (_____), declaro que tomei conhecimento do estudo acima mencionado, tendo sido devidamente esclarecido (a) da sua finalidade, das condições de minha participação e dos aspectos legais, concordo voluntariamente em participar. Declaro ainda que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

_____, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do Participante

APÊNDICE K

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO JUIZ EM CIRURGIA BARIÁTRICA – 2º e 3º FASES DA TÉCNICA DELPHI

PARTE I

1. Identificação

Nome: _____

PARTE II

Instruções

Analise cuidadosamente o material educativo de acordo com o item destacado e, em seguida, marque com um X a opção que melhor represente a sua resposta de acordo com a valoração abaixo:

Código	Valoração	Significado
1	Discordo totalmente	O (A) juiz (a) não está de maneira alguma de acordo com afirmação proposta.
2	Discordo	O (A) juiz (a) não está de acordo com afirmação proposta.
3	Não concordo nem discordo	O (A) juiz (a) não tem opinião sobre a afirmação proposta.
4	Concordo	O (A) juiz (a) está de acordo com afirmação proposta.
5	Concordo totalmente	O (A) juiz (a) está totalmente de acordo com afirmação proposta.

Em casos de discordo ou discordo totalmente, sugira modificações ou realize as correções do material segundo sua perícia. Desde já agradeço pela colaboração.

1 – OBJETIVOS: Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da cartilha educativa.

1.1 Os objetivos são coerentes com as necessidades do paciente bariátrico.	1	2	3	4	5
1.2 A cartilha é uma ferramenta que pode ser usada no processo de aprendizado do paciente sobre os cuidados pós-operatório de cirurgia bariátrica.	1	2	3	4	5
1.3 A cartilha é capaz de promover reflexão sobre os cuidados necessários no pós-operatório.	1	2	3	4	5
1.4 As informações contidas na cartilha incentivam mudança de comportamento.	1	2	3	4	5
1.5 A cartilha poderá ser introduzida como material de apoio ou complementar no cuidado/manejo ao paciente bariátrico.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:**2 – CONTEÚDO:** Refere-se às informações abordadas no material educativo.

2.1 A cartilha educativa é apropriada para pacientes que estão vivenciando o pré-operatório..	1	2	3	4	5
2.2 A cartilha oferece informações sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica.	1	2	3	4	5
2.3 A cartilha ressalta a importância dos cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica.	1	2	3	4	5
2.4 O texto está apresentado de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4	5
2.5 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4	5
2.6 Os conteúdos são variados e suficientes para atingir os objetivos da cartilha.	1	2	3	4	5
2.7 Existe uma sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4	5
2.8 A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes	1	2	3	4	5
2.9 As ideias chaves (trechos em destaque) são pontos importantes e merecem destaque	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:**3 – LINGUAGEM:** Refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da redação e dos conceitos abordados no material educativo apresentado.

3.1 As informações apresentadas são claras e compreensíveis ao se considerar o nível de experiência do público-alvo.	1	2	3	4	5
3.2 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4	5
3.3 As informações estão bem estruturadas.	1	2	3	4	5
3.4 As informações estão em concordância com a ortografia.	1	2	3	4	5
3.5 A escrita utilizada é atrativa.	1	2	3	4	5
3.6 O título da cartilha é interessante e adequado.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

- 4 – **RELEVÂNCIA:** Refere-se às características que avaliam o grau de significação do material educativo apresentado.

4.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados durante as consultas.	1	2	3	4	5
4.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar).	1	2	3	4	5
4.3 A cartilha propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.	1	2	3	4	5
4.4 A cartilha aborda os assuntos necessários para o paciente bariátrico.	1	2	3	4	5
4.5 A cartilha está adequada para ser usada por qualquer profissional da área da saúde.	1	2	3	4	5
4.6 A cartilha está adequada e pode ser usada como um instrumento mediador em educação em saúde.	1	2	3	4	5
4.7 O tema é atual e relevante.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

- 5 – **ILUSTRAÇÕES:** Refere-se ao uso de ilustrações no material educativo.

5.1 As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material.	1	2	3	4	5
5.2 As ilustrações expressam a informação que se pretendeu transmitir, sendo de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
5.3 O número de ilustrações está suficiente.	1	2	3	4	5
5.4 As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.	1	2	3	4	5
5.5 Os personagens são carismáticos.	1	2	3	4	5
5.6 A apresentação dos personagens e situações são suficientes.	1	2	3	4	5
5.7 Os personagens lembram os pacientes da realidade a qual a cartilha educativa se propõe.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

- 6 – **LAYOUT:** Refere-se ao formato da apresentação do material ao leitor de forma que desperte interesse para a leitura.

6.1 A apresentação da cartilha está atrativa.	1	2	3	4	5
6.2 A apresentação da cartilha está organizada de forma lógica.	1	2	3	4	5
6.3 O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados para a leitura.	1	2	3	4	5

6.4 O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material.	1	2	3	4	5
6.5 O contraste com cores diferentes foi feito de forma adequada.	1	2	3	4	5
6.5 A disposição do texto está adequada.	1	2	3	4	5
6.6 O papel da impressão do material está apropriado.	1	2	3	4	5
6.7 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

7 – MOTIVAÇÃO: Refere-se à motivação para a leitura do material educativo.

7.1 O título é atraente e desperta interesse para a leitura.	1	2	3	4	5
7.2 O conteúdo desperta interesse para a leitura.	1	2	3	4	5
7.3 O conteúdo está motivador e incentiva o leitor a prosseguir a leitura.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

8 – CULTURA: Refere-se a adequação da cultura do público-alvo do material educativo apresentado.

8.1 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

PARTE III

Instruções

Analise cuidadosamente o material e de acordo com a clareza, a relevância e o grau de relevância dos assuntos abordados na cartilha educativa e, em seguida, marque com um X a opção que melhor represente a sua resposta.

ASSUNTOS	CLAREZA	RELEVÂNCIA	GRAU DE RELEVÂNCIA
O que é a cirurgia bariátrica e como calcular o Índice de Massa Corporal.	1. () Sim	1. () Sim	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante

	2. () Não	2. () Não	3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Técnicas utilizadas na cirurgia bariátrica e balão intragástrico.	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Acompanhamento com a equipe multiprofissional	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Cuidados no pré-operatório	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Cuidados no pré-operatório imediato – preparo para a cirurgia.	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Orientações sobre a sala de cirurgia.	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Pós-operatório hospitalar – sala de recuperação e enfermaria	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Pós-operatório domiciliar	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Cuidados no pós-operatório tardio	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Dúvidas frequentes	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante

Comentários gerais e sugestões:

PARTE IV - RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA CARTILHA

1. Aprovada	
2. Aprovada com modificações	
3. Reprovada com qualidades	
4. Reprovada	

Comentários gerais e sugestões:

APÊNDICE L

CARTA-CONVITE AO JUIZ EM DESIGNER GRÁFICO

Eu, Livia Moreira Barros, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), gostaria de convidá-lo para ser um dos juízes da validação técnica da tecnologia educativa elaborada na minha dissertação intitulada **“Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica”**.

O conteúdo do material educativo é resultado de uma revisão integrativa da literatura para embasar cientificamente o conteúdo proposto; uma pesquisa em blogs para conhecer as dúvidas existentes entre os pacientes no ambiente virtual; uma pesquisa exploratória desenvolvida junto a um grupo de pacientes em fase pré-operatório e pós-operatório da cirurgia bariátrica mediante a técnica do grupo focal para compreender as necessidades de conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados no pós-operatório e a primeira fase da técnica Delphi com juízes juízes em cirurgia bariátrica.

As ilustrações e o layout foram feitos por uma designer gráfica para personalizar adequadamente o material, sendo importante a submissão da cartilha para avaliação de outros designers. Após a leitura crítica, deverá avaliar o material educativo de acordo com os seguintes aspectos: estrutura e apresentação, ilustração, layout, funcionalidade, usabilidade e eficiência da cartilha. Para o aperfeiçoamento do material, o (a) senhor (a) também poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade.

Caso o (a) senhor (a) aceite participar como juiz técnico, enviarei uma cópia da cartilha juntamente com um instrumento de avaliação, o qual é disposto em itens. Ao final da etapa de validação, o (a) juiz (a) receberá um certificado de participação do processo de validação e seu nome irá estar presente na cartilha educativa como juiz da validação.

O prazo para devolução do material respondido é de 14 dias e lembretes serão enviados dois dias antes para recordá-lo. As alterações sugeridas pelo grupo de juízes serão analisadas e acatadas. Assim, o material educativo será reformulado e enviado novamente para o (a) senhor (a) para uma nova avaliação semelhante ao processo adotado anteriormente.

Caso conheça outro profissional que possa participar também como juiz na validação da cartilha, peço que me envie o seu contato para que eu possa fazer o convite. Desde já agradeço a sua participação, a qual é fundamental para o desenvolvimento da ciência e contribuirá para melhorar a assistência prestada ao paciente bariátrico.

Atenciosamente,
Livia Moreira Barros
Enfermeira e aluna do Mestrado UFC

APÊNDICE M
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO JUIZ EM
DESIGNER GRÁFICO

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Eu, Livia Moreira Barros, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e orientanda da Prof^a. Dr^a. Joselany Áfio Caetano, venho por meio deste convidá-lo a participar como juiz de uma pesquisa intitulada **“Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica”**.

Como o objetivo do estudo é construir e validar uma cartilha educativa voltada para a promoção da saúde de pacientes do pré-operatório da cirurgia bariátrica sobre os cuidados no perioperatório, preciso submeter o material educativo à avaliação por parte de um grupo de juízes, os quais foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo o (a) senhor (a) considerado (a) correspondente aos requisitos para participação deste grupo.

Logo, peço sua colaboração nesta pesquisa para saber se o material está adequado para ser utilizado como uma tecnologia educativa pelos pacientes que irão se submeter a cirurgia bariátrica. Sua participação acontecerá em 2 fases. A primeira fase será a leitura crítica da cartilha educativa construída, avaliação do material de acordo com os seguintes aspectos: estrutura e apresentação, ilustração, layout, funcionalidade, usabilidade e eficiência da cartilha e o preenchimento do instrumento de avaliação, o qual é disposto em itens na escala de Likert.

Para o aperfeiçoamento do material, o (a) senhor (a) também poderá fazer sugestões ou críticas em um espaço reservado para esta finalidade. As alterações sugeridas pelo grupo de juízes serão analisadas e acatadas. Assim, o material educativo será reformulado e enviado novamente para o (a) senhor (a) para uma nova avaliação semelhante ao processo adotado anteriormente, essa etapa será a segunda fase. Para cada uma dessas fases, será estabelecido um prazo de devolução do material respondido de 14 dias e lembretes serão enviados dois dias antes para recordá-lo.

A sua participação nesse estudo é livre, sendo garantido também o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem ter qualquer prejuízo. Vale ressaltar também que o (a) senhor (a) não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa e que a mesma não trará riscos e desconfortos nem despesas ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a elaboração desta pesquisa. Os resultados serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. Dou-lhe a segurança de que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, poderá comunicar-se com a pesquisadora responsável:

Nome: Joselany Áfio Caetano **Instituição:** Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone para contato:** 085 9777.4846 **E-mail:** joselany@ufc.br
Nome: Lívia Moreira Barros **Instituição:** Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone para contato:** 085 9994.7623 **E-mail:** livia.moreirab@hotmail.com

Ou também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366-8344.

Desde já, agradeço a sua colaboração para o desenvolvimento desta pesquisa.

Lívia Moreira Barros
Enfermeira e aluna do Mestrado da UFC

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo acima mencionado, tendo sido devidamente esclarecido (a) da sua finalidade, das condições de minha participação e dos aspectos legais, concordo voluntariamente em participar. Declaro ainda que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

_____, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante

APÊNDICE N
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO JUIZ EM DESIGNER GRÁFICO

PARTE I**1. Identificação**

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: 1. F () 2. M ()

Área de atuação: _____

Ocupação atual: _____

Experiência na docência: 1. Sim () 2. Não () Nível: 1. Médio () 2. Superior ()

2. Formação

Curso: _____

Ano de conclusão do curso: _____

2. Especialização () 2. Mestrado () 3. Doutorado () 4. Pós-Doutorado ()

Participação em grupo de pesquisa: 1. Sim () 2. Não ()

3. Produção Científica

Orientação de tese: 1. Sim () 2. Não () Quantas: _____

Orientação de dissertação: 1. Sim () 2. Não () Quantas: _____

Orientação de monografia: 1. Sim () 2. Não () Quantas: _____

Artigos publicados em periódicos: 1. Sim () 2. Não () Quantos: _____

Resumo publicado em eventos científicos: 1. Sim () 2. Não () Quantos: _____

PARTE II**Instruções**

Analise cuidadosamente o material educativo de acordo com o item destacado e, em seguida, marque com um X a opção que melhor represente a sua resposta de acordo com a valoração abaixo:

Código	Valoração	Significado
1	Discordo totalmente	O (A) juiz (a) não está de maneira alguma de acordo com afirmação proposta.
2	Discordo	O (A) juiz (a) não está de acordo com afirmação proposta.
3	Não concordo nem discordo	O (A) juiz (a) não tem opinião sobre a afirmação proposta.
4	Concordo	O (A) juiz (a) está de acordo com afirmação proposta.
5	Concordo totalmente	O (A) juiz (a) está totalmente de acordo com afirmação proposta.

Em casos de discordo ou discordo totalmente, sugira modificações ou realize as correções do material segundo sua perícia. Desde já agradeço pela colaboração.

1 – ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO: Refere-se às informações abordadas no material educativo, organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

1.1 Os conceitos estão apresentados de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4	5
1.2 Existe uma sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4	5
1.3 A divisão dos títulos e subtítulos do material são pertinentes	1	2	3	4	5
1.4 Os trechos em destaque são pontos importantes e merecem destaque.	1	2	3	4	5
1.5 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4	5
1.6 As informações estão bem estruturadas e em concordância.	1	2	3	4	5
1.7 As informações estão em concordância com a ortografia.	1	2	3	4	5
1.8 O texto utilizado mostra-se atrativo e estimula a continuação da leitura.	1	2	3	4	5
1.9 A forma de apresentação da cartilha mostra-se criativa.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

2 – ILUSTRAÇÕES: Refere-se ao uso de ilustrações no material educativo.

2.1 As ilustrações utilizadas são pertinentes com o conteúdo do material	1	2	3	4	5
2.2 As ilustrações expressam a informação que se pretendeu transmitir, sendo de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
2.3 O número de ilustrações está de acordo com o recomendado para um material educativo do tipo cartilha.	1	2	3	4	5
2.4 As legendas das ilustrações estão adequadas e auxilia o leitor a compreender a imagem.	1	2	3	4	5
2.5 Os personagens ilustrados na cartilha exprimem originalidade.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

3 – LAYOUT: Refere-se a forma de organização dos elementos da cartilha (texto, ilustração, cor da página, contraste com letras escritas) de forma coerente com os princípios pedagógicos a que se destina a cartilha, despertando interesse para a leitura.

3.1 A apresentação da cartilha está atrativa.	1	2	3	4	5
3.2 A apresentação da cartilha está organizada de forma lógica.	1	2	3	4	5

3.3 O conteúdo está apresentado com letra em tamanho e fonte adequados para a leitura.	1	2	3	4	5
3.4 O tipo de letra utilizado facilita a leitura do material.	1	2	3	4	5
3.5 O contraste com cores diferentes foi feito de forma adequada.	1	2	3	4	5
3.6 A disposição do texto está adequada.	1	2	3	4	5
3.7 O papel da impressão do material está apropriado.	1	2	3	4	5
3.8 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

4 - **FUNCIONALIDADE:** Refere-se às funções que são previstas pela cartilha educativa que são dirigidas a facilitar o ensino.

4.1 A cartilha educativa apresenta-se como ferramenta adequada para a orientar os pacientes sobre a cirurgia bariátrica.	1	2	3	4	5
4.2 A cartilha educativa pode gerar resultados positivos ao ser utilizada pela população-alvo (pacientes bariátricos).	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

5 - **USABILIDADE:** Refere-se ao esforço necessário para usar a cartilha educativa, bem como o julgamento individual desse uso por um conjunto explícito ou implícito de usuários.

5.1 Os conceitos apresentados são compreensíveis e possuem fácil aplicabilidade.	1	2	3	4	5
5.2 Fornece orientação de forma clara.	1	2	3	4	5
5.3 Fornece orientação de forma eficaz.	1	2	3	4	5
5.4 Fornece orientação de forma rápida, não sendo a leitura exaustiva.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

- 6 - **EFICIÊNCIA:** Refere-se ao relacionamento entre o nível de desempenho da cartilha educativa e a quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas.

6.1 O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto.	1	2	3	4	5
6.2 O discurso do texto é usado de forma eficiente e compreensível à clientela.	1	2	3	4	5
6.3 Os recursos visuais (exemplo: figuras, destaque de cor) são utilizados de forma adequada.	1	2	3	4	5
6.4 Os recursos visuais (exemplo: figuras, destaque de cor) são utilizados de forma compreensível.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

PARTE III- RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA CARTILHA

1. Aprovada	
2. Aprovada com modificações	
3. Reprovada com qualidades	
4. Reprovada	

Comentários gerais e sugestões:

APÊNDICE O
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE DO PROGRAMA DE
OBESIDADE

PARTE I

• **Identificação**

Nome: _____ Sexo: 1. F () 2. M ()

Idade: _____ Escolaridade (anos de estudo): _____

Religião: 1. Católico () 2. Evangélico () 3. Espírita () 4. Ateu () 5. Outro:

Estado Civil: 1. Solteiro () 2. Casado () 3. Divorciado () 4. Viúvo () 5. União consensual ()

Cor: 1. Branca () 2. Amarela () 3. Parda () 4. Negra ()

Cidade: _____ Profissão/ocupação: _____

Renda familiar (em salários mínimos): _____

Telefone: _____ E-mail: _____

• **Dados Clínicos**

Altura: _____ Peso atual: _____ IMC atual: _____

Peso antes: _____ IMC antes: _____

✓ Possui outras doenças? 1. Sim () 2. Não () Se **SIM**, quais?

1. Hipertensão Arterial Sistêmica () 2. Diabetes Mellitus () 3. Apneia do Sono () 4. Colesterol alto () 5. Dores nos joelhos, na coluna ou nas articulações () 6. Doenças cardiovasculares () 7. Outras: _____

✓ Fez uso de outros tratamentos para obesidade? 1. Sim () 2. Não () Se **SIM**, quais? 1.

Dieta () 2. Exercícios () 3. Fármacos () 4. Outros:

✓ História Familiar de Obesidade? 1. Sim () 2. Não () Se **SIM**: 1. Mãe () 2. Pai () 3. Ambos () 4. Irmão ()

✓ História Familiar de Cirurgia Bariátrica? 1. Sim () 2. Não () Se **SIM**: 1. Mãe () 2. Pai () 3. Ambos () 4. Irmão () 5. Tios ()

✓ Tempo de espera para a realização da cirurgia (em meses): _____

✓ Tempo de pós-operatório (em meses): _____

✓ Como obteve informações sobre a cirurgia bariátrica? 1. Equipe de saúde () 2. Família () 3. Amigos () 4. Internet () 5. Outros: _____

PARTE II

Instruções

Analise cuidadosamente o material educativo de acordo com o item destacado e, em seguida, marque com um X a opção que melhor represente a sua resposta de acordo com a valoração abaixo:

Código	Valoração	Significado
1	Discordo totalmente	Você não está de maneira alguma de acordo com afirmação proposta.
2	Discordo	Você não está de acordo com afirmação proposta.
3	Não concordo nem discordo	Você não tem opinião sobre a afirmação proposta.
4	Concordo	Você está de acordo com afirmação proposta.
5	Concordo totalmente	Você está totalmente de acordo com afirmação proposta.

Se necessário expresse sua opinião e dê sugestões para o aperfeiçoamento do material educativo. Desde já agradeço pela colaboração.

1 – OBJETIVOS: Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da cartilha educativa.

1.1 Atende aos objetivos dos pacientes que irão se submeter à cirurgia bariátrica e necessitam de orientações sobre o procedimento cirúrgico.	1	2	3	4	5
1.2 Ajuda durante o processo de preparo para a cirurgia bariátrica.	1	2	3	4	5
1.3 É capaz de promover reflexão sobre os cuidados necessários antes e após a cirurgia.	1	2	3	4	5
1.4 Está adequada para ser usada por qualquer profissional da área da saúde.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

2 – ORGANIZAÇÃO: Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isso inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 A capa da cartilha está atraente.	1	2	3	4	5
2.2 A capa da cartilha contempla as informações do material.	1	2	3	4	5
2.3 O tamanho do título e dos conteúdos nos tópicos está adequado.	1	2	3	4	5

2.4 Os tópicos apresentam uma sequência lógica.	1	2	3	4	5
2.5 Os temas retratam aspectos-chave importantes.	1	2	3	4	5
2.6 Há coerência entre as informações da capa, apresentação, sumário e conteúdo da cartilha.	1	2	3	4	5
2.7 O papel do material impresso está apropriado.	1	2	3	4	5
2.8 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4	5
2.9 O material tem tamanho adequado, ou seja, não é extenso nem cansativo.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

3 – LINGUAGEM: Refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da redação e dos conceitos abordados no material educativo apresentado.

3.1 A redação está em estilo adequado.	1	2	3	4	5
3.2 O texto é vívido e interessante.	1	2	3	4	5
3.3 O tom é amigável.	1	2	3	4	5
3.4 O vocabulário é acessível com palavras simples e comuns.	1	2	3	4	5
3.5 Todos os conceitos importantes são abordados de forma clara e objetiva.	1	2	3	4	5
3.6 Há associação entre o tema de cada sessão e o texto correspondente.	1	2	3	4	5
3.7 O texto está claro.	1	2	3	4	5
3.8 O texto é compreensível e conveniente ao público-alvo.	1	2	3	4	5
3.9 Observou-se algum erro de linguagem ou veiculação de conceitos que expressam ideia insultante aos cuidados necessários na cirurgia bariátrica.	1	2	3	4	5
3.10 O texto apresenta interação com orientações entre profissional e público-alvo.	1	2	3	4	5
3.11 O texto é escrito de forma que o público-alvo é o centro das atenções, ou seja, o paciente é mais importante.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

4- APARÊNCIA: Refere-se à característica que avalia o grau de significação do material educativo apresentado.

4.1 A composição visual é atrativa.	1	2	3	4	5
4.2 As páginas ou sessões parecem organizadas.	1	2	3	4	5

4.3 O número de figuras é suficiente.	1	2	3	4	5
4.4 As figuras são apresentadas em tamanho adequado.	1	2	3	4	5
4.5 As figuras correspondem aos conteúdos ilustrados.	1	2	3	4	5
4.6 As figuras são simples, apropriadas e de tracejado de fácil compreensão.	1	2	3	4	5
4.7 As figuras são autoexplicativas.	1	2	3	4	5
4.8 As figuras são familiares para os leitores.	1	2	3	4	5
4.9 As figuras são provocadoras de perguntas sobre a temática.	1	2	3	4	5
4.10 As figuras estão integradas ao texto (bem localizadas).	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

5- MOTIVAÇÃO: Refere-se à capacidade do material em causar algum impacto, motivação e/ou interesse, assim como ao grau de significação do material educativo apresentado.

5.1 A cartilha é apropriada para a sua idade, sexo e cultura.	1	2	3	4	5
5.2 A cartilha apresenta sequência lógica sobre os cuidados antes e após a cirurgia bariátrica.	1	2	3	4	5
5.3 A cartilha desperta interesse e curiosidade.	1	2	3	4	5
5.4 A cartilha aborda os assuntos necessários para o paciente que procura a cirurgia como tratamento.	1	2	3	4	5
5.5 As informações contidas na cartilha são importantes no pós-operatório da cirurgia.	1	2	3	4	5
5.6 A cartilha promove mudança de comportamento e atitude.	1	2	3	4	5
5.7 A cartilha propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar o autocuidado.	1	2	3	4	5
5.8 A cartilha trouxe novos conhecimentos sobre o assunto.	1	2	3	4	5
5.9 A interação é convidada pelo texto e sugere a prática dos cuidados.	1	2	3	4	5
5.10. A cartilha ensina o público-alvo a realizar os cuidados desejados.	1	2	3	4	5
5.11 O conteúdo da cartilha mantém a dinâmica da leitura.	1	2	3	4	5
5.12 O conteúdo da cartilha motiva a leitura até o final.	1	2	3	4	5
5.13 O uso da cartilha se faz relevante.	1	2	3	4	5

Escores: 1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

Comentários gerais e sugestões:

PARTE III

Instruções

Analise cuidadosamente o material e de acordo com a clareza, a relevância e o grau de relevância dos assuntos abordados na cartilha educativa e, em seguida, marque com um X a opção que melhor represente a sua resposta.

ASSUNTOS	CLAREZA	RELEVÂNCIA	GRAU DE RELEVÂNCIA
O que é a cirurgia bariátrica e como calcular o Índice de Massa Corporal.	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Técnicas utilizadas na cirurgia bariátrica e balão intragástrico.	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Acompanhamento com a equipe multiprofissional	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Cuidados no pré-operatório	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Cuidados no pré-operatório imediato – preparo para a cirurgia.	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Orientações sobre a sala de cirurgia.	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Pós-operatório hospitalar – sala de recuperação e enfermaria	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante

Pós-operatório domiciliar	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Cuidados no pós-operatório tardio	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Dúvidas frequentes	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante
Receitas para o dia a dia	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante

Comentários gerais e sugestões:

PARTE IV - RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA CARTILHA

1. Aprovada	
2. Aprovada com modificações	
3. Reprovada com qualidades	
4. Reprovada	

Comentários gerais e sugestões:

APÊNCIDE P
CARTA-CONVITE AO PACIENTE DO PACIENTE DO PROGRAMA DE
OBESIDADE

Eu, Livia Moreira Barros, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), gostaria de convidá-lo a ser um dos juízes da validação de conteúdo da tecnologia educativa elaborada na minha dissertação intitulada **“Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica”**.

O texto da cartilha educativa é resultado de uma pesquisa em publicações científicas; visita à blogs de pacientes que já se submeteram à cirurgia bariátrica para conhecer a troca de experiências entre os pacientes na internet e uma atividade em grupo desenvolvida com pacientes do pré e do pós-operatório. Outros profissionais de saúde também ajudaram na elaboração desse material educativo, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas.

O seu trabalho consistirá em fazer a leitura da cartilha educativa e responder ao instrumento de avaliação. Caso ache necessário, poderá pedir auxílio a um familiar ou poderemos fazer juntos a leitura. Se encontrar alguma palavra difícil, peço que faça um traço embaixo da palavra e depois me diga outra palavra que facilite o seu entendimento. Peço também que o (a) senhor, marque um X ao lado da figura que você achou difícil de entender e indique uma sugestão para substituir a figura.

Suas sugestões serão colocadas no material educativo e ele poderá ser refeito. Esse mesmo processo será feito com outros pacientes até que seja possível a todos o entendimento do conteúdo e da imagens dessa cartilha educativa.

Desde já agradeço a sua participação, a qual é fundamental para o desenvolvimento da ciência e contribuirá para melhorar a assistência prestada ao paciente bariátrico.

Atenciosamente,

Livia Moreira Barros
Enfermeira e aluna do Mestrado UFC

APÊNDICE Q
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE DO
PROGRAMA DE OBESIDADE

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Eu, Livia Moreira Barros, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e orientanda da Prof^a. Dr^a. Joselany Áfio Caetano, venho por meio deste convidá-lo a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica”**. O objetivo do estudo é construir uma cartilha educativa para a promoção da saúde de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Logo, peço sua colaboração nesta pesquisa para saber se o material está adequado para ser utilizado pelos pacientes que irão se submeter a cirurgia bariátrica e se você consegue entender o que está escrito no material educativo. Se não estiver entendendo, gostaria de ter a sua ajuda no sentido de trocar as palavras difíceis por outras mais fáceis de entender.

Sua participação acontecerá nas seguintes atividades: leitura do material e o registro de suas sugestões para facilitar o entendimento do que está escrito no material educativo. Após a aceitação, o (a) senhor (a) receberá uma cópia da cartilha e o instrumento de avaliação.

Convido o (a) senhor (a) a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para ler a cartilha e responder o instrumento de avaliação da cartilha educativa. É garantido o direito e a liberdade de negar-se a participar do estudo ou retirar o seu consentimento quando desejar, sem ter qualquer prejuízo. Vale ressaltar também que o (a) senhor (a) não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa e que a mesma não trará riscos e desconfortos nem despesas ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a elaboração desta pesquisa. Os resultados serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. Dou-lhe a segurança de que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, poderá comunicar-se com a pesquisadora responsável:

Nome: Joselany Áfio Caetano **Instituição:** Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone para contato:** 085 9777.4846 **E-mail:**joselany@ufc.br
Nome: Lívia Moreira Barros **Instituição:** Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone para contato:** 085 9994.7623 **E-mail:**livia.moreirab@hotmail.com

Ou também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366-8344.

Desde já, agradeço a sua colaboração para o desenvolvimento desta pesquisa.

Lívia Moreira Barros
Enfermeira e aluna do Mestrado da UFC

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, número do RG/Órgão expedidor (_____), declaro que tomei conhecimento do estudo acima mencionado, tendo sido devidamente esclarecido (a) da sua finalidade, das condições de minha participação e dos aspectos legais, concordo voluntariamente em participar. Declaro ainda que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____ de novembro de 2014.

Assinatura do Participante

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CALS/SES/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica

Pesquisador: LIMA Moreira Barros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22473713.2.3001.5041

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 604.465-0

Data da Relatoria: 13/12/2013

Apresentação do Projeto:

Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir uma cartilha educativa voltada para a promoção da saúde de pacientes do pré-operatório da cirurgia bariátrica sobre os cuidados no pósoperatório.

Objetivo Secundário:

- Validar a adequação do conteúdo das informações e da aparência da cartilha educativa com especialistas.
- Realizar a validação aparente da cartilha educativa com pacientes bariátricos do pré e pós-operatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esse estudo não apresenta riscos para a Instituição e os profissionais envolvidos, sendo garantido o sigilo dos dados.

Benefícios:

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (853)101-5354

Fax: (853)101-5354

E-mail: ceep@hgcc.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CALS/SES/SUS



Continuação do Parecer: 604.465-0

A falta de informação sobre a cirurgia bariátrica pode favorecer a não-adesão às mudanças no estilo de vida que são necessárias durante o período pós-operatório. Assim, o uso da cartilha educativa possibilitará a memorização das informações recebidas e favorecerá a adesão aos cuidados necessários no pós-operatório, diminuindo, assim, a ocorrência de complicações e o ganho de peso ao longo do tempo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

trata-se de um estudo importante que visa melhorar o nível de conhecimento de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, favorecendo melhores resultados no pós-operatório

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados estão dentro dos padrões éticos

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 12 de Abril de 2014

Assinador por:
ANTONIO LUIZ CARNEIRO JERONIMO
(Coordenador)

Este parecer reemitiu o substitui o parecer número 604465 gerado na data 17/12/2013 22:38:10, onde o número CAE foi alterado de 22473713.2.0000.5054 para 22473713.2.3001.5041.

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (853)101-5354

Fax: (853)101-5354

E-mail: ceep@hgcc.ce.gov.br