



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

LÍVIA MOREIRA BARROS

**EFETIVIDADE DA CARTILHA “CIRURGIA BARIÁTRICA: CUIDADOS PARA
UMA VIDA SAUDÁVEL” NO PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO: ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO PRAGMÁTICO**

FORTALEZA

2017

LÍVIA MOREIRA BARROS

**EFETIVIDADE DA CARTILHA “CIRURGIA BARIÁTRICA: CUIDADOS PARA
UMA VIDA SAUDÁVEL” NO PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO: ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO PRAGMÁTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito parcial para conclusão do Doutorado 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

FORTALEZA

2017

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

-
- B279c Barros, Livia Moreira.
Efetividade da cartilha "Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável" no preparo pré- operatório : ensaio clínico randomizado pragmático / Livia Moreira Barros. – 2017. 240 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano.
1. Obesidade. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Enfermagem. 4. Tecnologia educacional. 5. Educação em saúde.
- I. Título

CDD 610.73

LÍVIA MOREIRA BARROS

**EFETIVIDADE DA CARTILHA “CIRURGIA BARIÁTRICA: CUIDADOS PARA
UMA VIDA SAUDÁVEL” NO PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO: ENSAIO CLÍNICO
RANDOMIZADO PRAGMÁTICO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Enfermagem na Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor 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.^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. Dr. Paulo César de Almeida
Membro Efetivo – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dr.^a Jennara Cândido do Nascimento
Membro Efetivo – Centro Universitário Estácio do Ceará

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

Prof.^a Dr.^a Régia Cristina Moura Barbosa
Membro Suplente – Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

A minha mãe e meus irmãos por estarem sempre ao meu lado.

A todos os pacientes da cirurgia bariátrica que anseiam pela metamorfose nas suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus pela sua presença constante em minha vida e sua providência divina. Por, durante todo esse processo, afastar os meus piores medos e acalmar meu coração com a mesma simplicidade de uma borboleta ao pousar em uma flor. Te agradeço, Senhor, por inundar meu coração com a tua bondade paternal e iluminar meus pensamentos com boas ideias e te peço, assim como Salomão, sabedoria para continuar esta caminhada e ajudar tantas outras pessoas, sendo um instrumento do teu amor.

Aos meus queridos avós Pedro Kleber (*In Memoriam*) e Maria Celma, palavras não são suficientes para descrever o exemplo e o amor que vocês me deram. Obrigada por todo zelo e cuidado durante a minha infância e por me ensinarem valores que são insubstituíveis e que irei repassar para os meus filhos e netos. Amo vocês eternamente!

A minha mãe que é minha base, minha melhor amiga, minha ídola e meu maior orgulho! Minha companheira de todas as horas, obrigada por embarcar comigo nas minhas loucuras e por me incentivar a conquistar meus sonhos, sempre me motivando com palavras sábias e um “você consegue, minha flor”. Obrigada pelas orações e pelos cafés e leite com canela para me ajudar a não dormir. Obrigada por ser minha motorista, cerimonialista, cozinheira, entre tantos outras papéis que a senhora assumiu para me ajudar a finalizar este trabalho. Essa conquista é mais sua do que minha, pois tudo que sou devo à senhora! Obrigada por ter nos educado tão bem e ter feito tantos esforços por nós! Que Deus permita que eu possa te dar tantos orgulhos nessa vida e que a senhora esteja sempre ao meu lado por mil anos a mais e que tenhamos sempre bons motivos para celebrar na vida. Espero um dia me tornar, pelo menos, a metade do que a senhora é. Obrigada por tudo, mãe! Te amo muito!

Aos meus queridos irmãos Flávia e Eduardo (meu bebê), amo tanto vocês que considero os dois praticamente como meus filhos. Obrigada pelos abraços, pelas risadas e pelos momentos de conversa durante as refeições que me ajudaram a relaxar um pouco. Ter o apoio de vocês nessa reta final foi essencial! Que eu possa estar sempre presente para retribuir todo o amor e a atenção. Contem sempre comigo.

A minha família, obrigada por estarem sempre ao meu lado torcendo para a minha felicidade e para o meu sucesso e por ajudarem minha mãe a pagar os meus estudos. Em especial, obrigada a minha tia Aparecida que me estendeu à mão para subir o meu primeiro degrau na pesquisa e me concedeu tantos ensinamentos e à minha tia Fernanda pelas suas orações e mensagens diárias de bom dia e de incentivo.

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Joselany, muitíssimo obrigada por tudo! Deus me abençoou com a sua presença na minha vida e agradeço todos os dias por ter encontrado na

senhora uma segunda mãe, uma amiga e uma professora. Obrigada por todas as lições aprendidas, sejam elas sobre a vida ou sobre enfermagem/pesquisa, e por nos estimular tanto a crescer. Obrigada pela confiança e pela paciência que teve comigo nesses nove anos. Hoje a vejo em tantos traços meus que não consigo imaginar a minha história sem a sua presença. Que eu possa estar sempre ao seu lado aprendendo cada dia mais! Te amo!

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde do Adulto em Situação Crítica - GEPASC - obrigada pelo acolhimento, pelo carinho e pelas amizades que fiz. Em especial, obrigada aos componentes da velha guarda: Thiago Moura, Natasha Frota e Jennara Cândido. Sinto saudades dos nossos momentos na salinha da professora compartilhando conhecimento, risadas e comidinhas gostosas. Obrigada por me ensinarem tanto, pelo carinho e atenção ao longo desses anos.

Aos membros da minha banca por dedicarem um tempo para leitura e aprimoramento deste material. Cada um faz parte da minha história e me sinto honrada em poder contar com a presença nesse momento tão especial e aprender sempre mais com pessoas tão inteligentes e que possuem uma bagagem enorme de conhecimento.

A Prof. Lorena por me acompanhar desde a graduação e ser um anjo de luz na minha vida! A senhora é um grande exemplo para todos nós e aumenta sempre a minha autoeficácia com seus conselhos e orientações. Todo meu carinho e admiração!

A minha dupla dinâmica desde a graduação, Ludmila Alves, grande amiga e irmã de coração, ninguém melhor do que você sabe como foi chegar até aqui. Obrigada pela sua amizade, amor e torcida! Por me ajudar tanto no desenrolar desse projeto e de tantos outros que desenvolvemos na pós-graduação. Por atender minhas ligações quando estava mais acelerada do que nunca e estar sempre disponível para escutar as minhas ideias (hahahaha). Fico orgulhosa em ver a grande mulher que você se tornou! Ao infinito e além! Que venham novas aventuras por aí! Te amo, Lud!

Aos queridos amigos, obrigada pelas orações, pelo estímulo e por estarem comigo durante toda esta trajetória, tornando os dias mais leves e felizes. Obrigada pela compreensão durante o meu sumiço e isolamento social e também por insistirem na minha presença nas saidinhas para desopilar e descansar. Em especial, as amigas de doutorado Érica, Ires e Kênia pelos momentos de descontração durante as aulas e troca de aprendizado. A Samanthinha que está presente na minha vida desde a graduação, me presenteando com suas risadas, conversas e ombro amigo. Aos amigos que a vida me apresentou: Hadler, Sofia, Marília, Larissa, Nelson, Geórgia, Liana, Juliana e irmã Aurilene pelo apoio incondicional e carinho nesses últimos anos. Amo vocês!

Aos alunos do meu Grupo de Estudos em Cuidado e Enfermagem em Saúde do Adulto – GECESA – na UVA. Obrigada por tornarem meus dias em Sobral tão alegres e por todo carinho que recebo diariamente, por me motivarem a doar o meu melhor a vocês e sempre buscar novos aprendizados. Principalmente, obrigada pela ajuda nas últimas semanas e pela compreensão pela minha falta de tempo. Vocês são presentes de Deus na minha vida! Fui agraciada com pessoas tão maravilhosas ao meu lado!

Aos profissionais da instituição em estudo, obrigada por me acolherem e pela ajuda durante toda a minha vida acadêmica desde a minha pesquisa da monografia até a tese, principalmente Dr. Rodrigo e Dr. Ney pela confiança dedicada ao meu trabalho, Dra Lucifátima por ceder o consultório para esta pesquisa e apoio dedicado e enfermeira Vanessa que me acolheu na equipe de cirurgia bariátrica durante meu estágio supervisionado na graduação.

Ao estatístico Brazil, obrigada pela paciência que você teve comigo, pelos ensinamentos e pelos sábios conselhos no momento certo.

Ao Departamento de Enfermagem da UFC por ser uma “escola que é asa” e encorajar nosso vôo desde a graduação. Tive a grande oportunidade de ter uma formação de qualidade com professores maravilhosos que contribuíram para a minha formação pessoal e profissional durante a graduação e pós-graduação. Agradeço também a Ju da portaria por nos receber sempre tão simpática e as meninas da secretaria da Pós-graduação (Jackeline, Walma e Joelna) por serem solícitas todas as vezes que fui buscar informações.

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!

*“Como as borboletas que seguem em direção
à luz, que cada um de nós saiba abandonar os
antigos casulos e voar em direção ao brilho da
vida que está começando agora...”*

Autor Desconhecido

RESUMO

Introdução: O preparo pré-operatório da cirurgia bariátrica envolve a educação do paciente em que o candidato tem a oportunidade de esclarecer dúvidas em relação ao procedimento e compreender os cuidados necessários no perioperatório. O uso de tecnologias educacionais, em destaque para cartilhas, como ferramentas de auxílio nesse processo é importante para a promoção da saúde. **Objetivo:** avaliar a efetividade de intervenção educativa mediada pela cartilha “*Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável*” no preparo pré-operatório. **Método:** trata-se de ensaio clínico randomizado controlado desenvolvido no período de maio a julho de 2017 em instituição referência na realização de cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde. A amostra foi constituída, inicialmente, por 66 pacientes em lista de espera para a cirurgia, os quais foram distribuídos igualmente de forma aleatorizada no Grupo Controle (GC – n=33) e Grupo Intervenção (GI – n=33), com seguimento de sete semanas. O GC recebeu somente os cuidados de rotina da instituição e o GI participou de intervenção educativa mediada pela cartilha. No momento *baseline* (M0), foram aplicados instrumentos para caracterização clínica-epidemiológica; autoconceito pelo Inventário Clínico de Autoconceito; níveis de ansiedade e depressão pelo *Hospital Anxiety Depression Scale* e Inventário de Ansiedade Traço-Estado; qualidade de vida pelo *WHOQOL-bref* (avaliação geral) e questionário de Moorehead-Oria II (específico para cirurgia bariátrica); e avaliação do conhecimento e atitude sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório, os quais foram reaplicados com sete semanas (M2). Na análise estatística, foi aplicado testes não-paramétricos como Mann-Whitney e Wilcoxon para comparar a variabilidade em cada grupo e também entre os grupos das médias dos escores das escalas ($\alpha < 5\%$). **Resultados:** A variação entre as medianas do peso inicial e final foi de $\Delta = +4,3\text{kg}$ no GC ($p = 0,211$) e $\Delta = -1,8\text{kg}$ no GI ($p = 0,000$) e do Índice de Massa Corporal, durante os momentos M0-M2, foi de $48,7$ vs. $48,9 \text{ kg/m}^2$ no GC ($p = 0,227$) e $49,5$ vs. 49 kg/m^2 no GI, $p = 0,000$. No M2, as medianas dos escores entre GI e GC foi de 40 vs. $33,5$, $p = 0,000$ para ansiedade-estado e 44 vs. 41 , $p = 0,001$ para ansiedade-traço. A mediana do escore da HADS-A variou de 7 para 5 pontos ($p = 0,000$) e da HADS-D foi 6 para 4 pontos ($p = 0,001$), demonstrando melhora da ansiedade e depressão entre GI. Houve melhora no autoconceito do GI (M2: $80,68 \pm 11,37$; M1: $72,3 \pm 14,28$) quando comparados ao GC (M2: $69,61 \pm 12,7$; M1: $72,47 \pm 12,43$), $p = 0,003$. Na avaliação do *WHOQOL-bref*, a média dos escores entre GC e GI no M0 foi de $11,65 \pm 2,52$ vs. $11,42 \pm 2,21$ ($p = 0,929$). No M2, a média no GC foi $11,22 \pm 2,3$ e no GI $13,43 \pm 1,87$, $p = 0,000$. Com relação ao conhecimento, a média de acertos do GI evoluiu de $21,07$ ($\pm 5,82$) para $31,1$ ($\pm 2,96$). O GC não apresentou significância estatística ($p = 0,433$) na comparação M0-M2. **Conclusão:** a cartilha pode ser considerada como uma tecnologia que permite a obtenção de informações sobre saúde de forma inovadora e confiável entre pacientes do programa de obesidade atendidos no SUS, garantindo ao paciente obeso, a integralidade do cuidado por intermédio de intervenção educativa alinhada aos princípios da promoção da saúde como autonomia e autocuidado.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia bariátrica. Tecnologia educacional. Educação em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The preoperative preparation of bariatric surgery involves the education of the patient in which the candidate has the opportunity to clarify their doubts regarding the procedure and to understand the necessary care in the perioperative period. The use of educational technologies, specially booklets, as tools to aid in this process is important for the promotion of health. **Objective:** To evaluate the effectiveness of educational intervention mediated by the booklet "Bariatric surgery: care for a healthy life" in the preoperative preparation. **Method:** this is a randomized controlled clinical trial developed from May to July of 2017 at a reference institution in bariatric surgeries performed by the Brazilian National Health System. The sample consisted initially of 60 patients on the waiting list for the surgery, which were also randomized in the Control Group (CG - n = 30) and Intervention Group (IG - n = 30), with a length of seven weeks. The CG received only the routine care from the institution and the IG participated in an educational intervention with the booklet. At baseline moment (M0), instruments were applied for clinical-epidemiological characterization; Self-concept by the Clinical Inventory of Self-concept; Levels of anxiety and depression by the Anxiety Hospital Depression Scale and Trait-State Anxiety Inventory; Quality of life by WHOQOL-bref (general assessment) and Moorehead-Oria II questionnaire (specific for bariatric surgery); And CAP survey on bariatric surgery and perioperative care, which were reapplied with three (M1 - only for IG) and seven weeks (M2). **Results:** The variation between the medians of initial and final weight was $\Delta=+4.3\text{kg}$ in the CG ($p=0.211$) and $\Delta=-1.8\text{kg}$ in the GI ($p=0.000$) and the Body Mass Index, during moments M0-M2, was 48.7 vs. 48.9 kg/m^2 in the GC ($p=0.227$) and 49.5 vs. 49 kg/m^2 in the GI, $p=0.000$. In M2, the medians of the scores between GI and GC were 40 vs. 33.5 , $p=0.000$ for state-anxiety and 44 vs. 41 , $p=0.001$ for anxiety-trait. The median HADS-A score ranged from 7 to 5 points ($p=0.000$) and HADS-D ranged from 6 to 4 points ($p=0.001$), demonstrating improvement in anxiety and depression between GI. There was an improvement in the self-concept of GI (M2: 80.68 ± 11.37 , M1: 72.3 ± 14.28) when compared to CG (M2: 69.61 ± 12.7 , M1: $72.47 \pm 12, 43$), $p=0.003$. In the WHOQOL-bref evaluation, the mean scores between GC and GI in M0 were 11.65 ± 2.52 vs. 11.42 ± 2.21 ($p=0.929$). In M2, the mean in the GC was 11.22 ± 2.3 and in the GI 13.43 ± 1.87 , $p = 0.000$. In knowledge, the average accuracy of GI increased from $21.07 (\pm 5.82)$ to $31.1 (\pm 2.96)$. The GC did not present statistical significance ($p=0.433$) in the M0-M2 comparison. **Conclusion:** the booklet can be considered technology that allows the obtainment of health information in an innovative and reliable way among patients of the obesity program treated in SUS, guaranteeing to the obese patient the integrality of the care through an educational intervention aligned to the Principles of health promotion as autonomy and self-care.

Keywords: Obesity. Bariatric surgery. Educational Technology. Health education. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 Fluxograma com a descrição da participação da equipe de pesquisa na coleta de dados. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Figura 2 Diagrama da randomização e alocação dos pacientes adaptado do Consort (2010). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Figura 3 Fluxograma com os encontros durante o acompanhamento. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Figura 4 Fluxograma de Atendimento do Paciente no Programa de Obesidade. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Figura 5 Fluxograma do ensaio clínico randomizado proposto e os momentos de coleta de dados. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Gráfico 1 Comparação da perda do excesso de peso entre os pacientes conforme grupos. Fortaleza-Ceará, Brasil, 2017.
- Gráfico 2 Comparação das características das facetas dos domínios físico e psicológico entre os grupos pelo WHOQOL-bref. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Gráfico 3 Comparação das características das facetas dos domínios social e meio ambiente entre os grupos pelo WHOQOL-bref. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Gráfico 4 Comparação das médias de acertos na avaliação do conhecimento sobre cirurgia bariátrica entre grupos. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Descrição dos cuidados orientados na consulta de enfermagem com o paciente da cirurgia bariátrica. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Quadro 2 Descrição das temáticas e objetivos dos encontros da intervenção educativa. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Quadro 3 Classificação do IMC conforme preconizado pela OMS e IFSO. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Quadro 4 Classificação do risco cardiovascular pela RCQ de acordo com sexo e idade. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Quadro 5 Classificação do percentual de gordura corporal de acordo com sexo e idade. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Quadro 6 Classificação do percentual de massa muscular de acordo com sexo e idade. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Quadro 7 Classificação da gordura visceral de acordo com percentual. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Características sócio-demográficas dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=60). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 2 Histórico de obesidade dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=60). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 3 Características clínicas dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=60). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 4 Práticas de Saúde entre pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 5 Indicadores clínicos de obesidade entre pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. [n (M0-M2) = 30/28 (GC); 29/27 (GI)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 6 Comparação da composição corporal de pacientes entre grupos. [n (M0-M2) = 30/28 (GC); 29/27 (GI)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 7 Comparação dos escores dos níveis de ansiedade entre os grupos pelas escalas IDATE ansiedade estado e traço. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 8 Comparação das medianas dos escores dos sintomas de ansiedade e depressão entre os grupos pelas escalas HADS-A e HADS-D. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 9 Comparação das médias dos domínios de qualidade de vida entre os grupos pelo questionário de Moorehead-Ardelt II. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 10 Comparação das médias dos domínios de qualidade de vida entre os grupos pelo WHOQOL-bref. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 11 Comparação das médias e desvio-padrão dos domínios de autoconceito entre os grupos pelo ICAQ. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 12 Comparação das médias e desvio-padrão das pontuações das variáveis de autoconceito entre os grupos pelo ICAQ. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 13 Comparação dos acertos das questões sobre cirurgia bariátrica e pré-operatório entre os grupos (n=56). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 14 Comparação dos acertos das questões sobre internação pós-operatório hospitalar entre os grupos (n=56). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 15 Comparação dos acertos das questões sobre pós-operatório domiciliar entre os grupos (n=56). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 16 Comparação dos acertos das questões sobre pós-operatório tardio entre os grupos (n=56). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 17 Comparação dos acertos (%) entre os grupos [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 18 Comparação da atitude em relação ao seguimentos dos cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica entre os grupos [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.
- Tabela 19 Distribuição das respostas da avaliação da satisfação e aceitabilidade da intervenção educativa sobre cirurgia bariátrica entre o grupo intervenção (n=28). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

%GC - Percentual de Gordura Corporal
%GV - Percentual de Gordura Visceral
%MM - Percentual de Massa Muscular
%PEP - Percentual do Excesso de Peso
ADM - Amplitude de Movimento
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BGYR – Bypass Gástrico em Y de Roux
BIA - Análise de Impedância Biolétrica
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CA - Circunferência Abdominal
CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CE - Ceará
CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health
CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials
CQ - Circunferência Quadril
CRM - Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DCNT – Doenças Crônicas Não-transmissíveis
DM II - Diabetes mellitus tipo 2
ECR - Ensaio Clínico Randomizado
ENOPE - The European Network on Patient Empowerment
EUA - Estados Unidos da América
FO – Ferida operatória
GC - Grupo Controle
GI - Grupo Intervenção
HADS - Hospital Anxiety Depression Scale
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
IC – Intervalo de Confiança
ICAC - Inventário Clínico de Autoconceito
IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IFSO - Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade
IMC - Índice de Massa Corporal

InMetro - Instituto de Metrologia
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
LC - Linha de Cuidado
Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAII - Moorehead-Ardelt II
Medline - Medical Literature Analysis and Retrieval System online
MS - Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
OR - Odds Ratio
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
PO – Pós-operatório
QV – Qualidade de Vida
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RCEst - Relação Cintura-Estatura
RCQ - Relação cintura-quadril
RS – Rio Grande do Sul
SBCBM - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SM – Salário Mínimo
SP – São Paulo
SPSS -Statistical Package for the Social Sciences
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Terapia Cognitiva-Comportamental
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE - Tecnologia Educacional
TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação
TVP – Trombose Venosa Profunda
UFC – Universidade Federal do Ceará
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	29
3	HIPÓTESES	30
4	REVISÃO DE LITERATURA	31
4.1	Linha de cuidado ao paciente obeso grave no Sistema Único de Saúde	31
4.2	A importância do preparo pré-operatório do paciente na cirurgia bariátrica: o papel do enfermeiro na educação em saúde	38
4.3	Uso de tecnologias educacionais no cuidado ao paciente durante o perioperatório	42
4.4	A cartilha educativa “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável.”	54
5	MÉTODO	60
5.1	Tipo de Estudo	60
5.2	Cenário do Estudo	62
5.3	População e Amostra	62
5.4	Cálculo da Amostra	63
5.5	Randomização e Cegamento	63
5.6	Recrutamento dos pacientes	66
5.7	Cuidados de Rotina da Instituição	67
5.8	Intervenção Educativa	69
5.9	Desfechos	75
5.10	Instrumentos de Coleta de dados	75
5.11	Operacionalização da Coleta de Dados	86
5.12	Protocolo do Inquérito Telefônico	87
5.13	Equipe de Trabalho e Atribuições	88
5.14	Análise dos dados	89
5.15	Considerações Éticas	91
5.14	Riscos e Benefícios	91
6	RESULTADOS	92
7	DISCUSSÃO	113
8	CONCLUSÃO	167
	REFERÊNCIAS	173
	APÊNDICES	206
	ANEXOS	236

1 INTRODUÇÃO

“Assim como os pássaros, precisamos aprender a superar os desafios que nos são apresentados para alcançar voos mais altos.” (Dirk Walter)

Considerando a alta prevalência da obesidade e seu aumento exponencial, a seleção de estratégias eficazes para o seu tratamento se torna crucial. Logo, diferentes condutas e medidas de intervenções têm sido propostas para favorecer a perda e o controle do peso, tais como: modificação do estilo de vida, farmacoterapia e a cirurgia bariátrica (TANG et al., 2014; FERREIDOUNI et al., 2015; JOHNSON et al., 2015). Entretanto, a adesão do paciente afeta significativamente a eficácia de qualquer uma dessas intervenções elencadas (JOHNSON et al., 2015; WILD et al., 2015).

A real dimensão da obesidade como problema de saúde pública é imensurável, pois, além de predispor o indivíduo a outras doenças e morte precoce, a obesidade traz prejuízos nos aspectos psicossociais como: baixa autoestima situacional, sofrimento, depressão, ansiedade e isolamento social, o que reflete diretamente no estado de saúde e na qualidade de vida do indivíduo, repercutindo também na vida familiar, na sociedade e no governo. Diante desta problemática, o controle e redução da obesidade tornou-se um dos maiores desafios para as políticas públicas no Brasil.

Até o momento, a única política pública voltada exclusivamente para a obesidade é o Protocolo de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida - Gastroplastia, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que não representa uma política de prevenção, mas sim de tratamento para portadores de obesidade grave (BRASIL, 2007). A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) afirma que a demanda de cirurgias cresce cerca de 20% ao ano no Brasil e, no ano de 2016, houve aumento de 7,5% no número de procedimentos cirúrgicos realizados evoluindo de 93,5 mil, em 2015, para 100.512 (SBCBM, 2017).

Estima-se que 9 milhões de brasileiros precisam da cirurgia (somando-se pacientes que já estão na fila de espera e aqueles que ainda necessitam de encaminhamento através da atenção primária) e somente 1,5% destes chegam a ser operados, ocasionando cerca de 45 mil óbitos evitáveis por ano, devido a não realização da cirurgia bariátrica para o controle da obesidade. Os custos gerados para o SUS são de aproximadamente de R\$2,3 bilhões por ano e, a cada mil pacientes, são gastos cerca de R\$256 mil a mais, a cada ano, por complicações relacionadas à obesidade (COHEN et al., 2017).

Assim, a cirurgia bariátrica deve ser considerada para pacientes com alto risco de morbimortalidade que não tenham alcançado a perda de peso com os tratamentos convencionais e

que estão sofrendo com as complicações desta enfermidade (KARMALI et al., 2010; SWASH, 2016). Para sua realização, é indispensável o preparo pré-operatório para sua segurança e alcance de resultados positivos considerando que é nesse momento que o indivíduo e seu familiar recebem todas as informações referentes à cirurgia, aos benefícios e riscos do procedimento e cuidados no perioperatório (SBCBM, 2015).

Dessa forma, a cirurgia bariátrica é a opção de tratamento mais eficaz para a obesidade mórbida, complementando a prática de outras terapias não cirúrgicas para o controle de peso e de comorbidades associadas. Além de proporcionar uma perda ponderal sustentável em longo prazo, esse procedimento cirúrgico também melhora o metabolismo do indivíduo com remissão de diversas doenças (hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia), bem como do bem-estar biopsicossocial, além de um impacto positivo na qualidade de vida (ANGRISANI et al., 2015; GESQUIERE et al., 2015; STANFORD et al., 2015; TABIBIAN et al., 2015; WHITE et al., 2015) e com possibilidade de menor índice de recidiva do excesso de peso (ABESO, 2009).

Embora a cirurgia bariátrica seja vista como uma intervenção eficaz, esse tratamento não é uma "cura milagrosa" (MCGRICE; PAUL, 2015), pois, apesar dos resultados favoráveis, nem sempre a perda ponderal é sustentada, com chances de reganho de peso associado ao reaparecimento da comorbidade e possíveis complicações tardias têm sido relatadas (CHRISTOU, EFTHIMIOU, 2009). Diante disso, o entendimento das intercorrências pós-operatorias pode direcionar os cuidados necessários para manter os melhores resultados.

Morales et al. (2014) e Gesquiere et al. (2015) enfatizam que os benefícios desse procedimento melhoram a qualidade de vida e a autoestima, porém, existem riscos, complicações e mudanças fisiológicas que acontecerão na vida do paciente e que devem ser relatadas. Especialmente, quando este ainda é candidato à cirurgia. Assim, o paciente deve ter ciência das fases do perioperatório e do seu papel como agente ativo no tratamento através da adesão pessoal e familiar às recomendações recebidas para o êxito terapêutico.

A gestão do autocuidado influencia tanto na perda de peso em longo prazo como em outros parâmetros importantes, tais como melhora de comorbidades e qualidade de vida, estado nutricional e necessidade de reintervenções cirúrgicas (MOROSHKO; BRENNAN; O'BRIEN, 2012; POLSKY et al., 2015). Semelhante a outras opções de tratamento para obesidade, o sucesso da cirurgia bariátrica não está garantido e depende, em grande parte, do engajamento do paciente, incluindo a adesão às orientações como seguimento da dieta alimentar, prática de atividade física, tomada de suplemento vitamínico, manejo do estresse e busca de apoio social (ODOM et al., 2010; LIVIHTS et al., 2010; LIER et al., 2012; BASTOS et al., 2013; SYSKO et al., 2014; MUNDI et al., 2015; PAUL et al., 2015; BOND et al., 2015).

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 (LEMANU et al., 2012; SILVA; TANIGUTE; TESSITORE, 2014; FRIED et al., 2014; BOOTH et al., 2015). A Enfermagem se destaca no acompanhamento do paciente candidato à cirurgia bariátrica tanto no momento do pré-operatório quanto no pós-cirúrgico, conduzindo 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 (MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014). Neste caso, o enfermeiro tem dupla função: garantir a eficiência técnica no pré e pós-operatório e atuar como elo facilitador entre os profissionais, o paciente e os familiares (COSTA et al., 2009).

O enfermeiro deve promover uma assistência qualificada ao paciente, ao reconhecer que a decisão do mesmo em se submeter a cirurgia representa uma busca por melhor qualidade de vida, sendo essencial que este paciente seja visto de forma holística e que suas necessidades biopsicossociais sejam avaliadas em cada etapa do processo cirúrgico (NEIL; ROBERSON, 2015). Para manter a perda de peso, os pacientes devem sustentar a sua motivação, definir metas, encontrar fontes de encorajamento e retornar às consultas periódicas com a equipe multiprofissional no pós-operatório (FENCL; WALSH; VOCKE, 2015).

Caso o paciente não siga as recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde, complicações precoces e tardias como hemorragias, fístulas, deficiências nutricionais e síndrome de *dumping* podem acontecer. Além disso, a recuperação do peso pode ocorrer ao longo do tempo, representando um risco para todos os pacientes (WHEELER, 2008; MOROSHKO; BRENNAN; O'BRIEN, 2012; STOKLOSSA; ATWAL, 2013; MUNDI et al., 2015; PAUL et al., 2015). Estima-se que aproximadamente 20 a 40% dos pacientes apresentam perda de peso insuficiente ou reganho do peso (BIRON et al, 2004; MAGRO et al, 2008; STEWART et al., 2010; LIVHITS et al, 2012; STOKLOSSA; ATWAL, 2013; SPITZNAGEL et al., 2013b ; PAUL et al., 2015), podendo ocorrer entre dois a dez anos de pós-operatório (PAUL et al., 2015).

É evidente que nenhum tratamento isolado irá solucionar o problema da obesidade, considerada uma doença crônica, mesmo após o procedimento cirúrgico. Ademais, os resultados esperados não serão alcançados sem a participação efetiva do indivíduo no plano de cuidados e seguimento das orientações como dieta, atividade de vida, uso de medicamentos e acompanhamento da equipe multiprofissional. Nessa relação entre profissional de saúde, paciente e tratamento, um termo em destaque é a adesão. O enfermeiro deve ter consciência que trabalhar adesão a um tratamento e/ou orientações sobre vida mais saudável no pós-operatório é um processo dinâmico e

contínuo que necessita, além de um componente motivacional, a participação ativa do sujeito envolvido.

A não-adesão aos cuidados no pós-operatório favorece o reganho ponderal, o que pode estar relacionado com fatores como hábitos alimentares inadequados, dilatação da bolsa gástrica, redução da atividade física e adaptações hormonais. Isso enfatiza a importância do conhecimento prévio sobre a cirurgia bariátrica durante o preparo pré-operatório, a fim de esclarecer ao usuário quanto aos riscos e períodos críticos de possível reganho de peso, além da possibilidade de retorno de comorbidades e o surgimento de complicações (BASTOS et al., 2013).

O preparo pré-operatório envolve a educação do paciente com sessões individuais ou em grupo em que o candidato tem a oportunidade de esclarecer suas dúvidas em relação à cirurgia e compreender os cuidados necessários no perioperatório como consumo de alimentos saudáveis, prática de atividade física e cessação do tabagismo (TARIQ; CHAND, 2011; STEVENS et al., 2012). Assim, todos os pacientes devem ser avaliados no pré-operatório com relação ao conhecimento sobre riscos e benefícios, expectativas, capacidade de enfrentar e lidar com as modificações no estilo de vida antes e depois da cirurgia, adesão aos cuidados e aceitação da necessidade de acompanhamento ao longo da vida (STEVENS et al., 2012; LIER et al., 2012). Os enfermeiros devem estar cientes da importância da preparação para o aumento do conhecimento sobre todo o perioperatório, a qual deve ser concluída antes da realização da cirurgia (NEIL; ROBERSON, 2015).

A educação pré-operatória é importante para melhorar os resultados após a intervenção cirúrgica e existe uma escassez na literatura sobre o planejamento das estratégias educacionais desenvolvidas nesse período e padronização das temáticas a serem abordadas (KRUIK, 2009; OWERS et al., 2017). Esse momento educativo é crucial para ajudar a adaptação dos pacientes após a cirurgia, não devendo ser concentrada apenas na saúde física, complicações e dieta, mas sim no preparo psicossocial e nas modificações do estilo de vida esperadas para o pós-operatório (JONES et al., 2011; MOROSHKO; BRENNAN; O'BRIEN, 2012; OWERS et al., 2017). Favorece o compartilhamento do conhecimento (incluindo benefícios, riscos e desafios) e permite maior advocacia em saúde para o paciente (NEIL; ROBERSON, 2015; FENCL; WACKE; VOGUE, 2015).

Pode diminuir as taxas de reganho de peso e potencializar os resultados pós-cirúrgicos, desempenhando papel fundamental na aderência às modificações no estilo de vida (GROLLER, 2017) a partir da identificação dos pacientes em risco potencial a não alcançar resultados pós-cirúrgicos satisfatórios devido a não-adesão aos cuidados recomendados, permitindo que a equipe de saúde aumente o apoio durante o acompanhamento perioperatório, visando à adequação ao tratamento no pós-operatório e o alcance dos resultados ideais (MOROSHKO; BRENNAN; O'BRIEN, 2012; COTTAM et al., 2016).

De acordo com Thomas et al. (2011) e Spitznagel et al. (2014), os pacientes de cirurgia bariátrica normalmente recebem um grande número de instruções e recomendações durante as consultas do pré-operatório e que alguns pacientes podem ter dificuldades em seguir todas as orientações durante o pós-operatório. Déficits de memória ou função cognitiva podem interferir na capacidade do paciente em seguir as orientações pós-operatórias (SPITZNAGEL et al., 2014), o que torna essencial a avaliação da adesão para identificação de obstáculos e a realização de intervenções educativas (RATCLIFF et al., 2014), tendo em vista que a indisposição ou incapacidade de pacientes em seguir as recomendações da equipe multiprofissional pode estar, em alguns casos, associada à falta de preparação para a cirurgia bariátrica com sessões educacionais (CREEL, 2009).

Estudo em Santa Catarina identificou fragilidades no processo comunicacional e educativo entre pacientes da cirurgia bariátrica e a equipe multiprofissional. Os participantes relataram falta de informações e o uso apenas da linguagem oral somado ao fornecimento de informações sobre os cuidados no domicílio somente na saída do paciente do hospital e à falta de acompanhamento ambulatorial da enfermagem durante o pré e pós-operatório (MORALES et al., 2014).

A realização de educação em saúde é atribuição do enfermeiro que permite a troca de saberes e a promoção ao autocuidado, podendo ser realizada através da exposição verbal e da utilização de materiais de apoio como cartilhas com imagens autoexplicativas (NEVES e MENDES et al. 2015). Revisão sistêmica de 1999 a 2016 sobre práticas de educação em saúde direcionadas aos pacientes do perioperatório da cirurgia bariátrica, encontrou 24 artigos que atendiam aos critérios de inclusão (idioma inglês, pacientes adultos e qualquer período de perioperatório). As sessões educativas ocorreram de forma individual ou em grupo durante pré e pós-operatório e a maioria dos estudos analisados abordavam o uso de impressos. Também foram identificados uso de ambientes virtuais, sites, vídeos, inquérito telefônico e aconselhamento, aplicados de forma isolada ou combinada (GROLLER et al., 2017).

Para os autores, é preciso discutir os custos associados aos programas educativos pré-operatórios e seus benefícios com a revisão de temas durante o pós-operatório para apoiar a recordação do conhecimento, implementar contratos de aprendizagem para criar ambiente favorável e motivador para o processo de ensino e personalizar a educação de forma individualizada com a combinação de métodos de ensino (GROLLER et al., 2017).

O SUS é um grande consumidor de tecnologias em saúde, e a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde tem como objetivo maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras. Para tanto, a lei nº 12.401 prevê a implementação de estudos de eficácia, efetividade, segurança, avaliação econômica e impacto orçamentário para a incorporação de novas tecnologias no SUS, as quais devem

estar baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2011), e a lei nº 13.243 incentiva o desenvolvimento científico, a pesquisa, a capacitação científica e tecnológica e a inovação com introdução de produtos, serviços ou processos que resultem em melhorias efetivas no desempenho social e econômico (BRASIL, 2016).

Assim, este estudo tem como proposta avaliar a efetividade, durante o acompanhamento de sete semanas no pré-operatório, de uma intervenção educativa para candidatos à cirurgia bariátrica atendidos em uma instituição referência pelo SUS, a qual foi constituída pelo acesso a informações por cartilha com o objetivo de auxiliar na proteção e promoção de uma vida mais saudável e estímulo ao autocuidado, conduzindo ao bem-estar geral, refletindo também na redução de casos de ganho de peso e de complicações pós-cirúrgicas.

A inclusão de estratégias educativas antes da cirurgia bariátrica como medida de promoção da saúde possibilita o estímulo ao autocuidado, tendo em vista que a educação do paciente no preparo pré-operatório permite a identificação das necessidades individuais, 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 (BARROS, 2015).

A intervenção educativa foi mediada pela cartilha intitulada “*Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável*”, a qual objetiva proporcionar uma melhor vivência do pós-operatório para o paciente e seu familiar e não apenas a melhora do conhecimento sobre o assunto. Este material foi construído e validado por Barros (2015) e representa uma tecnologia educacional com linguagem simples, layout atraente e conteúdo baseado nas necessidades de informações de indivíduos que buscam o tratamento da cirurgia bariátrica, construída com o objetivo de servir como uma ferramenta a ser utilizada na educação em saúde por qualquer profissional de saúde, além de ser um recurso de apoio para os candidatos e/ou pessoas que já se submeteram à cirurgia bariátrica e também para seus familiares com o intuito de esclarecer as dúvidas e aumentar o conhecimento sobre o tratamento, favorecendo o princípio da autonomia e o empoderamento (BARROS, 2015).

O processo de educação voltado ao preparo do paciente e família pode ser considerado como uma estratégia da linha de cuidado ao paciente obeso que busca a cirurgia bariátrica em que deve ser estimulada a participação ativa do indivíduo e a sensibilização para a adesão aos cuidados no perioperatório. O uso de tecnologias educacionais como ferramenta no processo de cuidado ao paciente que busca a cirurgia é importante para a promoção da saúde, autonomia e segurança do paciente e seu familiar por permitir melhor preparo do indivíduo para o procedimento cirúrgico, o que irá contribuir para o empenho no autocuidado e na adaptação ao pós-operatório.

Tecnologia Educacional (TE) pode ser definida como conjunto de conhecimentos científicos que envolve o processo de ensino-aprendizagem, que é concretizado a partir da experiência cotidiana

do cuidar em saúde e da pesquisa, servindo para gerar e aplicar conhecimentos, desenvolver materiais e transformar a utilização empírica sobre determinada situação prática, sendo importante ferramenta para realização do trabalho educativo e o desempenho do processo de cuidar. Todo esse processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente (MEHRY, 2002; NIETSCHE et al., 2005; NIETSCHE; TEIXERA; MEDEIROS, 2014). Pode ser entendida também como ferramenta utilizada para ampliar e potencializar o empoderamento das pessoas, tendo em vista que possibilitam o desenvolvimento de novas formas de cuidado ao auxiliar o enfermeiro no ensino do autocuidado e no alcance de competências dos indivíduos (BERARDINELLI et al., 2014).

Nessa perspectiva, as TEs disponíveis são aliadas importantes na condução das estratégias para favorecer a educação do paciente e o acompanhamento no pós-operatório (SARNO; CANELLA; BANDONI, 2014). Entretanto, tais tecnologias devem ser submetidas ao processo de avaliação antes de serem entregues ao público-alvo com o objetivo de subsidiar decisões relativas à difusão e à incorporação das tecnologias nos serviços de saúde a partir de evidências científicas que auxiliem no processo de decisão da inclusão ou rejeição de tal tecnologia (NITA et al., 2010).

Dessa forma, a avaliação de tecnologia em saúde pode ser definida como um processo de análise e síntese dos benefícios para a saúde da população e das consequências econômicas e sociais da inclusão dessas tecnologias em que considera aspectos como: segurança, acurácia, custos, eficácia e efetividade (NITA et al., 2010). Efetividade é o grau de eficácia que a intervenção atinge na prática, no mundo real dos serviços, ações e programas de saúde (LAST, 2001; NITA et al., 2010). Intervenções educativas podem ter sua efetividade comprovada a partir de estudos pragmáticos que determinam os benefícios do uso da tecnologia em condições semelhantes às do dia a dia (NITA et al., 2010b).

Assim, a implementação das práticas de promoção da saúde, como exemplo a educação em saúde, deve ser monitorada e avaliada com intuito de comprovar (ou não) o êxito da intervenção. Se os objetivos propostos forem alcançados e os resultados mantidos, sob condições de vida reais e não controladas, caracteriza-se a efetividade, a qual indica que uma intervenção serve para o objetivo que foi criada e é capaz de alcançar resultados exitosos (SALAZAR, 2004). Nesse contexto, torna-se necessária a avaliação da efetividade do uso da cartilha educativa “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável” nas estratégias de educação em saúde para que esse material possa vir a ser visto como confiável e eficaz no fornecimento de orientações relacionadas à cirurgia bariátrica.

As cartilhas educativas são vistas como tecnologias facilitadoras do ensino-aprendizagem no processo de aquisição, aproveitamento e aprofundamento de conhecimentos, de domínio de habilidades e de tomada de decisão. Seu uso nas intervenções educativas favorece o reforço às orientações verbais, servindo como guia de informações no esclarecimento de dúvidas posteriores e

auxiliando no enfrentamento e na resolução de problemas pelo indivíduo (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Em busca nas bases de dados nacionais, foram identificados 36 estudos publicados, relacionados à construção e validação de cartilhas, as quais apresentam-se com ampla variedade de temas. Para melhor visualização dos dados, serão apresentadas temáticas das cartilhas conforme o período de tempo.

Entre 2016 e até agosto de 2017, muitas cartilhas abordavam temas como insulinoterapia para crianças com diabetes mellitus tipo 1 (MOURA et al., 2017), primeiros socorros para professores escolares (NETO et al., 2017), síndrome metabólica (MORAIS et al., 2017), prevenção da transmissão vertical do HIV (LIMA et al., 2017), autocuidado da saúde sexual e reprodutiva entre mulheres estomizadas (ALBUQUERQUE et al., 2016), hemodiálise para doentes renais crônico (MEDEIROS et al., 2016), cuidados com úlceras venosas (BENEVIDES et al., 2016), diabetes (AQUINO et al., 2016), sistematização da assistência perioperatória de enfermagem (RAMOS et al., 2016), orientações sobre alimentação para pacientes oncológicos em cuidados paliativos no domicílio e cuidadores (SILVA et al., 2016), prevenção de recorrência de acidente vascular cerebral (MANIVAS, 2016), orientações das mães sobre os cuidados pós-transplante cardíaco pediátrico (FEITOZA et al., 2016).

Já no período de 2013 a 2015, encontramos temáticas relacionadas ao desenvolvimento de cáries dentárias em escolares (SILVA et al., 2015), prevenção da violência sexual na adolescência (SILVA, 2015), alimentação saudável na gravidez (OLIVEIRA et al., 2014), cuidados com queimaduras (CASTRO; LIMA, 2014), gravidez na adolescência (BRUNO, 2014), tratamento quimioterápico (ANJOS, 2014; PEREIRA, 2014), orientações de enfermagem para a alta hospitalar de transplante renal (BORSATO, 2014), vacinação contra influenza (VIEIRA; ANDRADE; ERDMANN, 2013), cuidados no pós-operatório de revascularização miocárdica (GENTIL, 2013), cuidado ao idoso com demência (CAMACHO et al., 2013).

Com relação aos anos de 2001 a 2012, autoexame mamário e câncer em mamas (FRANÇA et al., 2012), autocuidado após cirurgia ortognática (SOUSA; TURRINI, 2012), autocuidado em idosos estomizados (BARROS et al., 2012), autocuidado em insuficiência cardíaca congestiva (GASQUEZ et al., 2012), promoção da saúde da gestante (REBERTE; GOMES; HOGA, 2012), envolvimento paterno na gestação (MANGANIELLO et al., 2012), acidente vascular cerebral e assistência fisioterapêutica (OLIVEIRA, 2012), cuidados com a traqueostomia (FREITAS; COELHO, 2010), prevenção do câncer de colo uterino (REIS et al., 2010), autocuidado em diabetes (TORRES et al., 2009), cuidados no desenvolvimento infantil (GRIPPO; FRACOLLI, 2008), cuidados com o bebê prematuro (FONSECA et al., 2004), autoexame ocular em pacientes com HIV/AIDS (AFIO; PAGLIUCA, 2004) e saúde sexual e reprodutiva para surdos (SOUSA; PAGLIUCA, 2001).

Diante do elevado número de cartilhas com diversidade de temas, infere-se que a função da tecnologia educativa, como a cartilha, é potencializar as habilidades do próprio indivíduo e/ou auxiliar na aquisição de novas atitudes, buscando uma transformação de si mesmo que possibilita a autonomia e a reflexão sobre suas ações (BERARDINELLI et al., 2014), sendo importante a sua construção e validação.

Durante a vivência do perioperatório da cirurgia bariátrica, muitas são as dificuldades e os sentimentos inesperados que surgem na vida diária, sendo necessária a discussão das mudanças que irão ocorrer no dia a dia do paciente, para que ele esteja ciente do impacto da cirurgia na sua vida. Tal abordagem deve ser feita pelo profissional de saúde através de atividades educativas individuais ou em grupos (LIER; AASTROM; RØRTVEIT, 2016) e, para este momento, tecnologias como cartilhas podem vir a ser utilizadas com o intuito de favorecer a efetividade do processo ensino-aprendizagem.

O SUS proporciona à população o exercício do direito à saúde em todos os serviços públicos que devem estar pautados nos princípios da equidade, universalidade e integralidade (VENTURA et al., 2012; VIEGAS; PENNA, 2013; SANTOS, 2013). A integralidade compreende o reconhecimento de fatores biopsicossociais presentes na população atendida nos serviços de saúde que interferem no processo saúde-doença (MENDES, 2011), garantindo não só o direito e acesso à saúde pelo indivíduo obeso, mas também atendimento digno e de qualidade, capaz de solucionar a demanda desses indivíduos sem descontextualizar com sua história, suas necessidades, suas crenças e significados (SANT'HELENA, 2016).

A oferta de cuidado ao obeso grave deve incluir estratégias de promoção da saúde que valorizem o empoderamento e a autonomia do indivíduo, sendo fundamental que as políticas públicas voltadas a essa população contemplem suas necessidades. É indispensável a construção de responsabilização no plano de cuidado e o despertar pela busca da integralidade na atenção à saúde e no exercício do direito à saúde (VENTURA, 2012; ANTÃO; DANTAS; MARTINS, 2013). Esses pressupostos estão alinhados à Carta de Ottawa e à Declaração de Alma Ata que reconhecem a primordialidade da intensificação das estratégias de promoção da saúde nos serviços para promover autonomia e favorecer a compreensão da saúde como resultante de determinantes sociais (TEIXEIRA, 2002; KARNER et al., 2012).

Pacientes informados, motivados e responsabilizados interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde e esforçam-se para realizar ações que produzam resultados de saúde (CESTARI et al., 2016), tornando-se mais conscientes dos riscos operacionais e apresentam-se mais tranquilos e mais dispostos a aderir aos cuidados pós-operatórios (NEIL; ROBERSON, 2015; FENCL; WACKE; VOGUE, 2015). Para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a capacitação dos pacientes é essencial com o apoio de metas de cuidados, liberdade na solução de

problemas e participação nos processos decisórios clínicos junto com a equipe de saúde (OPAS, 2011).

Ressalta-se, então, que o acompanhamento com diversos profissionais da equipe é necessário para que a cirurgia não seja entendida como algo milagroso e solucionador de todos os problemas da vida do candidato ao procedimento. É preciso ter sensibilidade para perceber que esses indivíduos lutam há anos contra a obesidade, com momentos de frustração associados aos resultados fracassados dos tratamentos convencionais, sendo valioso o trabalho de educação desses pacientes para que os mesmos estejam verdadeiramente preparados para as mudanças que ocorrerão em sua vida decorrentes da perda de peso e, também, para que sejam apresentadas as reais mudanças, condizentes com os benefícios que a cirurgia bariátrica pode proporcionar a curto e longo prazo (SOUSA; JOHANN, 2014).

É necessário explorar também se as intervenções educativas podem contribuir para melhora da autoeficácia e da autoestima com reflexo no aumento da qualidade de vida entre pessoas com obesidade mórbida que procuram a cirurgia bariátrica (LERDAL et al., 2017), tendo em vista que as atuais estratégias de educação perioperatória, baseadas no modelo biomédico, não são apenas ineficazes como também podem contribuir para o aumento da ansiedade e do medo entre os pacientes (LERDAL et al., 2017; GROLLER, 2017). O comprometimento emocional e psicológico do paciente poderá prejudicar a sua adaptação no pós-operatório, dificultando a assimilação e prática adequada das orientações recebidas pelos profissionais (SILVA; TANIGUTE; TESSITORE, 2014).

Paralelo a isso, é essencial a implementação de estratégias que aumentem o acompanhamento do paciente que aguarda a cirurgia (REGO et al., 2017). Pesquisa intervenção nos Estados Unidos identificou que a demora na fila de espera contribuiu para a piora na saúde física e mental, baixa autoeficácia e maiores níveis de sintomas depressivos (PADWALL et al., 2013). Os dados foram corroborados por outro estudo que também identificou que pacientes listados em espera relatam que a espera contribui para a deterioração física, mental e financeira ao longo do tempo e quase 75% estão interessados em receber cuidados de suporte à medida que esperam (WARKENTIN et al., 2014).

No Brasil, a situação é semelhante e pacientes que buscam a cirurgia bariátrica pelo SUS aguardam longos anos devido ao pequeno número de centros credenciados e pequena capacidade de atendimento frente a enorme demanda (CARMO; FAGUNDES; CAMOLA, 2008; KELLES; MACHADO; BARRETO, 2014). O tempo médio de espera é de três a quatro anos, podendo ser maior em algumas cidades, e, a cada mil pacientes que aguardam a cirurgia, pelo menos cinco vão a óbito por ano, o que demonstra que a espera pela cirurgia ocasiona mortes evitáveis e aumento dos custos no SUS, com aumento de 18% de risco de morte entre pacientes que aguardam sete anos na fila (COHEN et al., 2017).

Assim, este estudo torna-se relevante na medida em que busca avaliar a efetividade de uma intervenção educativa mediada por uma cartilha como método auxiliar à orientação verbal sobre os cuidados no período perioperatório da cirurgia bariátrica, a fim de favorecer a adesão aos cuidados e melhorar o preparo pré-operatório. Com isso, a finalidade da educação em saúde consiste em auxiliar os pacientes, com intermédio da cartilha educativa, a vivenciarem o pós-operatório de uma forma mais saudável, visando, assim, o alcance do bem-estar com a realização da cirurgia bariátrica.

Sabe-se que os potenciais problemas associados com a cirurgia bariátrica precisam ser esclarecidos aos pacientes e seus familiares, tanto no período do pré-operatório como também após a cirurgia, para otimizar a perda de peso a longo prazo (MCGRICE; PAUL, 2015). Possibilitar o acesso a informações por intermédio de uma cartilha, favorece uma prática educativa mais dinâmica que permite o aprendizado e contribui para uma melhor vivência no pós-operatório, 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 reganho de peso.

Uma preparação adequada do paciente pode aumentar a possibilidade de adaptação do indivíduo ao pós-operatório (PAUL et al., 2015; BERGH et al., 2016), pois o mesmo deve ter o entendimento que a cirurgia bariátrica é um compromisso para o resto da vida com necessidade de acompanhamento frequente no pós-operatório (TARIQ; CHAND, 2011; MCGRICE; PAUL, 2015). O alcance de resultados bem sucedidos pós-cirurgia bariátrica necessita de uma abordagem multiprofissional e educação do paciente, especialmente relacionada aos cuidados no pós-operatório e adesão ao tratamento (MOROSHKO; BRENNAN; O'BRIEN, 2012; MCVAY et al., 2013; MCGRAW; WOOL, 2015; BOND et al., 2015; MCGRICE; PAUL, 2015; BERGH et al., 2016).

O indivíduo necessita ser esclarecido de que a cirurgia bariátrica é um facilitador para perda de peso, melhora de comorbidade e da qualidade de vida, porém, o risco de reganho de peso é real naqueles indivíduos que não buscam um estilo de vida mais saudável. Adicionalmente, espera-se promover uma melhoria na assistência direcionada ao paciente que busca a cirurgia como tratamento, facilitando o entendimento dele acerca das condutas de autocuidado durante o perioperatório a partir da intervenção educativa com a cartilha “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável”.

A utilização da tecnologia educativa pode vir a favorecer a redução das taxas de complicações, reoperações e reganho de peso em decorrência do fornecimento de informações adequadas sobre o autocuidado. Pode, ainda, representar um instrumento inovador para pacientes que buscam a cirurgia bariátrica que pode ser utilizado durante a educação em saúde, principalmente com a população usuária do SUS. Além disso, o uso da cartilha pode vir a reduzir os níveis de ansiedade, aumentar o

conhecimento do paciente e contribuir para uma maior perda de peso, favorecendo uma maior adesão ao tratamento cirúrgico da obesidade.

Diante do exposto, visando contribuir com a efetivação do cuidado ao indivíduo obeso no SUS, defende-se a seguinte tese: o uso da cartilha “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável” é eficaz para melhorar o preparo do paciente para a realização da cirurgia bariátrica refletido pela maior perda de peso, melhora no conhecimento, maiores médias das medidas de autoconceito e qualidade de vida e menores níveis de ansiedade e depressão no período de acompanhamento da coleta de dados.

Destaca-se que é fundamental que o enfermeiro amplie a sua participação nos cuidados direcionados ao paciente submetido à cirurgia bariátrica durante todo o seu percurso em busca de uma vida mais saudável, sendo a orientação sobre o novo estilo de vida, um fator essencial para o sucesso da cirurgia e bem-estar do paciente. A realização da educação em saúde utilizando a cartilha representa uma prática educativa dinâmica e inovadora que possibilita o suporte educacional durante todo o pós-operatório a partir das informações disponíveis no material impresso, o que pode favorecer a autonomia e o aumento do poder do paciente na tomada de decisão sobre as condutas adequadas na vivência do pós-operatório. Vale ressaltar que a inclusão de estratégias educativas no processo de cuidar otimiza o vínculo entre o enfermeiro e o paciente, o que facilita a socialização das informações relativas ao seu tratamento.

É pertinente o desenvolvimento de intervenções educativas para pacientes e família, tendo em vista que essa ferramenta estimula a autonomia do indivíduo e desmistifica conceitos errôneos (GENTIL, 2013). Como o enfermeiro desenvolve papel de educador durante o ato de cuidar, compete a este profissional a implementação de estratégias educativas que visem favorecer o processo de ensino-aprendizagem durante o preparo pré-operatório da cirurgia bariátrica e após o procedimento cirúrgico, levando em consideração as necessidades de conhecimento dos pacientes e os principais temas que devem ser discutidos e esclarecidos (objetivo da cirurgia, indicação, riscos e benefícios, resultados esperados e possíveis complicações).

2 OBJETIVOS

“Tudo é possível desde que você dedique seu tempo, seu corpo e sua mente.” (Michael Phelps)

2.1 Objetivo Geral

2.1.1 Avaliar a efetividade de intervenção educativa mediada pela cartilha “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável” no preparo pré-operatório para o procedimento cirúrgico.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Mensurar o conhecimento e atitude dos pacientes sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório, comparando o Grupo Controle (GC) e o Grupo Intervenção (GI).

2.2.2 Analisar os indicadores de obesidade entre os pacientes do grupo controle e intervenção.

2.2.3 Comparar o autoconceito e a qualidade de vida dos pacientes do pré-operatório da cirurgia bariátrica entre os pacientes do grupo intervenção e controle.

2.2.4 Comparar a presença de sintomas de ansiedade e depressão entre os participantes do GC e GI.

2.2.5 Identificar a satisfação e aceitabilidade da intervenção educativa mediada pela cartilha entre pacientes do pré-operatório

3 HIPÓTESES

“É a possibilidade que me faz continuar, não a certeza, uma espécie de aposta da minha parte. E, embora você possa me chamar de sonhador, de tolo ou de qualquer outra coisa, acredito que tudo é possível.” (Nicholas Sparks)

- ✓ Ao término das setes semanas de acompanhamento, os dois grupos terão a mesma média de peso e IMC.
- ✓ A média de acertos no teste de conhecimento sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica será igual entre pacientes que participaram da intervenção educativa (grupo intervenção) e pacientes que receberam a orientação convencional na instituição em estudo (grupo controle).
- ✓ As médias das medidas de qualidade de vida, autoconceito, ansiedade e depressão dos pacientes que participarem da intervenção educativa (grupo intervenção) serão iguais aos daqueles que participarem da orientação convencional na instituição em estudo (grupo controle).

4 REVISÃO DA LITERATURA

“Confia no Senhor de todo o teu coração, e não te estribes no teu próprio entendimento. Reconhece-o em todos os teus caminhos, e ele endireitará as tuas veredas”. (Provérbios 3.5-6)

Nesse estudo, a revisão de literatura será apresentada em três tópicos: 1) Linha de cuidado ao paciente obeso grave no Sistema Único de Saúde; 2) A importância do preparo pré-operatório do paciente na cirurgia bariátrica: o papel do enfermeiro na educação em saúde; 3) Uso de tecnologias educacionais no cuidado ao paciente durante o perioperatório e 4) A cartilha educativa “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável.”.

4.1 Linha de cuidado ao paciente obeso grave no Sistema Único de Saúde

A obesidade é considerada uma epidemia global com progressão alarmante de casos, tanto entre países desenvolvidos como em desenvolvimento, sendo um problema de saúde pública mundial (AKAMINE; ILIAS, 2013; QUIDLEY et al., 2014; NG et al., 2014; TANG et al., 2014; LIN et al., 2015; BARROS, 2015; JASSIL et al., 2015; GIMENES et al., 2017; SINHA et al., 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal acumulada no tecido adiposo, capaz de afetar o estado de saúde do indivíduo. Estima-se que, em 2014, mais de 1,9 bilhão de adultos em todo o mundo estava acima do peso. Destes, mais de 600 milhões eram obesos (OMS, 2015). Se a prevalência de obesidade permanecer em sua expansão atual, quase metade da população adulta do mundo vai apresentar sobrepeso ou obesidade até 2030 (DOBBS et al., 2014).

Atualmente, em países em desenvolvimento vivem 62% dos indivíduos obesos e mais de 50% dos 671 milhões desses obesos vivem em dez países (citados em ordem decrescente): Estados Unidos da América (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 presentes na população, sendo o único país da América Latina a constar na lista (NG et al., 2014).

Em 2016, 18,9% dos brasileiros estavam obesos e 53,8% apresentavam sobrepeso. Em 10 anos (2006 a 2016), a frequência de sobrepeso entre brasileiros aumentou 26,3% e a de obesidade 60%. As capitais com maior índice de sobrepeso são: Rio Branco (1º lugar – 60,6%), Campo Grande (2º lugar – 58%), Natal e João Pessoa em 3º lugar com 56,6% e Fortaleza em 4º lugar com 56,5%

(BRASIL, 2017). Quanto à prevalência de obesidade, em 2014, as cidades com maiores índices de obesidade foram: Campo Grande (22%) em primeiro lugar, seguido de Cuiabá, Belém e Porto Alegre em segundo lugar com 21% da população sendo obesa e, em terceiro lugar, Maceió, Rio Branco e Porto Velho com 20%. A capital cearense está em 4º lugar junto com as cidades de Rio Janeiro, Manaus, Curitiba, Macapá e Recife, pois 19% dos indivíduos foram considerados obesos (BRASIL, 2015).

O alto custo econômico com a obesidade e o sobrepeso implicam na urgência no desenvolvimento de intervenções para o controle desta epidemia e, conseqüentemente, prevenção das doenças crônicas associadas a esta condição (ZHAO et al., 2008). Medidas de saúde pública para conter o crescimento da obesidade estão na pauta dos gestores públicos do Brasil (REIS et al., 2011). Atualmente, a obesidade é o segundo fator de morte evitável no Brasil, superada apenas pelo tabagismo. O modo de vida do mundo contemporâneo certamente tem grande parcela de culpa na prevalência da doença (BRASIL, 2014).

Pessoas com sobrepeso e obesas têm um risco aumentado para doenças tais como a doença cardíaca coronária, diabetes tipo 2, hipertensão ou dislipidemia (TANG et al., 2014; CDC, 2015). Diante desse panorama, os serviços de saúde têm a responsabilidade de melhorar a saúde, funcionamento e qualidade de vida experimentada por indivíduos com obesidade grave (VAN NUNEN et al., 2007; SWINBURN et al., 2011).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, regulada pela portaria nº 483/GM/MS, que estabelece, em sua linha de cuidado, um pacto entre os diversos setores de atenção da RAS a partir de fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS (BRASIL, 2014). A Linha de Cuidado (LC) presume a existência de uma rede de serviços que dê suporte às ações necessárias no cuidado ao obeso, bem como um projeto terapêutico adequado ao indivíduo que norteie o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência. Assim, a finalidade da linha de cuidado é fortalecer e qualificar a atenção por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os níveis de atenção (MALTA; MERHY, 2010; BRASIL, 2013).

As LC necessitam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência à saúde voltadas às necessidades individuais do paciente, no qual é consentido não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapia, mas também uma visão global das suas condições de vida (WIRZBICKI; OLIVEIRA, 2014). Compreende-se a produção da saúde em forma de sistema em que o funcionamento ocorre a partir de redes macro e microinstitucionais, nos quais está interligada a figura de uma linha de produção que retoma ao fluxo de assistência ao paciente, concentrando em suas necessidades (MALTA; MERHY, 2010).

As necessidades dos pacientes com condições crônicas diferem das condições agudas, pois, além das intervenções biomédicas, precisam de apoio continuado. O cuidado deve ser planejado com atenção de modo a atender às necessidades, garantindo a integridade e, para serem efetivos, envolve tempo, oferta de cuidados de saúde e o empoderamento para o autocuidado (MENDES, 2011). Assim, o acompanhamento regular é obrigatório com o desenvolvimento de vínculo com a escuta ativa, envolvimento, motivação e conhecimento sobre o autocuidado (BERARDINELLI et al., 2014).

Para a prevenção e controle da obesidade, é necessária a oferta de ações amplas que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permita a manutenção ou a recuperação do peso saudável. Por isso, torna-se necessária a articulação da RAS com uma rede muito mais complexa, composta por diversos saberes, profissionais, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor saúde, ou seja, a busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões (BRASIL, 2014).

De acordo com as diretrizes da Portaria nº 424 de 19, de março de 2013, que define a prevenção e o tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, é necessário que cada nível de atenção à saúde cumpra com suas atribuições para que a prevenção e tratamento da obesidade seja eficaz (BRASIL, 2013).

Como qualquer outra doença crônica multifatorial, a obesidade é tratada no SUS de forma integrada às ações previstas em políticas como a de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, a de alimentação e nutrição, saúde na escola e a de práticas integrativas e complementares. A linha de cuidado integral ao obeso está organizada e estruturada na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas e inclui ações de promoção, prevenção e assistência à saúde coordenada pela atenção básica e articuladas com atendimento de alta complexidade (BRASIL, 2017).

Na atenção primária à saúde, os profissionais de saúde devem: realizar a vigilância alimentar e nutricional da população com intuito de avaliar as taxas de sobrepeso e da obesidade; realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos culturais com ênfase nas ações de promoção da alimentação saudável e da atividade física; incentivar o autocuidado com foco na manutenção e na recuperação do peso saudável e coordenar o cuidado dos indivíduos que, após esgotadas as possibilidades na atenção primária, sejam encaminhados para outros serviços do SUS (BRASIL, 2013). Assim, os indivíduos diagnosticados com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade

grave, são encaminhados através da regulação ou da atenção especializada ambulatorial para serviços de alta complexidade do SUS (BRASIL, 2017).

Na atenção especializada, o Ministério da Saúde, considerando a transformação que vem ocorrendo nos últimos anos nos padrões nutricionais da população brasileira e ciente de que a obesidade se constitui em preocupação relevante para a saúde pública, oferta a cirurgia bariátrica pelo SUS, facilitando o acesso de pessoas com obesidade grave, quando tecnicamente indicado, à realização do procedimento cirúrgico para tratamento. A cirurgia bariátrica é apenas uma ação dentro do todo dessa linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, fazendo parte do tratamento integral da obesidade que é baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico (BRASIL, 2013).

O procedimento cirúrgico foi regulamentado no Brasil pelo SUS, em 2001, com a portaria nº 628/GM de 26 de abril (LIMA, 2007; FIGUEIREDO; VELHO, 2010; BARROS, 2015), a qual considerou como fatores importantes que justificaram sua homologação: a prevalência da obesidade mórbida e a verificação de casos que não respondem aos tratamentos convencionais, levando a um aumento da morbimortalidade nesses indivíduos e à necessidade de ampliar a oferta de serviços na área da cirurgia bariátrica (LIMA, 2007).

Em 2001, foram cadastrados 22 centros de referência no SUS, possibilitando a cobertura assistencial de todas as macrorregiões brasileiras. Em 2005, já existiam 52 hospitais cadastrados em todo o país (FIGUEIREDO; VELHO, 2010) e o Ministério da Saúde fez a revisão do protocolo de atendimento por meio de uma portaria que garante ao paciente um tratamento mais humanizado e multiprofissional (psicológicos, nutricionistas e até cirurgias plásticas, no caso de cirurgias reparadoras que podem ser pagas pelos SUS para efetuar o tratamento). Entretanto, para que o paciente tenha direito à cirurgia bariátrica, são analisados critérios como o índice de massa corpórea, a existência de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade, os limites de faixa etária e a ausência de distúrbios psiquiátricos, entre outros. É importante ressaltar que, para fazer jus à cirurgia, o paciente deve ter sido submetido ao chamado tratamento conservador – dietas, psicoterapia e atividades físicas por pelo menos dois anos (BRASIL, 2005).

Em 2013, foi publicada a Portaria Nº 424, de 19 de março, que estabelece que o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, sendo prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal (BRASIL, 2013). Hoje, o Brasil conta com 74 unidades habilitadas pelo Ministério da Saúde (MS) em 21 estados diferentes (BRASIL, 2017), em que é exigida a realização de pelo menos 96 operações/ano para a manutenção da habilitação como centros de referência (BRASIL, 2013). Amazonas, Roraima, Amapá, Rondônia, Goiás e Piauí são os estados da federação do Brasil que não possuem serviços habilitados pelo SUS para a cirurgia bariátrica (BRASIL, 2017).

Assim, nos últimos anos, o número de cirurgias bariátricas aumentou consideravelmente devido à introdução de técnicas minimamente invasivas, à cobertura da mídia e à satisfação do paciente em ter uma solução rápida e confiável para a perda ponderal (KRUGER et al., 2014). A cirurgia bariátrica surge como um tratamento eficaz para o controle da obesidade e a redução importante de comorbidades em pacientes que não obtiveram resposta a tratamentos clínicos adequados (FIGUEIREDO; VELHO, 2010; WHITE et al., 2015). É considerada a única alternativa efetiva no manejo da obesidade, visto que oferece benefícios que vão além de perda de peso significativa e prolongada, incluindo a remissão de sintomas de depressão e ansiedade, melhora no funcionamento sexual, aumento do nível de atividade e melhora geral da qualidade de vida associada à saúde (KUBIK et al., 2013).

Cabe à atenção especializada prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória e pós-operatória aos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços da atenção primária e comunicar periodicamente aos municípios e às equipes de saúde acerca dos indivíduos que estão em acompanhamento (BRASIL, 2013). A referência e contrarreferência permite a comunicação entre os diversos serviços de saúde que compõe o SUS nos diferentes níveis de complexidade, o que proporciona a efetivação do princípio da integralidade no SUS com o objetivo de garantir a assistência adequada aos usuários na trajetória da cirurgia bariátrica (SANT'HELENA, 2016).

Outras atribuições são: avaliar os casos indicados pela atenção especializada ambulatorial e/ou regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; organizar o acesso ao serviço; realizar o tratamento cirúrgico, as cirurgias reparadoras subsequentes e prestar a assistência no pós-operatório (BRASIL, 2017). O acompanhamento ao obeso mórbido, submetido ao processo da cirurgia bariátrica, é de responsabilidade da equipe multiprofissional de saúde da unidade de assistência de alta complexidade (BRASIL, 2007).

O obeso mórbido requer um preparo perioperatório rigoroso, desde a tomada de decisão de ser submetido ao tratamento cirúrgico à avaliação de acompanhamento no ambiente clínico ou domicílio no pós-operatório, tendo em vista que a cirurgia bariátrica está associada a grandes transformações físicas e psíquicas, que frequentemente geram sentimentos de incerteza e de fragilidade (BRASIL, 2017).

O indivíduo que deseja realizar o procedimento cirúrgico deve seguir o fluxo de atendimento previsto pela portaria nº 628 de 2001: inicialmente, o indivíduo com obesidade grave deve ser avaliado clinicamente em unidades de saúde (selecionadas pelo gestor do SUS), hospitais com serviço de cirurgia geral ou em Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica. Nesse momento, devem ser

analisadas as indicações clínicas e contraindicações para a realização do procedimento (BRASIL, 2001).

O pré-operatório é representado por indivíduos que foram convocados via cadastro nos postos ou secretarias de saúde, para a realização da cirurgia bariátrica nos centros de referência, integrando assim o Programa de Obesidade da instituição. Durante a fase pré-operatória na instituição de referência para a cirurgia, o protocolo de atendimento estabelece a realização de exames e avaliações clínicas por uma equipe multiprofissional composta por: cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e, quando necessário, pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista (BRASIL, 2013).

Essa equipe é responsável por articular, neste momento, a rede de proteção social ou a rede de serviços de saúde, para que o usuário tenha reais condições de realizar o procedimento cirúrgico (SANT'HELENA, 2016). O foco é verificar as condições mínimas de saúde para que o indivíduo realize a cirurgia através de exames diversos e mensuração do risco cirúrgico com pareceres para a liberação ou não para a cirurgia (BRASIL, 2013).

O objetivo de cada profissional é detectar e tratar, no pré-operatório, as condições clínicas descompensadas, transtornos psicológicos e psiquiátricos e questões relacionadas ao social. Sem a avaliação e aprovação desses profissionais, o indivíduo não deve ser submetido à cirurgia (SCHERER, 2015). O acompanhamento pré-cirúrgico é estimado em seis meses, porém, o tempo de duração depende das condições clínicas e do estado de saúde do indivíduo, da demanda ao serviço de cirurgia bariátrica, do acesso aos laboratórios, dos exames e da equipe multiprofissional (SANT'HELENA, 2016).

A Portaria GM/MS nº 425/2013 preconiza, ainda, reuniões com a equipe multiprofissional e os obesos durante o pré-cirúrgico, com o intuito de educar indivíduo e família, esclarecer dúvidas sobre a cirurgia bariátrica, orientar sobre mudanças que ocorrerão no corpo dos sujeitos e recomendar a modificação de hábitos inadequados de saúde que precisam ser concretizados antes do procedimento cirúrgico, impondo nesse período a preparação para a realização da cirurgia (BRASIL, 2013; SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

Nessa perspectiva, são elegíveis ao procedimento cirúrgico: indivíduos com obesidade grau III e obesidade grau II, com comorbidades que não responderam ao tratamento clínico longitudinal por, no mínimo, dois anos. Outros critérios que devem ser observados pela equipe multiprofissional: o indivíduo e seus familiares devem compreender todos os aspectos do tratamento cirúrgico e assumir o compromisso com o acompanhamento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe, e devem ter compromisso consciente em participar de todas as etapas do fluxo de atendimento (BRASIL, 2017).

Os profissionais da equipe de cirurgia bariátrica são responsáveis em certificar de que o paciente possui nível intelectual e cognitivo de compreensão acerca dos riscos da operação e cuidados inerentes a esse procedimento no período do pós-operatório imediato e em longo prazo (FLORES, 2014). Devem fornecer suporte para o preparo para a cirurgia e acompanhamento psicológico que devem ser mantidos na fase pós-operatória, para a recuperação completa e gradual da função digestiva (BRASIL, 2014).

O pós-operatório é representado pelos indivíduos que já realizaram a redução de estômago e que são acompanhados continuamente pela equipe multiprofissional. O Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 425/2013, estabelece que esse acompanhamento na rede especializada deve durar até 18 meses, podendo ser estendido em caso de necessidade (BRASIL, 2013). Após a cirurgia, os indivíduos passam por constantes consultas ambulatoriais para avaliação da adaptação ao novo estilo de vida, o que torna esse período extremamente delicado para o indivíduo e sua família (SCHERER, 2015; SANT'HELENA, 2016). O acompanhamento periódico tem impacto significativo na perda de peso, composto pelo acompanhamento clínico e social do usuário e apoio psicológico (COSTA, et al., 2009).

Após a explanação do fluxo de atendimento ao indivíduo obeso que busca a cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade, destaca-se a importância da inclusão da enfermagem durante o perioperatório, tendo o entendimento de que este é o profissional da equipe de saúde que se ocupa da coordenação holística da assistência. Desse modo, os enfermeiros transitariam entre as especialidades realizando os elos necessários de quem busca e de quem oferece o cuidado, propiciando a integralidade do atendimento (CARDOSO; COSTA, 2013).

A consulta de enfermagem permite a criação de espaço para trocas de experiências e retiradas de dúvidas, estimulando a compreensão e entendimento das recomendações médicas e orientações de enfermagem que os pacientes recebem acerca do tratamento, o que pode gerar impacto positivo na saúde física, mental e emocional, devendo a sua realização se fazer rotina na prática do enfermeiro, visto que esse profissional tem papel central na educação para a saúde, principalmente entre indivíduos com doenças crônicas que possuem baixos níveis socioeducacionais (BARRETO et al. 2015).

O indivíduo que realizará a cirurgia bariátrica necessita de uma adequada atuação do enfermeiro, não somente na fase pré-operatória, mas também no acompanhamento pós-operatório, com a implementação de intervenções apropriadas para o cuidado individual ou familiar, favorecendo a compreensão das orientações pertinentes ao procedimento e o empoderamento do indivíduo ao contexto vivenciado e às limitações do tratamento cirúrgico (MORAES, et al., 2014).

4.2 A importância do preparo pré-operatório do paciente e o papel do enfermeiro na educação em saúde

Para realizar tal cirurgia pelo SUS, o indivíduo e seus familiares devem compreender todo o tratamento e assumir o compromisso com o acompanhamento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe e ter compromisso em participar de todas as etapas do tratamento com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica). Também se constitui em critério importante a equipe multiprofissional ter confiança no paciente, quanto ao seguimento das recomendações dietéticas, uso de suplementos vitamínicos e aderência na realização de exames e nas consultas de acompanhamento no pós-operatório (BRASIL, 2013).

Recomenda-se que a educação do paciente seja feita por todos os membros da equipe multiprofissional (DIXON et al., 2009). Independentemente de quem fornece a educação, as recomendações devem focar aspectos como estado de saúde em geral, cumprimento da dieta, hidratação, satisfação alimentar antes e após a cirurgia, prática de exercícios, suplementação vitamínica, complicações e consultas de retorno (GALIOTO et al., 2013; LEAHY; LUNING, 2015).

Assim, é necessária a implementação de estratégias que favoreçam a uniformização das orientações a serem repassadas com o apoio dos profissionais de saúde, resultando em um aumento da eficiência e melhoria da assistência ao paciente (GESQUIERE et al., 2015). A avaliação pré-operatória deve incluir a triagem sobre o funcionamento cognitivo e emocional, além da avaliação psicológica atual e de vida com o intuito de prever potenciais fatores que possam prejudicar os resultados no pós-operatório (GREENBERG; SOGG, 2009; MECHANICK et al., 2013; WHITE et al., 2015).

O paciente deve ser consciente que a cirurgia não garante nem emagrecimento nem melhora na qualidade de vida. A perda de peso não é consequência direta da intervenção cirúrgica bem-sucedida, tendo em vista que o fator determinante para o sucesso do tratamento é a forma como o paciente irá se adaptar ao pós-operatório da cirurgia bariátrica (BENEDETTI, 2009). Devido á perda ponderal em curto período de tempo, os pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica diferem dos pacientes que realizam tratamentos convencionais para o controle e redução da obesidade, necessitando de um maior apoio e acompanhamento cuidadoso pela equipe multiprofissional, devido ao impacto da grande perda de peso nos diferentes aspectos da vida do indivíduo (MARTINS et al., 2011; MCVAY et al., 2013; RAAIJMAKERS et al., 2015; MCGRICE; PAUL, 2015; JASSIL et al., 2015).

Estudos revelam que a adesão influencia no sucesso da cirurgia bariátrica, pois hábitos, como prática de exercícios físicos, escolha diária de uma alimentação saudável e bem-estar psicológico estão associados à melhora da qualidade de vida e à maior perda de peso sustentada ao longo dos anos (WHITE et al., 2010; LIVHITS et al., 2010). Caso esses cuidados não sejam seguidos, o paciente poderá ter reganho de peso (LOPEZ et al., 2013; NEFF; LE ROUX, 2013; WEDIN et al., 2014), o qual é, em grande parte atribuída a fatores comportamentais, incluindo a baixa adesão à dieta recomendada no pós-operatória (SARWER et al., 2008; BRADLEY et al., 2015). Assim, a quantidade de perda de peso depende, em grande parte, do grau de adesão do indivíduo às recomendações dadas pela equipe multiprofissional (ADAMS et al., 2012; LEMANU et al., 2012; FRIED et al., 2014; AARTS et al., 2015; TESS et al., 2015).

Maior acompanhamento no pós-operatório também está associado à melhores resultados de perda de peso a longo prazo (PEACOCK; ZIZZI, 2012; GALIOTO et al., 2013; BRADLEY et al., 2015; MCGRICE; PAUL, 2015). Especificamente, apenas 40% dos pacientes retornam para uma de quatro primeiras visitas de acompanhamento anuais e 72% dos pacientes faltam às consultas de retorno até dois anos após a cirurgia (KALARCHIAN et al., 2012; BRADLEY et al., 2015).

Para ajudar os pacientes a tomarem uma decisão informada sobre cirurgia bariátrica, uma estratégia favorável é a realização de sessões educativas para discutir os benefícios e riscos associados à cirurgia bariátrica e esclarecer as dúvidas. Intervenções educativas para aumentar o conhecimento do paciente sobre a cirurgia bariátrica favorecem a redução do conflito na tomada de decisão por esse tratamento e o aumento da sua autoeficácia (SCHAUER et al., 2014). Assim, 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 nas sessões educativas (MOROSHKO; BRENNAN; O'BRIEN, 2012; NEFF; LE ROUX, 2013; WEDIN. et al., 2014). Com isso, eles devem ser cuidadosamente orientados, tanto no pré como no pós-operatório, sobre o procedimento cirurgico, as técnicas, benefícios e riscos e os cuidados necessários.

O candidato à cirurgia deve estar ciente do procedimento e do seu papel como agente ativo no tratamento, pois, apesar dos benefícios resultantes da cirurgia bariátrica, existem riscos, complicações e mudanças fisiológicas associadas ao procedimento. Assim, 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, tornando-se ativo no seu plano de cuidados.

Assim, é preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca de experiências e a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para as ações de promoção da saúde a nível individual e coletivo com pacientes que realizaram a

cirurgia bariátrica. Para a concretização da integralidade do cuidado, é necessário articular ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação no momento do perioperatório para cirurgia bariátrica.

A natureza crônica da obesidade e os cuidados necessários durante o tratamento pós-operatório, somados à possibilidade de complicações, tornam necessário o acompanhamento contínuo dos indivíduos e o favorecimento da aprendizagem para auxiliá-los a lidarem e se adaptarem às novas condições de vida (DELAHANTY et al., 2007). A disponibilização de informações sobre saúde é importante para os indivíduos que vivem com condições crônicas, pois a educação adequada do paciente aumenta as chances de adesão ao tratamento, bem como a detecção precoce de mudanças no seu estado de saúde (WILLETTE et al., 2007). Aumento da satisfação do paciente, redução dos níveis de sofrimento psíquico e percepção reforçada de controle são outros benefícios obtidos por meio da educação em saúde (ASTIN et al., 2008).

A educação, entretanto, não visa apenas a melhora ou aumento de conhecimento, mas compreende um conjunto de atividades educacionais planejadas e designadas para melhorar os comportamentos de saúde, o estado de saúde ou ambos (LORIG, 2001; SNOEK; VISSER, 2003; COLOME; OLIVEIRA, 2008). É vista como uma estratégia que pode facilitar a responsabilidade e a tomada de decisão do indivíduo para o autocuidado, bem como promover sua autonomia e motivação para utilizar o conhecimento e as habilidades na solução de problemas (SNOEK; VISSER, 2003; FUNNELL; ANDERSON, 2004; KNIGHT; DORNANT; BUNDY, 2006; HAAS et al., 2012).

Na perspectiva da promoção da saúde, a educação em saúde assume um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. Porém, para que isso venha a ocorrer eficazmente, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizada, capacitando as pessoas para fazerem suas escolhas no dia a dia (ALVES; AERTS, 2011). É preciso que o processo ensino-aprendizagem favoreça o empoderamento dos sujeitos para atuarem na efetivação das mudanças com a criação de um movimento dinâmico e de permanente ressignificação do conhecimento, de aquisição de habilidades e de atitudes que os faça mais capazes para a vida, assumindo-se, assim, a educação crítico-reflexiva (SILVA et al., 2009).

A educação em saúde, vista neste contexto, pode ser compreendida no sentido de propiciar encontros entre profissionais e usuários do serviço de saúde (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004; COLOME; OLIVEIRA, 2008; FERREIRA et al., 2014). Assim, as intervenções educativas têm como objetivo aumentar o interesse e o envolvimento do indivíduo no seu autocuidado e, com isso, capacitá-lo para o manejo de suas condições de saúde. Essas intervenções são elaboradas para transmitir conhecimento e fornecer habilidades para que os pacientes participem na tomada de decisão, monitorem e controlem a sua saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

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 informação precisa 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, 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).

Para ajudar os pacientes a tomarem uma decisão informada pelo tratamento da obesidade com a cirurgia bariátrica, a equipe multiprofissional deve oferecer sessões educativas para orientar e discutir sobre diferentes opções cirúrgicas e os benefícios e riscos associados à cirurgia bariátrica. Tais intervenções podem contribuir para o aumento da autoeficácia do indivíduo e para a formação do vínculo profissional-paciente (EATON et al., 2012; PADWAL SCHAUER et al., 2014; FENCL; WALSH; VOCKE, 2015).

O preparo do paciente, quando realizado desde o pré-operatório, é fundamental e tem como finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente, facilitando seu ajuste físico, emocional, social e familiar ao procedimento cirúrgico, esclarecer dúvidas e temores, desenvolver habilidades e favorecer a sua reabilitação após a cirurgia (FELIX; NÓBREGA; SOARES, 2009). Entretanto, o apoio educacional não deve ser efetuado apenas no período do pré-operatório, mas também durante o acompanhamento do paciente após a cirurgia, tendo em vista que as orientações fornecidas pelo enfermeiro podem promover maior adesão aos cuidados do pós-operatório (ZIEGLER et al., 2009).

A educação do paciente influencia positivamente na adaptação do indivíduo às condutas do pós-operatório, tendo em vista que ele obtém conhecimento sobre todo o processo do período perioperatório, o que favorece a resolução de dúvidas e o esclarecimento sobre o potencial de perda de peso, as fases dietéticas, os benefícios da atividade física, as possíveis complicações e a possibilidade do ganho de peso (BARROS et al., 2015). Cabe ao enfermeiro dar orientação sobre todos os procedimentos que serão realizados durante o perioperatório, principalmente aqueles que necessitam da colaboração do próprio paciente, bem como prestar o apoio emocional necessário (TANAKA, 2006).

O enfermeiro, ao planejar uma atividade educativa, deve estimular o paciente a estabelecer as metas com a realização da cirurgia, reconhecer e enfrentar as barreiras para a perda de peso, melhorar as habilidades para a gestão do estresse e resignificar suas emoções negativas em positivas com o intuito de aumentar sua motivação com o tratamento proposto e criar expectativas adequadas sobre a vida após a cirurgia (EATON et al., 2012; PADWAL et al., 2013).

Entretanto, para a efetividade da educação em saúde e alcance de resultados positivos, é importante o uso da inovação e da criatividade no planejamento, além do conhecimento de fatores individuais da população-alvo como nível de escolaridade, objetivos da aprendizagem, custo-efetividade, ambiente instrucional e tecnologias emergentes. É recomendado, ainda, a associação de técnicas e métodos e materiais instrucionais para melhores resultados na aprendizagem (FORTES; MUNIZ, 2010; BASTABLE, 2010).

Os materiais instrucionais são ferramentas utilizadas para transmitir informação a fim de complementar, e não substituir, o ato de ensinar. Esses materiais oferecem ao enfermeiro educador, a oportunidade de transmitir mensagens de modo criativo, claro, preciso e em tempo hábil, além de auxiliar o educador a reforçar a informação, esclarecer conceitos abstratos e simplificar mensagens complexas (HAINSWORTH, 2010). Dentre os tipos de materiais instrucionais, temos os materiais escritos como folhetos, livros, panfletos, brochuras e cartilhas, os quais são o tipo de mídia mais acessível e amplamente empregado para ensino (PELEGRINO, 2013).

No contexto da cirurgia bariátrica, o fornecimento de materiais educativos pode ajudar a responder a perguntas comuns de pacientes e solucionar queixas e preocupações relacionadas ao procedimento cirúrgico, aumentando, assim, a satisfação do paciente e a qualidade do cuidado prestado pelo enfermeiro (LEAHY; LUNING, 2015). 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. O enfermeiro deve estar preparado não apenas para empregar a tecnologia na educação em saúde, mas também para ajudar o paciente a utilizar a informação. Como um educador, o enfermeiro deve avaliar as situações que permitem o uso de tecnologias para fortalecer a relação entre o paciente e o profissional de saúde, bem como usar a tecnologia para ensinar e capacitar os indivíduos a lidarem com questões de saúde e bem-estar.

4.3 Uso de tecnologias educacionais no cuidado ao paciente durante o perioperatório

A garantia da qualidade da assistência ao paciente cirúrgico, em qualquer etapa do perioperatório, implica em diversas ações que os enfermeiros devem realizar para manter a segurança do paciente, tendo em vista que a eficácia das intervenções possibilita a recuperação do indivíduo submetido ao procedimento cirúrgico em menor tempo (HENRIQUES; COSTA; LACERDA, 2016). É atribuição do enfermeiro informar o paciente cirúrgico sobre seu problema de saúde, procedimento cirúrgico e, principalmente, como ele pode participar ativamente de sua recuperação pós-operatória, realizando intervenções educativas com linguagem clara, respeitando os conhecimentos e cultura.

Esse momento é visto como espaço propício para o empoderamento sobre o autocuidado (SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2011). O conhecimento e o acesso às informações são imprescindíveis para a tomada de decisão e o empoderamento representa estratégia básica para a promoção da saúde (TADDEO et al., 2012).

A Carta de Ottawa considera o empoderamento elemento-chave para a promoção da saúde, entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde (OPAS, 1986). Conforme a OMS, com o empoderamento, o indivíduo é capaz de expressar suas necessidades, apresentar suas preocupações e elaborar estratégias para envolvimento na tomada de decisões, conseguindo visualizar correspondência mais estreita entre seus objetivos de vida e de saúde (OMS, 1998).

De acordo com a "*The European Network on Patient Empowerment (ENOPE)*", empoderamento significa proporcionar ao usuário as oportunidades e o ambiente para desenvolver as habilidades, confiança e conhecimento para passar de um receptor passivo de cuidados a um parceiro ativo no cuidado com sua saúde, alcançando melhor compreensão e controle sobre sua vida (ENOPE, 2012). A ENOPE reúne organizações que implementam programas de capacitação de pacientes em toda a Europa através de projetos baseados em evidências com foco nos cuidados a indivíduos que vivem com doenças crônicas (SONI, 2014).

Em 2012, seus membros elaboraram um material sobre os diferentes aspectos da autogestão e do empoderamento de indivíduos. Seu site possui um vídeo "*What is patient empowerment?*" que apresenta uma explicação concisa da importância de se projetar e implementar estratégias que possibilitem o empoderamento da população nos serviços de saúde de forma inclusiva que permita que os pacientes tomem o controle de suas necessidades de saúde (ENOPE, 2012; SONI, 2014).

Entende-se, então, o empoderamento como o cuidado realizado por indivíduos com doenças crônicas para saúde e bem-estar, compreendendo as ações implementadas no dia a dia para o alcance de uma vida saudável a partir de seus recursos ou com apoios externos e de redes solidárias; para satisfazer as suas necessidades sociais, emocionais e psicológicas; para cuidar de sua condição a longo prazo; e evitar doenças ou complicações (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; ANDERSON; FUNNELL, 2010; TADDEO et al., 2012; SMALL et al., 2013; MIRANDA et al., 2016).

Empoderar não significa convencer, persuadir ou impor modificações no estilo de vida. Significa facilitar e apoiar os usuários no processo de autorreflexão favorecendo a corresponsabilização dos seus problemas de saúde e de mudanças positivas em seus comportamentos, emoções e/ou atitudes. O indivíduo não é visto como o destinatário das decisões médicas e suas prescrições, mas, sim, responsável por suas escolhas e pelas consequências de suas decisões (FESTE;

ANDERSON, 1995; ANDERSON; FUNNELL, 2010; TADDEO et al., 2011; TADDEO et al., 2012; SMALL et al., 2013; WERMELING et al., 2014).

Por meio da promoção da saúde, o empoderamento pode ser potencializador da transformação das práticas dos profissionais em saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008). O empoderamento visto como ferramenta para a promoção e educação em saúde faz do sujeito protagonista nas atividades de planejamento, decisão e execução das ações de saúde, tornando-o capaz de desfrutar de todas as etapas da vida e, principalmente, de lidar com as eventuais complicações de saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Para tanto, é necessária uma mudança de comportamento, primeiramente, dos profissionais da saúde, a ser desenvolvida por meio de processos educativos e de uma assistência guiada pelo reconhecimento do usuário enquanto cidadão de direitos. Assim, valoriza-se a parceria e vínculo entre profissional, indivíduo e comunidade, em substituição a uma prática alienada e hierarquizada em que o profissional é o provedor de serviços e o indivíduo, um mero consumidor (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

O enfermeiro, como promotor e educador em saúde, deve atuar como facilitador do empoderamento do indivíduo, capacitando-o para tomar decisões relacionadas a seu controle e tratamento e, assim, postergar o surgimento de complicações e obter melhor qualidade de vida (TESTON et al., 2017). Nessa perspectiva, a pessoa empoderada torna-se um indivíduo com conhecimento e capacidade suficientes para realizar ações que resultem em aprimoramento da sua saúde (SOUZA et al, 2011; TIMM; RODRIGUES; MACHADO, 2013). Concebe-se que pessoas mais informadas, envolvidas no plano de cuidados e empoderadas, interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, tentando realizar ações que melhorem o estado de saúde (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010). Salienta-se, então, que é possível capacitar as pessoas para que elas aprendam, nas diversas fases do processo de viver, a enfrentar as possíveis enfermidades crônicas que afetam a saúde (BUSS, 2004), podendo a educação em saúde ser realizada nos diferentes níveis dos serviços de saúde, seja nas unidades básicas ou nos ambientes hospitalares.

O hospital representa um rico espaço para o desenvolvimento de estratégias envolvendo o processo ensino-aprendizagem como forma de promoção da autonomia através de práticas dialógicas que permitam a transformação do próprio sujeito, da sua realidade e da sociedade que se constrói (BRASIL; QUEIROZ; MAGALHAES, 2015). De acordo com a OMS, os hospitais, enquanto entidades de promoção para a saúde, devem ser caracterizados por espaços multidisciplinares nos cuidados à saúde, abrangendo, no seu campo de ação, o tratamento de doenças, ações preventivas e promotoras de saúde. São espaços que podem favorecer o empoderamento dos indivíduos com o intuito de fornecer apoio e conhecimentos necessários para o controle de fatores de risco que podem

influenciar negativamente a saúde, bem como fatores promotores de estilo de vida mais saudável (OMS, 2007).

É considerado um espaço de extrema importância para a realização de práticas educativas sob várias perspectivas, tanto com relação ao paciente quanto a sua família, por haver oportunidades diversas de implementar intervenções educativas no perioperatório com o intuito de promover o autocuidado, preparar o paciente para os procedimentos a serem realizados e esclarecê-lo acerca da adesão ao tratamento (BORGES et al., 2012), principalmente, quando consideramos a obesidade como uma doença crônica que implica na necessidade de acompanhamento do paciente a longo prazo.

Para a realização de ações de promoção da saúde no âmbito hospitalar, a equipe multiprofissional, em especial a enfermagem, deve seguir os preceitos da Declaração de Budapeste sobre Hospitais Promotores de Saúde (1991), a qual determina ser necessário o estabelecimento de uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, respeito e valorização das experiências, das histórias de vida e visão de mundo. Incentiva também o papel ativo e participativo dos pacientes de acordo com suas potencialidades específicas de saúde; e a melhora da oferta e da qualidade dos programas de informação, comunicação e educação de pacientes e familiares. Para isso, pode utilizar-se de tecnologias direcionadas a favorecer um cuidado individualizado, sistemático e contínuo (NAIDOO; WILLS, 2000).

O indivíduo empoderado possui melhor autocuidado, maior habilidade de lidar com o estresse e ansiedade, maior satisfação com o tratamento e, assim, pode alcançar melhores resultados no pós-cirúrgico, que é o preditor positivo para o controle e redução da obesidade. O favorecimento do empoderamento nas abordagens educativas pode vir a ajudar o indivíduo a estabelecer metas realistas para a perda de peso e melhora do estado de saúde, tornando-o autônomo e possuidor de habilidades necessárias para lidar com o perioperatório da cirurgia bariátrica.

A expectativa é de que, ao terem conhecimento sobre todo o processo perioperatório e os cuidados necessários, os ambientes do hospital onde permanecerão (centro cirúrgico, sala de recuperação e enfermaria), bem como a relação da adesão às orientações para o sucesso da recuperação, os indivíduos sintam sua autonomia valorizada, assim como corresponsáveis e mais ativos no processo de autocuidado (CAMPONOGARA et al., 2012).

O conceito de autocuidado é amplo, estando relacionado com necessidades fundamentais de cada indivíduo. Permite, de forma autônoma, o desempenho de atividades que visam à preservação da vida, saúde e bem-estar. Um conceito mais abrangente refere-se às competências da pessoa no desempenho de atividades de promoção e manutenção da saúde que incluam tanto situações agudas quanto crônicas (GALVÃO; JANEIRO, 2013). O ensino do cuidado de si é um processo importante,

pois ajuda o indivíduo na ampliação do conhecimento do processo saúde-doença, aprimorando a autopercepção e beneficiando a mudança de hábitos necessária (LEOPARDI, 2006).

Sabe-se que o paciente com doença crônica, como a obesidade, necessita ter cuidado constante, ser corresponsável pela manutenção de sua saúde e qualidade de vida e implementar cuidados com alimentação, atividade física, ingestão de medicamentos corretamente, assim como manter uma boa saúde mental (TADDEO et al., 2012). Neste contexto, ao incentivar, promover e corresponsabilizar o indivíduo pelo seu autocuidado, o profissional de saúde deve estar atuando como parceiro no acompanhamento e construção do plano de metas para o autocuidado, motivando a busca de soluções para os obstáculos encontradas na realização das práticas de autocuidado. Assim, o indivíduo é considerado o centro do cuidado e as dificuldades são reconhecidas por ele próprio, o desenvolvimento de soluções se torna palpável, bem como o estabelecimento de metas para superá-las (GRIFFIN et al., 2014).

O planejamento de intervenções educativas que possibilitem o empoderamento e adesão ao autocuidado é considerado essencial para a promoção da saúde (TADDEO et al. 2012; TIMM; RODRIGUES; MACHADO, 2013). A educação em saúde destina-se a formar consciência crítica e autonomia. Requer escuta ativa e diálogo aberto já que o objetivo final da educação não é apenas uma compreensão da informação, mas o incentivo para os indivíduos definirem seus próprios problemas, estabelecer soluções para si e lidar com eles de forma eficaz, mesmo sob o aspecto emocional (FREIRE, 2005). Nessa perspectiva, intervenções educativas auxiliam na capacitação de indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consistente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde (KARNER et al., 2012), estando a promoção da saúde e a educação em saúde entrelaçados com o objetivo de fomentar melhor qualidade de vida à população (CECCON et al., 2011).

Para Menezes Jr et al. (2011), a implementação de educação em saúde com doentes crônicos é indispensável, tornando-se necessário que o profissional de saúde esteja consciente a respeito dessa importância e da necessidade de estabelecer métodos e planejamento adequado com o intuito de viabilizar resultados positivos com as intervenções com reflexo na melhora da qualidade de vida e do estado de saúde dos indivíduos.

Os profissionais de saúde, ao realizarem educação em saúde com doentes crônicos, devem ter em mente que o cuidado é uma via de mão dupla e que o ensinar e o aprender são construídos em bases de reciprocidade entre pessoas, vivências e saberes (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). O indivíduo é visto como sujeito de interações enquanto que o profissional de saúde atua como mediador dos conhecimentos e, assim, os dois tornam-se envolvidos em um processo de crescimento visam propiciar condições de vida mais satisfatórias (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

Diante do exposto, o ato de educar, em que educador e educando assumem postura ativa no processo de aprendizagem, busca despertar nas pessoas o interesse pelo conhecimento, baseado na informação e na sensibilização sobre os seus direitos e responsabilidades quanto às questões que envolvem a sua saúde e as condições de vida (ARANTES et al., 2015). Entretanto, faz-se necessário a utilização de abordagem construtivista de aprendizagem continuada capaz de contribuir para o despertar do poder reflexivo, crítico e criativo tanto dos profissionais quanto da população (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Além disso, a abordagem deve ser centrada no indivíduo, na promoção de sua autonomia, oportunizando a reflexão dos envolvidos sobre suas experiências, condições de vida, saúde e doença, além de promoção de troca de experiências buscando metodologias ativas com dinâmicas (BARBOSA et al., 2016). Todo profissional de saúde é um educador em potencial, sendo condição essencial à sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos indivíduos enquanto sujeitos em busca de autonomia (L'ABBATE, 1994; SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

O papel de enfermeiros como articuladores de estratégias de educação em saúde é destaque nos ambientes de cuidado à saúde, tendo em vista que existe a valorização da atuação do enfermeiro como educador, porém, é necessária a implementação do trabalho em equipe a partir de intervenções que envolvam outras profissões da saúde (MANOEL; MARCON; BALDISSERA, 2013). Sabe-se que educar em saúde é uma forma de cuidar pela enfermagem e a realização de intervenções educativas propicia a abordagem do paciente de modo que se estabeleça comunicação e vínculo, além de facilitar a compreensão da doença e possibilitar maior adesão ao tratamento (STUMM et al., 2013).

No Brasil, a educação em saúde é um dos principais instrumentos que permite a promoção da saúde no cuidado à população (CARNEIRO et al., 2013), e o maior desafio para sua realização é o desenvolvimento e a implementação de métodos educacionais que permitam aos pacientes a aquisição da informação da melhor maneira, favorecendo o processo de ensino-aprendizagem (ELORANTA et al., 2016). Algumas experiências exitosas podem ser identificadas na literatura científica, comprovando a importância da atuação do profissional de saúde, com destaque para enfermagem, na implementação de intervenções educativas para adultos em fase perioperatória.

Estudo do tipo ensaio clínico randomizado, realizado em Porto Alegre com objetivo de verificar o efeito do uso de recursos audiovisuais nas orientações pré-operatórias sobre o conhecimento de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, quando comparados à orientação usual da equipe de enfermagem, mostrou que pacientes que receberam orientações audiovisuais por meio de um vídeo explicativo e apresentação no software Power Point estavam mais preparados em relação ao procedimento que iriam realizar, bem como apresentaram maior conhecimento sobre o período

perioperatório, quando comparados ao grupo de pacientes que recebeu orientações verbais de rotina da unidade. Na comparação de acertos do teste de conhecimento após a intervenção, o GI apresentou 7,20 ($\pm 1,56$) acertos enquanto o GC teve uma média de 2,71 ($\pm 1,96$) acertos ($p < 0,001$) (OLIVEIRA et al., 2016).

Outro ensaio clínico randomizado relacionado à cirurgia cardíaca, realizado na região Sul, teve como verificar a efetividade das orientações de enfermagem a familiares de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, antes da primeira visita na sala de recuperação pós-anestésica, nos níveis de ansiedade, comparados com a orientação de rotina da unidade. A intervenção foi constituída por orientações audiovisuais (imagens ilustrativas de equipamentos/dispositivos utilizados) realizadas em grupo antes da visita do familiar ao paciente internato na unidade de terapia intensiva. Na sala de espera, os participantes foram orientados sobre as possíveis condições em que o paciente se encontraria no pós-operatório, com duração de, aproximadamente, 20 minutos. Observou-se como desfecho menores níveis de ansiedade, analisados pelo IDATE, entre os participantes do grupo intervenção ($41,3 \pm 8,6$ pontos) quando comparados ao grupo controle ($50,6 \pm 9,4$ pontos) ($p < 0,001$) (HAMMESTER et al., 2016).

No Rio de Janeiro, ensaio clínico controlado e randomizado, que teve como objetivo avaliar a efetividade da intervenção do acompanhamento por telefone, comparado ao tratamento convencional em pacientes idosos de pós-operatório das cirurgias de colecistectomia e herniorrafia, associando a presença do diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada (RCR) ao longo de quatro semanas, identificou que entre os pacientes houve maior tendência para diminuição da inferência do diagnóstico de enfermagem no grupo experimental. Entre a primeira e a última avaliação a característica definidora, observou-se queda significativa da característica definidora “perda do apetite com náuseas” do grupo experimento ($p = 0,013$). Para os fatores relacionados houve queda significativa da “dor” no grupo experimento ($p = 0,041$), assim como o “sentimento pós-operatório” ($p = 0,023$) (SCHULTZ, 2013).

No Ceará, ensaio clínico controlado, randomizado, realizado com 40 participantes, subdivididos em dois grupos (intervenção e controle), com objetivo de avaliar a efetividade de uma intervenção musical na redução de ansiedade e parâmetros vitais entre pacientes em período pós-cirúrgico mediato por câncer de cabeça e pescoço. Foi utilizada como intervenção a música clássica “Suave primavera” das quatro estações de Vivaldi. Os participantes apresentaram redução estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade avaliadas pelo IDATE ($t = 12,68$; $p < 0,001$), bem como nos níveis de pressão arterial ($t = 4,56$; $p < 0,001$); pulso ($t = 6,15$; $p < 0,001$) e frequência respiratória ($t = 5,10$; $p < 0,001$) (FIRMEZA et al., 2017).

No Rio Grande do Sul, estudo quase experimental realizado com 63 pacientes hiperfosfatêmicos em hemodiálise, com objetivo de avaliar a efetividade de intervenção educacional para redução da hiperfosfatemia em pacientes renais crônicos em hemodiálise, com uso de manual impresso e ilustrado aos pacientes, contendo informações sobre o controle da doença. Os exames laboratoriais e a intensidade do prurido foram analisados em três momentos: no início do estudo e com 30 e 60 dias após intervenção. Foi evidenciado que houve redução dos valores séricos do fósforo de $7,06 \pm 1,43$ para $5,80 \pm 1,53$ ($p < 0,001$) e da intensidade do prurido (STUMM et al., 2017).

Em São Paulo, quase-experimental, do tipo grupo único, com 15 sujeitos com o objetivo de analisar o conhecimento de candidatos sobre o processo de transplante de fígado, antes e depois da implementação de intervenção educativa de dois encontros com o uso de apresentação de slides e duração do total de seis horas, sendo quatro horas de aula dialogada e duas horas de discussão. Os resultados evidenciaram ganho cognitivo significativo após a intervenção, com melhora no desempenho dos participantes. Os pacientes tiveram índices de acertos maiores para as questões do período pré-operatório do transplante (70,40%), seguida do período intraoperatório (68,42%) e pós-operatório (44,74%) (MENDES et al., 2013).

Outro quase-experimental realizado em São Paulo, para avaliar a efetividade de um programa de exercícios para recuperação da Amplitude De Movimento (ADM) do ombro entre mulheres mastectomizadas, identificou que, a partir do 7º Pós-operatório (PO) houve acréscimo significativo e contínuo na ADM. O tempo mínimo para recuperação foi de 105 dias para as mulheres mastectomizadas e de 75 dias para aquelas submetidas à quadrantectomia. A intervenção constou de: avaliação pré-operatória da ADM, orientação verbal e escrita, demonstração e execução dos exercícios e reavaliações nos retornos ambulatoriais até o 105º dia de pós-operatório (PO). O programa de exercícios testado foi composto por uma série de nove exercícios, com 10 repetições cada um, que deveriam ser realizados no domicílio após a alta hospitalar com reforço das orientações nos retornos ambulatoriais (PETITO et al., 2012).

No Espírito Santo, estudo experimental randomizado com 30 puérperas para avaliar os efeitos da técnica de relaxamento nos níveis de Imunoglobulina A (IgA) salivar em puérperas entre 24 horas e o 7º dia de pós-parto, identificou aumento significativo dos níveis de IgA no grupo experimental após a prática do relaxamento ($p = 0,01$). A intervenção foi feita por orientação verbal da técnica de relaxamento, individualmente, no período de internação, durante dois dias consecutivos, de forma que pudesse aprender e realizá-la duas vezes ao dia, uma logo ao acordar e outra antes de dormir (PRIMO; AMORIM; LEITE, 2011).

Em Brasília, estudo qualitativo com intuito de analisar o impacto das orientações de enfermagem no pré-operatório de pacientes da cirurgia geral relatou que, após a visita de

enfermagem, houve redução do nível de ansiedade dos pacientes, colaborando na recuperação do paciente (ARAÚJO; HENRIQUE, 2012). Estudo qualitativo realizado no Interior de São Paulo com o objetivo de planejar, implementar e avaliar a ação educativa pré-operatória aos pacientes laringectomizados baseada no Método do Arco de Mangueréz constituído pelas etapas de observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade com o intuito de aumentar a sua capacidade em detectar problemas e buscar soluções criativas e adequadas à sua realidade. A aplicação do método mostrou-se útil para a melhora na adaptação do paciente à realidade do pós-operatório a partir da promoção do autocuidado, independência e segurança para o retorno ao convívio social (SONOBE et al., 2001).

Em Natal, estudo quase-experimental para avaliar efetividade de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor de parturientes no trabalho de parto, evidenciou diferença significativa no alívio da dor após a aplicação dos métodos não-farmacológicos, demonstrando redução dessa dor à medida que aumentava a dilatação do colo ($p=0,000$). A intervenção foi composta por exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro (DAVIM et al., 2009).

No âmbito internacional, também foram identificados estudos sobre intervenção educativa para a educação perioperatória. Nos Estados Unidos, ensaio clínico aleatorizado para avaliar o impacto de um vídeo educativo como complemento ao aconselhamento pré-operatório no preparo de 100 mulheres para cirurgia de reconstrução pélvica evidenciou que o uso do vídeo não aumentou a prontidão geral do paciente (71,1% com vídeo vs. 68,8% de cuidados habituais, $p=0,79$) antes da cirurgia e não diminuiu a quantidade de tempo gasto durante o encontro médico-paciente ($16,9 \pm 5,6$ min vs. $17,1 \pm 5,4$ min, $p=0,87$). Porém, houve associação significativa entre a preparação do paciente e a percepção do mesmo sobre o tempo suficiente com a equipe de saúde durante o preparo (89,5% vs. 10,5%; $p<0,001$) (GREENA et al., 2017).

Na África do Sul, estudo quase-experimental realizado com 18 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, evidenciou que programa educacional com enfoque no estilo de vida durante 12 semanas e obrigatoriedade de prática de exercícios físicos prescritos, de forma individual, três vezes por semana, associado à entrega de manual com orientações nutricionais sobre escolhas saudáveis, consumo de frutas e verduras e leitura de rótulo, favorece a aquisição de conhecimento nutricional ($18,9 \pm 3,4-23,2$; $p = 0,000$), principalmente sobre alimentos que favorecem a redução do colesterol ($5,3 \pm 1,8-7,2$; $p = 0,0066$), com baixo teor de gordura ($3,8 \pm 2,3-5,1 \pm 2,7$; $p = 0,011$) e ricos em fibras ($4,1 \pm 1,4-4,7 \pm 1,1$). Os autores reforçam que, para a educação efetiva do paciente, a educação deve ser iniciada ainda no pré-operatório (VAN ROOY; COOPOO, 2017).

No Irã, estudo quase-experimental conduzido com grupo controle (n=35) e grupo experimental (n=35) avaliou o efeito de programa de apoio da enfermagem sobre níveis de ansiedade e estresse entre familiares de pacientes internados na UTI após cirurgia cardíaca. A intervenção foi baseada no suporte da enfermagem duas após a entrada dos pacientes na UTI, a qual durou 30 minutos e constou do fornecimento de instalações como assentos em local privado para sentar e refrescos, bem como orientação verbal sobre o estado clínico e o processo de recuperação do paciente de acordo com entrega de panfleto sobre cuidado ao paciente no pós-cirúrgico. Foi proporcionada a escuta ativa dos medos e preocupações da família, assegurando que foram prestados cuidados suficientes na UTI, além de esclarecimento de dúvidas e reforço da esperança. Após a intervenção, o escore médio do nível de estresse caiu significativamente em comparação com o grupo controle que recebeu as orientações de rotina ($p=0,0001$). Porém, os níveis de ansiedade em ambos os grupos foram reduzidos (REZAEI et al., 2017).

No Canadá, ensaio controlado randomizado com pacientes com osteoartrite, submetidos à triagem para cirurgia de artroplastia articular, para avaliar a eficácia de materiais educativos como suporte para tomada de decisão. O grupo de intervenção recebeu programa educativo denominado “*Treatment choices for hip osteoarthritis and Treatment choices for knee osteoarthritis*” com vídeo educativo de 50 minutos e folhetos impressos que continham informações sobre opções de tratamento, benefícios e riscos, além de depoimentos de pacientes (descrevendo opções de tratamento, suas experiências de processo de tomada de decisão e resultados). O grupo controle consistiu no recebimento dos cuidados de rotina (impresso escrito resumido que não inclui benefícios e danos cirúrgicos, opções alternativas ou qualquer informação que possa apoiar a tomada de decisões). A intervenção foi associada a uma tendência para a redução do tempo de espera com 3 semanas a menos quando comparada ao grupo controle ($p = 0,065$) (STACEY et al., 2016).

Na Bélgica, foi construído um protocolo para ser utilizado em ensaio clínico controlado, randomizado e multicêntrico, com seguimento de anos, em 86 pacientes submetidos à cirurgia de radiculopatia lombar. O grupo experimental receberá sessão educativa individual no pré e pós-operatório sobre neurociência da dor perioperatória através de cartilha. Os pacientes do grupo controle receberão cuidados perioperatórios de rotina e sessão educativa sobre cuidados pré e pós-operatórios habituais com sessão educativa antes e após a cirurgia com a cartilha. Os autores esperam que os participantes que recebam educação sobre neurocirurgia relatem menos dor e apresentem melhor modulação endógena da dor, tendo menores custos de saúde pós-operatória e melhor experiência cirúrgica tendo em vista que níveis baixos de dor e modulação endógena melhorada após a cirurgia podem reduzir o risco de desenvolver dor crônica pós-operatória (ICKMANS et al., 2016).

No Japão, ensaio clínico randomizado com mulheres com câncer de mama, submetidas à dissecação dos linfonodos axilares, para avaliar a eficácia de programa educacional perioperatório na melhora da disfunção do braço durante 12 meses de pós-operatório. O grupo de intervenção (37 pacientes) recebeu programa educacional perioperatório (monitoramento da disfunção do braço, exercícios, massagens e ajustes de estilo de vida) ao longo de 12 meses. O grupo controle (n=27) recebeu, através da rotina da instituição, informações escritas sobre o exercício do ombro apenas antes da cirurgia. Ao comparar o momento *baseline* e 12 meses de pós-operatório, o escore SPOFIA (avalia a qualidade de vida – menor pontuação indica piores resultados) foi significativamente menor ($p = 0,037$) no grupo de intervenção (mediana = 2,0; IQR = 1,0-4,0) do que no grupo controle (mediana = 3,0; IQR = 1,0-7,0). Quanto à extensão horizontal do braço (amplitude de movimento), houve melhora significativa no grupo de intervenção ($p = 0,020$) (SATO et al., 2016).

Na Austrália, ensaio clínico randomizado para avaliar a viabilidade de intervenção educacional na melhora da autoeficácia em 91 pacientes submetidos à reposição do quadril ou joelho, com acompanhamento entre 2-3 semanas. O grupo intervenção recebeu sessões educativas pré-operatórias de cerca de 20-30 minutos através de DVD que continha, resumidamente, contratação comportamental envolvendo o compromisso para realização de exercícios diários de relaxamento, respiração e imagens; automodelagem para encorajamento na realização de metas/atividades e estratégias para ajudar no manejo de problemas relacionados a doenças. Não houve evidência de diferenças significativas entre grupos quanto à dor, ansiedade e autoeficácia (que aumentou, tanto no grupo controle como no grupo experimental) (COOKE et al., 2016).

Na França, ensaio clínico realizado para avaliar o efeito de intervenção educativa no comportamento preventivo sobre fatores de risco de melanoma, evidenciou que os pacientes do grupo intervenção apresentaram maior probabilidade de lembrar das informações (81,4% contra 50,0%, $p = 0,0001$) e identificar corretamente os fatores de risco para melanoma (71,1% vs. 42,1%, $p = 0,001$), além de apresentarem níveis mais elevados de comportamentos preventivos, como exposição ao sol no verão (24,7% vs. 40,8%, $P = 0,048$) e realização de autoexames cutâneos (52,6% vs. 36,8%, $p = 0,029$). O grupo controle foram avaliados pelo clínico geral e foram exibidos cartazes e folhetos sobre a temática enquanto que os do grupo experimental foram avaliados pelo clínico geral com ferramenta de avaliação validada, o Índice de Risco de Melanoma de Autoavaliação (SAMScore) e tiveram aconselhamento com uso de folhetos informativos. Os autores acreditam que a combinação do uso do exame SAMScore e aconselhamento durante as consultas, é uma maneira eficiente de promover comportamentos de promoção da saúde que podem reduzir o risco de melanoma (RAT et al., 2014).

Na Holanda, revisão sistêmica de 1999 a 2015, sobre o efeito das intervenções perioperatórias com Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na adaptação ao pós-operatório, encontrou 33

artigos que atendiam aos critérios de inclusão (pacientes adultos submetidos a qualquer tipo de cirurgia e abordada intervenção com TIC). Foi evidenciado que a maioria dos estudos está relacionada à cirurgia cardíaca ou ortopédica e que as intervenções consistiam em sites educativos ou de apoio, telemonitoramento, telerreabilitação ou teleconsulta. Intervenções com TIC possibilitam resultados clínicos semelhantes ou melhorados em pacientes clínicos em comparação com apenas cuidados perioperatórios habituais. Todos os estudos mediram os resultados relacionados ao paciente com foco no componente físico, mental ou aspecto geral da recuperação (MEIJ et al., 2016).

Outra revisão sistemática de 1990 a 2011 sobre os métodos utilizados na educação pré-operatória em artroplastias articulares totais do quadril e do joelho, que abordam a dor pós-operatória a partir dos critérios (idioma inglês e idade acima de 18 anos) com 13 estudos envolvendo um total de 1.017 sujeitos submetidos a esse tipo de cirurgia. Os métodos educativos compreendiam orientações verbais de educação individual/grupal durante quatro semanas com duração média de 30 minutos e materiais escritos. O conteúdo educacional centrou-se na preparação pré-operatória, permanência hospitalar, procedimento cirúrgico, complicações imediatas/tardias, expectativas após cirurgia, reabilitação, encorajamento e esclarecimento de dúvidas a questões comuns associadas à experiência cirúrgica. Conclui que educação pré-operatória que visa aumentar o conhecimento do paciente sobre dor podem ser mais eficazes no manejo do paciente da dor pós-operatória (LOUW et al., 2013).

Observa-se que diversas tecnologias educacionais podem ser utilizadas em práticas de educação em saúde relacionadas à orientação perioperatória como impressos, vídeos, músicas, recursos verbais, inquérito telefônico, visitas prévias ao centro cirúrgico ou à área em que o paciente permanecerá durante o período pós-operatório imediato (ALMEIDA; SOUZA; AZZOLIN, 2013). A OMS sugere a utilização de tecnologias para o reforço das orientações aos pacientes e às famílias como forma de possibilitar o acesso à informação e apoio ao autogerenciamento fora do estabelecimento de saúde (OMS, 2003). Diante do estímulo do Ministério da Saúde para a inovação tecnológica no âmbito da ciência, conhecer as tecnologias disponíveis e a implicação da educação do paciente, associada ao uso dessas tecnologias direcionadas no cuidado à saúde, possibilita a fundamentação do enfermeiro no exercício da sua função como educador (AFIO et al., 2014).

O desenvolvimento de uma tecnologia está associado à necessidade de tradução do conhecimento técnico-científico em ferramentas, processos e materiais para difundir o conhecimento e, assim, melhorar a qualidade da assistência. Não devem ser entendidas de forma simplista, sem considerar o saber veiculado pela cultura ou a sua associação na solução de problemas cotidianos (PAIM; NIETSCHÉ; LIMA, 2014). Podem ser organizadas em dois tipos dependentes (necessitam de recursos elétricos para utilização como computador, internet, televisão) e independentes (quando

não dependem de recursos elétricos para utilização, como cartazes, álbum seriado, cartilhas folhetos, folder, manual, cordel, guia, história em quadrinhos, jornal, livro didático, mural) (TEIXEIRA; MEDEIROS; NASCIMENTO, 2014)

Na enfermagem, é constante a preocupação do encontro de tecnologias que favoreçam o processo de empoderamento dos indivíduos envolvidos no cuidar, sendo crescente a construção e validação desses artefatos. Nessa perspectiva, tecnologias vinculadas à educação são consideradas métodos de cuidados simplificados (MERHY, 2002) que possibilitam ao educador a efetividade do processo de ensino-aprendizagem do indivíduo (NIETSCHE et al., 2005), contribuindo, assim, para o avanço educacional tanto na ciência da enfermagem como na área da saúde.

4.4 A cartilha educativa “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável.”

Para implementar ações de promoção da saúde e integralidade do cuidado ao portador de obesidade grave, intervenções educativas devem ser realizadas desde a atenção primária. Uma das estratégias para efetivar o processo educativo perpassa no uso de uma tecnologia educacional como a cartilha “Cirurgia Bariátrica: cuidados para uma vida saudável”, a qual foi construída com a participação de profissionais de saúde e candidatos à cirurgia bariátrica e pós-cirurgia, refletindo a realidade do procedimento cirúrgico e os fatores determinantes de um viver saudável.

A construção do material seguiu quatro etapas: revisão integrativa sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica, pesquisa em *blogs* das principais dúvidas sobre cirurgia bariátrica dos pacientes, grupos focais com pacientes do pré e pós-operatório e na opinião de profissionais de saúde com experiência em cirurgia bariátrica.

Primeiramente foi feito o levantamento bibliográfico 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) com os descritores “obesidade mórbida/morbid, obesity”, “cirurgia bariátrica/bariatric surgery” e “assistência perioperatória/perioperative care” para identificar as evidências disponíveis na literatura científica sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório. Foram selecionados 17 artigos, dos quais emergiram cinco categorias: equipe multiprofissional na avaliação pré-operatória; cuidados no pré-operatório da cirurgia bariátrica; orientações no pré-operatório imediato; otimização da recuperação e orientações para o pós-operatório domiciliar (BARROS, 2015).

No ambiente virtual, identificou-se as principais dúvidas entre os candidatos à cirurgia bariátrica e pacientes já submetidos ao procedimento. Foram utilizadas as palavras-chave “redução de estômago”, “cuidados”, “pós-operatório” e “*blog*” a partir de uma busca exploratória nos *blogs* de pacientes do pós-operatório disponíveis gratuitamente na plataforma *Blogspot*. Nos 11 *blogs* pesquisados, as principais categorias: o ambiente virtual e a troca de informações; o percurso para o tratamento cirúrgico; 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. Os assuntos mais comentados foram: fases da dieta, perda de peso, efeito platô, queda de cabelo, síndrome de Dumping e deficiências nutricionais (BARROS, 2015).

Realizaram-se dois grupos focais em uma instituição referência na realização de cirurgia bariátrica no Estado do Ceará-Brasil com o 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 aguardavam a realização da cirurgia e o segundo foi com sete pacientes que vivenciavam o pós-operatório. Nos grupos focais, os enfoques temáticos foram diferentes, com os indivíduos do pré-operatório emergiram relatos sobre os prejuízos causados pela obesidade e a esperança em realizar logo a cirurgia, além de depoimentos dos medos, principalmente da cirurgia em si, e do surgimento de complicações. Quanto ao grupo do pós-operatório, os sujeitos relatavam mais sobre o seu bem-estar e os benefícios do procedimento cirúrgico (BARROS, 2015).

O conhecimento da 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. Participaram do estudo 47 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos e educadores físicos), selecionados a partir da Plataforma Lattes. Os profissionais de saúde comentaram da importância da abordagem sobre os 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 (BARROS, 2015).

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*, definiu quais imagens iriam expressar adequadamente o conteúdo a ser abordado (BARROS, 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. A cartilha apresenta como personagens “João” e “Maria”, que são obesos e estão em busca da cirurgia bariátrica como tratamento. Além desses personagens, surge também o “Estomagrinho”, o qual interage com o leitor, motiva a leitura e chama atenção para as ideias-chave. 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 (BARROS, 2015).

A cartilha apresenta uma escrita simples e clara com os títulos destacados pelo aumento da fonte e diferentes cores para cada título. Sempre que possível, optou-se por 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 (BARROS, 2015).

A cartilha foi submetida ao processo de validação para verificar se a mesma estava adequada, a qual ocorreu com apreciação do material por 47 juízes em cirurgia bariátrica e 11 juízes em designer gráfico e, após os ajustes e correções indicados, a cartilha também foi validada por 71 pacientes dos períodos 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. A primeira versão da cartilha obteve IVC de 0,88 entre os juízes de conteúdo e, após as reformulações, o IVC global para 0,97, tendo a cartilha obtido o padrão-ouro ao final da validação de conteúdo. Quanto aos juízes técnicos, o IVC passou de 0,73 na primeira fase para 0,91 e, com os pacientes do pré e pós-operatório, o IVC foi de 0,95 e 0,99, respectivamente, estando a cartilha adequada para ser utilizada (BARROS, 2015).

A partir da compilação dos dados obtidos nas etapas propostas para a construção da cartilha, o material foi dividido em 11 tópicos e 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. A cartilha é ilustrativa e colorida, impressa em papel couché com 76 páginas e compreende informações sobre a cirurgia bariátrica e suas indicações; o cálculo do IMC e sua classificação; as técnicas mais utilizadas no Brasil e como são feitas; o uso do balão intragástrico. Apresenta um capítulo sobre o acompanhamento com a equipe multiprofissional e preparo pré-operatório com 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, cessação

do uso de álcool e cigarro, tratamento de *H. pylori*, uso de anticoncepcional e perda de peso) (BARROS, 2015).

Em relação ao momento da internação hospitalar, 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, intubação e enfaixamento das pernas) e a ida para a sala de recuperação. Quanto ao 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. Já sobre o pós-operatório domiciliar, são esclarecidos 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 (BARROS, 2015).

Por fim, destaca-se os hábitos saudáveis no pós-operatório tardio com enfoque nos 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. A cartilha apresenta ainda um espaço com as dúvidas frequentes extraídas dos grupos focais e dos blogs como a questão do reganho de peso, o uso de bebida alcoólica, a ocorrência de síndrome de *dumping*, queda de cabelo e hipoglicemia; receitas para cada fase da dieta e um espaço para o paciente registrar a evolução do seu peso (BARROS, 2015). Uma síntese dos cuidados que devem ser abordados na consulta de enfermagem e que estão presentes na cartilha é apresentada no Quadro 1:

Quadro 1 – Descrição dos cuidados orientados na consulta de enfermagem com o paciente da cirurgia bariátrica. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Período	Cuidados	Recomendações
Pré-operatório imediato	Alimentação	- Avaliar o estado nutricional e realizar educação sobre alimentação saudável, tamanho das porções, mastigação e hidratação. - Informar sobre o cumprimento da dieta líquida pré-operatória 2 semanas antes da cirurgia.
	Perda de peso	- Orientar a perda de peso pré-operatória.
	Atividade física	- Estimular a prática de atividade física.
	Tabagismo	- Orientar a cessação do tabagismo 6 a 8 semanas antes da cirurgia.
	Etilismo	- Orientar a cessação do etilismo 4 a 6 semanas antes da cirurgia.
	Planejamento familiar	- Orientar sobre a mudança do anticoncepcional no pós-operatório, caso seja pílula. - Orientar as mulheres sobre a cessação do uso de pílulas anticoncepcionais pelo menos 3 semanas antes da cirurgia.
	Fisioterapia respiratória	- Orientar os exercícios pré-operatórios para otimizar a função cardio-respiratória.

	Educação pré-operatória	<ul style="list-style-type: none"> - Educar o paciente e seu sistema de apoio sobre as opções de tratamento e os riscos e definir expectativas realistas. - Avaliar o entendimento e o comprometimento com as mudanças comportamentais. - Avaliar a capacidade de autocuidado do indivíduo. - Avaliar se o paciente tem uma rede de apoio adequada. - Fornecer apoio e aconselhamento sobre a decisão de realizar o procedimento. - Solicitar o preenchimento do teste de entendimento e termo de consentimento no fim do preparo pré-operatório. - Preparar o paciente para as mudanças físicas e comportamentais induzidas pela cirurgia bariátrica. - Discutir metas realistas de perda de peso. - Mostrar-se disponível para esclarecimento de possíveis dúvidas. - Disponibilizar-se a ouvir o paciente. - Encorajar a participação em reuniões e grupos de apoio. - Estimular o paciente a buscar outras fontes de informação sobre a cirurgia. - Utilizar recursos educacionais (impressos, mídias ou internet) para fornecer orientações sobre a cirurgia e os cuidados necessários.
Pré-operatório imediato	Banho	- Orientar sobre o uso do sabonete antiséptico e que não deve lavar os cabelos.
	Adornos	- Orientar sobre a retirada dos adornos.
	Tromboprofilaxia	- Orientar sobre as injeções para prevenir trombose.
	Jejum pré-operatório	- Orientar sobre a necessidade de jejum pré-operatório de 12 horas.
	Centro cirúrgico	- Orientar sobre como será durante a cirurgia. - Informar sobre a possibilidade de internação na Unidade de Terapia Intensiva
	Complicações	- Orientar sobre as complicações que podem ocorrer no pós-operatório.
Pós-operatório hospitalar	Nauseas, vômitos e dor	- Orientar sobre a ocorrência de náuseas, vômitos e dor.
	Fisioterapia motora	- Ensinar exercícios motores. - Estimular a deambulação precoce.
	Fisioterapia respiratória	- Otimizar a função pulmonar com exercícios: espirometria de incentivo, respiração profunda e tosse. - Orientar sobre o uso da tala durante os exercícios de tosse e respiração profunda. - Manter a cabeceira elevada a 30° para diminuir a pressão abdominal
	Dieta Alimentar	- Orientar sobre a evolução da dieta e os cuidados em cada fase. - Ensinar a saborear os líquidos e ingerir em pequenos goles. - Alertar sobre o risco de desidratação. - Orientar sobre as mudanças no hábito intestinal.
	Ferida operatória	- Orientar sobre os cuidados com a ferida operatória. - Orientar sobre as cicatrizes.
Pós-operatório domiciliar	Retorno para casa	- Orientar sobre o retorno às atividades. - Orientar sobre a tomada de medicamentos. - Orientar sobre os cuidados com a ferida operatória.
	Dieta Alimentar	- Orientar sobre a evolução da dieta, os cuidados em cada fase e a intolerância a alimentos. - Incentivar a ingestão de líquidos para evitar desidratação. - Orientar sobre a importância da mastigação adequada. - Fornecer orientações sobre o seguimento da dieta alimentar para a prevenção de deficiências nutricionais.
	Vitamina	- Orientar sobre a suplementação vitamínica diária.
	Atividade física	- Orientar sobre a importância e os benefícios da atividade física. - Estimular a prática de atividade física pelo menos 30 minutos diariamente.
	Consultas de retorno	- Reforçar a importância do acompanhamento no pós-operatório.
Pós-operatório tardio	Práticas saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a participação em reuniões e grupos de apoio. - Orientar a escolha de alimentos saudáveis e a busca ao aconselhamento nutricional. - Orientar sobre a importância e os benefícios da atividade física. - Estimular a suplementação vitamínica diária. - Orientar sobre o acompanhamento no pós-operatório.

		- Alertar sobre a possibilidade de ganho de peso.
--	--	---

Fontes: Barros (2015); Barros; Caetano (2014).

Acredita-se que a cartilha “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável”, pode servir de suporte para os profissionais de saúde e usuários do sistema a entenderem melhor o processo saúde/doença e vivenciarem o período da recuperação de uma forma mais tranquila, 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 ampliar sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável após um procedimento cirúrgico. A utilização do recurso educativo como a cartilha poderá promover e facilitar a confiança do paciente em vivenciar um pós-operatório saudável a partir da realização dos cuidados orientados, reforçando, assim, a sua autoconfiança e autopercepção da eficácia pessoal para o alcance das metas desejadas.

Assim, o uso da cartilha durante as práticas educativas favorece o diálogo entre o profissional de saúde, o paciente e o familiar em que é válido a realização de ações de promoção da saúde para orientar e esclarecer as dúvidas sobre um tratamento tão em evidência no SUS como a cirurgia bariátrica, sendo importante que haja a intersectorialidade, a integralidade e a interdisciplinaridade no âmbito dessas ações destinadas aos portadores de obesidade grave, as quais poderão refletir positivamente no desenvolvimento do autocuidado.

5 MÉTODO

“Para cuidar de si mesmo, use a cabeça. Para cuidar dos outros, use o coração.” (Eleanor Roosevelt)

5.1 Tipo de Estudo

Estudo experimental do tipo Ensaio Clínico Randomizado (ECR), controlado, cego e longitudinal em que o pesquisador aplica uma intervenção e observa seus efeitos sobre os desfechos, além de manipular uma variável independente (intervenção) e alocar os participantes em cada grupo de forma aleatória por intermédio da randomização. Assim, os grupos experimental e controle são formados por um processo aleatório de decisão (ESCOSTEGUY, 1999; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

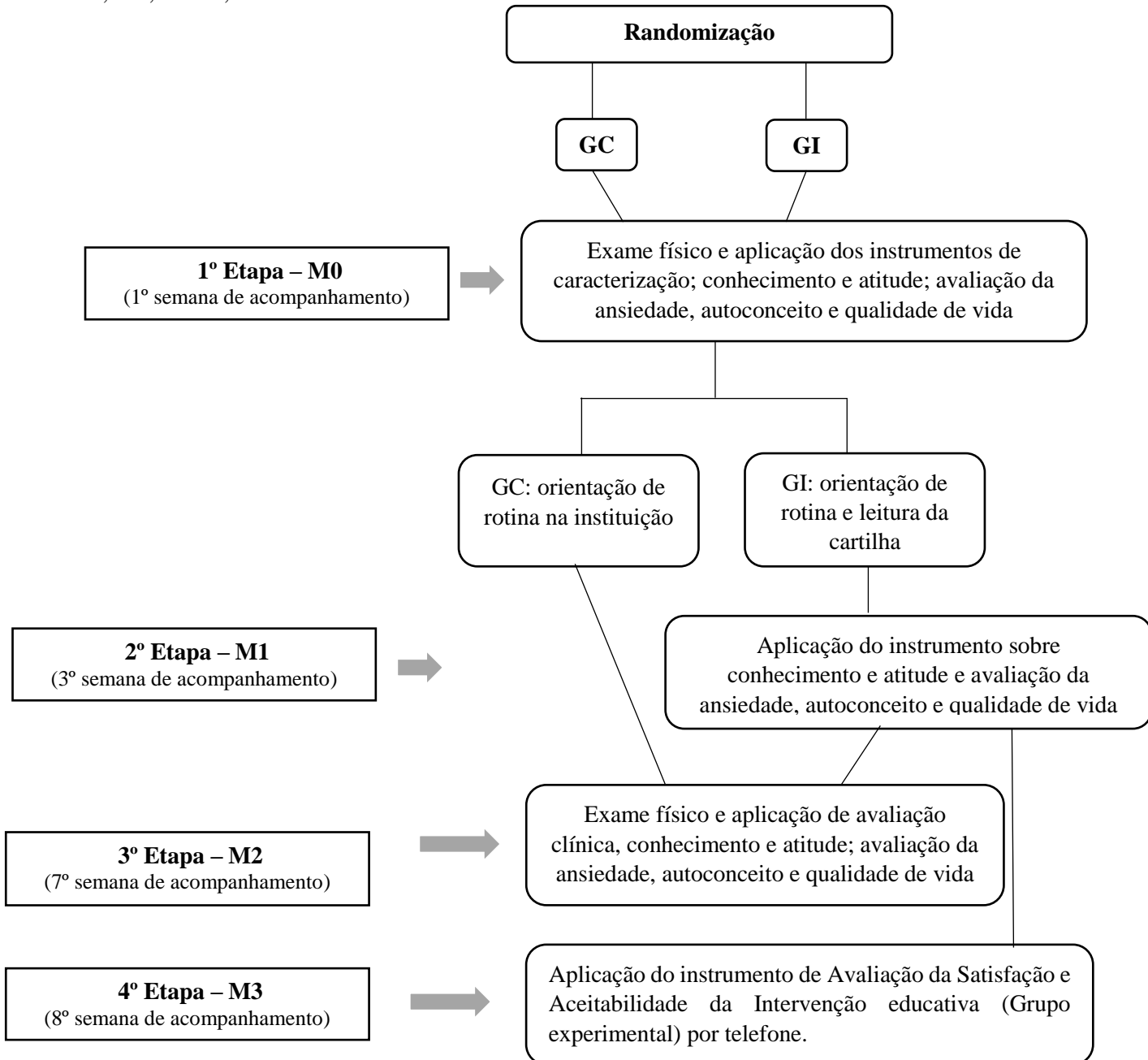
Os ensaios clínicos controlados e aleatorizados, quando planejados, conduzidos e analisados adequadamente representam o padrão-ouro na avaliação de intervenções em saúde (SCHULZ; ALTMAN; MOHER, 2010). Tem-se como uma das vantagens a capacidade de demonstrar causalidade face a alocação aleatória dos sujeitos no grupo de intervenção, podendo diminuir a influência de variáveis confundidoras que podem minimizar a possibilidade de que os efeitos observados sejam reforçados pela cointervenção (HULLEY et al., 2008).

Para tanto, é necessário seguir três propriedades: manipulação (o experimentador faz alguma intervenção direcionada aos participantes do estudo); controle (o experimentador introduz controles sobre a situação experimental, incluindo o uso do grupo controle/comparação); e randomização (o experimentador designa aleatoriamente os participantes para os grupos controle/comparação e experimental) (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Pode ser desenvolvido em qualquer ambiente, desde que sejam atendidas as propriedades de manipulação, controle e aleatorização, as quais fortalecem o teste das relações de causa e efeito (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Nesse estudo, pretende-se avaliar a efetividade de uma intervenção educativa utilizando-se uma cartilha impressa na educação em saúde relacionada à cirurgia bariátrica, com intervalos seriados entre zero e sete semanas. A avaliação de tecnologias em saúde deve se basear em evidências científicas e os ensaios clínicos randomizados são ferramentas poderosas na verificação da eficácia e da efetividade de novas tecnologias (NITA et al., 2010). Os ensaios pragmáticos (ou de efetividade) visam aproximar os resultados à realidade da prática clínica. Efetividade se refere ao desempenho de uma tecnologia em circunstâncias usuais ou na "vida real". Os ensaios pragmáticos são aqueles em que a hipótese e o desenho do estudo são formulados buscando produzir informações necessárias para a tomada de decisão (NITA et al., 2010).

O procedimento para a coleta de dados foi iniciado pelo pesquisador por meio do recrutamento via contato telefônico, o qual será exemplificado conforme a figura 5:

Figura 5 – Fluxograma do ensaio clínico randomizado proposto e os momentos de coleta de dados. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.



Fonte: Próprio autor.

A cartilha foi aplicada no pré-operatório mediato, a partir da leitura do material, com o Grupo Intervenção (GI), o qual foi acompanhado durante sete semanas e comparado quanto ao efeito da intervenção educativa com um Grupo Controle (GC), que recebeu o cuidado de rotina da equipe multiprofissional da instituição. Vale ressaltar que este estudo seguiu as recomendações do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials), o qual é um guia para a publicação de um

ensaio clínico, sendo utilizado para o delineamento e a conduta desse tipo de estudo (SCHULZ et al., 2010).

5.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado em Fortaleza-Ceará, localizada na Região Nordeste do Brasil, a qual abrange uma área de 314,93 km, sendo considerada a quinta maior cidade do País, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) de 2.609.706 milhões de habitantes em 2016 (IBGE, 2016).

A escolha da instituição é justificada por ser referência na realização de cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará, a qual é representada por um hospital secundário que possui uma unidade de assistência em alta complexidade ao paciente portador de obesidade mórbida. A instituição realiza a cirurgia bariátrica desde 2003, totalizando um número de 821 cirurgias até junho de 2017, com realização, em média, de oito cirurgias por mês. O hospital também proporciona o acompanhamento, pela equipe multiprofissional composta por médico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudióloga, do paciente que busca o procedimento cirúrgico como tratamento até cinco anos após a realização da cirurgia. É reconhecido no cenário nacional e internacional por seu apoio à pesquisa científica, tendo vários prêmios acadêmicos.

5.3 População e Amostra

A população de interesse deste estudo foi representada pelos pacientes que estão vivenciando o pré-operatório mediato. A amostra foi selecionada segundo os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos e aplicados a todos os pacientes que estão no livro de espera para a realização da cirurgia até abril de 2017. 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, a lista dos indivíduos que já estavam aptos a realizar a cirurgia. Conforme consulta ao sistema de informação *in locus* do estudo, 90 pacientes elegíveis estavam presentes na lista de espera até a consulta

Os critérios de inclusão foram: a) estar cadastrado no programa de obesidade da instituição em estudo; b) estar vivenciando pré-operatório mediato; c) ser alfabetizado e d) possuir telefone fixo ou celular. Já como critérios de exclusão temos: a) pacientes em uso do balão intragástrico; b) pacientes que não tinham disponibilidade de tempo ou não aceitaram participar dos encontros; e c) pacientes que não tinham telefone fixo ou celular para contato.

Para caracterizar a descontinuidade dos participantes no estudo foram adotados os seguintes critérios: realização da cirurgia bariátrica; colocação do balão intragástrico; desistência em participar da pesquisa após início da coleta de dados e impossibilidade do contato telefônico, após pelo menos 10 tentativas, cujas ligações forem identificadas como fora da área e/ou telefone desligado.

5.4 Cálculo da Amostra

Para o cálculo amostral, foi utilizada a fórmula para comparação de dois grupos (POCOCK, 1983):

$$N = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \times 2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

n= tamanho amostra

Z α = (1,96) confiança desejada

Z β = (0,84) - erro beta (rejeitar H0 quando esta for verdadeira)

p = proporção de ocorrência do desfecho

d = diferença clinicamente importante

O cálculo amostral foi realizado a partir dos resultados prévios de outro estudo em andamento realizado de junho de 2016 a abril de 2017 com 32 pacientes que foram internados para a realização do procedimento cirúrgico e identificou que 10% dos pacientes acertaram 70% das questões do teste de conhecimento. Estima-se, então, que no presente estudo, esse conhecimento poderá melhorar para 35% após a intervenção educativa, tendo como parâmetros: p=10% e d=25%. Adotando-se coeficiente de confiança de 95% (Z α =1,96); um poder de 80% (Z β =0,84), ficou estabelecido como número amostral de 27 pacientes para o grupo controle e 27 pacientes para o grupo intervenção, considerando percentual de perdas de 20% no seguimento, totalizando uma amostra de 54 pacientes. Porém, optou-se por convidar os 66 pacientes elegíveis, distribuídos igualmente entre GC e GI, para minimizar o percentual de perdas ao longo do seguimento e otimizar a inferência estatística entre os dados.

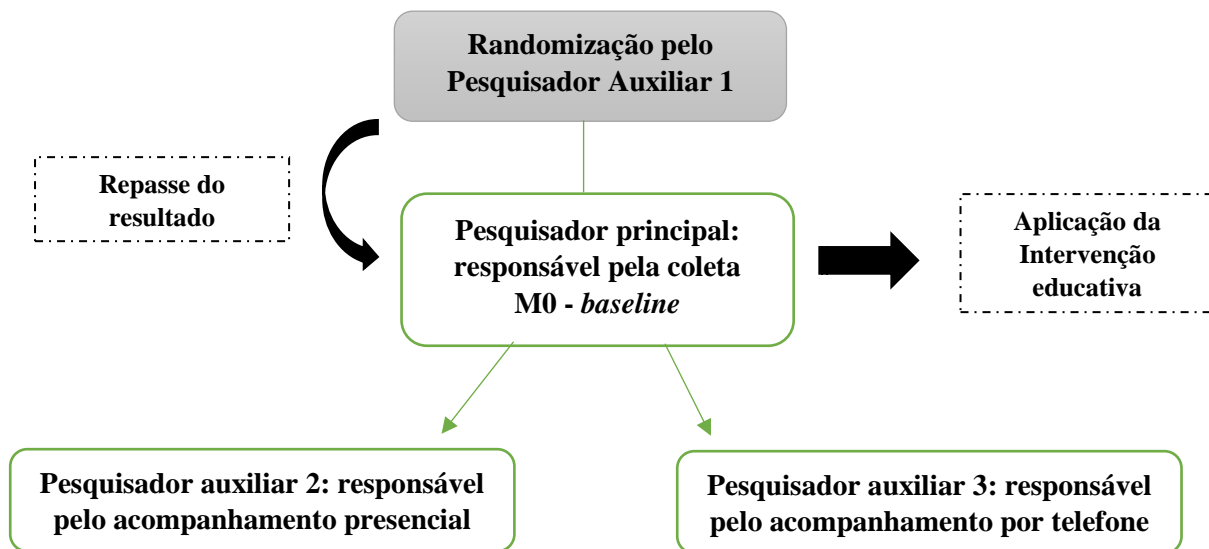
5.5 Randomização e Cegamento

Para reduzir a probabilidade de erros sistemáticos e permitir a utilização de testes estatísticos, é importante que o procedimento para a alocação aleatória dos participantes nos grupos GC e GI de um ensaio clínico seja feito corretamente (GOMES-VILLAS BOAS, 2014). A aleatorização consiste em alocar tratamentos casualmente, sendo que essas alocações devem ser invioláveis, de forma que seja impossível que fatores intencionais ou não intencionais influenciem na randomização (HULLEY et al., 2008).

Nessa perspectiva, o processo de inclusão dos pacientes ocorreu através da randomização pelo software online e gratuito *Research Randomizer* (www.randomizer.org). Os indivíduos presentes na

lista de espera foram numerados sequencialmente e, em seguida, submetidos ao processo de randomização eletrônica em que foi realizada a divisão aleatória em dois grupos: Controle (GC) e Intervenção (GI). Vale ressaltar que todos tiveram a mesma quantidade de pacientes para que a análise dos dados fosse feita de forma pareada. Com o intuito de evitar o efeito Hawthorne e diminuir as chances de contaminação da amostra do grupo intervenção ao longo da coleta de dados (NOVAIS et al., 2016), houve o cuidado de não agendar o mesmo dia de coleta presencial entre os grupos para que os mesmos não se encontrassem.

Figura 1 – Fluxograma com a descrição da participação da equipe de pesquisa na coleta de dados. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

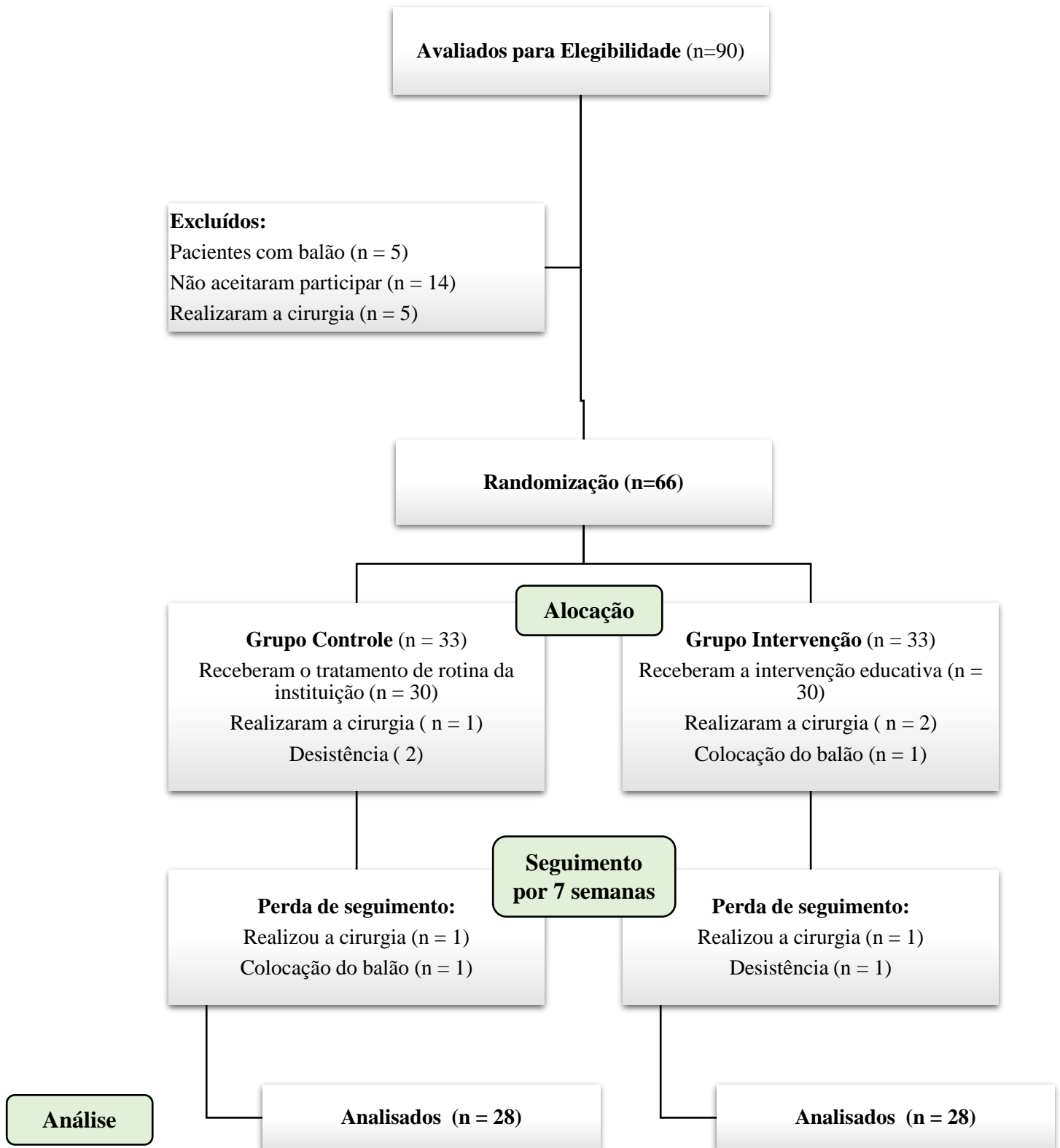


Fonte: Próprio autor.

M0 = Momento zero (M0).

Conforme demonstrado na figura 1, visando viabilizar o cegamento do estudo, essa etapa foi realizada por um pesquisador auxiliar que não tinha vínculo com o estudo e o índice de alocação foi de 1:1, a qual foi organizada em envelopes opacos e selados contendo o nome do grupo (GC ou GI) e os respectivos nomes dos participantes e entregue ao pesquisador principal. O momento da coleta inicial (*baseline*) foi feito, exclusivamente, pela pesquisadora principal bem como a implementação da intervenção educativa com o GI. O seguimento da coleta durante os encontros presenciais e por telefone foi realizado por outros dois pesquisadores auxiliares. Salienta-se que os auxiliares da pesquisa foram cegos quanto a procedência do paciente (GC ou GI) com atuação apenas na coleta de dados dos instrumentos propostos bem como os participantes dos grupos, respeitando, assim, o cegamento do estudo. Para clarificar o processo de randomização e alocação, foi construído um diagrama adaptado do protocolo do Consort (SCHULZ et al., 2010) – Figura 2:

Figura 2 – Diagrama da randomização e alocação dos pacientes adaptado do Consort (2010).
Fortaleza, CE, Brasil, 2017.



Fonte: Adaptado do CONSORT (Schulz et al., 2010).

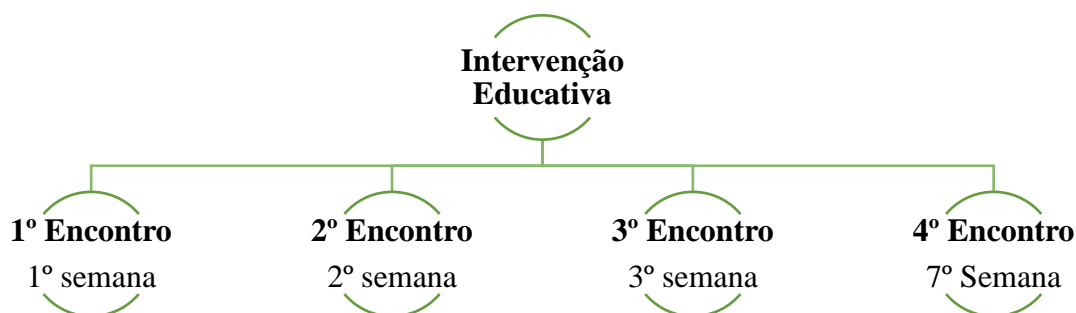
5.6 Recrutamento dos pacientes

Primeiramente, o recrutamento dos participantes ocorreu por intermédio da identificação dos pacientes que estão presentes no livro de marcação da cirurgia bariátrica solicitado à instituição com dados do paciente como nome e telefone de contato. Assim, os participantes foram recrutados e convidados por telefone. Em cada ligação, a pesquisadora apresentava-se e explicava o motivo da ligação bem como os objetivos e as datas propostas para os encontros. Após a manifestação de interesse positivo em participar da pesquisa, foi agendado um encontro no ambulatório para a coleta de dados.

O momento *baseline* (M0) ocorreu no ambulatório da instituição, individualmente, com os pacientes do GC e GI, os quais não sabiam a qual grupo pertenciam através de entrevista e preenchimento dos instrumentos, que duravam cerca de 20 minutos. No encontro presencial, o pesquisador responsável se apresentou e reafirmou o interesse do paciente em participar do estudo, explicando o objetivo e os momentos da aplicação dos instrumentos durante a pesquisa. Após o aceite, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido o caráter sigiloso dos dados e o anonimato, além do direito de retirar o seu consentimento no momento em que desejar (APÊNDICES A e B). Vale ressaltar que o TCLE foi disponibilizado em duas vias, uma foi entregue ao participante e a outra ficou sob posse do pesquisador.

Como o conteúdo da cartilha é extenso por abordar todo o processo perioperatório da cirurgia bariátrica, o momento da intervenção educativa foi dividido em quatro encontros presenciais: os três primeiros foram semanais e sequenciais baseados nas fases do pré-operatório, transoperatório e pós-operatório e o último encontro foi agendado para 30 dias após o fim da leitura da cartilha, totalizando sete semanas de acompanhamento. Estes momentos ocorreram no ambulatório de cirurgia bariátrica da instituição. A seguir, será apresentada a operacionalização de cada encontro:

Figura 3 – Fluxograma com os encontros durante o acompanhamento. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.



Fonte: Próprio autor.

Dessa forma, com o grupo controle, foi agendado outro encontro também após sete semanas do primeiro encontro presencial, permitindo a comparação dos resultados entre os grupos.

5.7 Cuidados de Rotina da Instituição

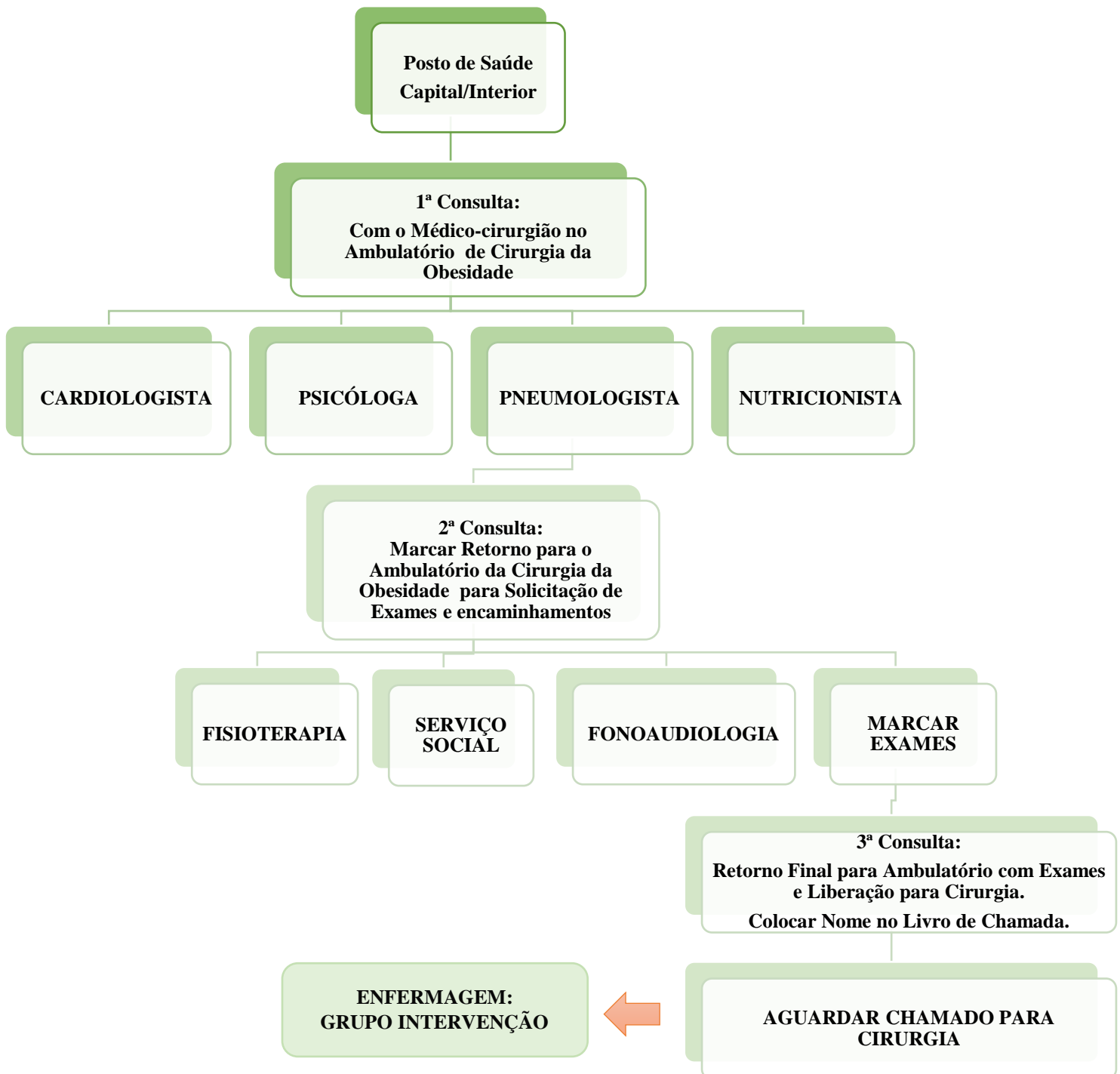
Ambos os grupos receberam os cuidados de rotina durante o preparo pré-operatório na instituição. Na instituição existe o Programa de Obesidade do Estado do Ceará, que realiza atendimento ambulatorial aos pacientes desde o ingresso no serviço até o pós-operatório tardio, a partir de uma “Rotina da Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica” que inclui a avaliação do indivíduo nas consultas com o médico-cirurgião, cardiologista, pneumologista, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo e fisioterapeuta.

De acordo com o fluxograma de atendimento do programa de obesidade da instituição em estudo, o paciente é encaminhado pelo médico do posto de saúde para uma consulta com o médico-cirurgião no ambulatório da cirurgia bariátrica. Na 1ª consulta, o médico realiza a anamnese e o exame físico, explica os critérios de indicação e contraindicação da cirurgia, recomenda que o paciente perca 10% do peso corporal antes da cirurgia, convida-o para comparecer às reuniões mensais com a equipe multiprofissional e o encaminha para os especialistas: cardiologista, pneumologista, nutricionista e psicólogo, devendo o paciente retornar após obter o parecer de cada profissional.

Na segunda consulta, o médico-cirurgião verifica os pareceres dos especialistas e, caso sejam favoráveis, solicita os exames pré-operatórios como glicemia, hemograma, eletrocardiograma, endoscopia, além de encaminhar o paciente para fonoaudiologia, fisioterapia e serviço social. Na terceira consulta, o médico analisa os resultados dos exames e, caso estejam de acordo com os parâmetros de normalidade, autoriza a inclusão do nome do paciente no livro de marcação da cirurgia, estando o mesmo apto a realizar o procedimento cirúrgico, devendo assim aguardar o chamado para a internação hospitalar, o qual pode demorar anos.

O fluxograma na figura 4 demonstra o caminho que o paciente deve percorrer na instituição até a chegada do dia da cirurgia:

Figura 4 - Fluxograma de Atendimento do Paciente no Programa de Obesidade. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.



Fonte: Próprio autor.

Assim, as orientações referentes ao procedimento cirúrgico são disponibilizadas verbalmente durante as consultas e palestra mensal com cirurgiões e psicólogos sobre cirurgia bariátrica, com

ênfoque em técnicas cirúrgicas, perda de peso e chamado para a cirurgia. Todos os pacientes que ingressam no programa e estão na fila de espera são convocados a participar desse encontro mensal na última sexta-feira do mês, independente de estar no pré ou pós-operatório.

5.8 Intervenção educativa sobre o Preparo no Pré-operatório da Cirurgia Bariátrica

A intervenção educativa foi realizada com quatro encontros presenciais com duração, em média, de 90 a 120 minutos. Os encontros foram conduzidos pela pesquisadora principal e ocorreram no período da manhã no auditório da instituição em estudo, de fácil acesso aos pacientes e estrutura adequada (ambiente climatizado com cadeiras apropriadas para obesos). O uso do espaço físico da instituição foi solicitado previamente ao centro de pesquisa, sendo agendado os encontros semanais conforme disponibilidade do local. Nos dias programados para os encontros presenciais, a pesquisadora chegou uma hora antes do horário combinado para organizar o ambiente, sendo colocado um aviso na porta da sala, na entrada e corredores da instituição, para facilitar o acesso e a localização do local.

Considerando a cartilha como uma ferramenta útil na intervenção educativa, este estudo utilizou, com os pacientes do GI, a tecnologia educacional “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável”, que apresenta orientações sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados no perioperatório. Dessa forma, a cartilha norteou a definição dos temas dos encontros, os quais foram elencados a partir dos tópicos presentes no material:

Quadro 2 – Descrição das temáticas e objetivos dos encontros da intervenção educativa. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Encontro	Temática	Objetivo
1º Encontro	Cirurgia bariátrica, técnicas, equipe multiprofissional e preparo pré-operatório.	Promover o conhecimento adequado sobre cirurgia bariátrica, indicações e técnicas cirúrgicas, avaliação pré-operatória; exames solicitados e os cuidados no pré-operatório imediato.
2º Encontro	Internação, centro cirúrgico e pós-operatório hospitalar.	Promover o conhecimento adequado sobre o pré-operatório imediato durante a internação hospitalar, o momento do centro cirúrgico e os cuidados necessários no pós-operatório hospitalar.

3º Encontro	Pós-operatório domiciliar e tardio.	Promover o conhecimento adequado sobre cuidados necessários no pós-operatório domiciliar e tardio.
4º Encontro	Dúvidas	Promover o conhecimento adequado sobre as principais dúvidas relacionadas aos cuidados perioperatório.

Fonte: Barros; Caetano (2014).

Após a definição dos temas, prosseguiu-se para o planejamento de cada encontro com definição dos quatro momentos: apresentação da proposta do encontro (1º Momento); dinâmica de integração (2º Momento); implementação da intervenção educativa (3º Momento) e avaliação diária do encontro (4º Momento). Com o intuito de padronizar a execução de cada encontro, foi elaborado um roteiro para orientar os passos a serem seguidos no encontro, o qual incluiu o modo de apresentação do pesquisador, objetivo do encontro, etapas, os materiais necessários e os instrumentos que devem ser aplicados neste momento (APÊNDICE C).

Antes de cada encontro, o pesquisador responsável contatou, três dias antes, todos os participantes do GI, para lembrar do encontro agendado e confirmar a presença. Além disso, para auxiliar a condução dos encontros presenciais, foi elaborado uma apresentação em slides contendo os momentos de cada encontro no programa *PowerPoint for Windows®* versão 2013, a qual foi repassada aos pacientes com o auxílio de datashow e computador disponibilizados pela instituição em estudo (APÊNDICE D). Ao final de cada encontro, foi servido um lanche de acordo com as recomendações da nutricionista da equipe do programa de obesidade e sem adição de açúcares devido à presença de pacientes com diabetes mellitus.

- **1º Encontro – Cirurgia Bariátrica e Preparo Pré-operatório**

Foi iniciado com a apresentação da pesquisadora, reforço sobre objetivos e datas dos encontros e orientações sobre os momentos e atividades a serem realizadas naquele dia. Todos os participantes receberam uma pasta contendo folhas de ofício em branco, caneta esferográfica e crachá. Foram entregues também canetinhas coloridas e giz de cera e solicitado que cada participante colocasse seu nome ou a maneira como gostaria de ser chamado (a) e decorasse o crachá de acordo com a sua vontade. O crachá deveria ser utilizado no encontro inicial e os subsequentes para facilitar a identificação entre os membros do grupo.

Com o intuito de promover a integração e descontração entre o grupo, foi realizado uma técnica de quebra-gelo chamada “*Apresentando o vizinho*” que tem como objetivo o conhecimento mútuo entre os indivíduos sobre os nomes e alguns dados básicos (SOUZA et al., 2010). Após estarem acomodados nas cadeiras, os participantes foram divididos em duplas de forma simples: pares vizinhos de cadeiras. Foi concedido cinco minutos para a dupla se conhecer mutuamente, momento no qual indagações como nome e expectativa com relação à cirurgia bariátrica foram realizadas. O pesquisador deixou livre ao grupo a forma de cada um apresentar-se ao seu par ou perguntar outras informações que desejava saber dele. Ao fim do tempo estipulado, cada dupla foi convidada a se levantar e apresentar, ao grupo, o seu colega.

Em seguida, foi entregue a cartilha educativa para leitura individual, sendo orientado as páginas de cada tópico a ser trabalhado no encontro, os quais foram: “Informações sobre a cirurgia bariátrica” (pág. 14 a 21) e “Acompanhamento com a equipe multiprofissional e preparo pré-operatório” (pág.23 a 29). Foi solicitado aos participantes não conversar durante a leitura do material e ficar disposto no auditório da maneira mais confortável para os mesmos. Para este momento, foi concedido ao participante 30 minutos. Antes de iniciarem a leitura, os indivíduos foram informados que, caso apresentassem dúvidas ou dificuldade de entendimento de alguma informação contida na cartilha, poderiam escrever os questionamentos em filipetas de papel e inserir na “*Caixa de Correio*” (VIEIRA et al., 2014).

Essa dinâmica foi escolhida pelo pesquisador para coletar as dúvidas geradas com a leitura do material educativo e não interferir no processo da intervenção. Assim, cabe ressaltar que em nenhum momento o pesquisador esteve junto ao participante esclarecendo as suas dúvidas. Entretanto, sabendo que a cartilha, independentemente da temática ou a quem é destinada, deve ter sempre a mediação de um profissional de saúde, os pacientes foram informados que as dúvidas coletadas durante os três primeiros encontros seriam esclarecidas no último encontro que aborda a temática “Dúvidas”.

Ao final da leitura do material e coleta das dúvidas, as cartilhas foram recolhidas e prosseguiu-se para a avaliação do encontro a partir do questionamento inicial “Como foi o dia de hoje?”, com o intuito de realizar avaliação processual para identificar se o tempo de leitura foi adequado, se o conteúdo dos capítulos foi suficiente (para estabelecer possíveis melhorias quanto ao conteúdo da cartilha) e se algum participante ainda possuía alguma dúvida e desejava escrevê-la nas filipetas de papel da “*Caixa de Correio*”. Para finalizar o encontro, a pesquisadora agradeceu a presença de todos e lembrou dia e hora do próximo encontro.

- **2º Encontro – Internação e pós-operatório hospitalar**

Para o segundo encontro, foi escolhida a “*Caixinha surpresa*” para a integração do grupo. Assim, foi entregue uma caixa fechada com um espelho dentro para circular entre os participantes, os quais foram orientados que dentro havia uma pessoa muito importante para o grupo (MOREIRA et al., 2012). Foi solicitado que cada pessoa abrisse a caixa e olhasse quem era a pessoa e compartilhasse com o grupo como ele percebia que estava aquela pessoa e o que desejava para ela. Em seguida, o participante deveria repassar a caixa para o colega vizinho sem revelar quem é a pessoa que está na caixa (que, no caso, era ela mesma que estava refletida no espelho). Ao final, foi estimulado que o grupo expressasse o que sentiu ao se observar na caixa.

No segundo momento, a cartilha foi entregue para iniciar o momento da leitura individual e os tópicos selecionados para o encontro foram: “Internação no hospital” (pág. 23 a 29) e “Pós-operatório hospitalar” (pág. 36 a 43). Novamente, foi utilizado a “*Caixa do Correio*” em que, após a finalização da leitura, foi entregue filipetas em branco aos participantes que desejavam registrar dúvidas sobre o tema do encontro, as quais foram, posteriormente, recolhidas e colocadas na caixa.

A avaliação do encontro foi realizada a partir da dinâmica do “*Barquinho*”, em que um barco de madeira foi repassado entre os participantes do grupo junto com filipetas de papel (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003) e solicitado a expressão de sugestões e opinião a respeito do encontro. Em seguida, novamente, o pesquisador abriu espaço para a fala dos participantes na avaliação processual diária, trazendo a questão disparadora “Como foi o dia de hoje?”. Após a contribuição de todos, o encontro foi finalizado.

- **3º Encontro – Pós-operatório domiciliar e tardio**

Foi realizada a dinâmica “*Transformando o Balão*” e orientado que cada participante soprasse no balão todos os sentimentos, pensamentos negativos, obstáculos, anseios e medos que carregavam. Com os balões cheios, foi colocada uma música ambiente e solicitado que aqueles que desejassem poderiam se levantar e tomar uma atitude sobre o sentimento colocado dentro do balão. Os participantes ficaram livres para decidir o que fazer com o balão, pois algumas pessoas poderiam decidir estourá-lo, outras poderiam jogar o balão para o ar (BORGES et al., 2015). Para promover a reflexão sobre o momento, foi aberto espaço para os participantes comentarem sobre o que sentiram com a dinâmica.

A intervenção educativa foi iniciada com a entrega das cartilhas para a leitura individual dos tópicos “Pós-operatório domiciliar” (Pág. 44 a 55) e “Hábitos saudáveis no pós-operatório tardio”

(Pág. 56 a 61), tendo também, nesse momento, a dinâmica “*Caixa do Correio*” para coletar as dúvidas existentes sobre os tópicos a serem trabalhados no encontro. Ao manifestarem ter dúvidas, os participantes solicitavam ao pesquisador filipetas de papel e registravam suas inquietações, as quais eram recolhidas e guardadas na caixa.

Ao fim do encontro, foi realizada a dinâmica do “*Barquinho*” (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003) para investigação da impressão do participante a respeito do encontro e possíveis sugestões. Sequencialmente, o pesquisador continuou a avaliação do dia com a pergunta disparadora “Como foi o dia de hoje?”, para identificar a satisfação do encontro e as dúvidas que foram solucionadas com a cartilha sobre o tema.

- **4º Encontro – Dúvidas sobre o perioperatório da cirurgia bariátrica**

O último encontro foi iniciado com a dinâmica “*Tempestade de Ideias*” (NETTO; GORAYEB, 2005), que consta na expressão de palavras positivas ou frases pelos participantes que representassem o desejo ou a expectativa para aquele encontro, as quais foram sintetizadas pelo pesquisador. Em seguida, foi entregue a cartilha educativa para a leitura individual do capítulo “Dúvidas frequentes” (pág. 62 a 66) e a “*Caixa do Correio*” ficou disponível para a colocação das dúvidas. Quando todos terminaram a leitura da cartilha, a mesma foi recolhida e foi entregue o instrumento de avaliação do conhecimento e atitude sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica, sendo solicitado o preenchimento pelos participantes.

Após a conclusão do inquérito, iniciou-se a dinâmica do “*repolho*” (LIMA et al., 2016), que consistiu na formação de uma bola com várias folhas enroladas que continham dúvidas apresentadas por algum participante durante os encontros anteriores. Foi colocada música ambiente e os participantes foram orientados que o repolho iria circular na sala e, de olhos fechados, o pesquisador iria dar o comando para parar o repolho. O indivíduo que estivesse com o repolho quando parasse, deveria ler e responder a pergunta. Foi estimulada a participação do grupo e o coordenador, ao final de cada pergunta do repolho, sintetizava o que foi respondido pelo grupo, incluindo informações necessárias ou corrigindo os conceitos incorretos.

A avaliação do encontro foi realizada com a dinâmica “*‘Que bom!’, ‘Que pena!’ e ‘Que tal?’*” (BORGES et al., 2015), em que cada participante recebeu filipetas de papel colorido escritas na parte superior: “Que bom!” (papel verde), “Que pena” (papel rosa) e “Que tal” (papel amarelo), onde deveriam escrever, respectivamente, elogios, críticas e sugestões sobre o encontro. O momento foi finalizado com o agradecimento pela participação de todos nos quatro encontros planejados. Foi entregue lembrancinha contendo um esmalte, lixa de unha e prendedor de cabelo com o intuito de

estimular o autocuidado, além de um certificado simbólico de conclusão do preparo do pré-operatório com a enfermagem.

5.8.1 Teste-Piloto da Intervenção Educativa

Foi desenvolvida uma intervenção educativa com pacientes do pré-operatório que não participariam do estudo para simular a condução da intervenção educativa e a utilização dos instrumentos, o que permitiu a verificação da necessidade de mudanças ou correções. O principal motivo para um pré-teste ser realizado é que seus resultados podem subsidiar decisões sobre recrutamento, intervenção e medição das variáveis. A partir de uma pequena amostra de conveniência, o pesquisador tem a possibilidade de testar os instrumentos que serão utilizados, indagar sobre reações subjetivas aos procedimentos e aos desconfortos por eles causados sobre questões não entendidas, e sobre outras maneiras de aperfeiçoar o estudo (HULLEY et al., 2008).

Participaram do teste-piloto 12 participantes, tendo como critério de inclusão pacientes que já haviam realizado todas as consultas com o cirurgião, mas que não estavam liberados para a inclusão do nome no livro. Como critério de exclusão: pacientes que possuíam alguma limitação cognitiva de modo a comprometer a participação na atividade educativa proposta. O recrutamento foi feito durante a reunião mensal do Programa de Obesidade, o que caracterizou uma amostra por conveniência, sendo esclarecido data e horário do encontro.

Optou-se como método instrucional a discussão em grupo que pode ser definido como um método de ensino em que os aprendizes se reúnem para trocar informações, sentimentos e opiniões uns com os outros e com os professores. Trata-se de uma técnica instrucional comumente utilizada, focada no aprendiz, bem como no assunto (BASTABLE, 2010). Como material instrucional, utilizou-se a cartilha educativa “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável” (BARROS, 2015).

Os pacientes selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no estudo, foram esclarecidos sobre os objetivos desse momento, sendo solicitada a assinatura do TCLE antes do preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Após o aceite, procedeu-se ao preenchimento do instrumento de coleta de dados. A estratégia educativa durou cerca de 90 minutos e foi dividida em três momentos: **Momento 1:** para iniciar o encontro, solicitou-se que cada participante dissesse seu nome e há quanto tempo estava participando do programa de obesidade, o que possibilitou a interação e o conhecimento dos membros entre o grupo, servindo como dinâmica de “quebra-gelo”; **Momento 2:** distribuição de cartilhas para leitura individual.

Para este momento, optou-se por abordar apenas dois capítulos da cartilha que se relacionavam aos cuidados no pré-operatório; **Momento 3:** após a leitura de cada capítulo escolhido,

formou-se um círculo e houve a discussão em grupo de cada tema e a explanação das dúvidas. Os sujeitos puderam compartilhar como foi a experiência da discussão em grupo e, posteriormente, a moderadora agradeceu a participação de todos e questionou sobre a dificuldade de entendimento de alguma frase ou palavra do instrumento de coleta de dados, sendo a estratégia educativa finalizada. Vale ressaltar que os dados dos pacientes que participaram deste momento não foram incluídos na análise dos dados do estudo.

5.9 Desfechos

O desfecho principal foi a efetividade do uso da cartilha como intervenção educativa. Como desfechos secundários, melhor preparo pré-operatório refletido pela maior perda de peso, melhora no conhecimento, maiores médias das medidas de autoconceito e qualidade de vida e menores níveis de ansiedade e depressão no período de acompanhamento da coleta de dados.

5.10 Instrumentos de Coleta de dados

Com o intuito de realizar uma avaliação minuciosa do paciente durante a sua vivência no preparo pré-operatório, serão utilizados diversos instrumentos. Assim, para a coleta de dados foram utilizados seis instrumentos contemplando os seguintes itens: a) Dados clínico-epidemiológicos; b) Avaliação dos Níveis de Ansiedade e Depressão; c) Avaliação do Autoconceito; d) Avaliação da Qualidade de vida; e e) Conhecimento e atitude sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório.

5.10.1 Caracterização Sócio-demográfica e Clínica

Foram obtidas informações como sexo, idade, escolaridade (em anos), estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado ou união consensual), religião, situação profissional (ativo ou inativo), renda familiar (somatório familiar em reais tendo como base o valor do salário mínimo vigente – R\$ 937,00), classe econômica (obtida a partir da classificação econômica brasileira proposta pela Associação Nacional de Empresas e Pesquisas – CCEB, 2016 – com as opções: A, B1, B2, C1, C2 e DE) e procedência (Fortaleza, Região Metropolitana ou interior do Estado do Ceará). Foi solicitado também um número para contato telefônico e a indicação do melhor horário para encontrá-lo no domicílio com o intuito de identificar o momento mais adequado para ligar (APÊNDICE E).

Quanto aos dados clínicos, foi avaliada a presença de comorbidades (diabetes, hipertensão, dislipidemia, doença coronariana, apneia do sono, infertilidade, osteoartrite, entre outras) e o uso de medicamentos. O histórico de obesidade também foi obtido a partir de informações referentes à genética (familiar com histórico de obesidade e/ou cirurgia bariátrica), tentativa com outros tratamentos convencionais (dieta alimentar, atividade física, fármacos antiobesidade) e conhecimento sobre a cirurgia bariátrica (através da equipe de saúde, familiares, amigos, internet ou televisão) (APÊNDICE E).

5.10.1.1 Práticas de Saúde

Foram avaliadas a partir da atividade física, tabagismo, consumo de álcool e padrão alimentar. Na prática de atividade física, considerou-se como presente ou ausente, a frequência semanal e o tempo (minutos) (APÊNDICE E). A OMS considera prática de, pelo menos, 150 minutos semanais (ou 30 minutos diários) de atividade física de intensidade leve ou moderada ou, pelo menos, 75 minutos semanais (ou 20 minutos diários) de atividade física de intensidade vigorosa, independentemente do número de dias de prática de atividade física por semana. Para práticas leves ou moderadas, são considerados: caminhada em esteira, musculação, ciclismo, hidroginástica e natação. Para atividades vigorosas, temos: corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, voleibol, basquetebol e tênis (OMS, 2004).

Para a avaliação do tabagismo atual, foi considerado fumante ou não fumante com do hábito de fumar, o tipo de tabaco e a frequência diária. Para o consumo de bebidas alcoólicas, foi avaliada a presença ou ausência associadas ao tipo de bebida e à frequência diária. Para aqueles que relataram consumo de álcool, foi considerado indevido a ingestão, em um único dia, de cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, nos últimos 30 dias (FERREIRA et al., 2011).

Com relação ao padrão alimentar, foram consideradas as informações sobre seguimento das orientações da nutricionista, número de refeições, consumo diário de proteínas, frutas, verduras (legumes e hortaliças), leite e derivados, consumo regular de refrigerante ou frituras, ingestão de água, intolerância alimentar e mastigação correta durante as refeições com base no Caderno de Atenção Básica a Saúde para obesidade (BRASIL, 2014).

5.10.2 Medidas Antropométricas e Composição Corporal

5.10.2.1 Indicadores Antropométricos de Obesidade

Foram coletados os dados antropométricos de cada paciente: peso, altura, circunferência abdominal e quadril (APÊNDICE E).

- **Peso:** obtido em quilograma por meio de uma balança antropométrica mecânica 300Kg 104-A, da marca Welmy, aferida pelo Instituto de Metrologia (InMetro), com variação de 10 kg, com capacidade máxima de 300 kg e mínima de 10 kg. Antes da aferição do peso, a balança foi calibrada. Foi orientado ao paciente subir na balança descalço e com a menor quantidade de roupa possível, sendo o mesmo posicionado no centro da balança com os braços ao longo do corpo.
- **Altura:** determinada em metros, realizada com a utilização de um estadiômetro acoplado à balança com variação entre 0,80 a 2,20 cm. Os indivíduos estavam descalços, na posição ortostática com os pés unidos, mantendo-se em posição ereta e olhando para o horizonte (plano de Frankfurt, paralelo ao solo).
- **Circunferência da Abdominal (CA) e Circunferência Quadril (CQ):** a medida da CA foi obtida a partir do ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca, após a expiração normal do paciente com a blusa levantada, e no nível de protrusão máxima dos músculos glúteos (CQ) com auxílio de fita métrica simples, inelástica e flexível de 2,0m e intervalo de 0,01m, sendo registrada em centímetros.

O Índice de Massa Corporal (IMC) pode ser obtido pela divisão da massa corpórea em quilogramas pela estatura em metros ao quadrado (kg/m^2). Para a classificação dos resultados, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) e a Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade (IFSO, 1998) consideram os seguintes parâmetros:

Quadro 3 – Classificação do IMC conforme preconizado pela OMS e IFSO. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Valor	Classificação OMS	Valor	Classificação IFSO
<i>30 a 34,9 Kg/m²</i>	Obesidade Grau I	<i>27 a 30 Kg/m²</i>	Obesidade pequena
<i>35 a 39,9 Kg/m²</i>	Obesidade Grau II	<i>30 a 35 Kg/m²</i>	Obesidade moderada
<i>Acima de 40 Kg/m²</i>	Obesidade Grau III	<i>35 a 40 Kg/m²</i>	Obesidade grave
		<i>40 a 50 Kg/m²</i>	Obesidade mórbida
		<i>50 a 60 Kg/m²</i>	Superobesidade
		<i>Acima de 60 Kg/m²</i>	Supersuperobesidade

Fonte: OMS, 2004; IFSO, 1998.

A Circunferência Abdominal foi classificada de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS, em que valores de CA acima de 102 cm em homens, caracteriza obesidade abdominal e, em mulheres, o valor adotado é acima de 88 cm (OMS, 2004). A Relação cintura-quadril (RCQ) foi

obtida a partir da divisão dos valores da circunferência abdominal pelo quadril e, para sua classificação, foram utilizados os pontos de corte recomendados pela OMS de acordo com Bray e Gray (1988) e Heyward e Stolarczyk (2000), estratificando o risco entre homens de 20 a 69 anos, conforme pode ser visualizado no quadro a seguir:

Quadro 4 – Classificação do risco cardiovascular pela RCQ de acordo com sexo e idade. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Sexo	Idade	Risco Cardiovascular			
		Baixo	Moderado	Alto	Muito Alto
Homens	20-29	<0,83	0,83 - 0,88	0,89 - 0,94	>0,94
	30-39	<0,84	0,84 - 0,91	0,92 - 0,96	>0,96
	40-49	<0,88	0,88 - 0,95	0,96 - 1,00	>1,00
	50-59	<0,90	0,90 - 0,96	0,97 - 1,02	>1,02
	60-69	<0,91	0,91 - 0,98	0,99 - 1,03	>1,03
Mulheres	20-29	<0,71	0,71 - 0,77	0,78 - 0,82	>0,82
	30-39	<0,72	0,72 - 0,78	0,79 - 0,84	>0,84
	40-49	<0,73	0,73 - 0,79	0,80 - 0,87	>0,87
	50-59	<0,74	0,74 - 0,81	0,82 - 0,88	>0,88
	60-69	<0,76	0,76 - 0,83	0,84 - 0,90	>0,90

Fonte: BRAY; GRAY (1988); HEYWARD; STOLARCZYK (2000).

A Relação Cintura-Estatura (RCEst) é um indicador antropométrico de obesidade para discriminar o excesso de gordura na região central do corpo associado ao risco coronariano. O ponto de corte proposto é de 0,5 para adultos, tendo em vista que a circunferência da cintura deve ser menor que a metade da sua altura (HAUN; PITANGA; LESSA, 2009).

5.10.2.2 Perda do Excesso de Peso

O Percentual do Excesso de Peso (%PEP) foi calculado usando a fórmula de Deitel e Greenstein (2003):

$$\% \text{ PEP} = \frac{\text{Peso inicial} - \text{Peso final}}{\text{Peso inicial} - \text{Peso ideal}}$$

O IMC de 25 kg/m² foi usado para calcular o peso ideal conforme estudo de Silva et al. (2016).

5.10.2.3 Bioimpedância

Para a Análise de Impedância Biolétrica (BIA), foi utilizada a balança Omron[®] HBF-514C (Omron Healthcare, Japão) com Full Body Sensor (Sensor de Corpo Inteiro), que é um recurso não invasivo, portátil, de fácil manuseio, de boa reprodutibilidade, sendo viável seu uso para prática clínica. Mede a resistência elétrica dos tecidos através do envio de corrente elétrica extremamente

baixa de 50 kHz e 500 μ A para o corpo, a qual não é perceptível pelo paciente avaliado, determinando o total de água em cada tecido. O aparelho possui capacidade máxima de 150 kg e calcula as medidas das mãos para os pés, o que reduz a influência que o movimento da água tem nos resultados da composição corporal (OMRON, 2014).

A aferição foi realizada em conformidade com as instruções do aparelho (Omron, 2014) e de Petroski (2011): indivíduo avaliado permaneceu em pé, descalço, com a cabeça erguida, olhar para o horizonte e joelhos e costas retas com calcanhares posicionados nos eletrodos de calcanhares, distribuindo, assim, o peso uniformemente na balança. Deveria também segurar o aparelho com os braços estendidos à frente, formando um ângulo de 90° em relação ao corpo.

Com o intuito de minimizar os erros de estimativa da composição corporal, todos os participantes foram orientados a seguir as recomendações do manual do aparelho e dos estudos de Pitanga (2004) e Heyward (2001), tais como: a) jejum de duas horas; b) estar de bexiga vazia; c) não ingerir bebida alcóolica nas últimas 48h; d) não estar durante o ciclo menstrual; e) retirar adornos de metais metálicos como brincos, colar, anel, pulseira, piercing, entre outros; f) não realizar atividade física vigorosa nas últimas 24 h.

Antes de utilizar a balança, foi preciso configurá-la com os dados pessoais (idade, sexo e altura) para determinar indicadores corporais como peso, Índice de Massa Corporal (IMC), porcentagem de gordura corporal, porcentagem de músculos esqueléticos, porcentagem de gordura visceral, metabolismo basal e idade corporal (APÊNDICE E).

- *Peso*: de 0 a 150 kg.
- *IMC*: com valores de 7,0 a 90,0.
- *% de Gordura Corporal (%GC)*: de 5% a 60%, sendo classificada de acordo com os pontos de corte propostos por Gallagher et al. (2000).

Quadro 5 – Classificação do percentual de gordura corporal de acordo com sexo e idade. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Sexo	Idade	Classificação da %GC			
		Baixo	Normal	Alto	Muito Alto
Feminino	20-39	< 21,0	21,0 - 32,9	33,0 - 38,9	≥ 39,0
	40-59	< 23,0	23,0 - 33,9	34,0 - 39,9	≥ 40,0
	60-79	< 24,0	24,0 - 35,9	36,0 - 41,9	≥ 42,0
Masculino	20-39	< 8,0	8,0 - 19,9	20,0 - 24,9	≥ 25,0
	40-59	< 11,0	11,0 - 21,9	22,0 - 27,9	≥ 28,0
	60-79	< 13,0	13,0 - 24,9	25,0 - 29,9	≥ 30,0

Fonte: Gallagher et al. (2000).

- *% de Massa Muscular (%MM)*: 5,0 a 50,0%, sendo classificado de acordo com a Omron Healthcare.

Quadro 6 – Classificação do percentual de massa muscular de acordo com sexo e idade. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Sexo	Idade	Classificação da % MM			
		Baixo	Normal	Alto	Muito Alto
Feminino	20-39	< 24,3	24,3 - 30,3	30,4 - 35,3	≥ 35,4
	40-59	< 24,1	24,1 - 30,1	30,2 - 35,1	≥ 35,2
	60-80	< 23,9	23,9 - 29,9	30,0 - 34,9	≥ 35,0
Masculino	20-39	< 33,3	33,3 - 39,3	39,4 - 44,0	≥ 44,1
	40-59	< 33,1	33,1 - 39,1	39,2 - 43,8	≥ 43,9
	60-80	< 32,9	32,9 - 38,9	39,0 - 43,6	≥ 43,7

Fonte: Omron Healthcare

- *% de Gordura Visceral (%GV)*: é classificada de acordo com os parâmetros da Omron Healthcare.

Quadro 7 – Classificação da gordura visceral de acordo com percentual. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Valor (%)	Classificação
≤ 9%	Normal
≥ 10 a ≤ 14%	Alto
≥ 15%	Muito alto

Fonte: Omron Healthcare

- *Metabolismo basal*: de 385 a 3999 Kcal. O metabolismo pode ser diferente de pessoa para pessoa, variando conforme sexo, idade, peso e altura.
- *Idade corporal*: se baseia no metabolismo basal. Ela é calculada usando a massa corporal, porcentagem de gordura corporal e porcentagem de massa magra, determinando se a idade corporal está acima ou abaixo da idade cronológica.

5.10.3 Conhecimento e Atitude sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório

A avaliação do conhecimento e atitude permite realizar o diagnóstico educacional de uma determinada população-alvo, tendo em vista que objetiva identificar o que as pessoas sabem sobre um assunto, o que elas sentem, as ideias pré-concebidas relacionadas a tal assunto e como elas demonstram seus conhecimentos por meio de suas ações (KALIYAPERUMAL, 2004).

Assim, para este estudo, a avaliação do conhecimento e atitude no momento do pré-operatório mediato (Momento 0 - linha de base) serviu como parâmetro para o diagnóstico situacional dos pacientes sobre a temática em estudo, representando o pré-teste. Na aplicação do instrumento durante o seguimento da intervenção educativa, os dados obtidos foram comparados entre o grupo controle e o grupo intervenção, proporcionando a identificação das mudanças favorecidas pela intervenção educativa no conhecimento e atitude.

O instrumento contém 43 questões e foi construído a partir do conteúdo da cartilha educativa e da revisão integrativa sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório realizada na dissertação de mestrado (BARROS, 2015), o qual foi submetido ao processo de validação para avaliar a facilidade de compreensão dos dados, a relevância dos temas abordados, a eficácia no fornecimento das informações úteis e o grau em que as perguntas podem ser interpretadas e compreendidas pelos indivíduos (KALIYAPERUMAL, 2004). Seguiu as recomendações existentes nos guias para construção do inquérito CAP da OMS (2008) e da Kaliyaperumal (2004), além dos estudos de Lakhan e Sharma (2010), Costa (2012) e Silva (2014).

5.10.3.1 *Definições Operacionais*

O conhecimento e a atitude são aspectos essenciais e interdependentes que devem ser identificados durante o processo educativo, sendo necessário a compreensão de cada um desses fatores (MARINHO et al., 2003). De acordo com os autores Warwick e Lininger (1975); Marinho et al. (2003) e Kaliyaperumal (2004), podemos definir como:

Conhecimento refere-se à dimensão cognitiva. Pode ser definido como o nível de entendimento do indivíduo sobre determinado assunto, podendo também ser representado pela recordação de fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou pela habilidade para aplicar fatos específicos para resolução de problema ou pela capacidade de emitir conceitos a partir da compreensão adquirida sobre determinado evento.

Atitude relaciona-se com o domínio afetivo – dimensão emocional. Refere-se aos sentimentos associados ao assunto abordado, as ideias preconcebidas que possam existir ou, até mesmo, as crenças relativamente constantes que são dirigidas a um objetivo, pessoa ou situação.

Diante do exposto, o conhecimento e a atitude em relação à cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório foram definidos da seguinte forma:

- **Conhecimento**

- Adequado: quando o indivíduo obtiver um total de acertos igual ou superior a 70% dentre as 35 questões sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório.

- Inadequado: quando a frequência de respostas corretas for inferior a 70%.

- **Atitude**

- Adequada: quando o indivíduo referir ser “necessário” ou “muito necessário” 70% das orientações sobre os cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica.

- Inadequada: quando o indivíduo assinalar ser “pouco necessário” ou “desnecessário” uma frequência inferior a 70% das ações propostas ou se o indivíduo responder não ter opinião sobre a questão.

O instrumento foi submetido ao processo de validação com três enfermeiros experientes em estudos do tipo ensaio clínico e intervenção educativa e três cirurgiões da equipe da instituição em estudo para verificar a adequação dos instrumentos quanto ao formato (validação de face) e à pertinência e clareza dos itens (validação de conteúdo). O teste dos instrumentos 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). As sugestões feitas pelos juízes foram acatadas e incorporadas no instrumento final.

5.10.4 Avaliação da Qualidade de Vida

Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado dois instrumentos: o WHOQOL-bref da Organização Mundial de Saúde (The WHOQOL Group, 1998; FLECK et al., 2000) que avalia a qualidade de vida nas última duas semanas (APÊNDICE G) e o questionário de Moorehead-Oria II que propões a avaliação específica para indivíduos da cirurgia bariátrica (APÊNDICE H).

5.10.4.1 *WHOQOL-Bref*

O *WHOQOL-bref* é constituído por 24 itens distribuídos em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente, além de mais 2 itens que representam a autoavaliação geral de qualidade de vida e do estado geral de saúde, totalizando 26 itens. Cada item representa uma faceta do *WHOQOL-bref* e as respostas estão dispostas em escala do tipo Likert, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”).

O domínio **físico** é composto pelos itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18, que representam as facetas dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, mobilidade e capacidade de trabalho. O domínio **psicológico** é

constituído pelos itens 5, 6, 7, 11, 26 e 19, e representado pelas facetas: sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais.

O domínio de **relações sociais** contém as facetas: relações pessoais, suporte/apoio social e atividade sexual, sendo composto pelos itens 20, 21 e 22. O último domínio é o **ambiente** que é composto pelos itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25, e as facetas são: segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais/disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (quanto à poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.

O cálculo da pontuação é feito pela soma dos itens dos domínios, sendo invertida a pontuação obtida nos itens 3, 4 e 26. Quanto maior a pontuação, melhor a avaliação do indivíduo sobre a sua qualidade de vida. O instrumento da OMS não possibilita a utilização de um escore global de qualidade de vida, porém, permite o cálculo das pontuações de cada domínio, as quais podem ser transformadas em escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias. Cada domínio pode atingir um valor mínimo de zero escores, podendo chegar ao valor máximo de 100 escores. Assim, a pontuação de cada domínio é obtida em uma escala positiva e, quanto mais alta a pontuação, melhor será a qualidade de vida naquele domínio.

5.10.4.2 *Qualidade de Vida de Moorehead-Ardelt II*

O Ministério da Saúde (MS) preconiza, na Portaria N° 492, de 31 de agosto de 2007, um roteiro de avaliação dos resultados pós-operatórios da cirurgia bariátrica, o qual foi adaptado do Protocolo BAROS. Esse protocolo foi elaborado por Oria e Moorehead (1998) e se baseia na análise de importantes aspectos que devem sofrer modificações na saúde e na vida dos pacientes pós-cirurgia bariátrica: a perda de peso, melhora de comorbidades e da qualidade de vida e a ocorrência de eventuais complicações no pós-cirúrgico e a necessidades de reoperações (BARROS et al., 2013).

Neste protocolo, está presente o Questionário de Qualidade de Vida de Moorehead-Ardelt II (MAII), que contém seis itens de avaliação subjetiva da qualidade de vida: 1) autoestima, 2) atividade física, 3) relações sociais, 4) satisfação no trabalho, 5) prazer relacionado à sexualidade e 6) comportamento alimentar. Todas as questões têm o mesmo peso e uma escala de Likert de 1 a 10 é utilizada para marcar as respostas (MOOREHEAD et al, 2009).

Cada questão vale 0,5 pontos, somando um total de 3 pontos para o domínio. As respostas para cada questão são apresentadas na escala de Likert, com uma pontuação que varia de menos 0,5 a mais 0,5. Após a totalização dos escores, a qualidade de vida é classificada como muito diminuída

(-3 a -2,1), diminuída (-2 a -1,1), inalterada (-1 a 1), melhorada (1,1 a 2) e muito melhorada (2,1 a 3).

5.10.5 Inventário Clínico de Autoconceito

O Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) foi elaborado por Vaz Serra (1986), para a população portuguesa, com o intuito de avaliar a forma como o indivíduo analisa seus aspectos emocionais e sociais de autoconceito, o qual é importante devido à influência no modo como o indivíduo percebe a si próprio e o mundo à sua volta (SERRA, 1995). Ao registrar as percepções que o indivíduo tem de si próprio, este instrumento considera o autoconceito como uma medida de traço de personalidade, de modo que os resultados obtidos permitem afirmar algo sobre o indivíduo (APÊNDICE I). A consistência interna foi de 0,79 (coeficiente de Spearman-Brown) e a estabilidade temporal foi de 0,84, a qual foi avaliada pelo coeficiente de correlação teste-reteste, demonstrando uma validade adequada para uso com diversas populações (SERRA, 1995).

É autoaplicável e constituído por 20 itens com respostas em escala do tipo Likert, que variam de 0 pontos (1 - Não concordo) a 5 pontos (5 – Concordo muitíssimo). No instrumento, existem três itens que representam questões negativas e são pontuadas de forma inversa (itens 3, 12 e 18). Quanto maior a pontuação, melhor e mais favorável é o autoconceito do indivíduo. Essa pontuação pode variar entre 20 a 100 pontos. Além da pontuação total, o instrumento permite a avaliação de quatro fatores: (1) Aceitação/Rejeição social (itens 1, 4, 9, 16 e 17); (2) Autoeficácia (itens 3, 5, 8, 11, 18 e 20); (3) Maturidade Psicológica (itens 2, 6, 7, 13), e (4) Impulsividade-atividade (itens 10, 15 e 19). Existem ainda dois fatores (itens 12 e 14) com carácter misto, os quais os autores não atribuíram nome.

O fator 1 - **Aceitação/Rejeição social** - se refere ao significado que o indivíduo pode ter para os outros. Para ele contribuem especialmente os itens 1- Simpático; 4- Falador; 9- Aceitável; 10- Pragmático; 17- Agradável e 16-Bem-estar. A **autoeficácia** é representada pelo fator 2 e engloba a competência e confiança sentida pelo indivíduo em diferentes situações como: resolução de problemas e dificuldades, perseverança nas tarefas, rapidez de execução, enfrentamento dos problemas, persistência na resolução das dificuldades, não dependência dos outros e existência de energia para superar as dificuldades. Os itens associados a esse fator: 3- Não desistente; 5- Rápido; 8- Enfrentador; 11- Persistente; 18- Não-dependente e 20- Enérgico.

O fator 3 representa a **Maturidade psicológica** que indica a percepção do indivíduo em relação ao grau de responsabilidade, tolerância, franqueza na expressão dos sentimentos e gosto pela verdade, sendo composta pelos itens: 2 – Franco; 6 – Tolerante; 7 – Responsável e 13 – Verdadeiro.

O último fator descrito é a **Impulsividade/atividade** que está associada aos itens: 10 – Pragmático; 15 – Fazer/apetecer; 19 – Bem-sucedido.

5.10.6 Avaliação dos Níveis de Ansiedade e Depressão

Na análise destas variáveis, foi utilizado a escala *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), ambas indicadas para uso com pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica (APÊNDICE J e K).

5.10.6.1 Escala de HADS

A HADS foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) para detectar situações de ansiedade e/ou depressão em serviços hospitalares não psiquiátricos e ambulatoriais, sendo adaptada para a língua portuguesa em 1995 por Botega et al. (1995). Possui 14 itens, dos quais sete avaliam sintomas de ansiedade (subescala de ansiedade HADS-A) e sete avaliam sintomas de depressão (subescala de ansiedade HADS-D). Para cada item, existe quatro possibilidades de resposta que variam de zero (0-Baixo) a três (3-Elevado), numa escala de Likert de 4 pontos em que cada escala pode ter pontuação máxima de 21 pontos.

A escala é autoaplicável e o indivíduo deve escolher a resposta que se adapta à forma como se tem sentido durante a última semana. Para a interpretação dos valores, considera-se que pontuações elevadas das subescalas indicam maior gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão, os quais podem ser classificados de acordo com Snaith e Zigmond (1994) como: normal (0 a 7 pontos); leve (8 a 10 pontos); moderada (11 a 15 pontos) e severa (16 a 21 pontos).

5.10.6.2 IDATE

O IDATE é considerado padrão-ouro na avaliação do nível de ansiedade e é composto por 40 afirmações a respeito dos sentimentos do sujeito, distribuídas em duas partes. A primeira parte avalia a ansiedade-estado, referente a um estado emocional transitório, enquanto que a segunda avalia o traço ansioso, a qual se refere a uma disposição pessoal, relativamente estável (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1979).

A ansiedade-estado varia em intensidade e pode se modificar no tempo, referindo-se a situações agudas e momentâneas. Já a ansiedade-traço se relaciona às diferenças individuais e são geralmente mais estáveis, correspondendo à propensão do indivíduo em lidar com situações de menor

ou maior ansiedade ao longo da vida. Representa a tendência de reagir às situações percebidas como ameaçadoras que geram sintomas de ansiedade (KUREBAYASHI et al., 2017).

As respostas são dispostas em uma escala de Likert, com quatro pontos, em que 1 significa absolutamente não e 4 significa muitíssimo. A pontuação total de cada escala (traço e estado) varia entre 20 a 80 pontos em que, quanto maior a pontuação, maior o nível de ansiedade. Assim, os escores são classificados como: 20 a 40 pontos (baixa ansiedade), 41 a 60 pontos (média ansiedade), 61 a 80 pontos (alta ansiedade).

Ressalta-se que, em algumas afirmações presentes no IDATE, a pontuação deve ser invertida, pois o conteúdo da frase apresenta o oposto das demais afirmações presentes no inventário, tais como os itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20 na parte referente à parte ansiedade-estado e 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19 na parte referente à ansiedade-traço (PASQUALI; PINELLI JR; SOLHA, 1994).

5.10.7 Avaliação da Satisfação e Aceitabilidade da Intervenção Educativa

Com o intuito de avaliar a cartilha educativa utilizada na intervenção, foi verificado o nível de satisfação dos pacientes e a aceitação do uso do material educativo. Para tanto, foi utilizada uma adaptação quanto ao conteúdo dos instrumentos utilizados por Mendes (2010), que avaliou a satisfação dos pacientes sobre as informações recebidas durante uma intervenção educativa sobre transplante hepático e Gonçalves et al. (2013), que avaliaram a satisfação dos pacientes sobre o momento da intervenção educativa sobre autocuidado com queimaduras, o material educativo utilizado e os contatos telefônicos realizados. Para o presente estudo, o instrumento contém 18 questões que avaliam a satisfação do paciente sobre a intervenção educativa e a cartilha utilizada (APÊNDICE L).

5.11 Operacionalização da Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em três etapas presenciais e uma por contato telefônico durante um período de oito semanas.

- **1º etapa (*Baseline*) - Momento Zero (M0):** no dia agendado previamente para o encontro presencial, o paciente foi esclarecido sobre o objetivo da pesquisa, destacando a relevância do tema estudado e o tempo de duração do seguimento, sendo colhida a assinatura do TCLE. Primeiramente, foi preenchido o instrumento de caracterização dos sujeitos a partir de dados obtidos por entrevista e exame clínico. Posteriormente, foram aplicados a todos os sujeitos do

GC e GI, os instrumentos IDATE, HADS, ICAC, WHOQOL-bref, MAII e Conhecimento e atitude sobre cirurgia bariátrica.

- **2º etapa - Momento 1 (M1):** somente com os pacientes do grupo intervenção. Após o 3º encontro da intervenção educativa, que foi realizado na 3ª semana, foram aplicados os instrumentos (segundo a ordem padronizada no estudo): HADS, ICAC, WHOQOL-bref, MAII e **Conhecimento e atitude sobre cirurgia bariátrica**.
- **3º etapa - Momento 2 (M2):** na 7ª semana, foram aplicados, nessa sequência, os instrumentos: IDATE, HADS, ICAC, WHOQOL-bref e conhecimento e atitude sobre cirurgia bariátrica para os pacientes do GC. No grupo intervenção, primeiramente foi aplicado o instrumento que contempla questões sobre conhecimento e atitude e, após a finalização do encontro educativo, foram coletados os dados dos instrumentos referentes ao IDATE, HADS, ICAC, WHOQOL-bref e MAII, nesta ordem. Para o GI, foi orientado quanto ao seguimento por telefone após uma semana do encerramento dos encontros da intervenção.
- **4º etapa - Momento 4 (M3):** após 7 dias do término da intervenção, foi realizado contato via telefone com os pacientes do GI para aplicar o inquérito sobre a satisfação com a intervenção educativa.

Nos encontros presenciais sequenciais (M1 e M2), os pacientes foram abordados após a intervenção educativa, os quais foram lembrados sobre a continuação no estudo e orientados quanto ao momento atual da coleta de dados (entrevista individual e exame físico) e os demais dias de seguimento. Na sequência, foram convidados a irem para uma sala reservada e privativa com vista a garantir a uniformidade e confiabilidade das informações. No último momento presencial (M2), o paciente foi informado sobre o encerramento do estudo e o pesquisador principal agradeceu a sua participação e colaboração. Vale ressaltar que, em todos os contatos, o pesquisador confirmou o interesse do paciente em continuar no estudo.

5.12 Protocolo do Inquérito Telefônico

No momento M3 (8ª semana), foi feita, via contato telefônico, a avaliação da satisfação com a intervenção educativa e aceitabilidade do uso da cartilha com os pacientes do GI. Para tanto, foi elaborado um protocolo para ser seguido nas ligações telefônicas, baseado nos estudos de Corbi (2013), que aplicou uma intervenção persuasiva para o autocuidado na terapia com anticoagulante oral por meio do contato telefônico; Furuya (2013), que implementou um programa educativo com seguimento por telefone com pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea e Gonçalves

(2014) que aplicou uma intervenção educativa com seguimento por telefone para o autocuidado para pessoas que sofreram queimaduras.

O protocolo para contato via telefone contempla a apresentação ao paciente e o instrumento a ser aplicado (APÊNDICE M). Assim, após a apresentação do pesquisador e os cumprimentos ao paciente, o entrevistador confirmou se aquele era um bom momento para a realização da pesquisa. Após o seu consentimento, aplicou o instrumento referente à avaliação da satisfação com a intervenção educativa. Por fim, o pesquisador agradeceu a participação e finalizou a ligação.

Foi solicitado o consentimento dos participantes para a gravação das ligações de modo que o pesquisador pudesse analisar as respostas indicadas pelos sujeitos e o conteúdo discutido. Para tanto, foi elaborado um instrumento para ser utilizado durante cada ligação e possibilitar o registro das informações, o qual continha o nome do paciente, número do telefone, dia da semana e o horário estipulado para receber as ligações e as respostas ao instrumento (APÊNDICE N). Foi utilizado o aplicativo *Android Call Recorder* para Smartphones que permite gravar a ligação de modo prático e rápido em formato de mp4 e enviar para o computador posteriormente.

5.12.1 Teste do Contato Telefônico

O pesquisador auxiliar da equipe de pesquisa, responsável por fazer a coleta via telefone, participou de consulta com fonoaudióloga para realizar exercícios de entonação de voz, sendo feito contato telefônico durante esse momento para simular a pesquisa com os pacientes e testar o uso do POP desenvolvido, o qual foi corrigido pela fonoaudióloga. A ligação foi gravada e analisada pelo pesquisador juntamente com a fonoaudióloga, para verificar a atitude, a qualidade da voz, a habilidade para ouvir e as estratégias de entrevista utilizadas, com o intuito de realizar os ajustes necessários de modo a proporcionar maior interatividade na condução das ligações como forma de promover vínculo entre o entrevistador e o paciente, conforme preconizado pelo estudo de Gomes-Villas Boas (2014).

5.13 Equipe de Trabalho e Atribuições

Por se tratar de um ECR, o presente estudo contou com uma equipe de trabalho composta pelo pesquisador principal e dois pesquisadores auxiliares (enfermeiro e estudante). Com o intuito de evitar possíveis vieses, cada membro da equipe ficou responsável por um momento da coleta de dados. Assim, foi estabelecido que o pesquisador principal coletaria os dados referentes ao momento zero (linha de base) no dia da internação e aplicaria a intervenção educativa. Um pesquisador auxiliar ficou responsável em coletar dados durante o seguimento nas semanas de acompanhamento no

ambulatório, o qual é representado pelos momentos M2 (3º semana) e M3 (7º semana) dos pacientes do grupo controle e intervenção. Outro pesquisador auxiliar ficou responsável de realizar a coleta via telefone (momento M4 – 8º semana) de todos os indivíduos designados para o grupo intervenção.

5.13.1 Treinamento dos Entrevistadores

Sob coordenação do pesquisador principal, os auxiliares de pesquisa foram treinados visando padronizar as entrevistas. Nessa perspectiva, foi proposto um treinamento de pelo menos quatro horas com o objetivo de explicar o preenchimento correto dos instrumentos a serem utilizados, além de preparar os entrevistadores com o esclarecimento das suas atribuições, postura adequada diante do paciente, abordagem correta com o indivíduo e seu familiar, coleta e registro dos dados. Foi entregue uma pasta contendo bloco de notas, caneta, lápis, borracha, corretivo, instrumentos de coleta de dados, uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa e o TCLE.

No treinamento, foi apresentado o projeto de pesquisa, o protocolo de intervenção (momentos da coleta de dados), os instrumentos e a cartilha educativa com seu respectivo conteúdo. Esse momento foi importante para a compreensão e assimilação dos pesquisadores auxiliares sobre a temática da cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório.

Em relação aos instrumentos de coleta de dados, foi feita a leitura criteriosa de cada instrumento com os auxiliares de pesquisa, sendo entregue uma cópia dos mesmos. Com o surgimento de dúvidas sobre o preenchimento, o pesquisador principal esclareceu prontamente. Para finalizar o treinamento, antes do início da coleta, o pesquisador responsável acompanhou pelo menos três entrevistas realizadas por cada auxiliar.

5.14 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados e analisados de acordo com os momentos estabelecidos (0, 1 e 2) e compilados no Excel. Posteriormente, foi utilizado o *software* IBM SPSS Statistics versão 24 (Nova York, USA, 2016) para análise estatística entre os indivíduos do mesmo grupo e entre os grupos controle e experimental. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos com frequências absolutas e percentuais. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%. Para avaliar a normalidade dos dados contínuos e definir a escolha do teste (paramétrico ou não paramétrico, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Os resultados demonstraram rejeição da hipótese nula, indicando que os dados apresentam distribuição não normal.

5.14.1 Dados clínico-epidemiológicos

Os dados relativos às variáveis clínico-epidemiológicas dos pacientes foram tratados a partir da estatística descritiva, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (médias, medianas, desvio padrão e percentis 25-75). As diferenças entre as proporções foram verificadas mediante aplicação do teste estatístico Qui-Quadrado de Pearson e as diferenças entre as variáveis contínuas com o Teste de Mann-Whitney.

O teste de Wilcoxon para amostras pareadas foi utilizado para comparar os indicadores de obesidade no momento inicial e final. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar a %PEP e entre os grupos.

5.14.2 Conhecimento e atitude sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório

Os dados do teste de conhecimento foram submetidos a teste estatístico de McNemar, o qual permite avaliar as diferenças entre grupos relacionados. Foi também realizada a comparação entre os acertos de cada grupo no momento M0 e M2 pelo teste de Mann-Whitney.

5.1.1 HADS, IDATE, Autoconceito, Whoqol-bref e questionário de Moorehead-Ardelt

Para os escores de ansiedade, depressão, autoconceito e qualidade obtidos por meio das escalas HADS, IDATE, ICAQ, Whoqol-bref e MAII foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis para comparar as médias dos grupos em cada momento da coleta de dados (M0 e M2) e também o teste de Wilcoxon para parear as médias na evolução (M2-M0) de cada grupo.

5.14.3 Avaliação da Satisfação e Aceitabilidade da Intervenção Educativa

Quanto à satisfação e aceitação em relação à intervenção educativa e ao uso da cartilha, os dados foram organizados em tabelas com frequências absolutas e percentuais. Foi utilizado o teste binomial no Programa R em que valores de p superiores a 0,05 indicam que houve uma concordância entre os pacientes estatisticamente não inferior a 85% quanto à satisfação e aceitação em relação à intervenção educativa e ao uso da cartilha.

5.15 Considerações Éticas

O presente estudo é parte do projeto principal intitulado "Efetividade de intervenção educativa na adesão aos cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica: ensaio clínico randomizado", o qual foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em estudo, sendo aprovado sob CAAE 56499116.2.3001.5041 (ANEXO A), atendendo 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, 2012). Após a aprovação no Comitê de Ética, o projeto foi solicitado ao Registro Brasileiro de Ensaio Clínico (www.ensaiosclinicos.gov.br), ainda em andamento.

5.16 Riscos e benefícios

O presente estudo não apresentou danos ou riscos para os participantes. A intervenção educativa foi realizada apenas com o consentimento dos sujeitos, sendo a participação voluntária. A equipe de cirurgia bariátrica da instituição teve acesso, previamente, ao conteúdo do material educativo, estando esses profissionais esclarecidos quanto aos cuidados que foram abordados na intervenção. Salienta-se, ainda, que não foi prejudicada, em nenhum momento, qualquer atividade ou orientação direcionada pela equipe da instituição.

6 RESULTADOS

“Onde quer que haja um ser humano, há uma oportunidade de ser gentil.” (Autor desconhecido)

Com o intuito de facilitar uma melhor compreensão do estudo, os resultados serão apresentados na seguinte sequência: 1) Caracterização Clínica-Epidemiológica dos Participantes; 2) Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão, autoconceito e qualidade de vida; 3) Avaliação do conhecimento e da atitude sobre cirurgia bariátrica e 4) Satisfação com a intervenção educativa e o uso da cartilha.

6.1 Caracterização Clínica-Epidemiológica dos Participantes

É possível verificar, nas tabelas 1 a 4, que os grupos se apresentam como homogêneos, sendo possível a comparação entre GC e GI ao longo dos momentos de coleta do estudo. Na Tabela 1, descreve-se o perfil sócio-demográfico dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará, segundo os grupos controle e intervenção e a inferência estatística.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=60). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis /Categorias	Grupo				p-valor†
	Controle		Intervenção		
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	25	83,3	29	96,7	0,085
Masculino	5	16,7	1	3,3	
Idade					
18 a 24	1	3,3	1	3,3	0,805
25 a 34	10	33,3	6	20,0	
35 a 44	13	43,3	16	53,3	
45 a 54	4	13,3	4	13,3	
55 a 64	2	6,7	2	6,7	
Mais de 65 anos	1	3,3	1	3,3	
Idade Média (Desvio Padrão)	38,77 (\pm 9,818)		41,23 (\pm 9,740)		0,248*
Estado Civil					
Solteiro	11	36,7	5	16,7	0,156
Casado	18	60,0	22	73,3	
Divorciado	-	-	2	6,7	
Viúvo	1	3,3	1	3,3	
Religião					
Católica	20	66,7	18	60	0,141
Evangélica	5	16,7	8	26,7	
Cristão	3	10,0	3	10,0	
Outras	2	6,6	1	3,3	

Escolaridade					
0 a 8 anos de estudo	5	16,7	10	33,3	
9 a 11 anos de estudo	19	63,3	16	53,3	0,313
12 anos ou mais de estudo	6	20,0	4	13,3	
Ocupação					
Ativa	19	63,3	15	50,0	
Inativa	11	36,7	15	50,0	0,297
Renda familiar					
< 1 SM	2	6,7	4	13,3	
1 SM	8	26,7	11	36,7	
De 2 a 3 SM	18	60,0	15	50,0	0,332
De 4 a 6 SM	2	6,7	-	-	
Renda familiar média	1903 (\pm 1146)		1364 (\pm 772)		0,061*
Classificação Econômica					
B2	3	10,0	6	20,0	
C1	10	33,3	7	23,3	0,460
C2	10	33,3	7	23,3	
DE	7	23,3	10	33,3	
Procedência					
Fortaleza	17	56,7	13	43,3	
Região Metropolitana	9	30,0	9	30,0	0,006
Interior do Estado	4	13,3	8	26,7	

† Qui-quadrado de Pearson.

*Teste de Mann-Whitney.

Houve predomínio do sexo feminino em ambos os grupos em que a frequência de mulheres foi de 83,3% (25) no grupo controle e 96,7% (29) no grupo intervenção. Com relação à idade, também houve semelhança na faixa etária dos participantes, pois o maior percentual encontrava-se na faixa etária de 35 a 44 anos – 43,3% (13) no GC e 53,3 (16) no GI. A média de idade foi de $38,77 \pm 9,18$ anos no grupo controle com variância de 19 a 63 anos e mediana de 37 anos. Já no grupo intervenção, a média de idade encontrada foi $41,23 \pm 9,74$ anos com variância de 21 a 65 anos e mediana de 40,5 anos (Tabela 1).

Quanto ao estado civil, 60% (18) dos indivíduos do GC e 73,3% (22) do GI eram casados. Em relação aos anos de estudo, houve predomínio de 9 a 11 anos entre os participantes do GC (63,3% - 19) e GI (53,3% - 16). Pertinente à religião, verificou-se um predomínio da religião católica em ambos os grupos em que a frequência foi de 66,7% (20) no controle e 60% (18) no grupo intervenção. Ao se avaliar a situação ocupacional, observou-se que 63,3% (19) e 50% (15) dos participantes estavam ativos e exerciam funções como padeiro, cozinheiro, faxineira, costureira, agricultor, comerciante, feirante, professora e secretária. A renda familiar mais frequente em ambos os grupos foi de 2 a 3 salários mínimos – 60% (18) no GC foi e 15 (50%) no GI (Tabela 1).

A classe econômica C2 e C1 estiveram mais presentes entre os indivíduos do controle com 33,3% (10) para ambas as categorias. No GI, a classe predominante foi a DE – 33,3% (10). Quanto à procedência, observa-se ainda uma maior participação no programa de obesidade de indivíduos oriundos da Região Metropolitana de Fortaleza - 86,7% (26) dos pacientes do GC e 73,3% (22) do GI. Apenas 13,3% (4) e 26,7% (8) dos pacientes do GC e GI, respectivamente, procediam do interior do Estado do Ceará (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta informações sobre o histórico de obesidade, tratamentos convencionais utilizados e fonte de informação sobre cirurgia bariátrica.

Tabela 2 – Histórico de obesidade dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=60). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis /Categorias	Grupo				P-valor†
	Controle		Intervenção		
	n	%	n	%	
Uso de tratamentos convencionais					
Sim	30	100	30	100	-
Não	-	-	-	-	-
Tipo de Tratamento convencional					
Dieta e Exercícios	11	36,4	22	73,3	0,004
Dieta, Exercícios e Fármacos	19	63,3	8	26,7	
Histórico Familiar de Obesidade					
Sim	23	76,6	24	80,0	0,754
Não	7	23,3	6	20,0	
Histórico Familiar de Cirurgia bariátrica					
Sim	6	20,0	5	16,7	0,739
Não	24	80,0	25	83,3	
Obtenção de Informações sobre Cirurgia bariátrica					
Amigos	3	10,0	5	16,7	0,082
Equipe de saúde	19	63,3	15	50,0	
Família	4	13,3	2	6,7	
Internet	2	6,7	8	26,7	
Televisão	2	6,7	-	-	

† Qui-quadrado de Pearson.

No tocante ao histórico de obesidade, todos referiram que já haviam tentado emagrecer com métodos convencionais e, no grupo controle, a escolha de 63,3% (19) foi pela combinação de dieta, exercícios e fármacos, enquanto que, no GI, a maioria (73,3 – 22) optou somente pela dieta e exercícios. No GC e GI, 76,6% (23) e 80% (24), respectivamente, referiram ter histórico familiar de obesidade (tabela 2). A presença de familiares submetidos à cirurgia bariátrica foi de 20% (60 no

grupo controle e 16,7% (5) no grupo intervenção. A maioria dos participantes tiveram conhecimento sobre a cirurgia bariátrica pela equipe de saúde - 63,3% (19) no GC e 50% (15) no GI (Tabela 2).

Apresenta-se na tabela 3, o perfil de comorbidades presentes nos pacientes dos grupos controle e intervenção:

Tabela 3 – Características clínicas dos pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=60). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis /Categorias	Grupo				p-valor†
	Controle		Intervenção		
	n	%	n	%	
Condições Crônicas Associadas					
Sim	24	80	25	83,3	0,739
Não	6	20,0	5	16,7	
Hipertensão					
Sim	19	63,3	18	60,0	0,791
Não	11	36,7	12	40,0	
Diabetes mellitus 2					
Sim	12	40,0	10	33,3	0,592
Não	18	60,0	20	66,7	
Dislipidemia					
Sim	9	30,0	7	23,3	0,559
Não	21	70,0	23	76,7	
Doenças cardiovasculares					
Sim	4	13,3	6	20,0	0,488
Não	26	86,7	24	80,0	
Osteoartrite					
Sim	2	6,7	7	23,3	0,071
Não	28	93,3	23	76,7	
Apnéia do Sono					
Sim	2	6,7	5	16,7	0,228
Não	28	93,3	25	83,3	
Outras doenças					
Sim	5	16,7	24	80,0	0,739
Não	25	83,3	6	20,0	
Uso de medicação contínua					
Sim	23	76,7	24	80,0	0,754
Não	7	23,3	6	20,0	

† Qui-quadrado de Pearson.

Foi identificado que 80% (24) do GC e 83,3% (25) do GI apresentavam condições crônicas associadas à obesidade e faziam uso de medicação contínua – 76,7% (23) e 80% (24), respectivamente. As doenças mais prevalentes em ambos os grupos foram: HAS, DM e dislipidemia (Tabela 3).

Fatores de risco à saúde, como sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e alimentação inadequados, foram avaliados entre a linha de base e após as sete semanas de acompanhamento, sendo demonstrado na tabela 4, juntamente com a inferência estatística entre os tempos de coleta.

Tabela 4 – Práticas de Saúde entre pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará (n=60 (M0); n = 56 (M2). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis /Categorias	M0		p-valor†	M2		p-valor†	M2-M0 (p-valor††)	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)			
Atividade Física								
Sim	10 (33,3)	13 (43,3)	0,426	10 (35,7)	17 (60,7)	0,173	1	0,063
Não	20 (66,7)	17 (56,7)		18 (64,3)	11 (39,3)			
Frequência (mediana)	3 (2-3)	3 (3-4)	0,410°	3 (2-3)	3 (3-5)	0,155°	0,102*	0,705*
Minutos (mediana)	60 (30-60)	60 (40-60)	0,605°	55 (40-60)	60 (40-60)	0,675°	0,655*	0,317*
Uso de tabaco								
Sim	1 (3,3)	-	0,313	1 (3,6)	-	0,601	1	-
Não	29 (96,7)	30 (100,0)		27 (96,4)	28 (100,0)			
Consumo de Alcool								
Sim	4 (13,3)	1 (3,3)	0,161	4 (14,3)	1 (3,6)	0,372	1	1
Não	26 (86,7)	29 (96,7)		24 (85,7)	27 (96,4)			
ALIMENTAÇÃO								
Segue as orientações da nutricionista								
Sim	5 (17,9)	7 (23,3)	0,519	8 (28,6)	13 (46,4)	0,386	0,508	0,016
Não	25 (82,1)	23 (76,7)		20 (71,4)	15 (53,6)			
Número de Refeições por dia								
Até 3 refeições	10 (33,3)	4 (13,3)	0,089	8 (28,6)	1 (3,6)	0,039	0,476	0,005
4 a 5 refeições	16 (53,3)	24 (80)		13 (46,4)	12 (42,8)			
6 refeições	4 (13,3)	2 (6,7)		7 (25,0)	15 (53,6)			
Número de refeições (mediana)	5 (3-5)	4 (4-5)	0,556°	4 (3-6)	6 (4-6)	0,007	0,851*	0,000*
Consumo de frutas								
Sim	23 (76,60)	26 (86,7)	0,317	23 (82,1)	24 (85,7)	0,936	1	1
Não	7 (23,3)	4 (13,3)		5 (17,9)	4 (14,3)			
Consumo de verduras								
Sim	22 (73,3)	23 (76,6)	0,766	19 (67,9)	23 (82,1)	0,467	0,375	1
Não	8 (26,7)	7 (23,3)		9 (32,1)	5 (17,9)			
Consumo de proteína								
Sim	30 (100)	30 (100)	-	28 (100)	28 (100)	-	-	-
Não								
Consumo de leite e derivados								
Sim	21 (70,0)	22 (73,3)	0,774	16 (57,2)	21 (75,0)	0,369	0,250	1
Não	9 (30,0)	8 (26,7)		12 (42,9)	7 (25,0)			

Consumo de doces								
Sim	9 (30,0)	9 (30,0)	1,000	10 (35,7)	6 (21,4)	0,497	0,453	0,687
Não	21 (70,0)	21 (70,0)		18 (64,3)	22 (78,6)			
Consumo de frituras								
Sim	18 (60,0)	11 (36,7)	0,071	9 (32,1)	7 (25,0)	0,839	0,008	0,508
Não	12 (40,0)	19 (63,3)		19 (67,9)	21 (75,0)			
Consumo de água								
Até 1,5 litro	5 (17,9)	2 (6,7)	0,257	2 (7,1)	5 (17,9)	0,271	0,261	0,247
2 litros	7 (23,3)	12 (40,0)		10 (35,7)	14 (50,0)			
Mais de 2 litros	18 (60,0)	16 (53,3)		16 (57,2)	9 (32,1)			
Consumo de refrigerante								
Sim	15 (50,0)	16 (53,4)	0,796	16 (57,1)	13 (46,4)	0,725	0,375	0,375
Não	15 (50,0)	14 (46,7)		12 (42,9)	15 (53,6)			
Intolerância alimentar								
Sim	1 (3,3)	1 (3,3)	1	3 (10,7)	1 (3,6)	0,584	0,500	1
Não	29 (96,7)	29 (96,7)		25 (89,3)	27 (96,4)			
Mastigação adequada								
Sim	18 (60,0)	16 (53,3)	0,602	18 (64,3)	19 (67,9)	0,961	1	0,289
Não	12 (40,0)	14(46,7)		10 (35,7)	9 (32,1)			

† Qui-quadrado de Pearson.

†† McNemar

° Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

* Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

De acordo com a tabela 5, a maioria dos participante não pratica exercícios físicos semanalmente, não fazem uso de bebida alcoólica e não fumam. Com relação à alimentação, muitos referiram não seguir as orientações da nutricionista e consumir doces e frituras diariamente. Na comparação M2-M0, foi observado diferença estatisticamente significativa para o aumento do número de refeições ($p=0,005$) e seguimento da dieta alimentar ($p=0,016$) entre o GI e diminuição do consumo de frituras ($p=0,008$) entre o GC.

As tabelas 6 e 7 trazem as medianas (com percentuais 25 e 75) dos indicadores clínicos de obesidade e da composição corporal dos grupos controle e intervenção.

Tabela 5 – Indicadores clínicos de obesidade entre pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. [n (M0-M2) = 30/28 (GC); 29/27 (GI)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis	M0		p-valor†	M2		p-valor†	M2-M0 (p-valor°)	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
	Mediana	Mediana		Mediana	Mediana			
RCQ	0,961 (0,896-1,00)	0,952 (0,878-0,992)	0,820	0,96 (0,898-0,996)	0,937 (0,859-0,993)	0,497	0,330	0,187
RCEst	0,825 (0,744-0,881)	0,826 (0,777-0,909)	0,422	0,833 (0,76-0,876)	0,818 (0,750-0,906)	0,755	0,812	0,001
CC	132 (121-144)	130 (122-144)	0,850	136 (123-145)	131 (118-143)	0,333	0,630	0,001

IMC	48,7 (43,8-53,0)	49,5 (47,6-53,8)	0,225	48,9 (44,3-53,1)	49,0 (44,3-53,6)	0,973	0,227	0,000
------------	---------------------	---------------------	-------	---------------------	---------------------	-------	-------	-------

† Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

° Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

Entre o M0-M2, houve variação estatisticamente significativa entre as medianas dos indicadores de obesidade dos pacientes do grupo intervenção: IMC (49,5 para 49 kg/m², p=0,000), CC (130 para 131 cm, p=0,001) e RCEst (0,826 para 0,818 cm, p=0,001). A RCQ variou de 0,952 para 0,937, mas não teve diferença estatística significativa (p=0,187). Todos os indicadores tiveram aumento dos valores no grupo controle (Tabela 5).

Tabela 6 – Comparação da composição corporal de pacientes entre grupos. [n (M0-M2) = 30/28 (GC); 29/27 (GI)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis	M0		p-valor†	M2		p-valor†	M2-M0 (p-valor°)	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
	Mediana	Mediana		Mediana	Mediana			
Peso	125,7 (111,9-139,4)	121,8 (112,6-138,7)	0,773	130 (113-140)	120 (112-136)	0,204	0,211	0,000
% de Gordura	56,7 (53,0-58,5)	57,5 (55,6-59,6)	0,219	58 (53-59)	57 (53-58)	0,417	0,054	0,001
% de Gordura Visceral	13 (11-15)	13 (10-14)	0,868	12 (10-14)	12 (10-14)	0,856	0,157	0,034
% Massa Muscular	19,8 (18,9-21,8)	19,1 (18,3-20,4)	0,112	19,5 (18,4-21,8)	19,5 (19,0-21,7)	0,581	0,011	0,001
Metabolismo basal	1946 (1797-2137)	1843 (1791-2038)	0,205	1990 (1808-2098)	1805 (1724-1985)	0,015	0,294	0,022
Idade Corporal	77 (74-80)	78 (73-80)	0,848	78 (74-80)	78 (69-80)	0,862	0,054	0,057

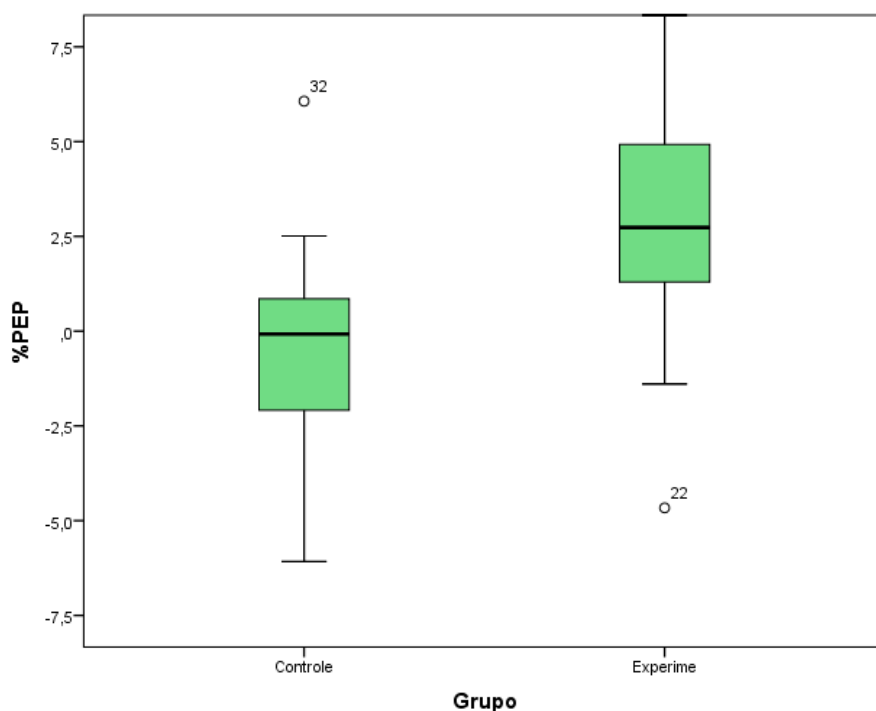
† Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

° Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

No M0 e M2, o perfil dos pacientes na composição corporal é semelhante e, ao avaliar a evolução entre os dois momentos (M2-M0), foi possível identificar diferenças nas medianas entre peso inicial e final ($\Delta=1,8$ kg, p=0,000), % de gordura corporal ($\Delta=1,5\%$, p=0,001), % gordura visceral ($\Delta=1\%$, p=0,034) e % de massa muscular ($\Delta=0,4\%$, p=0,001) (Tabela 6).

A seguir, apresenta-se gráfico da comparação da média do Percentual de Perda de Excesso de Peso (%PEP):

Gráfico 1 – Comparação da perda do excesso de peso entres os pacientes conforme grupos. Fortaleza-Ceará, Brasil, 2017.



Fonte: Próprio autor.

A média %PEP, no grupo controle, foi de -0,5% ($\pm 2,20$), ou seja, os pacientes tiveram tendência a ganhar peso enquanto que no grupo intervenção, a média foi de 2,97% ($\pm 3,25$), havendo significância estatística na comparação entre da %PEP entre grupos ($p=0,000$) (Gráfico 1).

6.2 Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão, autoconceito e qualidade de vida

Na tabela 7, apresenta-se a comparação das medianas dos escores da ansiedade estado e traço, verificadas pelo IDATE e suas respectivas classificações.

Tabela 7 - Comparação dos escores dos níveis de ansiedade entre os grupos pelas escalas IDATE ansiedade estado e traço. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Escores	M0		p†	M2		p†	M2-M0 (p-valor*)	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
	Mediana	Mediana		Mediana	Mediana			
Idate Estado	39,0 (28,0-47,0)	40,0 (35,0-43,0)	0,796	38,0 (31,5-48,0)	33,5 (28,5-37,0)	0,013	0,949	0,000
Idate Traço	40,0 (37,0-51,0)	44,0 (39,0-54,0)	0,387	44,5 (38,0-53,0)	41,0 (33,5-47,5)	0,090	0,108	0,001

† Teste de Kruskal-Wallis para comparação entre os grupos.

* Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

Na avaliação da ansiedade pelo IDATE, na tabela 7, verificou-se que a mediana dos escores da ansiedade-estado variaram, entre M0 e M2, de 39 a 38 ($p=0,949$) no grupo controle e de 40 a 33,5 ($p=0,000$) no grupo intervenção, havendo maior diminuição da ansiedade no grupo que participou da intervenção. Na ansiedade-traço, o controle apresentou aumento do nível de ansiedade (40 vs. 44,5, $p=0,108$) e o intervenção teve redução (44 vs. 41, $p=0,001$).

A tabela 8 apresenta as medianas dos escores de ansiedade e depressão a partir da HADS.

Tabela 8 - Comparação das medianas dos escores dos sintomas de ansiedade e depressão entre os grupos pelas escalas HADS-A e HADS-D. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Escores	M0		p†	M2		p†	M2-M0 (p-valor*)	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
	Mediana	Mediana		Mediana	Mediana			
HADS-A	6,0 (3,0-9,0)	7,0 (4,0-10,0)	0,609	7,0 (5,0-10,0)	5,0 (2,5-6,0)	0,003	0,116	0,000
HADS-D	6,0 (4,0-8,0)	6,0 (5,0-9,0)	0,412	6,0 (4,5-9,0)	4,0 (3,0-7,0)	0,048	0,437	0,001
Total HADS	12,0 (8,0-18,0)	14,0 (10,0-18,0)	0,390	13,0 (10,5-19,0)	8,5 (6,0-13,5)	0,025	0,192	0,000

† Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

* Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

É possível identificar melhora nos escores dos sintomas de ansiedade pela HADS-A ($p=0,000$) e depressão pela HADS-D ($p=0,001$) e também na pontuação total ($p=0,000$), quando se compara o momento M0 com M2 entre GI e GC (Tabela 8).

Na Tabela 9, temos a correlação entre as médias das pontuações totais e dos domínios de qualidade de vida do questionário de Moorehead-Ardelt II entre os grupos e a significância estatística.

Tabela 9 - Comparação das médias dos domínios de qualidade de vida entre os grupos pelo questionário de Moorehead-Ardelt II. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Domínios	M0		p†	M2		p†	M2-M0 (p-valor*)	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
	Média	Mediana		Média	Mediana			
Pontuação Total	0,87 ($\pm 1,47$)	0,27 ($\pm 1,14$)	0,075	0,43 ($\pm 1,26$)	1,57 ($\pm 0,97$)	0,000	0,053	0,000
Auto-estima	0,120 ($\pm 0,279$)	0,130 ($\pm 0,224$)	0,529	0,143 ($\pm 0,270$)	0,343 ($\pm 0,137$)	0,003	0,468	0,000
Atividade física	-0,053 ($\pm 0,282$)	0,017 ($\pm 0,329$)	0,777	-0,086 ($\pm 0,282$)	0,182 ($\pm 0,289$)	0,001	0,796	0,009
Sociabilidade	0,207 ($\pm 0,281$)	0,113 ($\pm 0,306$)	0,157	0,232 ($\pm 0,268$)	0,307 ($\pm 0,180$)	0,377	0,857	0,000
Desempenho no trabalho	0,207 ($\pm 0,281$)	-0,100 ($\pm 0,315$)	0,001	0,004 ($\pm 0,313$)	0,257 ($\pm 0,211$)	0,002	0,008	0,000

Interesse sexual	0,057 ($\pm 0,319$)	-0,133 ($\pm 0,313$)	0,088	0,004 ($\pm 0,360$)	0,261 ($\pm 0,274$)	0,007	0,182	0,000
Comportamento alimentar	0,123 ($\pm 0,273$)	0,107 ($\pm 0,321$)	0,976	0,121 ($\pm 0,293$)	0,264 ($\pm 0,212$)	0,076	0,782	0,024

†Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

*Teste de Wilcoxon para amostras pareadas

No M0, a média da pontuação total do questionário foi de $0,87 \pm 1,47$ no GC e de $0,27 \pm 1,14$ no GI, sendo essa variação não significativa com $p < 0,075$. Os domínios que tiveram a menor média para GC foram: atividade física ($-0,053 \pm 0,282$), interesse sexual ($0,057 \pm 0,319$) e autoestima ($0,120 \pm 0,279$). Para o GI, os piores domínios foram: interesse sexual ($-0,133 \pm 0,313$), desempenho no trabalho ($-0,100 \pm 0,315$) e comportamento alimentar ($0,107 \pm 0,321$) (Tabela 9).

No M2, o grupo controle e intervenção apresentaram menores médias nos mesmos domínios: atividade física ($-0,086 (\pm 0,282)$ vs. $0,182 (\pm 0,289)$, $p=0,001$), desempenho no trabalho ($0,004 (\pm 0,313)$ vs. $0,257 (\pm 0,211)$, $p=0,002$) e interesse sexual ($0,004 (\pm 0,360)$ vs. $0,261 (\pm 0,274)$, $p=0,007$), porém, os valores foram sempre superiores entre os participantes do grupo intervenção (Tabela 9).

Na tabela 10, podem ser observadas as médias, em escala de 0 a 20, dos domínios do questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref.

Tabela 10 - Comparação das médias dos domínios de qualidade de vida entre os grupos pelo WHOQOL-bref. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

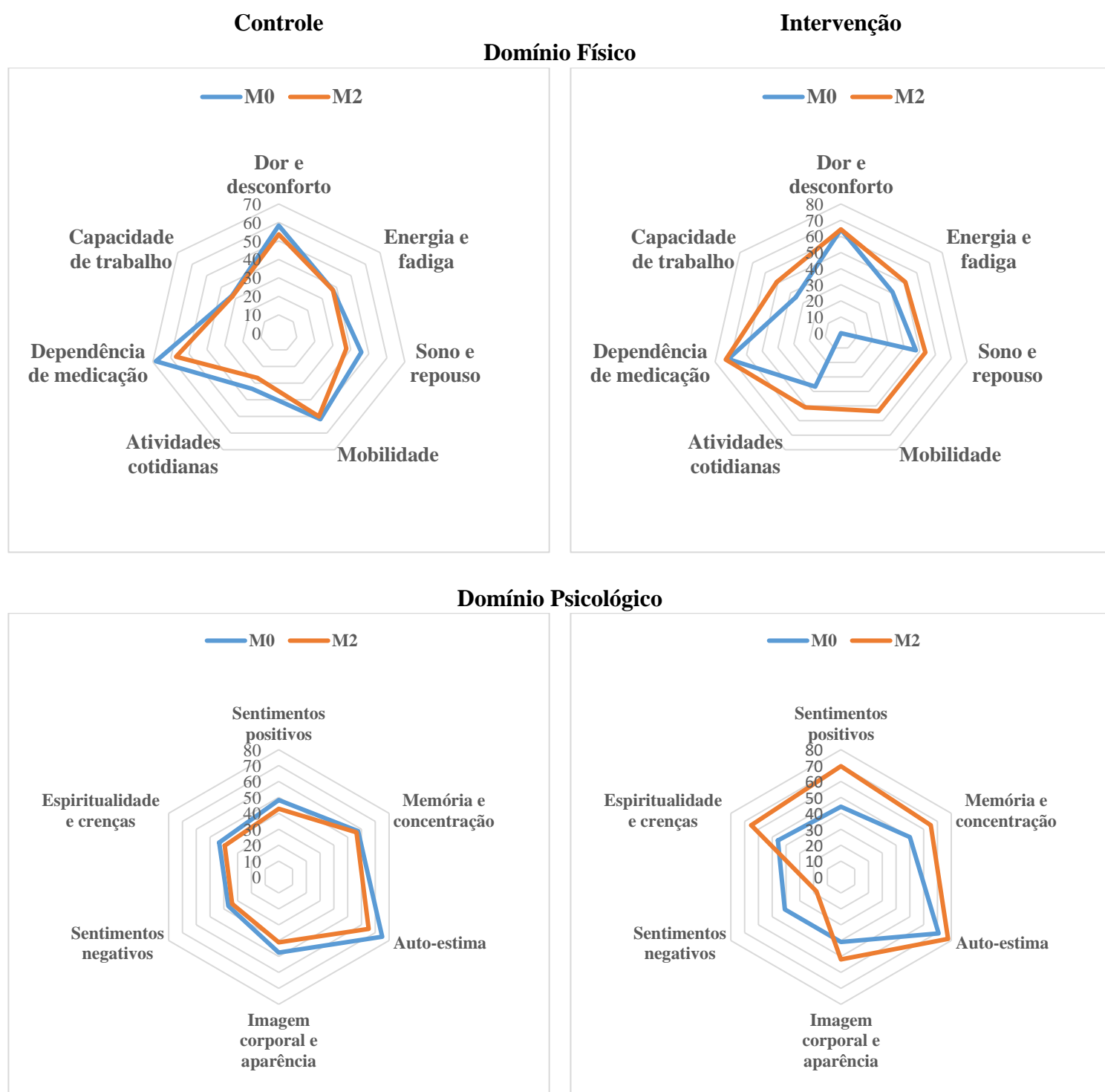
Domínios	Controle		p†	Intervenção		p†	M2- M0 (p-valor*)	
	M0	M2		M0	M2		GC	GI
	Físico	10,27 ($\pm 2,63$)		10,25 ($\pm 2,77$)	1,000		10,24 ($\pm 2,45$)	11,37 ($\pm 2,78$)
Psicológico	12,93 ($\pm 3,47$)	12,29 ($\pm 3,29$)	0,519	12,29 ($\pm 3,01$)	14,98 ($\pm 2,54$)	0,001	0,002	0,000
Relações Sociais	13,07 ($\pm 3,78$)	12,89 ($\pm 3,83$)	0,964	12,48 ($\pm 3,84$)	15,90 ($\pm 2,88$)	0,001	0,010	0,000
Meio Ambiente	11,72 ($\pm 2,57$)	11,53 ($\pm 1,91$)	0,801	11,05 ($\pm 2,53$)	13,43 ($\pm 1,89$)	0,000	0,000	0,000
Auto QV	10,2 ($\pm 2,4$)	10,3 ($\pm 3,0$)	0,500	10,2 ($\pm 2,3$)	12,3 ($\pm 3,2$)	0,009	0,527	0,004
Total	11,65 ($\pm 2,52$)	11,42 ($\pm 2,21$)	0,929	11,22 ($\pm 2,35$)	13,43 ($\pm 1,87$)	0,000	0,000	0,000

†Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

*Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

Tanto no M0 como no M2, os domínios mais prejudicados foram o físico e o meio ambiente com médias de $10,27 (\pm 2,63)$ vs. $10,24 (\pm 2,45)$, $p=0,324$, e $11,72 (\pm 2,57)$ vs. $11,05 (\pm 2,53)$, $p=0,000$, entre os pacientes do controle. Para o GI, as médias nesses domínios foram $10,25 (\pm 2,77)$ vs. $11,37 (\pm 2,78)$, $p=0,001$, e $11,53 (\pm 1,91)$ vs. $13,43 (\pm 1,89)$, $p=0,000$, respectivamente. As médias da autoavaliação da qualidade de vida e da pontuação total apresentaram diferenças estatisticamente significantes (Tabela 10). A seguir, apresentam-se os gráficos com as pontuações das facetas de cada domínio em escala de 0 a 100 entre os grupos.

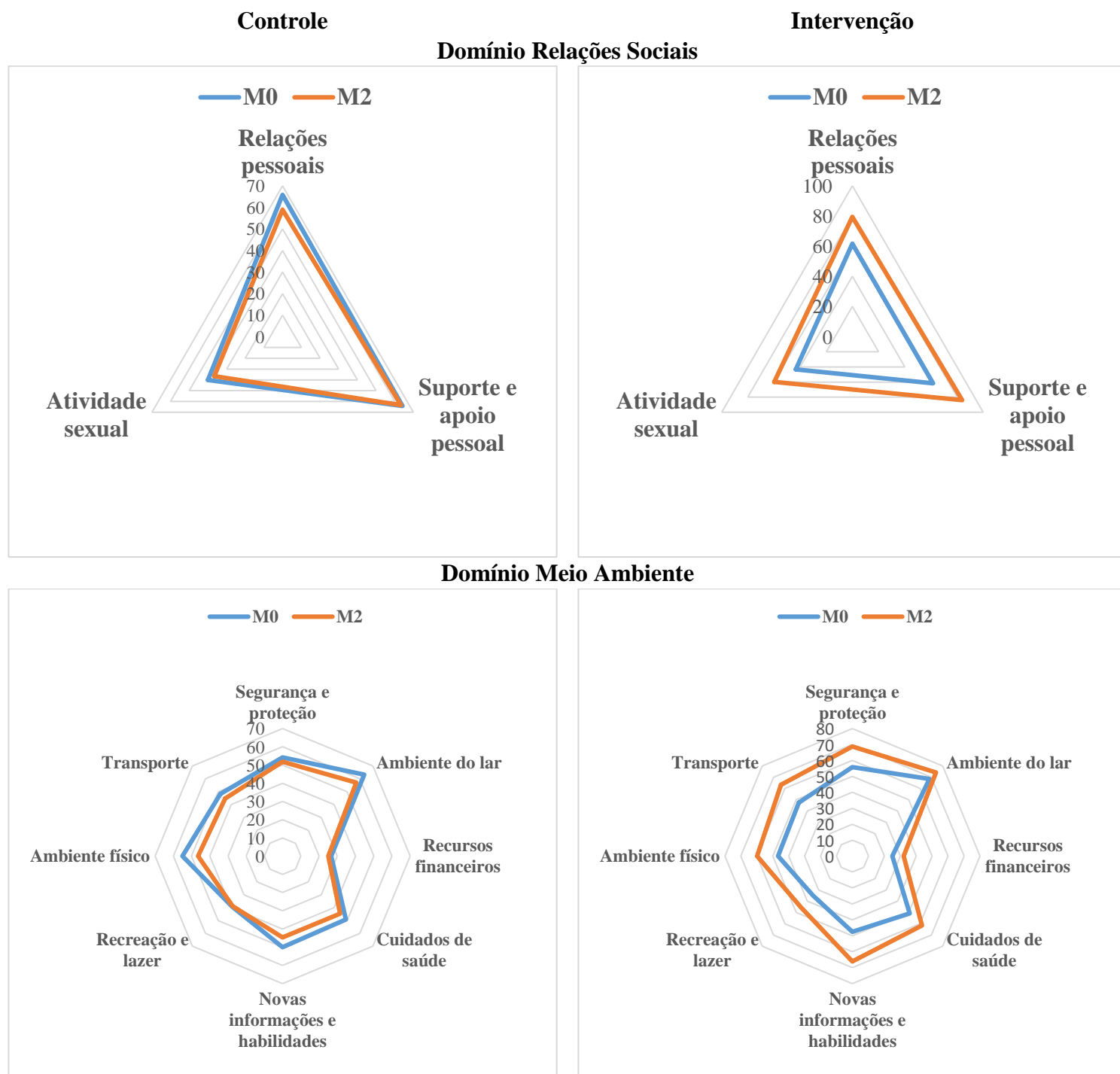
Gráfico 2 - Comparação das características das facetas dos domínios físico e psicológico entre os grupos pelo WHOQOL-bref. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.



No que diz respeito ao domínio físico, no M0/M2 entre os grupos, as facetas com pontuações mais baixas foram capacidade de trabalho (GC: 32,50/35,83; GI: 32,14/50,89), energia e fadiga (GC: 33,33/26,79; GI: 36,67/50,89), energia e fadiga (GC: 37,50/40,83; GI: 37,50/50,89) e sono preservado (GC: 45,83/47,50; GI: 37,50/53,57). As facetas do domínio psicológico demonstram que os

indivíduos se apresentam prejudicados quanto à imagem corporal (GC: 47,50/41,07; GI: 40,83/51,79) e crenças pessoais, espiritualidade e religião (GC: 43,33/39,29; GI: 45,83/65,18) (Gráfico 2).

Gráfico 3 - Comparação das características das facetas dos domínios social e meio ambiente entre os grupos pelo WHOQOL-bref. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.



No domínio referente aos relacionamentos sociais, foi identificada baixa pontuação na faceta sobre atividade sexual (GC: 40,00/36,61; GI: 43,33/59,82). O último domínio, o do meio ambiente, os problemas estão relacionados aos recursos financeiros (GC: 26,67/25,00; GI: 25,00/32,14),

transporte (GC: 48,33/44,64; GI: 47,50/63,39) e momentos de recreação e lazer (GC: 39,17/38,89; GI: 35,00/45,54) (Gráfico 3).

As tabelas 11 e 12 trazem as médias dos domínios do Inventário Clínico de Autoconceito (ICAQ) e suas facetas.

Tabela 11 - Comparação das médias e desvio-padrão dos domínios de autoconceito entre os grupos pelo ICAQ. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Domínios	M0		p†	M2		p†	M0-M2 (p-valor*)	
	GC Média	GI Média		GC Média	GI Média		GC	GI
Aceitação social	17,87 (±3,30)	16,37 (±4,06)	0,141	17,46 (±3,73)	18,0 (±4,45)	0,521	0,362	0,033
Autoeficácia	21,4 (±6,23)	21,87 (±5,57)	0,929	19,5 (±5,07)	24,89 (±3,42)	0,000	0,003	0,000
Maturidade psicológica	14,27 (±3,20)	14,7 (±3,16)	0,533	13,89 (±3,05)	16,11 (±2,62)	0,007	0,450	0,011
Impulsividade	11(±2,66)	11,13 (±2,96)	0,754	12,68 (±2,32)	13,0 (±11,0)	0,012	1	0,006
Misto 1	3,8 (±1,44)	4,23 (±1,13)	0,299	3,61 (±1,43)	4,7 (±0,6)	0,000	0,521	0,026
Misto 2	4,13 (±1,25)	4,0 (±1,05)	0,306	4,14 (±1,04)	4,21 (±0,99)	0,777	0,871	0,248
Total de escores	72,47 (±12,43)	72,3 (±14,28)	0,929	69,61 (±12,7)	80,68 (±11,37)	0,003	0,030	0,000

† Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

*Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

No M0, a média da pontuação total do questionário foi de 72,47±12,43 no GC e de 72,3±14,28 no GI (p=0,929) e, no M2, as pontuações foram de 69,61±12,7 e 80,68±11,37, sendo essa variação significativa com p<0,003. Verificou-se que o efeito do tempo foi prejudicial para autoeficácia entre os pacientes do grupo controle com diminuição da pontuação de 21,4 (±6,23) para 19,5 (±5,07), p=0,003. Entretanto, para os que foram submetidos à intervenção, a autoeficácia aumentou de 21,87 (±5,57) para 24,89 (±3,42) com p-valor significativo de 0,000 (Tabela 11).

Tabela 12 - Comparação das médias e desvio-padrão das pontuações das variáveis de autoconceito entre os grupos pelo ICAQ. [n=60 (M0); n=56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis ICAQ	M0		p†	M2		p†	M2-M0 (p-valor*)	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
1.Simpático	3,70 (±1,149)	3,50 (±1,137)	0,484	3,54 (±1,105)	3,93 (±1,120)	0,179	0,059	0,005
2.Franco	3,00 (±1,554)	3,47 (±1,252)	0,265	3,00 (±1,491)	3,79 (±1,315)	0,043	0,782	0,114
3.Não desistente	3,73 (±1,413)	3,90 (±1,269)	0,690	3,61 (±1,423)	4,50 (±0,638)	0,015	0,593	0,003
4.Falador	3,33 (±1,516)	2,87 (±1,332)	0,215	3,11 (±1,397)	2,71 (±1,329)	0,295	0,106	0,923
5.Rápido	3,33 (±1,348)	3,33 (±1,373)	0,988	2,82 (±1,307)	3,43 (±1,260)	0,088	0,009	0,355
6.Tolerante	3,37 (±1,351)	3,23 (±1,278)	0,710	3,32 (±1,442)	3,57 (±1,103)	0,567	0,926	0,072
7.Responsável	3,80 (±1,424)	3,90 (±1,373)	0,857	3,57 (±1,260)	4,21 (±1,101)	0,031	0,206	0,064
8.Enfrentador	3,83 (±1,315)	3,83 (±1,367)	0,925	3,57 (±1,200)	4,18 (±1,188)	0,022	0,090	0,019
9.Aceitável	3,37 (±1,217)	3,07 (±1,285)	0,346	3,64 (±1,062)	3,57 (±1,260)	0,879	0,020	0,063
10.Pragmático	3,57 (±1,357)	3,50 (±1,432)	0,897	3,79 (±1,101)	4,00 (±1,186)	0,336	0,358	0,022

11.Persistente	3,57 (\pm 1,478)	3,30 (\pm 1,317)	0,426	3,25 (\pm 1,404)	4,00 (\pm 1,018)	0,038	0,249	0,005
12.Bem-humorado	3,80 (\pm 1,448)	4,23 (\pm 1,135)	0,299	3,61 (\pm 1,343)	4,71 (\pm 0,600)	0,000	0,521	0,026
13.Verdadeiro	4,10 (\pm 1,094)	4,10 (\pm 1,062)	0,880	4,00 (\pm 0,903)	4,54 (\pm 0,637)	0,017	0,710	0,085
14. Competente	4,13 (\pm 1,252)	4,00 (\pm 1,050)	0,306	4,14 (\pm 1,044)	4,21 (\pm 0,995)	0,777	0,871	0,248
15.Fazer	3,60 (\pm 1,380)	3,53 (\pm 1,279)	0,778	3,36 (\pm 1,254)	4,18 (\pm 0,983)	0,011	0,498	0,017
16. Bem-estar	3,33 (\pm 1,322)	3,33 (\pm 1,213)	0,891	3,25 (\pm 1,175)	3,75 (\pm 1,175)	0,081	0,971	0,221
17. Agradável	4,13 (\pm 0,937)	3,60 (\pm 1,163)	0,067	3,93 (\pm 0,900)	4,11 (\pm 0,994)	0,319	0,193	0,025
18.Não-dependente	3,33 (\pm 1,626)	3,67 (\pm 1,322)	0,510	3,04 (\pm 1,290)	4,36 (\pm 0,911)	0,000	0,112	0,006
19. Bem-sucedido	3,83 (\pm 1,206)	4,10 (\pm 1,062)	0,412	3,86 (\pm 1,268)	4,50 (\pm 0,839)	0,040	0,850	0,131
20. Enérgico	3,60 (\pm 1,429)	3,83 (\pm 1,341)	0,467	3,2 (\pm 1,258)	4,43 (\pm 0,790)	0,000	0,038	0,009

† Teste de Kruskal-Wallis para comparação entre os grupos.

*Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

O autoconceito no M0 entre os participantes do GC estava relacionado a ser agradável, verdadeiro e competente. Os fatores prejudiciais identificados nesse grupo foram: ser franco, falador, rápido, não-dependente e com bem-estar. Essas características positivas e negativas permaneceram no M2, porém, entre os fatores prejudiciais ficou evidente a diminuição da capacidade do indivíduo em ser competente e enfrentador das dificuldades (Tabela 12).

Para o GI, o autoconceito positivo no M0 baseava-se em ser bem-sucedido, aceito, verdadeiro, agradável e competente, enquanto que o negativo foi associado a ser rápido, não-dependente e enérgico. Após a intervenção, o autoconceito teve facetas com médias mais elevadas para ser enérgico, bem-sucedido, não desistente, bem-humorado e verdadeiro. As facetas com baixa pontuação foram: ser falador, ser rápido e ser aceitável (Tabela 12).

6.3 Avaliação do conhecimento e da atitude sobre cirurgia bariátrica

Nas tabelas 13 a 16, apresenta-se a comparação dos acertos de cada grupo de forma pareada com a descrição do conteúdo teórico de cada questão.

Tabela 13 - Comparação dos acertos das questões sobre cirurgia bariátrica e pré-operatório entre os grupos (n=56). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Questões: Cirurgia e pré-operatório	Controle		p†	Intervenção		p†
	M0 Acertos % (n)	M2 Acertos % (n)		M0 Acertos % (n)	M2 Acertos % (n)	
Q1.Benefícios da cirurgia bariátrica.	26 (92,9)	28 (100,0)	-	28 (100,0)	28 (100,0)	-
Q2.Apoio familiar como critério para realização da cirurgia.	17 (60,7)	20 (71,4)	0,250	22 (78,6)	24 (85,7)	0,625
Q3.Tentativa de perda de peso com tratamentos convencionais.	23 (82,1)	20 (71,4)	0,250	27 (96,4)	26 (92,9)	1
Q4.Objetivo do pré-operatório (avaliação clínica e educação).	24 (85,7)	23 (82,1)	1	23 (82,1)	28 (100,0)	-

Q5.Cessação de fumo e álcool	28 (100)	28 (100)	-	28 (100,0)	28 (100,0)	-
Q6.Tempo de preparo igual para todas as pessoas.	12 (42,9)	12 (42,9)	1	12 (42,9)	21 (75,0)	0,035

†McNemar.

Na avaliação do conhecimento sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no pré-operatório, as únicas questões que tiveram baixa proporção de acertos foram referentes ao apoio familiar (somente no GC – 60,7%) e ao tempo de preparo idêntico para todos os pacientes (42,9% de acertos em ambos os grupos). Entretanto, no segundo momento, todos os itens tiveram frequência de acertos superior a 75% no GC e GI, exceto na questão do tempo de preparo em que o GC permaneceu com 42,9% de acertos comparado à 75% do GI, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p > 0,035$) (Tabela 13).

Tabela 14 - Comparação dos acertos das questões sobre internação pós-operatório hospitalar entre os grupos (n=56). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Questões: Internação e Pós-operatório hospitalar	Controle		p†	Intervenção		p†
	M0 Acertos % (n)	M2 Acertos % (n)		M0 Acertos % (n)	M2 Acertos % (n)	
Q7. Jejum antes da cirurgia.	14 (50,0)	17 (60,7)	0,453	19 (67,9)	28 (100,0)	-
Q8. Medicação anticoagulante para prevenção de coágulos sanguíneos.	12 (42,9)	16 (57,1)	0,125	16 (57,1)	28 (100,0)	-
Q9. Encaminhamento para o quarto logo após a cirurgia.	7 (25,0)	11 (39,3)	0,219	15 (53,6)	22 (78,6)	0,016
Q10. Riscos e complicações relacionados à cirurgia.	15 (53,6)	16 (57,1)	1	17 (60,7)	24 (85,7)	0,118
Q11. Possível rompimento de suturas e grampeamento, gerando infecção.	5 (17,9)	6 (21,4)	1	7 (25,0)	23 (82,1)	0,000
Q12. Necessidade de reoperação após complicações.	8 (28,6)	16 (57,1)	0,008	15 (53,6)	24 (85,7)	0,004
Q13. Permanência em repouso na cama durante toda a internação.	10 (35,7)	8 (28,6)	0,687	14 (50,0)	26 (92,9)	0,002
Q14. Início da dieta líquida sem o consentimento do médico.	17 (60,7)	14 (50,0)	0,453	20 (71,4)	25 (89,3)	0,180
Q15. Benefícios das caminhadas e das meias compressivas.	21 (75,0)	20 (71,4)	1	18 (64,3)	28 (100,0)	-
Q16. Melhora da função pulmonar com os exercícios respiratórios.	26 (92,9)	27 (96,4)	1	27 (96,4)	28 (100,0)	-
Q17. Presença de inchaço, calor e vermelhidão na ferida operatória.	4 (14,3)	4 (14,3)	1	11 (39,3)	20 (71,4)	0,022

†McNemar.

Na tabela 14, as questões sobre benefícios das caminhadas e meias compressivas para prevenção de trombose (somente entre o GC – 75%) e melhora da função pulmonar com os exercícios respiratórios (GC: 92,4 e GI: 96,4), foram as únicas que tiveram acertos superiores a 70% no M0. Após a intervenção, todos os pacientes do GI apresentaram conhecimento adequado sobre as questões referentes à internação e cuidados no pós-operatório hospitalar, principalmente sobre as temáticas relacionadas ao jejum, medicação anticoagulante no pré-operatório imediato, benefícios dos cuidados para prevenção de eventos trombolíticos e importância dos exercícios respiratórios.

Tabela 15 - Comparação dos acertos das questões sobre pós-operatório domiciliar entre os grupos (n=56). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Questões: Pós-operatório domiciliar	Controle		p†	Intervenção		p†
	M0	M2		M0	M2	
	Acertos % (n)	Acertos % (n)		Acertos % (n)	Acertos % (n)	
Q18.Limpeza da ferida operatória.	14 (50,0)	14 (50,0)	1	17 (60,7)	27 (96,4)	0,002
Q19.Progressão da dieta alimentar de acordo com a adaptação e correta mastigação.	15 (53,6)	16 (57,1)	1	23 (82,1)	27 (96,4)	-
Q20.Normalidade na presença de náuseas e vômitos no pós-operatório.	1 (3,6)	1 (3,6)	-	2 (7,1)	13 (46,4)	0,001
Q21.Restrição à doces, bebidas gaseificadas e de alto teor calórico nos primeiros seis meses	25 (89,3)	25 (89,3)	1	26 (92,9)	27 (96,4)	1
Q22.Consumo de água somente quando sentir sede.	5 (17,9)	4 (14,3)	1	4 (14,3)	12 (42,9)	0,039
Q23.Ingestão diária do suplemento vitamínico.	21 (75,0)	21 (75,0)	1	20 (71,4)	27 (96,4)	0,039
Q24. Presença de dor ao engolir, vômitos ou estenose esofágica caso não mastigue adequadamente.	20 (71,4)	20 (71,4)	1	21 (75,0)	24 (85,7)	0,453
Q25. Escovação dos dentes após vômitos.	3 (10,7)	4 (14,3)	1	5 (17,9)	26 (92,9)	0,000
Q26. Possibilidade de transtornos psicológicos ou compulsões no pós-operatório.	10 (35,7)	8 (28,6)	0,687	15 (53,6)	25 (89,3)	0,002
Q27. Retorno às consultas somente no primeiro ano de pós-operatório.	13 (46,4)	10 (35,7)	0,508	22 (78,6)	24 (85,7)	0,727
Q28. Busca de profissionais da saúde quanto tiver dúvidas ou problemas de saúde.	22 (78,6)	24 (85,7)	0,625	26 (92,9)	27 (96,4)	1

†McNemar.

Com relação aos cuidados no pós-operatório domiciliar, houve, em ambos os grupos, baixo percentual de acertos (<70%) nas questões referentes à limpeza da ferida operatória, presença de vômitos e náuseas no pós-operatório, consumo de líquidos, escovação dos dentes e ocorrência de transtornos psicológicos. Nessas questões, não houve diferenças estatísticas significantes entre os participantes do GC no M2, enquanto que o GI apresentou progressão no quantitativo de acertos com frequência superior a 85% e estatisticamente significantes, exceto para as questões sobre normalidade de vômitos e náuseas (M0: 7,2% vs. M2: 46,4%, $p=0,001$) e ingesta hídrica, mesmo na ausência de sede (M0: 14,3% e M2: 42,9%, $p=0,039$) (Tabela 15).

Tabela 16 - Comparação dos acertos das questões sobre pós-operatório tardio entre os grupos (n=56). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Questões: Pós-operatório tardio	Controle		p†	Intervenção		p†
	M0	M2		M0	M2	
	Acertos % (n)	Acertos % (n)		Acertos % (n)	Acertos % (n)	
Q29. Maior perda de peso nos primeiros seis meses relacionada à alimentação e atividade física.	24 (85,7)	23 (82,1)	1	17 (60,7)	28 (100,0)	-
Q30. Garantia da manutenção da perda de peso por toda a vida.	18 (64,3)	23 (82,1)	0,63	18 (64,3)	28 (100,0)	-
Q31. Ocorrências de alterações fisiológicas no odor das fezes, olfato e paladar.	12 (42,9)	11 (39,3)	1	12 (42,9)	26 (92,9)	0,000
Q32. Suspensão, sem liberação médica, dos medicamentos após melhora das condições clínicas.	7 (25,0)	5 (17,9)	0,625	4 (14,3)	16 (57,1)	0,002
Q33. Síndrome de dumping (conceito e sintomas).	15 (53,6)	14 (50,0)	1	13 (46,4)	27 (96,4)	0,000
Q34. Consumo de bebida alcoólica após três meses e efeitos do álcool.	20 (71,4)	20 (71,4)	1	23 (82,1)	28 (100,0)	-
Q35. Ocorrência de queda de cabelo, unhas quebradiças e pele ressecada devido à deficiências nutricionais.	19 (67,9)	18 (64,3)	1	17 (60,7)	27 (96,4)	0,002

†McNemar.

As questões sobre o pós-operatório tardio que acertos superiores a 70% no M0 foram referentes à maior perda de peso associada a hábitos alimentares e atividade física (somente no GC – 85,7%) e efeitos do consumo de bebida alcoólica (GC: 71,4% e GI: 82,1%). Na segunda avaliação (M2), houve melhora do conhecimento para o GI em todas as questões, exceto em relação à suspensão da medicação (M0=14,3%; M2=57,1%), porém, ainda foi estatisticamente significativa com p-valor de 0,002 (Tabela 16).

Na tabela 17, dispõe-se a análise dos acertos das 35 questões relacionadas à avaliação do conhecimento sobre o processo perioperatório da cirurgia bariátrica entre todos os participantes dos grupos com comparação entre os momentos de coleta.

Tabela 17 - Comparação dos acertos (%) entre os grupos. [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Questões	M0		p†	M2		p†	M2-M0 (p-valor*)	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
	% (n)*	% (n)*	% (n)*	% (n)*	% (n)*	% (n)*	% (n)*	
Q1	28 (93,3)	30 (100,0)	0,154	28 (100,0)	28 (100,0)	1	0,157	1
Q2	18 (60,0)	23 (76,7)	0,169	20 (71,4)	24 (85,7)	0,197	0,083	0,317
Q3	25 (83,3)	28 (93,3)	0,232	20 (71,4)	26 (92,9)	0,038	0,083	0,564
Q4	26 (86,7)	24 (80,0)	0,492	23 (82,1)	28 (100,0)	0,020	0,317	0,025
Q5	29 (96,7)	29 (96,7)	1	28 (100)	28 (100,0)	1	1	1
Q6	14 (46,7)	13 (43,3)	0,797	12 (42,9)	21 (75,0)	0,015	1	0,020
Q7	16 (53,3)	20 (66,7)	0,296	17 (60,7)	28 (100,0)	0,000	0,257	0,003
Q8	14 (46,7)	18 (60,0)	0,305	16 (57,1)	28 (100,0)	0,000	0,046	0,001
Q9	9 (30,0)	15 (50,0)	0,117	11 (39,3)	22 (78,6)	0,003	0,102	0,008
Q10	16 (53,3)	18 (60,0)	0,605	16 (57,1)	24 (85,7)	0,019	0,564	0,071
Q11	6 (20,0)	8 (26,7)	0,545	6 (21,4)	23 (82,1)	0,000	0,564	0,000
Q12	9 (30,0)	16 (53,3)	0,069	16 (57,1)	24 (85,7)	0,019	0,005	0,003
Q13	11 (36,7)	14 (46,7)	0,436	8 (28,6)	26 (92,9)	0,000	0,414	0,001
Q14	17 (56,7)	20 (66,7)	0,430	14 (50,0)	25 (89,3)	0,002	0,257	0,096
Q15	22 (73,3)	19 (63,3)	0,409	20 (71,4)	28 (100,0)	0,317	0,564	0,002
Q16	28 (93,3)	28 (93,3)	1	27 (96,4)	28 (100,0)	0,000	0,317	0,317
Q17	5 (16,7)	12 (40,0)	0,047	4 (14,3)	20 (71,4)	0,000	1	0,013
Q18	15 (50,0)	17 (56,7)	0,608	14 (50,0)	27 (96,4)	0,000	1	0,002
Q19	17 (56,7)	23 (76,7)	0,103	16 (57,1)	27 (96,4)	0,000	0,655	0,025
Q20	1 (3,3)	2 (6,7)	0,557	1 (3,6)	13 (46,4)	0,304	0,317	0,001
Q21	27 (90,0)	27 (90,0)	1	25 (89,3)	27 (96,4)	0,019	1	0,564
Q22	5 (16,7)	4 (13,3)	0,720	4 (14,3)	12 (42,9)	0,023	0,655	0,021
Q23	22 (73,3)	21 (70,0)	0,776	21 (75,0)	27 (96,4)	0,197	1	0,020
Q24	22 (73,3)	22 (73,3)	1	20 (71,4)	24 (85,7)	0,000	1	0,257
Q25	3 (10,0)	5 (16,7)	0,451	4 (14,3)	26 (92,9)	0,000	0,564	0,000
Q26	12 (40,0)	16 (53,3)	0,305	8 (28,6)	25 (89,3)	0,000	0,414	0,002
Q27	14 (46,7)	23 (76,7)	0,018	10 (35,7)	24 (85,7)	0,164	0,317	0,480
Q28	23 (76,7)	27 (90,0)	0,169	24 (85,7)	27 (96,4)	0,020	0,317	0,564
Q29	26 (86,7)	19 (63,3)	0,038	23 (82,1)	28 (100,0)	0,020	0,564	0,001
Q30	19 (63,3)	19 (63,3)	1	23 (82,1)	28 (100,0)	0,000	0,025	0,002
Q31	13 (43,3)	12 (40,0)	0,795	11 (39,3)	26 (92,9)	0,003	0,655	0,000
Q32	7 (23,3)	5 (16,7)	0,522	5 (17,9)	16 (57,1)	0,000	0,317	0,001
Q33	15 (50,0)	13 (43,3)	0,608	14 (50,0)	27 (96,4)	0,002	0,564	0,000
Q34	21 (70,0)	24 (80,0)	0,375	20 (71,4)	28 (100,0)	0,003	1	0,025

Q35	21 (70,0)	18 (60,0)	0,421	18 (64,3)	27 (96,4)	0,317	0,655	0,002
------------	-----------	-----------	-------	-----------	-----------	-------	-------	-------

† Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos.

*Teste de Wilcoxon para amostras pareadas.

Na tabela 17, é possível observar que, no M0, o nível de conhecimento é semelhante entre os grupos em quase todas as questões (exceto na Q 17, 27 e 29). Porém, no M2, o grupo que teve acesso à cartilha apresentou melhora do conhecimento superior ao grupo controle, havendo diferença estatisticamente significativa ($p < 0,005$) na maioria das questões (exceto na Q 1, 2, 5, 15, 20, 23, 27 e 35).

A seguir, apresenta-se o gráfico com média de acertos dos grupos antes e depois da intervenção.

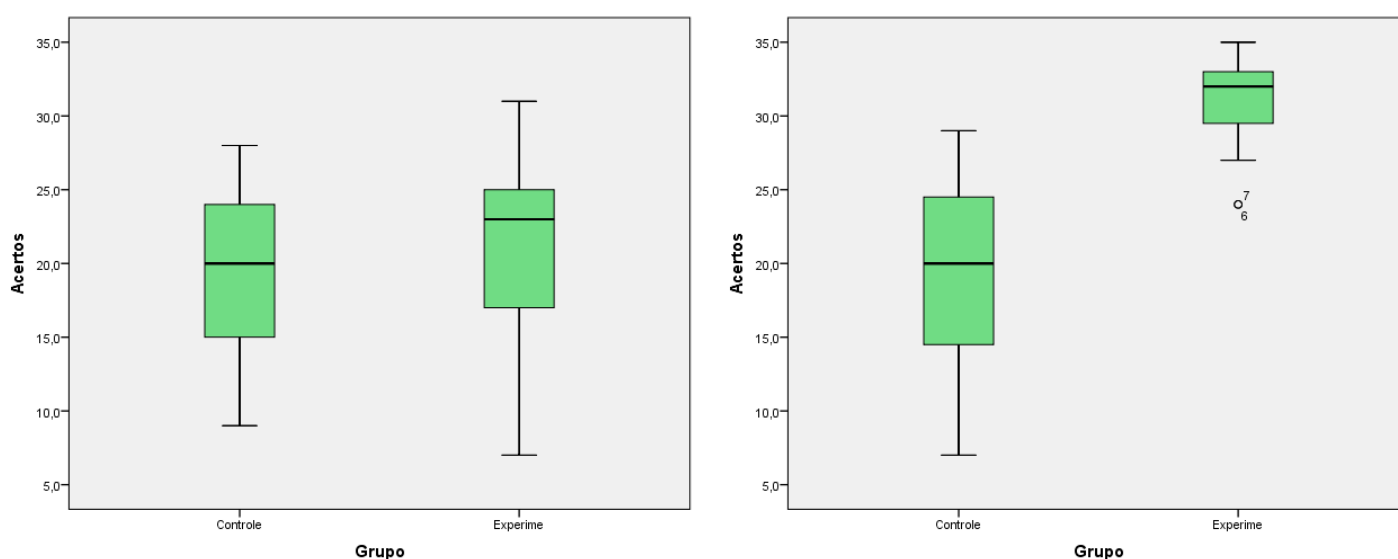


Gráfico 4 - Comparação das médias de acertos na avaliação do conhecimento sobre cirurgia bariátrica entre grupos. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

No M0, a média de acertos foi de 19,2 ($\pm 5,85$) para o GC e 21,07 ($\pm 5,82$) para GI com p-valor de 0,254, demonstrando que o nível de conhecimento era semelhante na linha de base. No M2, o GC teve média de 19,5 ($\pm 6,17$) e o GI de 31,1 ($\pm 2,96$), $p = 0,000$. Na comparação de acertos entre M2-M0 entre os indivíduos de cada grupo, o GC não teve significância estatística ($p = 0,433$) e o GI apresentou evolução positiva no conhecimento ($p = 0,000$), o que pode ser observado no gráfico 4.

A tabela 18 apresenta a classificação da atitude em relação ao seguimentos dos cuidados no perioperatório dos pacientes do Programa de obesidade do Estado do Ceará.

Tabela 18 - Comparação da atitude em relação ao seguimento dos cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica entre os grupos [n=60 (M0); n = 56 (M2)]. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Atitude	M0		p†	M2		p†
	GC % (n)	GI % (n)		GC % (n)	GI % (n)	
Seguir as orientações da nutricionista						
Adequada	30 (100)	29 (96,7)	0,313	28 (93,3)	27 (90,0)	0,313
Inadequada	-	1 (3,3)		-	1 (3,3)	
Tomar o suplemento vitamínico diariamente						
Adequada	26 (86,7)	24 (80,0)	0,488	26 (86,7)	26 (86,7)	1
Inadequada	4 (13,3)	6 (20,0)		2 (6,7)	2 (6,7)	
Ingerir, pelo menos, dois litros de água por dia						
Adequada	30 (100,0)	29 (96,7)	0,313	28 (93,3)	28 (93,3)	
Inadequada	-	1 (3,3)		-	-	-
Mastigar os alimentos antes de engolir						
Adequada	30 (100,0)	29 (96,7)	0,313	28 (93,3)	28 (93,3)	-
Inadequada	-	1 (3,3)		-	-	
Praticar atividades físicas						
Adequada	29 (96,7)	29 (96,7)	1	28 (93,3)	28 (93,3)	-
Inadequada	1 (3,3)	1 (3,3)		-	-	
Acompanhamento com psicólogo						
Adequada	29 (96,7)	30 (100)	0,313	28 (93,3)	28 (93,3)	-
Inadequada	1 (3,3)	-		-	-	
Retorno às consultas no pós-operatório						
Adequada	30 (100,0)	29 (96,7)	0,321	28 (93,3)	28 (93,3)	-
Inadequada	-	1 (3,3)		-	-	
Importância do seguimento dos cuidados no pós-operatório						
Perder o máximo de peso	1 (3,3)	-		1 (3,3)	-	
Melhorar a qualidade de vida	12 (40,0)	16 (53,3)	0,000	13 (43,3)	10 (33,3)	0,000
Melhorar o estado de saúde e as doenças associadas à obesidade	11 (36,7)	10 (33,3)		10 (33,3)	16 (53,3)	
Não ter complicações	6 (20,0)	4 (13,3)		4 (13,3)	2 (6,7)	

† Qui-quadrado de Pearson.

Na tabela 18, é possível observar que no M0 e no M2, os pacientes apresentaram atitude positiva para seguir os cuidados como seguimento das orientações da dieta alimentar,

tomada do suplemento vitamínico, ingesta hídrica, mastigação dos alimentos antes da deglutição, prática de atividade física e retorno às consultas no pós-operatório. Foi verificado que, para o GC, seguir corretamente os cuidados no pós-operatório está associado à melhora da qualidade de vida (M0=40%; M2=43,3%) enquanto que, para o GI, melhorar a qualidade de vida foi mais frequente no M0 (53,3%) e, no M2, melhorar o estado de saúde e as comorbidades (53,3%).

6.4 Satisfação com a intervenção educativa e o uso da cartilha

Na tabela 19, apresenta-se a informações referentes à aceitação e satisfação dos participantes da intervenção com a cartilha.

Tabela 19 – Distribuição das respostas da avaliação da satisfação e aceitabilidade da intervenção educativa sobre cirurgia bariátrica entre o grupo intervenção (n=28). Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Variáveis /Categorias	Intervenção		p†
	n	%	
Intervenção educativa			
Importância de discutir as dúvidas em relação à cirurgia bariátrica com o pesquisador	28	100	1
Conteúdo incluído na intervenção educativa foi capaz de esclarecer suas dúvidas e ajudar no entendimento dos cuidados.	28	100	1
Satisfação com o conhecimento adquirido durante a intervenção educativa.	28	100	1
Informações suficientes sobre cirurgia e anestesia da cirurgia bariátrica.	28	100	1
Informações suficientes sobre o pós-operatório hospitalar da cirurgia bariátrica.	28	100	1
Informações suficientes sobre os cuidados no pós-operatório domiciliar.	28	100	1
Qualidade das informações obtidas.	28	100	1
Cartilha educativa sobre cirurgia bariátrica			
Facilidade no entendimento do conteúdo do material da cartilha educativa (texto e imagens).	28	100	1
A cartilha utilizada facilitou o entendimento sobre os cuidados no tratamento da cirurgia bariátrica.	28	100	1
A cartilha é adequada para educação de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica.	28	100	1
A cartilha auxilia/ajuda no tratamento de pacientes da cirurgia bariátrica.	28	100	1
Importância da leitura da cartilha	28	100	1

†Teste Binomial.

De acordo com a tabela 19, todos os participantes do GI referiram satisfação com o conhecimento adquirido com o uso da cartilha, sendo a mesma um material com informações suficientes sobre o perioperatório da cirurgia bariátrica que auxilia no entendimento das informações e do tratamento cirúrgico da obesidade.

7 DISCUSSÃO

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém.” (Dalai Lama)

Nesse estudo, a discussão será apresentada em quatro tópicos conforme os resultados.: 1) Caracterização clínica-epidemiológica dos participantes do estudo; 2) Avaliação dos níveis de ansiedade e depressão, autoconceito e qualidade de vida; 3) Contribuição da intervenção educativa para a melhora do conhecimento e da atitude entre pacientes do preparo pré-operatório; 4) Contribuição de intervenções educativas com uso de tecnologias no preparo do paciente para a cirurgia bariátrica.

1) Caracterização clínica-epidemiológica dos participantes do estudo

Todos os tratamentos direcionados para a redução e controle da obesidade são afetados por fatores socioeconômicos, culturais, biológicos e ambientais, resultando em proporções diferentes de sobrepeso e obesidade entre subgrupos de pacientes. O conhecimento dessas divergências é necessário para planejamento de estratégias eficazes para gestão desse problema de saúde pública (LEWIS et al., 2016). Assim, é importante considerar que, na perspectiva do conceito de saúde, ampliado, as condições de desigualdade presentes em cada realidade constituem iniquidades a serem enfrentadas visando diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais, como os obesos, estão expostos e que resultam de determinantes sociais da saúde como níveis de escolaridade e de renda, condições de habitação, transporte, entre outros (BRASIL, 2012).

Neste estudo, houve predomínio de mulheres na faixa etária entre 35 a 44 anos. Esses resultados são semelhantes ao de outros estudos em âmbito nacional e internacional (SILVA et al., 2015; JUNGES et al., 2016; RIBEIRO et al., 2016). De acordo com os dados do Vigitel, a obesidade se torna mais comum com o avançar da idade e em pessoas que apresentam menor nível de escolaridade. A frequência é semelhante em ambos os sexos com 19,6% entre mulheres e 18,1% nos homens, estando mais presente na faixa etária de 35 a 44 anos (22,5%), 45 a 54 anos (22,8%) e 55 a 64 anos (22,9%) e entre indivíduos com 0 a 8 anos de estudo (23,5%) ou 9 a 11 anos (18,3%) (BRASIL, 2017).

As mulheres representam grande parte da população brasileira e são consideradas as principais usuárias do SUS, apresentando melhor percepção sobre o processo saúde-doença e autocuidado. Entretanto, homens têm maior tendência para déficit de autocuidado, o que reflete na busca tardia ao serviço de saúde e, conseqüentemente, maior morbimortalidade (MENDES et al., 2011; NAVA et

al., 2015; PIMENTA et al., 2015). No tocante à idade, percebe-se que, cada vez mais, adultos jovens vêm procurando a cirurgia bariátrica como tratamento para obesidade (SILVA et al., 2015). Porém, pacientes mais jovens são menos propensos à adesão aos cuidados no pós-operatório (WHEELER et al., 2008).

Estudos inferem que maior busca de mulheres pela cirurgia bariátrica pode estar associada a vários fatores como possibilidade de maior prevalência de obesidade no sexo feminino, devido à facilidade em acumular gordura corporal; maior preocupação das mulheres com a saúde e busca das mulheres em melhorar a aparência física e se enquadrar nos padrões estéticos vigentes na atualidade com o ideal de beleza corporal associado à magreza (FERREIRA; MAGALHAES, 2011; RIBEIRO et al., 2013; SILVA et al., 2015; BARROS, 2015; ZYGER et al., 2016; MARTIN et al., 2017). Maior sucesso no pós-operatório pode estar associado a mulheres jovens, autocríticas e não muito obesas com autoestima elevada e boa saúde mental (STILL et al., 2007; MARTIN et al., 2017).

A maioria dos participantes eram casados, corroborando os resultados do estudo de Almeida (2011), houve prevalência de pessoas casadas e economicamente ativas (ALMEIDA et al., 2011). A presença de companheiro pode ser fator positivo para o tratamento cirúrgico, tendo em vista que o apoio do companheiro e da família é importante no perioperatório por representar um momento de grandes mudanças pessoais, de saúde, sociais, físicas e emocionais que os obesos irão passar (CAVALCANTE, 2009; OLIVEIRA et al., 2013). Estudo identificou que IMC é maior entre solteiros estando associado à questão da vida social ativa dos solteiros associada aos hábitos inadequados de saúde, como o consumo de álcool e grande número de refeições realizadas fora de casa com alto consumo calórico (SILVA et al., 2015).

Observou-se que todos estavam vinculados a uma religião, sendo a maioria católicos ou evangélicos. É importante o incentivo, por parte do profissional de saúde, para a participação em grupos religiosos, pois o comportamento do indivíduo é fortemente influenciado pelas suas crenças e valores apreendidos no contexto social (BEDIN et al., 2014). O trabalho do enfermeiro na aproximação do paciente com sua espiritualidade é válido, devendo o mesmo isentar-se de preferências pessoais por credos religiosos, compreendendo que a espiritualidade e religiosidade são essenciais para que haja um melhor enfrentamento do procedimento cirúrgico pelo paciente, bem como um estreitamento da interface enfermeiro/paciente (SAMPAIO et al., 2013).

Obesos permanecem menos tempo na escola e, conseqüentemente, têm menos chances em empregos mais concorridos ou têm salários mais baixos (SEGAL, 2000). Baixa escolaridade está frequentemente presente na população atendida pelo SUS. Pessoas que tenham concluído apenas a escola primária ou tenham poucos anos de escolaridade são altamente propensos a ter um nível de literacia, em saúde, inadequado (TANG et al., 2005). Tal fator pode dificultar o acesso às

informações, bem como a compreensão sobre as orientações recebidas, influenciando na adesão ao tratamento (TAVARES; CORTES; DIAS, 2010).

As classes econômicas predominantes no estudo foram DE, C2 e C1. Este também representa fator importante que deve ser analisado, pois pode interferir no seguimento do tratamento, tendo em vista que existem diversas famílias que possuem apenas uma pessoa como provedor da renda, sendo o salário utilizado para prover a alimentação de todos. Neste cenário, a adesão ao tratamento da obesidade pode ser prejudicada, devido ao fato de que existem custos, principalmente em relação à dieta, que é composta de alimentos específicos com preços diferenciados em relação aos que compõem a cesta básica (SANTOS et al., 2012). As disparidades socioeconômicas podem representar um problema real no acesso dos pacientes ao tratamento farmacológico no pós-operatório, visto que a maioria dos medicamentos, como suplementos vitamínicos, que devem ser tomados a longo prazo, são caros (LEWIS et al., 2016).

Percebe-se, então, que, no Brasil, mesmo com a existência do SUS, que é gratuito e universal, o custo individual para o tratamento de uma doença crônica ainda é bastante elevado e acaba por refletir diretamente no seio familiar do usuário acometido, podendo contribuir para o empobrecimento da família (SANT'HELENA, 2016). Condições econômicas desfavoráveis podem contribuir para o acesso limitado à alimentos, restringindo também o acesso à saúde e educação, com comprometimento na qualidade de vida desses indivíduos (INOUE et al., 2007; NASCIMENTO et al., 2016).

A situação ocupacional de inativos com representação de mulheres do lar, desempregados e aposentados, teve frequência de 43,3%. Estudo evidenciou que a obesidade está associada a risco aumentado para aposentadoria precoce por invalidez e aumento da taxa de absenteísmo ou afastamento por licença saúde (NEOVIUS et al., 2008). Fora esses fatores, pacientes em preparo pré-operatório precisam se ausentar constantemente do trabalho para comparecerem às consultas com o cirurgião e especialidades, grupos de apoio e realização de exames.

Observou-se que 50% dos pacientes eram provenientes da região metropolitana de Fortaleza e do interior do Estado do Ceará. A presença frequente desses pacientes na instituição é um aspecto a ser considerado no seu futuro acompanhamento no pós-operatório, tendo em vista que indivíduos que moram em cidades do interior apresentam dificuldades no acesso ao hospital, pois muitas delas dependem de carros cedidos pelas prefeituras, o que pode resultar no afastamento do serviço (SOUSA; JOHANN, 2014).

Diante da grande demanda de indivíduos obesos mórbidos nos sistemas de saúde, a cirurgia bariátrica surge com o envolvimento de mudanças de hábitos, valores culturais, aspectos psicológicos, orçamento financeiro, suporte social e familiar. O tratamento cirúrgico não é o fim, é apenas parte da

luta contra a obesidade. Os serviços de saúde e os profissionais devem estar conscientes das implicações que suas ações têm diante da saúde do indivíduo (SANT'HELENA, 2016).

É preciso que o profissional de saúde tenha sensibilidade em perceber cada indivíduo como único e, desta maneira, adaptar o plano de cuidados para cada pessoa em que o foco da atenção deve ser o indivíduo e não a doença, transformando a relação de cuidado na medida em que o indivíduo se torna sujeito ativo de seu tratamento (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Nessa perspectiva, para que as intervenções educativas sejam efetivas, é essencial que os profissionais de saúde envolvidos no processo educativo, com destaque para enfermeiros, tenham conhecimento sobre as características sócio-demográficas e determinantes sociais de saúde que podem potencializar ou dificultar o processo de ensino-aprendizagem e prejudicar o autocuidado.

Além da caracterização epidemiológica, é necessário levar também em consideração, quando se trata de cuidado ao paciente obeso grave, as características clínicas e o histórico de obesidade. Quanto mais se conhece os pacientes, melhores as possibilidades de oferecer suporte mais adequado às suas demandas, tanto no pré quanto no pós-operatório (BUCHWALD, 2005). Neste estudo, verificou-se que todos os indivíduos haviam tentado emagrecer com os tratamentos convencionais para obesidade, como dietas, exercício físico e fármacos antiobesidade.

É sabido que dietas alimentares equilibradas com redução moderada de calorias, que tenham metas reais e sustentáveis em período de tempo adequado associadas à prática de atividade física regular e uso de farmacoterapia, representam a melhor opção para o controle da obesidade (BRESSAN; COSTA, 2006; VARELA, et al., 2007; FINELLI et al., 2014; SILVA; TANIGUTE; TESSITORE, 2014; ZYGER et al., 2016). Porém, os resultados positivos são alcançados lentamente, o que leva o paciente a buscar tratamentos milagrosos que proporcionem resultados rápidos como dietas extremamente restritivas (ZYGER et al., 2016). A ineficácia dos tratamentos tradicionais para perda ou manutenção do peso intensificam a sensação de culpa, desconforto e preconceito, comprometendo ainda mais a qualidade de vida do obeso (SILVA; TANIGUTE; TESSITORE, 2014).

Os tratamentos convencionais não apresentam a eficácia esperada a longo prazo, tendo pouco sucesso na manutenção do peso, estando associado, principalmente, à dificuldade do paciente em aderir ao tratamento no decorrer dos meses, resultando em abandono e tendência a recidiva do peso (FINELLI et al., 2014; FITZGERALD; BAUR, 2014). Associado a isso, temos o fato da obesidade mórbida ser refratária aos tratamentos convencionais, principalmente entre obesos com comorbidades associadas, sendo necessária a indicação da cirurgia bariátrica como método de tratamento (KELLES et al., 2015). Para os indivíduos com obesidade grau III, a perda mínima de peso, em geral, é insuficiente para levar à melhora na condição de saúde física (RIBEIRO et al., 2016).

Dentre os pacientes deste estudo que optaram pela a cirurgia bariátrica, foi identificado que 78,3% (47) dos pacientes possuem histórico familiar de obesidade e que 18,3% (11) já apresentam histórico de cirurgia bariátrica entre os parentes. Os resultados são semelhantes do estudo de Silva et al. (2015) que identificou o perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica no Rio Grande do Sul (Brasil) em que 83% (n=100) dos participantes relataram ter histórico familiar de obesidade. Pesquisa global realizada em 2013 evidenciou que cerca de 0,01% da população total (n = 4,7 bilhões de 52 nações ou agrupamentos nacionais) em todo o mundo foi submetida à cirurgia bariátrica (ANGRISANI et al., 2013), tornando-se comum o histórico familiar de cirurgia bariátrica.

A presença de obesidade entre os membros da família confirma o fator genético hereditário na incidência de indivíduos com sobrepeso e obesos (MACHO-AZCARATE et al., 2002; SILVA et al., 2015). Estima-se que entre 40 a 70% da variação no fenótipo associado à obesidade é de caráter hereditário (SNYDER, 2004; SILVA et al., 2016). A probabilidade de um filho de pais obesos vir a ser obeso é de 50 a 80% de chance, tendo em vista que, fora o fator hereditário, as crianças estão propensas a aderir ao estilo de vida dos seus pais (SILVA et al., 2015).

Diante dessa realidade, é necessária a prevenção de casos de obesidade entre crianças e adolescentes com o intuito de reduzir a morbimortalidade e promover a qualidade de saúde dos indivíduos, pois o excesso de peso em fases precoces da vida pode aumentar o risco de obesidade na fase adulta (NICOLAU; BARRETO; SILVINO, 2014; SHROEDER et al., 2015), o que pode repercutir no aumento da busca pela cirurgia bariátrica ao longo dos anos.

Com relação ao conhecimento da cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade, a maioria referiu que obteve ciência a partir da equipe de saúde, família e amigos. Foi verificado também o uso da internet como fonte de informação sobre cirurgia bariátrica. A Internet modificou drasticamente o acesso ao conhecimento de forma simplificada e acessível. A revolução digital forneceu novas maneiras para que indivíduos pesquisassem informações e se comunicassem, especialmente sobre saúde (PAOLINO et al., 2015; CONCEIÇÃO et al., 2016). Dessa forma, os pacientes deixaram de ser "receptores passivos" e avançaram para "consumidores ativos" de informações de saúde (PAOLINO et al., 2015).

O perfil mais frequente de indivíduos que procuram informações sobre a saúde na internet é de: mulheres jovens com nível de ensino superior e com doenças crônicas que procuram informações sobre doenças e aproveitam o uso de redes sociais para compartilhar experiências com outros pacientes. Esse perfil é semelhante a pessoas obesas que optam pela cirurgia bariátrica (PAOLINO et al., 2015). Champion et al. (2015), ao explorarem a busca de informações sobre perda de peso e cirurgia bariátrica entre as mulheres americanas nas redes sociais, identificaram que a qualidade da informação disponível na internet sobre a cirurgia bariátrica é baixa, o que significa que os pacientes

correm o risco de ler informações confusas e imprecisas. Existe, de acordo com os autores, uma escassez de sites educacionais, que são os mais confiáveis e apresentam informações de alta qualidade.

Outro estudo realizado no Brasil, com objetivo de analisar o uso da internet pelos pacientes da cirurgia bariátrica, identificou que 51,5% (n=103) dos indivíduos acessaram, todos os dias, a internet em busca de informações sobre saúde e cirurgia bariátrica. As ferramentas utilizadas foram o Facebook, sites de pesquisa, sites dedicados à divulgação de informações sobre Cirurgia Bariátrica, artigos científicos, blogs, comunidades, relatórios em jornais e revistas online (MARTINS; ABREU-RODRIGUES; SOUZA, 2015).

Os principais tópicos de interesse são técnicas cirúrgicas e interação com outros pacientes para trocar experiências e apoio emocional (PAOLINO et al., 2015). Outro estudo revelou que a informação mais procurada é sobre perda de peso pós-operatória, alimentação saudável e ganho de peso. Os benefícios da internet indicados foram a possibilidade de troca de experiências; interação com outros pacientes, acesso à informação e esclarecimento de dúvidas (MARTINS; ABREU-RODRIGUES; SOUZA, 2015).

Ambientes virtuais na internet que possuem fóruns online são valiosos para discussão de tópicos de saúde, visto o fato de funcionarem como canal de apoio emocional e compartilhamento de experiências através de comentários interativos entre pessoas interessadas em perda de peso e outros assuntos relacionados à saúde, que vêm sendo divulgados pelos usuários do Twitter, usuários do Facebook e blogueiros, através das mídias sociais e da Internet (CONCEIÇÃO et al., 2016).

Revisão sistemática com meta-análise realizada no Japão para evidenciar o efeito do aconselhamento via internet na perda e manutenção de peso em programas de tratamento para obesidade, identificou 23 artigos envolvendo 8.697 participantes, a partir dos critérios estabelecidos (ensaios que continham grupo intervenção comparado com grupo controle não usuário da internet). Os resultados demonstraram que o uso da Internet teve um efeito de perda de peso modesto, mas significativo em comparação com grupos de controle de usuários não-Web (-1 kg, $p=0,001$ vs. -0,68 kg, $p = 0,03$). Entretanto, o uso do suporte da internet como substituto de encontros presenciais é desfavorável (+ 1,27 kg, $p = 0,01$), pois o efeito relativo do aconselhamento pelo ambiente virtual é diminuído com períodos educacionais mais longos (superiores a 12 meses). Para os autores, programas de tratamento para obesidade baseados na internet são atraentes devido à sua capacidade de atingir numerosos indivíduos a baixo custo (KODAMA et al., 2012).

É possível utilizar o conteúdo de informações provenientes da busca na internet como aliado na construção de melhor vínculo com os pacientes, ajudando-os na tomada de decisão pela cirurgia e proporcionando participação ativa no tratamento. Se os profissionais buscarem explorar o uso da

internet entre os pacientes, a fim de facilitar a comunicação com eles, pode-se estimular maior engajamento nas mudanças exigidas pela cirurgia bariátrica (MARTINS; ABREU-RODRIGUES; SOUZA, 2015).

Assim, destaca-se que é necessário que os profissionais de saúde aprendam a explorar o uso da internet com seus pacientes, sendo importante que, durante as consultas, sejam incluídas perguntas para avaliar o uso das redes sociais e verificar as principais fontes de informação sobre saúde e cirurgia bariátrica acessadas, a frequência de busca de informações, a confiabilidade das informações acessadas, a participação em redes sociais sobre cirurgia bariátrica e os benefícios percebidos pelos pacientes com o uso das informações obtidas na internet. Vale destacar que o profissional de saúde também deve recomendar sites confiáveis de busca e esclarecer dúvidas existentes sobre as informações identificadas na internet (MARTINS; ABREU-RODRIGUES; SOUZA, 2015).

Com relação às comorbidades apresentadas pelos pacientes do estudo, identificou-se que 81,6% (49) dos pacientes apresentavam alguma condição clínica além da obesidade e 78,3% (47) faziam uso de medicação contínua. Dentre esses indivíduos, as doenças mais prevalentes foram a HAS (75,5% - 37), DM (44,8% - 22) e dislipidemia (32,6% - 16). Esses dados confirmam que a obesidade pode ser uma doença silenciosa que, geralmente, está associada a outras doenças (BOOTH et al., 2015; ZYGER et al., 2016; SILVA et al., 2016; TAUBE-SCHIFF et al., 2016), sendo um fator de risco independente para doenças cardiovasculares, HAS e DM. A presença de comorbidades associadas eleva o potencial de morbimortalidade com relação entre os níveis de lipídeos séricos alterados e o aumento do risco de aterogênese, hipertensão arterial, resistência à insulina e alterações na coagulação (TEDESCO et al., 2016; SWASH, 2016). Para o obeso mórbido, o risco de morte prematura é duas vezes maior quando comparado a indivíduos com obesidade grau II (KELLES; MACHADO; BARRETO, 2014).

A correlação de comorbidades entre sexos é de que 53,9% dos homens obesos possuem quatro ou mais doenças associadas à obesidade em comparação com 41% entre mulheres, comprovando o risco à saúde da obesidade (PARRETTI et al, 2015). Estudo de Silva et al. (2016), com o objetivo de avaliar a melhora de condições clínicas como DM 2, HAS e dislipidemia entre pacientes do pós-operatório acompanhados em um hospital universitário do Rio de Janeiro, identificou a prevalência, no pré-operatório, de 76% de pacientes com HAS, 36% com DM 2 e 27% com dislipidemia, corroborando os resultados deste estudo.

Ensaio clínico randomizado e pragmático com objetivo de determinar efeito a longo prazo da cirurgia bariátrica quando comparada a um programa de gestão de peso intensivo entre pacientes diabéticos durante 12 meses verificou que níveis de glicose plasmática em jejum inferiores a 126mg/dL, HbA 1c menor que 6.5%, baixo risco cardiovascular e melhora na qualidade de vida foram

mais frequente entre pacientes submetidos a cirurgia quando comparados com o grupo controle. Os resultados demonstram que para pacientes obesos com diabetes tipo 2, a cirurgia bariátrica proporciona maior perda de peso e melhorias sustentadas nos fatores de risco de HbA 1c e cardiometabólica em comparação com manejo convencional (HALPERIN et al., 2014).

De acordo com a VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão, a obesidade pode favorecer o surgimento de HAS. A prevalência da doença é muito comum no país, acometendo um em cada quatro indivíduos adultos no Brasil, independentemente do peso corporal (SBH, 2016). O acúmulo de gordura, principalmente visceral, contribui para a patogênese do DM II (SILVEIRA et al., 2016) e a dislipidemia tem relação direta com sobrepeso e obesidade, estando 49% mais prevalente entre indivíduos com sobrepeso comparados com indivíduos com peso normal e 83% mais prevalente entre obesos (PEREIRA et al., 2015). Entre indivíduos com obesidade mórbida, a prevalência pode variar entre 19 a 82% (TEDESCO et al., 2016).

Essas doenças podem ser agravadas quando o indivíduo apresenta hábitos de saúde inadequados como sedentarismo, dieta alimentar desequilibrada e uso de tabaco, álcool e outras drogas. Neste estudo, foi identificado que a maioria dos participantes não praticavam atividade física regular, porém, relataram seguir as orientações da nutricionista corretamente, não fumavam e não faziam uso de bebida alcoólica.

As elevadas taxas de obesidade estão relacionadas com sedentarismo crescente e mudança nos hábitos alimentares, frequentemente associadas a dietas hipercalóricas e hipergordurosas (SBD, 2016). A cirurgia bariátrica é um procedimento que tem sido descrito como bem-sucedido ao proporcionar perda ponderal. Entre os fatores associados ao emagrecimento no pós-operatório, além da contribuição fisiológica do procedimento cirúrgico, os pacientes devem modificar os hábitos alimentares e respeitar as fases prescritas das dietas pós-cirúrgicas, praticar exercícios físicos regularmente, aderir a suplementação vitamínica pós-operatória e comparecer às consultas de acompanhamento (SBCBM, 2015). Porém, é importante lembrar que limitações econômicas e culturais dificultam o acesso a serviços de saúde e a vivência de estilos de vida mais favoráveis através da prática de atividade física e dieta alimentar equilibrada (FERREIRA; MAGALHAES, 2011; LEWIS et al., 2016).

Cumprir essas recomendações nem sempre é simples. Em muitos casos, a situação socioeconômica do obeso é desfavorável e ele não tem condições para acessar os recursos necessários para o sucesso do tratamento. Esses aspectos têm sido apontados pelas equipes de cirurgia bariátrica como fatores dificultadores para os usuários que realizam a cirurgia bariátrica pelo SUS (SCHERER, 2015), pois pacientes de baixa renda possuem acesso limitado a alimentos saudáveis de baixo custo e vivem em ambientes com falta de segurança (LEWIS et al., 2016).

Concebendo que a saúde é influenciada por diversos determinantes sociais que envolvem a vida cotidiana, é necessário pensar para além do procedimento cirúrgico, compreendendo a responsabilidade que as práticas de saúde exercem no bem-estar e na qualidade de vida. É importante que o indivíduo seja o centro do plano do cuidado e protagonista de seu processo de saúde-doença, garantindo a autonomia, a integralidade do cuidado e participação das medidas de saúde que são possíveis (SANT'HELENA, 2016).

Assim, é importante a avaliação das práticas saudáveis desde o período do pré-operatório para que a equipe possa planejar intervenções que possibilitem melhor adaptação do paciente ao pós-operatório e favoreçam o alcance dos resultados positivos esperados. A Política de Promoção da Saúde, implantada pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento das DCNT, tem priorizados as suas ações na alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool (BRASIL, 2015).

No momento *baseline*, a maioria dos participantes do grupo controle e intervenção não realizavam atividade física (66,7% vs. 56,7%, $p=0,426$), não utilizavam tabaco (96,7% vs. 100%, $p=0,313$) e álcool (86,7% vs. 96,7%, $p=0,161$) e preferiam seguir a dieta orientada pela nutricionista (82,1% vs. 76,7%, $p=0,519$). Após o acompanhamento, observou-se aumento na proporção de pacientes ativos somente no GI, porém, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,173$).

O sedentarismo é um dos aspectos de estilo de vida que mais prejudicam a qualidade de vida dos obesos, sendo considerado fator de risco primário e independente para o desenvolvimento da obesidade, cuja contribuição tem efeito cumulativo ao longo do tempo. Pode favorecer o surgimento de diversas doenças crônicas e aumento do estresse devido à ausência da prática de atividade física regular (ZYGGER et al., 2016). Deve ser estimulada a realização de exercícios físicos e esclarecidos os benefícios relacionados à saúde, como melhora de comorbidades, da função cognitiva e da autoestima (SILVA et al., 2015).

Outro fator que é inevitável ser comentado quando se discute obesidade é a alimentação. A adesão à dieta alimentar recomendada pelo nutricionista poderia evitar a incidência de sobrepeso e obesidade (SCHERER, 2015). Entre obesos, a restrição de calorias é predominantemente realizada com restrição à álcool, bebidas açucaradas e alimentos ricos em gordura, açúcar e carboidratos (como *fast food*) associados ao aumento do consumo de vegetais, frutas, grãos integrais e fibras.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), uma alimentação considerada saudável ou adequada significa comer de forma equilibrada garantindo a manutenção dos índices metabólicos em níveis considerados saudáveis do ponto de vista clínico. A dieta deve ser composta por carboidratos, fibras, gorduras, proteínas, vitaminas e minerais, sendo variada com alimentos diversos (frutas,

verduras, carnes, cereais, entre outros), em quantidades que variem de acordo com cada tipo de metabolismo humano, considerando-se também o valor calórico de cada alimento (BRASIL, 2014).

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde e a OMS, possíveis intervenções que podem ser implementadas para o controle de doenças crônicas não-transmissíveis como a obesidade são as estratégias educativas voltadas para a mudança de comportamentos, além da oferta da longitudinalidade e integralidade do cuidado de forma prospectiva, proativa e apoiados fundamentalmente na atenção primária à saúde (OPAS, 2011). A promoção da saúde como estratégia de organização da gestão das práticas de bem-estar deve ser a pluralidade de ações para a preservação e o aumento do potencial individual e social de formas de vida saudável (MALTA et al., 2009). Inserir o indivíduo nas práticas de cuidado e colaborar na promoção de um estilo de vida mais saudável para o controle da doença pode causar impacto não somente no dia a dia do mesmo, mas também no hábito da sua família (ARANTES et al., 2015).

É possível que o aumento na prática de atividade física entre os indivíduos do grupo intervenção esteja associado com as modificações dos indicadores clínicos de obesidade durante o período de acompanhamento. A variação entre as medianas do peso inicial e final foi de 125,7 kg para 130 kg no grupo controle ($p=0,211$) e 121,8 kg para 120 kg no grupo intervenção ($p=0,000$). Foi verificado também melhora nos indicadores IMC (48,7 vs. 48,9 kg/m² no grupo controle ($p=0,227$) e 49,5 vs. 49 kg/m² no grupo intervenção, $p=0,000$), CC (132 vs. 136 cm no grupo controle ($p=0,630$) e 130 vs. 131 cm no grupo intervenção, $p=0,001$) e RCEst (0,825 vs. 0,833 cm no grupo controle ($p=0,812$) e 0,826 vs. 0,818 cm, no grupo intervenção, $p=0,001$). O indicador RCQ não apresentou estatística significativa na comparação entre grupos.

O conhecimento da distribuição da gordura corporal, bem como dos fatores de risco na obesidade grave, é importante para reduzir os riscos no pré e pós-operatório em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica (FERNANDEZ et al., 2016). A avaliação da composição corporal pode ser efetuada a partir de indicadores antropométricos: peso, altura e circunferência da cintura e instrumentais como a bioimpedância elétrica (HALPERN; RODRIGUES; COSTA, 2004). Conhecer o perfil antropométrico e de comorbidades dos pacientes atendidos pelo SUS é importante para dimensionar os riscos referentes à morbimortalidade da cirurgia e prover recursos, cuidados especiais e suporte pós-operatório. É possível que esses pacientes que estão em fila de espera tenham perfil com mais morbidades e IMC mais alto, devido à demora para a cirurgia (KELLES et al., 2015).

Revisão sistemática com metanálise com 39 artigos publicados de 1999 a 2014 sobre o perfil antropométrico e de comorbidades de 3845 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no SUS, evidenciou um perfil com idade média de 41,4 anos, IMC médio de 48,6kg/m² e frequência de 79% de mulheres nas amostras. Em média, 21,8% dos participantes eram tabagistas, 60,8% hipertensos e

22,3% diabéticos (KELLES et al., 2015). Em Santa Maria (RS), os candidatos que aguardavam a cirurgia bariátrica e apresentavam IMC médio, foi de $43,51 \pm 6,25 \text{ kg/m}^2$ com variância entre 35 kg/m^2 a $85,78 \text{ kg/m}^2$ (SILVA et al., 2015).

Coorte retrospectiva no Rio Grande do Sul identificou um perfil de pacientes do sexo feminino (88%) com idade média de $38,1 \pm 11,9$ anos, peso médio de $118,51 \pm 21,88 \text{ kg}$, IMC médio de $43,55 \pm 5,52 \text{ kg/m}^2$ e circunferência abdominal média de $123,06 \pm 16,21 \text{ cm}$ (ZYGER et al., 2016). Em Fortaleza, estudo transversal identificou IMC pré-cirúrgico médio de $47,2 \pm 6,8 \text{ kg/m}^2$ com IMC mínimo de $35,1 \text{ kg/m}^2$ e máximo de $74,2 \text{ kg/m}^2$ (BARROS et al, 2015). Estudo, em Sergipe, para avaliar a evolução do estado nutricional dos pacientes do pré-operatório entre a primeira e a última consulta com a nutricionista, identificou variação no peso ($132 \pm 26,9$ vs. $123,2 \pm 30 \text{ kg}$), no IMC ($53,4 \pm 13,8$ vs. $48,6 \pm 9,3 \text{ kg/m}^2$) e na CA ($130,6 \pm 15,9$ vs. $124,8 \pm 16 \text{ cm}$) (SANTOS; LIMA; SOUZA, 2014).

Estudo transversal com objetivo de verificar a correlação entre IMC e indicadores antropométricos de risco cardiovascular entre 120 mulheres de 20 a 49 anos em São José de Ribamar (MA) identificou que 60% das participantes estavam com excesso de peso de acordo com o IMC, 70,8%, tinham risco para doença cardiovascular por meio da CA e 60,8% pela RCest. Foi observada correlação significativa entre o IMC e os indicadores: CA ($p < 0,001$, $r = 0,47$), RCQ ($p < 0,001$, $r = 0,62$) e RCEst ($p < 0,001$, $r = 0,85$) (MORAES et al., 2015)

Estudo de intervenção, do tipo antes e depois, e aleatorizado realizado no Paraná com 13 mulheres adultas com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) no grupo e 20 no grupo controle, acompanhadas por 16 semanas para verificar a efetividade de um programa de intervenção sobre medidas antropométricas e o estágio de prontidão para mudança de comportamento em mulheres com excesso de peso evidenciou que houve diferença significativa em relação ao peso ($p = 0,004$), índice de massa corporal (IMC) ($p = 0,003$), circunferência da cintura ($p < 0,001$) e relação cintura-quadril ($p = 0,002$) e prontidão para mudança entre as integrantes do grupo intervenção. No GC ocorreu aumento na média de três das quatro medidas analisadas (peso, IMC e circunferência da cintura) (BEVILAQUA; PELLOSO; MARCON, 2016).

A intervenção proposta neste estudo desenvolvido no Paraná incluiu prática de atividade física orientada três vezes na semana e educação em saúde uma vez na semana como enfoque em orientações nutricionais como pirâmide alimentar, densidade energética e composição nutricional dos alimentos, importância dos macro e micronutrientes. A aplicação do questionário de estágio de prontidão para mudança de comportamento e as avaliações antropométricas foram realizadas em dois momentos, antes e após o período de intervenção (BEVILAQUA; PELLOSO; MARCON, 2016).

Ensaio clínico randomizado foi realizado nos Estados Unidos com 5.145 indivíduos com sobrepeso e obesidade (45-76 anos, IMC ≥ 25 kg/m²) para avaliar o efeito de intervenção de estilo de vida durante quatro anos no peso corporal e fatores de risco cardiovasculares entre obesos graves comparados com indivíduos com excesso de peso, obesidade grau I e grau II. O grupo intervenção participou de programa de perda de peso comportamental que incluiu reuniões grupais e individuais com meta de perda de peso $\geq 10\%$, restrição calórica e aumento da atividade física. Em todas as categorias de IMC, as mudanças no peso após quatro anos foram significativamente maiores entre o grupo intervenção ($p < 0,05$) (UNICK et al., 2013).

Neste grupo, no último ano de avaliação, os participantes com obesidade severa perderam $4,9\% \pm 8,5\%$, semelhante à perda de obesos classe I ($4,8\% \pm 7,2\%$) e classe II ($4,4\% \pm 7,6\%$) e significativamente maiores que os obesos ($3,4\% \pm 7,0\%$; $p < 0,05$). Alterações no colesterol-LDL, triglicerídeos, pressão arterial diastólica, HbA 1c e glicemia foram semelhantes nas categorias de IMC, porém, obesos mórbidos apresentaram resultados menos favoráveis no LDL ($3,1 \pm 0,4$ mg/dL) e pressão arterial sistólica ($-1,4 \pm 0,7$ mmHg) em comparação com os menos obesos ($p < 0,05$). Os resultados demonstram que as intervenções para modificação do estilo de vida podem resultar em importantes perdas de peso a longo prazo e melhorias nos fatores de risco de doenças cardiovasculares entre uma proporção significativa de indivíduos com obesidade grave (UNICK et al., 2013).

Na Irlanda, estudo de coorte retrospectivo e observacional com 189 candidatos à cirurgia bariátrica avaliou as mudanças antropométricas e metabólicas após programa educacional sobre estilo de vida aplicado por enfermeiras com duração de oito semanas que consistia em oficinas educativas com 2 horas semanais. As temáticas foram baseadas na promoção da saúde de estilo de vida e incorporou módulo sobre "compreensão das doenças cardiovasculares", dois módulos sobre "alimentação saudável" (ênfase nas técnicas de modificação da dieta como a contagem de carboidratos, a interpretação do rótulo dos alimentos e o cálculo do tamanho da porção) e um módulo sobre "exercícios físicos", "leitura e compreensão dos rótulos dos alimentos" e "gerenciamento do estresse", respectivamente (CROWE et al., 2015).

Foram enfatizadas as estratégias de exercício físico efetivas, realizáveis e cronometradas com apoio de educador físico para maximizar a perda de peso e contribuir para o cuidado individualizado. Dos 183 pacientes da *baseline*, 150 (81,9%) completaram o acompanhamento de oito semanas do programa. Foi identificada redução estatisticamente significativa no peso ($129,6 \pm 25,9$ vs. $126,9 \pm 26,1$ kg, $p < 0,001$), IMC ($46,3 \pm 8,3$ vs. $44,9 \pm 9,0$ kg/m², $p < 0,001$), circunferência da cintura ($133,0 \pm 17,1$ vs. $129,3 \pm 17,5$ cm em mulheres e $143,8 \pm 19,0$ vs. $135,1 \pm 17,9$ cm em homens, ambos $p < 0,001$). Níveis pressóricos melhoraram com redução na pressão arterial sistólica ($135 \pm 16,2$ vs. $131,6 \pm 17,1$, $p = 0,009$) e diastólica ($84,7 \pm 10,2$ vs. $81,4 \pm 10,9$ mmHg, $p < 0,001$). A proporção de

pacientes com diabetes que apresentou HbA1c < 53 mmol/mol aumentou de 28,6 para 42,9% ($p=0,02$). O programa de modificação de estilo de vida de oito semanas possibilitou melhorias significativas nas variáveis de risco antropométrico, metabólico e cardiovascular (CROWE et al., 2015).

Estudo quase-experimental no Chile para determinar os efeitos de um programa pré-operatório (orientação de exercício físico, apoio psicológico e educação nutricional com 19 mulheres candidatas à cirurgia bariátrica durante 16 semanas, evidenciou que houve diferença no peso ($\Delta=-6,49, 100,94 \pm 14,95$ vs. $93,45 \pm 14,51$ kg, $p < 0,000$), IMC ($\Delta=-6,48, 40,45 \pm 5,62$ vs. $37,57 \pm 5,74$ kg/m², $p < 0,000$), circunferência da cintura ($\Delta=-6,23; 119,31 \pm 13,01$ vs. $111,74 \pm 12,87$ cm, $p < 0,000$) e % de gordura corporal ($\Delta=-9,09; 42,03 \pm 6,57$ vs. $37,96 \pm 5,56$ kg/m², $p < 0,001$) (FLOODY et al., 2015a).

Outro estudo quase-experimental no Chile determinou os efeitos de programa de treinamento físico de alta intensidade no perfil antropométrico de mulheres com sobrepeso ou obesas alocadas em dois grupos: o grupo aderente (GA), que deveria completar, pelo menos, $\geq 75\%$ (mínimo de 18 sessões, $n = 16$, idade: $38,4 \pm 13$) do programa e o grupo não-aderente (GNA), com frequência $< 75\%$ (menos do que 18 sessões, $n = 8$, idade: $32,2 \pm 6$) durante oito semanas. Os resultados inferem que o GNA (participação < 18 sessões) não apresentou mudanças significativas após a intervenção. Já o GA (participação ≥ 18 sessões) apresentou alterações significativas nas seguintes variáveis: peso ($p < 0,001$), IMC ($p < 0,001$), % de gordura corporal ($p < 0,001$) e % de gordura visceral ($p = 0,020$) (RIVERA-TORRES; DELGADO-FLOODY, 2016).

Na Espanha, estudo quase-experimental com 10 candidatos à cirurgia bariátrica, acompanhados durante oito semanas para verificar perda de peso após programa de exercícios físicos e educação nutricional, demonstrou que a variação de peso foi de $5,17 (\pm 4,03$ kg, $p < 0,05$) com de $13,9$ kg e mínimo com aumento de 300 g. O IMC final foi de $42,88$ kg/m², com redução média de $1,77$ a partir da linha de base ($p < 0,05$). Nas médias da composição corporal, o percentual de massa magra foi de $23,2\%$ com um aumento de $1,77\%$ em relação ao *baseline* ($p < 0,05$), o percentual de gordura foi de $48,72\%$ ($\Delta=-2,83\%$, $p < 0,05$) e o de gordura visceral de massa foi $14,14\%$ ($\Delta=1,43\%$, ($p < 0,05$) (ORTEGA; SANCHES; GARCIA, 2014).

No Brasil, estudo prospectivo realizado para determinar o impacto de programa multidisciplinar (médico/cirurgião, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e educador físico para o preparo pré-operatório). Participaram do estudo 176 indivíduos que foram orientados a participar de todas as consultas estabelecidas e a manter perda regular de peso durante o acompanhamento. São realizadas orientações sobre: 1) perda de peso pré-operatória; 2) alimentação; 3) transtornos psicológicos; 4) cuidados básicos de enfermagem em casa; 5) acompanhamento pós-operatório contínuo; 6) princípios educacionais básicos de obesidade e seus perigos; 7) papel da família do

indivíduo em todas as fases do tratamento. Os resultados demonstraram que entre a 1ª consulta no programa e o dia da cirurgia, os indivíduos alcançaram média de perda de peso pré-operatória de $22,6 \pm 12,2$ kg. O IMC médio variou de $50,6 \pm 8,4$ para $42,1 \pm 5,6$ kg/m² com %PEP média de $32,5 \pm 11\%$ (CHAIM et al., 2017).

Recentemente, tem ocorrido intenso debate entre pesquisadores da cirurgia bariátrica sobre a obrigatoriedade da perda de peso antes da cirurgia bariátrica (KALARCHIAN et al., 2016). A perda de peso pré-cirúrgica está associada à menor incidência de complicações perioperatória, do tempo cirúrgico, da perda de sangue durante a cirurgia e do tempo de internamento hospitalar (TARNOF et al., 2008; RAJEWARAN et al., 2013; SWASH, 2016), além de refletir habilidades de gestão do autocuidado, resultando em maior autoeficácia para a redução e controle do peso (BERGH et al., 2016).

A perda de peso igual ou superior a 5% é possível, mesmo entre indivíduos extremamente obesos (GOODPASTER et al., 2010; UNICK et al., 2011), e tem sido associada a benefícios cardiometabólicos para a saúde (JENSEN et al., 2014). A diminuição de 5 a 10% do peso corporal, juntamente com a diminuição da CA, produzem efeitos positivos na síndrome metabólica e a melhora de algumas doenças relacionadas à obesidade (ZYGER et al., 2016). Neste estudo, foi possível identificar uma média na perda de peso de apenas 2,97% no grupo intervenção, estando os resultados sujeitos à limitação do pouco tempo de acompanhamento. Para o grupo controle, houve ganho de peso.

Estudo identificou que candidatos à cirurgia bariátrica que conseguiram perder 5% a 10% do peso ainda no pré-operatório, tiveram melhores resultados no pós-cirúrgico com perda de peso mais rápido e menor tempo de internação hospitalar no pós-operatório (STILL et al., 2007; BENETTI et al., 2009). Estudo de Camolas et al. (2016) identificou em seus resultados que a perda de peso no pré-operatório foi inferior aos 10% do excesso de peso corporal em que cerca de 70% (n = 29) dos pacientes conseguiram perder 5% após a intervenção nutricional.

Na abordagem de indivíduos com obesidade grave, o desafio não é promover a redução do peso por si só, mas sim ajudá-los a obter ganhos em saúde que, em última instância, se reflete no controle de peso a longo prazo (CAMOLAS et al., 2016). Sabe-se que a espera pela realização da cirurgia bariátrica pelo SUS possui tempo de duração indeterminado, o que pode contribuir para prejuízos do estado de saúde do indivíduo (KELLES; MACHADO; BARRETO, 2014).

Vale salientar também que o período de espera para submissão a esse tipo de cirurgia influencia diretamente no desempenho do paciente no acompanhamento e favorece o surgimento de frustração, desemprego e estresse físico (WARKENTIN et al., 2014; REGO et al., 2017). Em um estudo qualitativo, pacientes descreveram que quanto maior o tempo de espera, mais desmotivado o

paciente se torna (GREGORY; NEWHOOK; TWELLS, 2013). Outro fator importante relacionado à espera prolongada em fila é o risco de morte em razão das comorbidades associadas à obesidade que muitas vezes podem não ser controladas (CHRISTOU, 2009).

Estratégias de autogestão devem ser desenvolvidas e implementadas para diminuir o grau de sofrimento, melhorar a saúde e a qualidade de vida, ajudar os pacientes a lidarem com tempos de espera estendidos e pacientes prontos para cuidados multidisciplinares médicos e cirúrgicos mais intensivos (PADWALL et al., 2013). Para tanto, a intervenção educativa proposta teve reflexo positivo também nos níveis de ansiedade, autoconceito e qualidade de vida.

2) Avaliação dos níveis de ansiedade e depressão, autoconceito e qualidade de vida

Durante o pré-operatório, ansiedade e depressão são vistos como fatores que interferem no enfrentamento positivo do paciente em relação ao procedimento cirúrgico, às expectativas e à preocupação com familiares (HENRIQUES; COSTA; LACERDA, 2016). Indivíduos com obesidade grave são considerados um grupo de pacientes com grande carga psicossomática que comumente sofrem por estigmas sociais, preconceito e por doenças crônicas associadas que prejudicam a capacidade de se envolver regularmente em atividades sociais e laborais, o que contribui para o aumento dos níveis de ansiedade e depressão e deterioração da qualidade de vida (HOWARD; POTTER, 2014; HAIN et al., 2015).

Estudo epidemiológico com quase 40.000 indivíduos revelou que IMC igual ou superior a 40 kg/m² está associado cinco vezes mais ao risco de ocorrência de transtornos depressivos quando comparados a indivíduos com IMC normal (ONYIKE et al., 2004). Este estudo corrobora com a hipótese que indivíduos extremamente obesos são mais vulneráveis à depressão, embora os fatores responsáveis por essa susceptibilidade ainda não sejam claros (GHONEIM; O'HARA, 2016).

Estudos revelam que a presença de transtornos como depressão, ansiedade e compulsão alimentar estão associados à perda de controle do consumo de alimentos e hábitos frequente de “beliscar”, impactando negativamente nos resultados da cirurgia bariátrica e à adesão ao tratamento no pós-operatório (MEANY; CONCEICAO; MITCHELL, 2014; SHEETS et al., 2015; CASSIN et al., 2016). Indivíduos com sintomas depressivos e/ou ansiedade que buscam a cirurgia bariátrica, podem ter maior dificuldade em aprender e reter as informações obtidas durante o preparo pré-operatório (TAUBE-SCHIFF et al., 2016).

O reconhecimento dos fatores psicológicos que potencialmente facilitam ou inibem a adesão do paciente pode fornecer informações a serem consideradas no plano de cuidados e no auxílio ao paciente durante o processo de autorregulação, principalmente no primeiro ano de pós-operatório

(BERGH et al., 2016), permitindo a prevenção de problemas futuros com atenção especial para aqueles que apresentam transtornos psicossociais intensos, o que poderá contribuir para o aumento das chances de sucesso na cirurgia (RIBEIRO et al., 2016).

Esses candidatos podem ser beneficiados com essas sessões educativas durante o preparo para a cirurgia e a aquisição de habilidades de enfrentamento para o pós-cirúrgico (CASSIN et al., 2016). Atenuações nos sintomas depressivos e/ou ansiedade podem favorecer o aumento da autoeficácia e, conseqüentemente, a motivação para implementar em sua vida diária as recomendações relacionadas ao cuidado no perioperatório (GADE et al., 2014).

Quanto maior for o entendimento do paciente sobre o procedimento ao qual será submetido, menor será a sua ansiedade-estado em relação à intervenção cirúrgica e, assim, melhor será a recuperação (NIGUSSIE; BELACHEW; WOLANCHO, 2014; ALMEIDA et al., 2017). Adicionalmente, a forma como o indivíduo encara a cirurgia pode proporcionar a ocorrência de complicações que podem interferir negativamente no seu estado de saúde, podendo intensificar a morbidade no período pós-operatório (KRUSE et al., 2009). O fornecimento das orientações no pré-operatório não só contribui para o entendimento sobre o que o indivíduo deve esperar durante o perioperatório, como também influencia nas atitudes e comportamentos e no alívio da ansiedade e na redução do medo do desconhecido, refletindo em menor tempo de hospitalização (ONG et al., 2009).

Na China, ensaio clínico aleatorizado para determinar o efeito de intervenção educacional pré-operatória para 153 pacientes de cirurgia cardíaca, na redução de ansiedade e melhora da recuperação após sete dias de pós-operatório com a escala HADS, evidenciou que os pacientes do grupo experimental (cuidados de rotina, orientação verbal e folheto educativo) apresentaram menores escores na ansiedade (diferença média -3,6 pontos, IC 95%: -4,62 a -2,57; $p < 0,001$) e depressão (diferença média -2,1 pontos, IC 95% -3,19 a -0,92; $p < 0,001$) em comparação com o grupo controle (cuidados de rotina), além de menor interferência das dores no padrão sono (diferença média -0,9 pontos, IC 95%: -1,63 a -0,16; $p=0,02$), sendo a intervenção efetiva na redução da ansiedade e depressão entre os pacientes chineses de cirurgia cardíaca. Para os autores, a educação pré-operatória deve ser incorporada na prática de rotina para preparar pacientes cardíacos chineses para a cirurgia (GUO et al., 2012; GUO et al., 2014).

Na Hungria, ensaio randomizado, controlado e único cego que analisou os efeitos de uma intervenção educativa combinada com sugestões terapêuticas positivas para redução da ansiedade entre pacientes da cirurgia de catarata, evidenciou que o grupo intervenção (recebeu CD com áudio contendo informações, técnicas de relaxamento e imagens positivas) apresentava-se mais calmo ($p=0,004$) e cooperativo ($p = 0,01$) durante a cirurgia, indicando que o acesso a informações pré-operatórias combinadas com sugestões positivas e técnicas de gerenciamento de ansiedade podem

reduzir ansiedade do paciente no período perioperatório de cirurgia de catarata (KEKECS et al., 2014).

No Irã, ensaio clínico randomizado com 64 familiares de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, internados na UTI para avaliar eficácia do suporte informacional sobre a ansiedade durante a cirurgia, os quais foram distribuídos no grupo controle (recebeu as informações de rotina) e no grupo intervenção (recebeu orientações verbais e sessões educativas com entrega de panfletos e folhetos). Os escores de ansiedade diminuíram em ambos os grupos após a cirurgia, no entanto, a diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,18$) (IMANIPOUR et al., 2012). Estudo realizado em Portugal com o objetivo de avaliar o efeito de um programa psicoeducativo na ansiedade, no pós-operatório de cirurgia geral, composto pelo acolhimento e esclarecimento de dúvidas, identificou menores níveis ansiedade-traço no pós-operatório do grupo experimental ($p=0,000$) (CRUZ et al., 2005).

Estudo quase-experimental realizado nos Estados Unidos com pacientes do pré-operatório de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM), que relataram maior ansiedade devido à falta de compreensão dos cuidados pós-operatórios, avaliou o efeito de intervenção educativa com ambiente de simulação no conhecimento sobre CRM, satisfação e ansiedade e tempo de permanência. O grupo controle recebeu visita de enfermagem pré-operatória sobre cuidados para pré-operatório imediato, rotina do centro cirúrgico e da UTI e cuidados pós-operatórios (uso de espirometria de incentivo, restrições, horas de visitas, cuidados com FO, medicação, dor e limitações), além do livro "*Going for Heart Surgery*" (GASSERT; BURROWS, 2010), distribuído para ambos os grupos (HAUPT et al., 2014).

O grupo intervenção teve experiência de simulação com manequim em ambiente educacional semelhante ao ambiente de UTI. Na simulação, o manequim vivenciava o pós-operatório imediato e os participantes podiam entrar no ambiente de UTI simulado, visualizando leito de UTI com monitor, ventilador, tubo endotraqueal, tubo torácico, esmalte, cateter de Swan-Ganz, bombas de infusão, cateter Foley e restrições de rotina. Os sons foram introduzidos no ambiente para educar e adaptar os participantes sobre ruídos e alarmes típicos da UTI. Após a simulação, uma palestra didática para revisão de planos pré e pós-operatórios com ensino de exercícios de tosse e respiração profunda, juntamente com a experimentação do espirômetro de incentivo. A simulação favoreceu o aumento significativo no conhecimento ($p=0,0001$) e satisfação ($p=0,03$), além de diminuição da ansiedade-estado pelo IDATE ($p=0,02$) (HAUPT et al., 2014).

Neste estudo, a avaliação da ansiedade pelo IDATE apresentou diferenças estatísticas significantes entre as medianas dos escores da ansiedade-estado (40 vs. 33,5, $p=0,000$) e ansiedade-traço (44 vs. 41, $p=0,001$) no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle. Pela escala

HADS, também foram encontrados resultados positivos após a intervenção educativa em que a mediana do escore da HADS-A variou de 7 para 5 pontos ($p=0,000$) e da HADS-D foi 6 para 4 pontos ($p=0,001$).

Ensaio clínico randomizado nos Estados Unidos avaliou o efeito de duas intervenções de suporte pós-cirurgia bariátrica na melhora de sintomas depressivos de 144 americanos hispânicos americanos. A coleta de dados ocorreu em 3 pontos de tempo: pré-operatório (linha de base), aos 6 meses após a cirurgia (final da Fase 1 – cuidados de rotina) e aos 12 meses após a cirurgia (final da Fase 2 – 6 sessões educacionais sobre alimentação, motivação e cuidados de rotina). Durante a Fase 1 (desde avaliação pré-operatória até 6 meses de pós-operatório), todos os participantes receberam cuidados de rotina da instituição. Na Fase 2 (6-12 meses de pós-operatório), os participantes foram distribuídos aleatoriamente para receber cuidado de rotina ($n = 72$) ou suporte abrangente ($n = 72$) com seis sessões educacionais focadas em estratégias de mudança de comportamento e motivação com orientação nutricional (NIJANKIM et al., 2013).

O grupo intervenção apresentou menores escores no Inventário de Depressão de Beck e 24% dos pacientes que apresentaram sintomas depressivos no pré-operatório relataram sintomas aos 12 meses após a cirurgia em comparação com 6% daqueles que receberam cuidados de rotina ($p<0,001$). A melhora do humor depressivo foi associada ao excesso de perda de peso e à participação em sessões educacionais ($p <0,001$). Os autores reiteram a importância da educação pós-cirurgia com enfoque comportamental-motivacional para diminuir o risco de depressão e melhorar a perda de peso (NIJANKIM et al., 2013).

Na Noruega, ensaio clínico randomizado de acompanhamento de 1 ano para avaliar o efeito de intervenção de Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) no pré-operatório na melhoria dos comportamentos alimentares disfuncionais, humor, sintomas afetivos e peso corporal entre pacientes da cirurgia bariátrica, evidenciou que houve redução significativa nos escores dos sintomas de ansiedade ($m=-1,9$; IC 95%: -3,1 a -0,7) e depressão ($m=-2,7$; IC 95%: -4,1 a -1,3) pela escala HADS no grupo intervenção entre T0 (*baseline*) e T1 (pós-intervenção), $p<0,001$, e entre T1 e T2 (1 ano de pós-operatório) para depressão ($m=-1,0$; IC 95%: -2,2 a 0,1), $p = 0,08$. No grupo controle, o índice de ansiedade não mudou significativamente, porém, a média dos escores de depressão diminuíram significativamente entre T1 e T2 ($m=-2,7$; IC 95%: -3,9 a -1,5), $p <0,001$ (GADE et al., 2015).

Outro ensaio clínico randomizado realizado pelos mesmos autores para analisar se a terapia cognitiva comportamental alivia os sintomas de ansiedade e depressão em 98 mulheres candidatas à cirurgia bariátrica durante 10 semanas, quando comparada aos cuidados de rotina, evidenciou diferenças nos escores entre os grupos na avaliação da ansiedade (HADS-A) de -2,5 (IC 95%: -3,5 a -1,4; $g=-0,62$, $p=0,003$) e depressão (HADS-D) de -2,8 (IC 95%: -3,9 a -1,6; $g=-0,73$, $p<0,001$),

ambos com tamanho de efeito moderado. Em relação ao peso corporal, as diferenças entre os grupos foi de -1,1 kg e -3 kg (GADE et al., 2014).

No Chile, estudo prospectivo para o efeito de programa multiprofissional (com sessões educativas, aconselhamento, educação nutricional e acompanhamento de prática de exercícios) com 28 candidatos à cirurgia bariátrica evidenciou que, após quatro meses, houve melhoras no peso ($99,41 \pm 18,01$ vs. $92,54 \pm 16,6$ kg, $p < 0,000$), IMC ($38,9 \pm 7,36$ vs. $36,29 \pm 6,88$ kg/m², $p < 0,000$), % de gordura corporal ($41,62 \pm 9,32$ vs. $36,42 \pm 6,97$ kg/m², $p < 0,001$) e circunferência da cintura ($122,64 \pm 14,57$ vs. $113,07 \pm 12,34$ cm, $p < 0,000$). Quanto aos sintomas psicossomáticos, foi identificada melhora da depressão com Inventário de Beck ($10,86 \pm 5,87$ vs. $5,36 \pm 4,31$, $p < 0,014$), porém, não houve diferença estatística significativa para ansiedade-estado ($31 \pm 7,84$ vs. $32,36 \pm 7,06$, $p < 0,525$) e ansiedade-traço ($34,64 \pm 6,12$ vs. $33,64 \pm 6,81$, $p < 0,686$) do IDATE (FLOODY et al., 2015).

Diante do exposto, ressalta-se que o período pré-operatório envolve grande sobrecarga emocional para o indivíduo, sendo importante que a preparação psicológica seja iniciada com o contato entre o enfermeiro/paciente ainda antes da intervenção cirúrgica, tendo esse profissional um papel de destaque (SANTOS; MARTINS; OLIVEIRA, 2014). O enfermeiro deve empenhar-se para estabelecer uma relação de ajuda e empatia, identificar os potenciais problemas e angústias e os fatores desencadeantes, planejando intervenções adequadas às necessidades com a promoção da capacidade de reflexão, decisão e ação no processo de cuidar, minimizando o estado emocional prejudicado (SANTOS, 2010; SANTOS; MARTINS; OLIVEIRA, 2014).

As intervenções implementadas por enfermeiros qualificados, possibilitam a diminuição dos medos e angústias sentidos no período pré e pós-operatório, controle das situações de estresse e redução dos níveis de ansiedade, sendo este o profissional que atua por mais tempo junto ao obeso mórbido e seus familiares (DALL'AGNOL et al., 2007). Para tanto, é possível utilizar recursos de tecnologias leves e educacionais para trabalhar a ansiedade como o encorajamento ao procedimento, o detalhamento das ações assistenciais a serem realizadas e o trabalho conjunto com os familiares reforçando a fé e a esperança (SAMPAIO et al., 2013).

O impacto da intervenção mediada pela cartilha não foi visualizado apenas nos níveis de ansiedade e depressão, mas também no autoconceito, na autoeficácia, autoestima e qualidade de vida. Para este estudo, utilizou-se inventário clínico que possibilita a avaliação dessas duas variáveis e os resultados demonstraram que não houve diferença estatisticamente significativa no autoconceito entre os pacientes do GC e GI no momento *baseline* ($72,47 \pm 12,43$ vs. $72,3 \pm 14,28$), $p = 0,929$), porém, após a intervenção, foi possível identificar melhora no autoconceito dos pacientes ($80,68 \pm 11,37$) quando comparados ao grupo controle ($69,61 \pm 12,7$), $p = 0,003$. Em relação à autoeficácia, também foram

observadas diferenças positivas entre os grupos durante os dois momentos de coleta: M0 (21,4±6,23 vs. 21,87±5,57, p=0,929) e M2 (19,5±5,07 vs. 24,89±3,42, p=0,000).

O momento pré-cirúrgico pode representar uma oportunidade para fortalecer as expectativas dos pacientes com relação ao procedimento, não se restringindo apenas para a avaliação das condições clínicas e o peso (LIER et al., 2012). Ajudar o indivíduo a melhorar o sentido de si e ter uma visão mais positiva da sua capacidade de cumprir as orientações e realizar modificações no estilo de vida, são metas que devem estar explícitas em sessões educacionais com pacientes obesos (LERDAL et al., 2017), tendo em vista que as mudanças vivenciadas no pós-operatório representam desafio contínuo para muitos pacientes (BOCCHIERI et al, 2002).

Estudos enfatizam a necessidade de enfermeiros investigarem crenças, valores e suposições estereotipadas entre obesos com o objetivo de adotar postura mais aberta e livre de julgamentos, demonstrando respeito a esses indivíduos, em vez de culpabilizá-los pelo seu tamanho ou comportamento. Tais perspectivas se concentram em capacitar os pacientes obesos para alcançarem um estilo de vida saudável e gerenciar seu peso, modificando as formas em que interagem com seu ambiente e com seu ciclo social (BUDD; PETERSON, 2015; NEIL; ROBERSON, 2015).

Assim, os enfermeiros devem proporcionar conhecimento relevante e promover a confiança nos pacientes para garantir sua autoeficácia e, portanto, sucesso para o tratamento. Melhorar o autoconceito, a autoestima e autoeficácia entre indivíduos do pré-operatório pode representar fatores pessoais importantes para a manutenção da saúde mental ao longo do tratamento (LERDAL et al., 2017), pois a autoeficácia é uma das principais determinantes para a manutenção da perda de peso no pós-operatório (OBARA et al., 2017) e a autoestima engloba sentimentos positivos sobre si mesmo e como esses sentimentos podem favorecer a capacidade de uma pessoa em lidar com estresse, relacionamentos interpessoais e desafios da vida diária (LERDAL et al., 2017).

Motivação e esforço do paciente em reduzir o peso antes da cirurgia tem um efeito positivo na adaptação ao pós-operatório (ANTONIOU et al., 2017). Quando o paciente apresenta autoeficácia elevada, ele demonstra mais esforço e persistência no alcance de suas metas relacionadas à perda de peso e à cirurgia bariátrica, tendo maior facilidade em superar os desafios impostos pelo pós-operatório com melhor gerenciamento das situações difíceis (OBARA et al., 2017). Entretanto, em outros estudos, a autoeficácia em obesos mórbidos mostrou-se influenciada pela presença do companheiro (KARASU et al., 2012) e também pela situação laboral (BONSAKSEN et al., 2016), destacando a necessidade da avaliação dos aspectos sócio-demográficos no acompanhamento do paciente no perioperatório (LERDAL et al., 2017).

Foi observada também melhora na qualidade de vida, tanto com o *Whoqol-Bref* como pelo questionário de Moorehead-Ardelt II (MAII) no grupo intervenção comparados ao grupo controle do

presente estudo. No MAII, a pontuação total entre M0-M2 variou de $0,27 \pm 1,14$ para $1,57 \pm 0,97$ ($p=0,000$) entre o GI e $0,87 \pm 1,47$ para $0,43 \pm 1,26$ ($p=0,053$) no grupo controle. Já no *Whoqol-Bref*, a média dos escores totais entre os grupos controle e intervenção no M0 foi de $11,65 \pm 2,52$ vs. $11,42 \pm 2,21$ ($p=0,929$), respectivamente. No M2, a média no GC foi $11,22 \pm 2,3$ e no GI $13,43 \pm 1,87$, $p=0,000$.

Neste estudo, nos domínios da avaliação da qualidade de vida direcionada especificamente para cirurgia bariátrica (MAII), observou-se que os escores mais baixos estavam relacionados à prática de atividade física, ao trabalho e ao interesse sexual. Na Grécia, os domínios com escores mais baixo entre candidatos à cirurgia bariátrica foram: atividade física ($m = -0,230 \pm 0,27$), comportamento alimentar ($m = -0,130 \pm 0,25$) e autoestima ($m = -0,130 \pm 0,31$), com média pontual total de $-0,4 (\pm 1,30)$ pelo MAII (CHARALAMPAKIS et al., 2015). Na França, a média da pontuação total encontrada entre candidatos à cirurgia bariátrica (IMC médio $47,0 \pm 5,6$) foi $0,5 (\pm 0,9)$ (IGNAT et al., 2017).

No Brasil, estudo em São Paulo identificou o interesse sexual ($-0,26$), atividade física ($-0,22$) e autoestima ($-0,16$) como os piores domínios entre 20 pacientes do pré-operatório (DUARTE et al., 2014). Em Fortaleza, a média da pontuação entre 64 pacientes do pré-operatório foi de $0,794 \pm 1,13$ com menores médias para atividade física ($-0,420 \pm 0,35$), interesse sexual ($0,062 \pm 0,37$) e comportamento alimentar ($0,144 \pm 0,32$) (BARROS et al., 2015b).

Nos Estados Unidos, os piores escores estavam relacionados ao interesse sexual ($m=0,04$), capacidade de trabalho ($m=0,07$) e atividade física ($m=0,11$) com média de $0,76$ na pontuação total (VEGEL et al., 2017). Na Polônia, estudo transversal que comparou a qualidade de vida entre 102 candidatos à cirurgia bariátrica e 28 pacientes já submetidos ao procedimento, identificou, entre os pacientes do pré-operatório, pontuação total de $0,59 \pm 1,17$ com menores médias dos escores nos domínios atividade física ($-0,08 \pm 0,30$), comportamento alimentar ($0,00 \pm 0,28$) e autoestima ($0,10 \pm 0,27$) (JANIK et al., 2016).

Já no *Whoqol-Bref*, os domínios com médias mais baixas, entre os participantes deste estudo, foram: físico, ambiente e autoavaliação da qualidade de vida. Na Holanda, estudo coorte retrospectiva com 2137 pacientes, avaliou o efeito da cirurgia bariátrica na perda de peso e na qualidade de vida durante 24 meses de pós-operatório, evidenciou que o IMC médio dos participantes era de $44,5 \text{ kg/m}^2 (\pm 5,8)$ e a baixa qualidade de vida, antes da cirurgia, estava associada à autoestima, condição física e vida sexual (MONPELLIER et al., 2017). Nos Estados Unidos, estudo transversal também identificou facetas mais baixas para condição física, autoestima e vida sexual entre 585 obesos com média de IMC de $45,1 \text{ kg/m}^2 (\pm 6,85)$ (LAO et al., 2015). Na China, estudo que avaliou o efeito da cirurgia bariátrica na qualidade de vida durante os primeiros 12 meses de pós-operatório de 102

pacientes (IMC médio de $42,3 \pm 7$) identificou os domínios com médias mais baixas: psicológico ($11,6 \pm 2,9$) e social ($13,3 \pm 2,5$) (CHANG et al., 2010b).

Na República Tcheca, a avaliação de 76 pacientes antes da cirurgia com média de IMC de 43,75 ($\pm 5,28$) identificou como piores domínios relacionados à qualidade de vida: psicológico ($13,61 \pm 2,21$) e físico ($13,64 \pm 2,43$) (BUŽGOVÁ; BUŽGA; HOLÉCZY, 2014). Outro estudo na República Tcheca avaliou 43 indivíduos do pré-operatório de gastrectomia vertical e também evidenciou que os domínios: físico ($13,4 \pm 2,4$) e psicológico ($13,2 \pm 2,1$), são os mais prejudicados na população desse país (BUŽGOVÁ et al., 2016).

Em Goiânia, os domínios com menos escores entre 54 obesos mórbidos foram o meio ambiente ($53,06 \pm 13,98$) e físico ($59,14 \pm 22,12$) (CHAGAS; NEVES, 2015). Em São Paulo (Brasil), os domínios físico ($40,54 \pm 18,97$) e psicológico ($48,18 \pm 18,87$) apresentaram-se com os piores escores, no pré-operatório, entre 32 mulheres acompanhadas durante 36 meses de pós-operatório de cirurgia bariátrica, corroborando com os achados deste estudo e da literatura internacional.

As facetas que tiveram pontuação mais baixas em ambos os grupos do estudo desenvolvido: atividades de vida, sono e repouso e capacidade de trabalho (domínio físico), sentimentos negativos, espiritualidade e imagem corporal (domínio psicológico), atividade sexual (domínio das relações sociais) e recursos financeiros, transporte, recreação e lazer (domínio ambiente).

No Rio Grande do Sul (Brasil), foi identificada baixa satisfação em relação à energia suficiente para o dia a dia, aceitação da imagem corporal, disponibilidade de informações e atividades de lazer (MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014). Na China, estudo realizado com candidatos à cirurgia bariátrica identificou resultados semelhantes a este estudo em relação às pontuações mais baixas nas facetas do domínio físico como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida diária e dependência de medicamentos ou tratamentos. No domínio psicológico, sentimentos negativos, imagem corporal, autoestima e dificuldade em pensar, aprender, memória e concentração. Já no domínio social, a faceta mais baixa estava associada à sexualidade (CHANG et al., 2010a).

Embora a perda de peso e melhora do estado de saúde estejam entre os principais objetivos relatados entre os pacientes, a elevação dos níveis de qualidade de vida e funcionamento psicossocial positivo também são priorizados (JONG; HINNEN, 2017). A obesidade apresenta grande impacto social que ultrapassa as questões físicas e estéticas, ou seja, contribui também para o surgimento de outros problemas de ordem emocional e de convívio social como dificuldades na procura por trabalho e o acesso a vestuário, presença de transtornos psicológicos e demandas sociais que acabam por refletir nos relacionamentos afetivos (NEIL; ROBERSON, 2015; SANT'HELENA, 2016).

Os prejuízos à saúde associados a obesidade podem ser percebidos pela presença de depressão, baixa autoestima e isolamento social com reflexo negativo na qualidade de vida (CAMARGO et al., 2013; OLIVEIRA; MEREGUI; JESUS, 2014; NEIL; ROBERSON, 2015; MARQUES; FARO; COMASSETTO, 2015). Nessa perspectiva, a cirurgia representa a esperança da recuperação da autoestima, da reintegração social, da melhoria nos relacionamentos afetivos e familiares, o que justifica a demanda crescente por esse tratamento por englobar questões de saúde, emocionais e sociais (MARIANO, et al., 2014), salientando, assim, a obesidade como uma doença complexa que necessita de assistência fundamentada na integralidade do cuidado para promover saúde, garantindo ações que ampliem a qualidade de vida, ou seja, aumentem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar (OLIVEIRA-CAMPOS, 2013).

Provedores de sessões educacionais sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório durante o preparo devem prestar atenção à baixa qualidade de vida dos indivíduos e levar em consideração os fatores corporais e mentais dos participantes nas sessões (LERDAL et al., 2017), pois tais estratégias possuem efeitos visíveis na maioria dos pacientes com relação à melhoria da qualidade de vida (SHULDHAM, 1999; OWERS et al., 2017), tendo sempre em mente que saúde é o reflexo de múltiplos determinantes e a participação ativa desses indivíduos é fundamental para o combate à obesidade (BUSS, 2003; PINTO; BOSI, 2010). Assim, é imperativo que obesos graves desenvolvam habilidades para atuar em prol do seu bem-estar (ANDERSON et al., 2010; SMALL et al., 2013).

Neste processo, o enfermeiro pode investigar os diversos determinantes sociais que interferem na vida do paciente, não se resumindo apenas na determinação de sua prontidão para a cirurgia (FLORES, 2014), devendo reconhecer como eles se percebem e o que pensam sobre o seu estado atual de saúde e vida (PINTO; BOSI, 2010; ANNESI; MARENO, 2014). Nos últimos anos, a atenção dos gestores e serviços de saúde, além da população em geral, sobre a epidemia dessa doença, tem favorecido a redução do preconceito com obesos devido ao entendimento de que a obesidade é uma condição crônica multifatorial. Porém, a estigmatização na sociedade, juntamente com a depressão e a baixa autoestima, podem afetar a qualidade de vida deste indivíduo bem como sua saúde mental, privação da participação em atividades cotidianas de autocuidado, vida escolar, lazer, relacionamentos sociais e perspectivas profissionais e de emprego (OMS, 2015), gerando sentimentos de vergonha do grande corpo obeso (FORHAN et al, 2010; NEIL; ROBERSON, 2015).

Programas de televisão, como *The Biggest Loser*, no qual obesos mórbidos, através de treinamento vigoroso e dieta restritiva, perdem peso e competem com outros participantes, propagam a visão, entre os telespectadores, de que a obesidade é resultado da falta de controle pessoal e culpa do ser obeso, gerando a crença de que, se o indivíduo se exercitasse o dia inteiro e restringisse sua

dieta alimentar, controlaria o seu peso. Tais programas podem promover ainda mais o estigma do peso e percepções negativas sobre obesos (YOO et al., 2013).

Assim, o caráter negativo do estigma é intensificado na mesma proporção em que as exigências sociais, tornando esses indivíduos indesejados, depreciados e marginalizados, caracterizando a obesidade não só como um problema individual, mas também social (MATTOS; LUZ, 2009; BAPTISTA, 2016). As expectativas que esses pacientes apresentam em relação à cirurgia bariátrica não se restringem apenas à perda de peso, são muito mais amplas e incluem, além dos aspectos físicos, a recuperação da vida social. Para os obesos, somente a perda de peso não significa necessariamente uma melhora na qualidade de vida (SOUSA; JOHANN, 2014; MARQUES; FARO; COMASSETTO, 2015). A qualidade de vida está relacionada à múltiplos determinantes como dor, incapacidade funcional, uso de medicação, suporte social, ansiedade e depressão, entre outros fatores (CHO et al., 2013).

A maioria dos candidatos à cirurgia bariátrica apresentam baixa autoeficácia associada às dificuldades em obedecer às recomendações da equipe de saúde, principalmente em relação ao comportamento alimentar inadequado e sedentarismo (WILD et al., 2015). Somente a realização da cirurgia bariátrica é insuficiente para contribuir em modificações na prática de atividade física, sendo necessário entender os fatores psicológicos e motivacionais que possibilitam a modificação do comportamento (BOND et al., 2016).

Fatores como insatisfação corporal, medo da exposição e julgamento durante a realização da atividade física, baixa autoeficácia na capacidade de engajar-se regularmente e maior preferência por comportamentos sedentários (optar por assistir televisão, recuperar o atraso no sono ou conviver com amigos) são barreiras já identificadas nos estudos (PEACOCK et al., 2014; HUBNER et al., 2015; ZABATIERO et al., 2015; BOND et al., 2016), bem como fatores sócio-demográficos (sexo feminino e baixo apoio social) e o estado de saúde (RODRÍGUEZ et al., 2010).

No que se refere aos fatores físicos para realização de atividade física, o excesso de peso dificulta a mobilidade corporal (LIMA; BUSIN, 2008) e pacientes obesos apresentam dor musculoesquelética e disfunção física em maior frequência do que pacientes de peso normal, estando a obesidade relacionada a condições reumatológicas como osteoartrite de joelho, a síndrome do túnel do carpo e a dor lombar (OKIFUJI, 2015), o que prejudica a inserção desses indivíduos em práticas regulares de exercício físico e a sua qualidade de vida.

É preciso fornecer estímulo para prática de exercícios em pacientes da cirurgia bariátrica que aguardam em fila de espera, pois, independentemente da perda de peso, ocorre melhora no bem-estar. É possível que o aumento da interação social durante os exercícios aumente a satisfação, a motivação e o gerenciamento de tempo para a adoção contínua desse hábito (ZABATIERO et al., 2015). A

ausência ou baixa frequência de atividade física somado à ingestão alimentar com pouco gasto calórico, favorece o acúmulo de gordura corporal e, no mundo obesogênico atual, comportamentos sedentários como assistir televisão e fazer uso do computador e videogames por longas horas durante o dia, confirmam que o gasto calórico diário é muito inferior do que há 100 anos atrás (ZYGER et al., 2016).

Para pessoas obesas, ser fisicamente ativo pode representar pré-requisito para o alcance de um bom emprego (LERDAL et al., 2011; LAMBOGLIA et al., 2016), e é comum o relato entre obesos desempregados de que o peso reduziu suas perspectivas de emprego (NEIL; ROBERSON, 2015). A relação entre qualidade de vida e situação profissional é bidirecional, tendo em vista que o trabalho remunerado pode influenciar positivamente a qualidade de vida e ter baixa qualidade de vida pode suscitar a incapacidade do indivíduo em se engajar na atividade laboral (ANDERSEN et al., 2010).

O indivíduo obeso está mais propenso a enfrentar discriminação em todas as fases da busca e alcance de emprego e apresentam taxas de incapacidade mais elevadas do que os empregados de peso normal (TURCHIANO et al., 2014), fato que está associado ao aumento da taxa de desemprego (JONG; HINNEN, 2017). Muitos expressam preocupação com a perda do emprego e baixas perspectivas de promoção como resultado do seu peso, por serem pré-julgados como preguiçosos e inválidos (NEIL; ROBERSON, 2015).

Ressalta-se que a comunicação no processo cirúrgico de cirurgia bariátrica é uma das ferramentas por meio da qual se busca que o paciente e família se sintam seguros e motivados a almejar melhorar qualidade de vida e enfrentar os desafios decorrentes do processo cirúrgico (ROCKENBACH, 2006). A identificação de preditores pré-cirúrgicos de adesão pode direcionar para intervenções eficazes antes da cirurgia, incluindo o preparo para as modificações no estilo de vida no pós-operatório e o estado psicoemocional (KOTTINEN et al., 2015; BERGH et al., 2016). O nível de compreensão sobre o procedimento cirúrgico, o comportamento alimentar, o nível de estresse, a presença de ambiente estável e apoiador, as expectativas e os motivos que levaram à decisão quanto à operação devem ser considerados nesse momento (BAGDADE et al., 2012; FLORES, 2014).

3) Contribuição da intervenção educativa para a melhora do conhecimento entre pacientes do preparo pré-operatório

Todos os participantes desse estudo demonstraram conhecimento satisfatório com relação aos principais benefícios da cirurgia bariátrica. Conhecer os benefícios do procedimento cirúrgico como a perda de peso e a melhora dos parâmetros metabólicos, é relevante para a proposição de ações que possam evitar complicações, promovendo o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida (BARROS et al., 2015).

No que se refere à questão do apoio da família, a maioria acredita que deve ser um critério para realização da cirurgia, não havendo diferenças estatísticas entre grupos. O apoio familiar é essencial na procura por tratamento e, principalmente, na tomada de decisão pela cirurgia. Esses sujeitos encontram na família o suporte necessário para se submeterem a tal procedimento e, no pós-operatório, auxiliam nos cuidados domiciliares (BAPTISTA et al., 2008; HAWN; DOANE, 2011; SOUSA; JOHANN, 2014). Além disso, o suporte social possibilita maior adesão a comportamentos de saúde positivos (prática de atividade física, alimentação saudável, redução de estresse) com reflexo na melhora do estado de saúde e da qualidade de vida desses pacientes (ABREU-RODRIGUES, 2015). A presença de um companheiro é considerada como fator de proteção psicossocial, pois pacientes que fazem o uso adequado do seu apoio familiar, através de seus recursos afetivos e cognitivos, apresentam baixos níveis de ansiedade (ALMEIDA et al., 2011).

Considerando isto, o profissional deve ter ciência de que os familiares representam grandes aliados na luta contra a obesidade e, ao promover suporte social compatível com as necessidades de cada paciente, haverá reflexo na saúde e na qualidade de vida. Assim, a presença do familiar nas intervenções e consultas pode sensibilizar o ente familiar a fornecer suporte social mais adequado aos pacientes, contribuindo também para a diminuição do risco de ganho de peso no pós-operatório (ABREU-RODRIGUES, 2015).

Na questão sobre a indicação clínica para cirurgia bariátrica, foi observado frequência de acertos superior a 80% nos grupos, indicando que os pacientes são cientes da necessidade de buscar outros tratamentos convencionais antes de optar pela cirurgia bariátrica. Devido ao fato de existirem diversos tratamentos para a obesidade que não são invasivos, a cirurgia bariátrica é ofertada somente quando há falha nessas terapêuticas convencionais. Portanto, é de extrema importância que a educação durante o preparo pré-operatório seja abrangente com inclusão dos riscos, benefícios e complicações da cirurgia bariátrica, além da oferta das terapias convencionais (EGGERS et al., 2007; CAMOLAS et al., 2016).

Com relação à questão sobre os objetivos do período pré-operatório, ambos os grupos tiveram mais de 70% de acertos, porém, houve diferença estatística significativa na evolução M2-M0 somente no grupo intervenção ($p=0,025$). O pré-operatório engloba a avaliação, diagnóstico e tratamento das condições clínicas associadas com o intuito de diminuir o risco cirúrgico e evitar possíveis complicações. Além disso, nesse período deve ser realizado o preparo e a orientação do paciente e familiar sobre os cuidados necessários no perioperatório (BRASIL, 2013).

Todo processo cirúrgico requer interação da equipe multiprofissional com o paciente e sua família para a promoção da saúde, por meio do ensino sobre a obesidade, o período perioperatório, procedimentos, o que será vivenciado no centro cirúrgico e os resultados esperados da intervenção

cirúrgica (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009; DUARTE et al., 2012). Tendo em vista que a cirurgia bariátrica envolve aspectos físicos, psíquicos e nutricionais, entre outros fatores, o paciente deve receber apoio e acompanhamento dos profissionais de saúde. Para isso, toda a equipe deve falar a mesma linguagem com o paciente e familiar, salientando que o sucesso do tratamento não depende apenas do comprometimento do mesmo, mas também da ausência de complicações clínicas, psicológicas e psiquiátricas, que podem surgir mesmo no pós-operatório tardio (MORALES et al., 2014).

Entender o procedimento ao qual será submetido reduz a ansiedade do paciente, permitindo um pós-operatório mais tranquilo e uma recuperação mais rápida e eficaz (DUARTE et al., 2012). O preparo pré-operatório deve promover a discussão sobre o melhor procedimento para o paciente, principalmente entre aqueles que apresentam IMC elevado e comorbidades associadas como hipertensão e diabetes. Esses momentos educacionais devem ser mantidos durante o 1º e 3º mês de pós-operatório, período em que há rápida perda de peso, sendo o melhor momento para orientação quanto ao tratamento e a identificação das expectativas de perda de peso a longo prazo (COTTAM et al., 2016).

No que se refere à cessação de consumo de tabaco e álcool no pré-operatório, os pacientes apresentaram conhecimento adequado (acima de 90% de acertos), sem diferença entre grupos significativa em que foi observado que a maioria dos pacientes não fazem uso de tabaco ou álcool. Estudo nos Estados Unidos identificou que 60% dos pacientes afirmaram utilizar essas substâncias durante a avaliação pré-operatória (CONASON et al., 2013) com predomínio em jovens do sexo masculino (KING et al., 2012). Embora a cessação seja recomendada aos candidatos à cirurgia bariátrica, o uso de substâncias como tabaco, álcool e outras drogas durante o pré-operatório foi significativamente associado à continuidade do uso no pós-cirúrgico (SAULES et al., 2010; KING et al., 2012; RAEBEL et al., 2014; LI et al., 2016).

Acredita-se que alguns pacientes obesos podem se tornar mais confiantes e socialmente ativos após a perda de peso, gerando maiores oportunidades para o uso de álcool e outras drogas (CHANGCHIEN et al., 2012). A educação dos pacientes deve incorporar materiais de prevenção para o início do uso de substâncias entre paciente não adeptos e reduzir e/ou cessar o consumo entre os pacientes ativos (LI et al., 2016).

Fumar é um fator de risco para o desenvolvimento de úlceras marginais entre pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Aproximadamente um terço dos pacientes que necessitam de cirurgia revisional para tratar úlceras marginais no pós-operatório eram fumantes regulares (WILSON et al., 2006; PATEL et al., 2009; AZAGURY et al., 2011). Embora o tabagismo possa otimizar a perda de peso em curto prazo, devido ao efeito da nicotina na supressão do apetite (ADAMS et al., 2012), a

orientação sobre o risco de fumar e a implementação de intervenções que possibilitem a cessação do tabagismo, devem ser fornecidas a todos os pacientes antes e após a cirurgia (LI et al., 2016).

Especificamente em relação ao consumo de álcool no pós-operatório, pacientes devem estar bem informados sobre aumento do risco à saúde associado ao consumo de álcool no pós-operatório devido à alta taxa de mortalidade de pacientes da cirurgia bariátrica por cirrose alcoólica (DINIZ et al., 2013). Além disso, no pré-operatório, os pacientes são orientados a evitar bebidas alcoólicas após a cirurgia bariátrica, tendo em vista que o álcool contém alta taxa calórica e pode causar danos às mucosas do aparelho digestivo, reduzindo a absorção de nutrientes (ZYGER et al., 2016).

Devido às alterações fisiológicas no trato gastrointestinal, no pós-operatório os pacientes ficam mais sensíveis ao efeito de substâncias lícitas ou ilícitas, o que pode predispor ao estado de embriaguez, mesmo quando o consumo é realizado em pequenas quantidades (BUFFINGTON et al., 2006; LI et al., 2016; ZYGER et al., 2016). Nos Estados Unidos, estudo identificou que 84% dos pacientes que ingeriram pequena dose de álcool apresentaram efeitos intoxicantes e 29% deles referiram que o efeito da embriaguez durou mais tempo quando comparado a eventos ocorridos no pré-operatório (ERTELT et al., 2008).

Neste estudo, pacientes revelaram acreditar que o tempo de preparo pré-operatório é semelhante para todos os indivíduos, o que pode ser observado no quantitativo de acertos inferior a 50%, e somente no grupo intervenção houve melhora no conhecimento (42,9% para 75%, $p=0,035$). Muitas vezes, as mudanças comportamentais exigidas e as avaliações pré-operatórias causam demora no processo, intensificando a demora e os sinais de insatisfação para as pessoas que têm pressa na resolução (CARDOSO; COSTA, 2013).

É responsabilidade da enfermagem informar os cuidados no pré-operatório imediato e o fluxo de rotina do hospital. Verificou-se que a maioria dos pacientes não tinham conhecimento adequado sobre o jejum, a aplicação de injeções de medicação anticoagulante e o encaminhamento do paciente do centro cirúrgico para a sala de recuperação. Houve diferença positiva na evolução M2-M0 na questão do jejum ($p=0,003$), medicação anticoagulante ($p=0,001$) e encaminhamento para sala de recuperação ($p=0,008$).

Mesmo que ainda não tenham tido a vivência em relação a esses cuidados, é importante que sejam informados antecipadamente para reduzir o medo e a ansiedade. É nítida a importância da contribuição da enfermagem no início, durante e após o término da cirurgia, através de cuidados básicos como verificação dos sinais vitais, monitoramento do paciente, manutenção do acesso venoso, administração de medicamentos e orientação do paciente e familiar (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011; HENRIQUES; COSTA; LACERDA, 2016).

Como medida profilática para a trombose venosa, os pacientes podem receber heparina de baixo peso molecular e meias de média compressão acima do joelho na noite anterior à cirurgia com uso contínuo por 10 dias de pós-operatório; utilizar dispositivos de compressão durante o procedimento cirúrgico; realizar exercícios motores ou caminhadas leves no pós-operatório mediato (SINHA et al., 2017). No presente estudo, foi identificado baixo percentual de acertos (inferior a 50%) no M0 sobre a prevenção de Trombose Venosa Profunda (TVP) e a necessidade de cuidados como deambulação precoce e uso de meias compressivas no pós-operatório, evidenciando que os pacientes acreditam que o ideal é permanecer no leito o maior tempo possível. No M2, os acertos do grupo intervenção evoluíram de 50% para 92,9% sobre o repouso ($p=0,001$) e de 71,4% para 100% em relação aos benefícios da caminhada e meias ($p=0,002$)

As complicações tromboembólicas ainda representam o evento mais associado a morbimortalidade no pós-operatório de pacientes com obesidade mórbida (SINHA et al., 2017). A deambulação precoce pode ser considerada o determinante mais importante para a segurança do paciente no pós-operatório hospitalar, por representar uma medida profilática que favorece a mobilidade inicial do intestino, contribui para a melhora das excursões diafragmáticas (refletindo na redução do risco de atelectasia pulmonar) e previne o desenvolvimento de TVP (BARRECA et al., 2016; SINHA et al., 2017).

Com relação à prática de exercícios respiratórios, os dois grupos tiveram acertos superiores a 90%, não havendo diferença significativa entre os momentos de coleta. O acompanhamento da fisioterapia no perioperatório da cirurgia bariátrica tem importância na recuperação da função pulmonar e na prevenção de complicações como embolia pulmonar, insuficiência respiratória, atelectasias, pneumonia e hipoventilação alveolar (TENORIO; LIMA; BRASILEIRO-SANTOS, 2010; DELGADO; LUNARDI, 2011; LITTLETON, 2012). Pacientes obesos mórbidos apresentam risco aumentado de hipoxemia no pós-operatório, o que pode causar maior incidência de complicações pulmonares pós-operatórias e aumento do tempo de permanência no hospital, o que reflete em custos mais elevados de saúde (NARDI et al., 2016). A terapia padrão utilizada rotineiramente é composta por deambulação precoce e exercícios respiratórios (respiração diafragmática, inspiração máxima sustentada, inspiração fracionado em três vezes) por causa das numerosas vantagens que ela oferece (CASALI et al., 2011; NARDI et al., 2016).

Na questão sobre a presença de riscos e complicações associados à cirurgia bariátrica e necessidade de reoperações, não houve diferença estatisticamente significante nos acertos sobre a existência de riscos (a frequência de acertos no M2 foi de 57,1% no grupo controle e 85,7% no grupo intervenção. Porém, com relação à possível ocorrência de rompimento das suturas do estômago e

necessidade de reoperação, observou-se melhora no conhecimento (M2-M0) somente entre os pacientes que tiveram acesso à cartilha com p-valor de 0,000 e 0,003, respectivamente.

A avaliação minuciosa dos riscos cirúrgicos presentes em cada paciente é importante para a tomada de decisão informada do paciente pelo tratamento cirúrgico da obesidade, além de direcionar a equipe multiprofissional na escolha de intervenções específicas que possam melhorar os resultados no preparo e após a cirurgia (GHONEIM; O'HARA, 2016).

As complicações relacionadas à cirurgia bariátrica estão aumentando devido à maior utilização do procedimento cirúrgico como método terapêutico e, também, devido às características clínicas que os obesos apresentam que dificultam o manejo hospitalar (WRZESINSKI et al., 2015). No pós-operatório, podem ocorrer complicações físicas e psicológicas. As físicas são representadas por complicações associadas ao ato cirúrgico (ruptura dos grampos, fístulas, vômitos, entallos, síndrome de dumping, hipoglicemias reacionais, queda de cabelo) ou a problemas tardios (desnutrição proteica e calórica, anemias, hipovitaminoses diversas) (MARTINS; ABREU-RODRIGUES; SOUZA, 2015).

As complicações psicológicas podem envolver o desencadeamento de transtornos de ajustamento, de quadros psiquiátricos graves e crônicos, de transtornos alimentares, de alcoolismo, de comportamentos impulsivos e de depressão. Para minimizar tais dificuldades e maximizar os resultados, faz-se necessário que os pacientes bariátricos mantenham, de forma contínua, o seguimento ao acompanhamento multidisciplinar com equipe especializada e bem treinada (MARTINS; ABREU-RODRIGUES; SOUZA, 2015).

Com relação aos acertos no M0 sobre questões que abordam cuidados com a dieta alimentar, como liberação médica para o início da dieta líquida (GC: 56,7%; GI 66,7%), progressão alimentar de acordo com a adaptação (GC: 56,7%; GI: 76,7%) e restrição a alimentos hipercalóricos e frituras nos primeiros seis meses (GC: 90%; GI: 90%), não houve diferença estatística. Porém, no M2, houve evolução nos acertos no grupo intervenção sobre dieta líquida (0,002) e progressão alimentar (p=0,025).

Durante o preparo pré-operatório, as informações relacionadas à nutrição devem ser priorizadas, tais como o cumprimento da dieta, hidratação e satisfação alimentar. As bebidas gaseificadas também são contraindicadas por causar dilatação gástrica (ZYGER et al., 2016). Os benefícios de seguir as orientações nutricionais estão associados à redução da incidência de perda de peso lenta, efeito platô, reganho ponderal, desidratação, dor, desconforto, indigestão, vômitos e síndrome de dumping. Entretanto, a capacidade de realizar as mudanças na dieta depende de fatores ambientais (estrutura da casa e da cozinha e a de disponibilidade de acesso próximo para compras de

alimentos); financeiros (capacidade de arcar com os custos relacionados à aquisição de proteína, vitaminas, frutas frescas e legumes); apoio familiar e psicológico (LEAHY; LUNING, 2015).

É imperativo que os pacientes tenham compreensão sobre as fases dietéticas do pós-operatório, bem como a necessidade com compromisso na escolha diária dos alimentos durante as refeições, pois indivíduos que não aderem à dieta alimentar estão em risco para o desenvolvimento de complicações relacionadas à nutrição, como deficiências em ferro, proteína, vitamina B12, ácido fólico, cálcio, entre outros macro e micronutrientes (BECKMAN; EARTHMAN, 2013; TAUBESCHIFF et al., 2016).

Acredita-se que a participação ativa no pós-operatório possibilita melhores resultados e estudo realizado em Israel corrobora com esta afirmação ao identificar que pacientes submetidos à gastrectomia vertical, acompanhados por 30 meses de pós-operatório, que participavam ativamente, iam às consultas regularmente e tinham acesso à equipe multiprofissional, tiveram melhor tolerância alimentar que o grupo que não participava dessas atividades (KEREN et al., 2011). A intolerância alimentar durante o pós-operatório de técnicas restritivas tende a melhorar ao longo do tempo. Contudo, se a intolerância persistir, o paciente pode apresentar deficiências nutricionais graves e comprometer a perda de peso e o estado de saúde (STUMPF et al., 2015). O apoio da equipe multiprofissional pode otimizar a tolerância alimentar, fazendo com que haja melhor grau de adaptação no pós-cirúrgico, com as recomendações e acompanhamento corretos (GODOY et al., 2012).

Outro ponto importante é a hidratação no período pós-operatório imediato. O percentual de acertos no M0 foi inferior a 20% em ambos os grupos e no M2 houve diferença significativa somente para o grupo intervenção, que evoluiu de 13,3% de acertos para 42,3%, $p=0,021$. A desidratação é comum após a cirurgia bariátrica, especialmente em cidades com climas mais quentes ou após a atividade vigorosa (KAAFARANI; SHIKORA, 2011). Os pacientes devem ser orientados sobre a ingestão constante de líquidos em horários determinados e em pequenos goles, em vez de tentar tomar grandes quantidades de uma só vez (KAAFARANI; SHIKORA, 2011; LEAHY; LUNING, 2015). Os sinais de desidratação são: boca seca, cansaço, sonolência, sede; oligúria, pele seca; dor de cabeça e tonturas (LEAHY; LUNING, 2015).

Uma questão que gera preocupação, é a crença dos pacientes sobre a normalidade da presença de náuseas e vômitos no pós-operatório. Dentre todos os participantes do estudo, (GC) e (GI), somente três consideraram errado apresentar vômitos e náuseas no M0 enquanto que, no M2, 46,4% dos indivíduos do grupo intervenção acertaram a questão, comparado a 3,6% do controle ($p=0,001$). A cirurgia bariátrica restringe a quantidade de alimento que um indivíduo pode consumir (CASSIN

et al., 2016). Com isso, existe maior probabilidade de ocorrências de vômitos, caso o paciente não respeite os sinais de saciedade do organismo durante as refeições.

Náuseas e vômitos são complicações que podem ocorrer em qualquer procedimento envolvendo manipulação gastrointestinal. Um estudo de coorte retrospectivo com 22.288 pacientes do pós-operatório, acompanhados durante um período de seis anos, identificou que náuseas e vômitos estão entre as complicações mais comuns, ocorrendo em uma frequência de 8,69 a 9,04% no primeiro mês após a cirurgia. Pacientes do sexo feminino e mais jovens representam dois fatores de risco independentes para náuseas e vômitos no pós-operatório (QUIDLEY et al., 2014).

Vômitos frequentes no pós-operatório podem estar associados ao ato de comer demais ou muito rápido. Certos alimentos, como pão, carne e frutas e legumes fibrosos, são mais difíceis de digerir e podem resultar em vômito se não forem consumidos com adequada mastigação (AILLS et al., 2008; RICKERS; MCSHERRY, 2012). É provável que esses eventos ocorram até o paciente se adaptar aos novos hábitos alimentares que são necessários no pós-cirúrgico. Se existe adesão à dieta com prática de mastigação correta e o vômito permanece, o ideal é que o paciente busque a equipe de cirurgia bariátrica para uma avaliação minuciosa do trato digestório (HASLAM et al., 2010; RICKERS; MCSHERRY, 2012).

Assim, muitas queixas, como engasgos, empachamentos e vômitos advinham de alterações deglutitórias e digestivas provocadas pelo mau funcionamento da mastigação (SILVA; TANIGUTE; TESSITORE, 2014). O padrão mastigatório do obeso mórbido é descrito, em sua maioria, como muito rápido, priorizando movimentos verticais e com bolo alimentar grande indicando escassez de mastigação (GONÇALVES; CHEHTER, 2012). Tais características mastigatórias prejudicarão potencialmente a adaptação alimentar do paciente submetido à cirurgia bariátrica, propiciando os engasgos, empachamentos, entallos e vômitos. Assim, a função mastigatória tem grande importância para o paciente obeso candidato à cirurgia bariátrica, para que ocorra adaptação do indivíduo na evolução das dietas (SILVA; TANIGUTE; TESSITORE, 2014).

Os protocolos de preparo dos pacientes evidenciam a importância na mudança de comportamento alimentar desde o pré-operatório com a reeducação mastigatória. O exercício da mastigação irá contribuir para melhor adaptação à nova condição anatômica do tubo digestivo, evitando o desencadeamento de desvios alimentares, fato que poderia causar prejuízo na qualidade de vida do paciente operado (HYVARINEN et al., 2015; STUMPF et al., 2015; PASSERI et al., 2016).

Assim, é imperativo a contribuição da fonoaudióloga com atuação desde o pré-cirúrgico, pois esses pacientes necessitarão de uma adaptação a essa nova maneira de ingestão dos alimentos, atentando para particularidades da mecânica mastigatória, envolvendo a participação de todos os

órgãos fonarticulatórios (SILVA; TANIGUTE; TESSITORE, 2014). Faz-se necessário orientar o candidato à cirurgia quanto a um novo padrão mastigatório, esclarecendo que não basta "mastigar devagar", é necessária a completa degradação do alimento na boca a fim de favorecer todo o processo digestivo, contribuindo com o aumento da velocidade de passagem do alimento pelos compartimentos digestivos sem agredi-los, o que pode evitar dor e desconfortos (GONÇALVES; CHEHTER, 2012).

Na questão sobre o uso contínuo da suplementação vitamínica, frequência de acertos em ambos os grupos acima de 70%, porém, o GI apresentou maior quantidade de acertos no M2 ($p=0,20$). A perda rápida de peso contribui não só para a redução dos níveis corporais, mas também de massa magra, sendo necessária a suplementação nutricional no pós-operatório (VALDERAS et al., 2014; MUSCHITZ et al., 2015). O preparo pré-operatório com orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, ingestão de proteínas, níveis adequados de vitaminas e sais minerais e prática de exercício físico é fortemente recomendado para otimizar a perda de peso a longo prazo (LANZARINI et al., 2015; MCGRICE; DON PAUL, 2015).

O uso da suplementação de forma preventiva deve compor o protocolo de atendimento de todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. O tratamento das deficiências nutricionais deve considerar megadoses de micronutrientes devido à menor biodisponibilidade em decorrência das alterações fisiológicas proporcionadas pelas técnicas cirúrgicas (BORDALO et al., 2011; TEDESCO et al., 2016). O início do uso ou da reposição de ferro de forma isolada tem sido recomendado logo após a alta hospitalar, ou após 48h da operação (BORDALO et al., 2011; TEDESCO et al., 2016). Entretanto, a suplementação nutricional, embora muito enfatizada, ainda representa obstáculo para o sucesso do tratamento cirúrgico da obesidade devido aos fatores socioeconômicos, como discutido anteriormente.

No que se refere à escovação de dentes após os vômitos, entre os momentos M0-M2, o grupo controle apresentou 10% de acertos, respectivamente. Já o grupo intervenção, no M0, foi de 16,7% e passou para 92,9% no M2, $p=0,000$. Sabe-se que a presença de vômitos frequentes com imediata escovação dos dentes pode aumentar a perda mineral devido à perda de cálcio no esmalte dos dentes, levando à hipersensibilidade dentária que poderá repercutir na qualidade de vida do paciente (LUSSI; CARVALHO, 2014). Apesar da sensação ruim devido ao gosto desagradável na boca, é recomendável que os pacientes aguardem 20 a 30 minutos para escovar os dentes.

No pós-operatório, o paciente pode apresentar episódios de depressão, compulsão por compras, bebida e comida ou outro transtorno psicológico, sendo importante que os pacientes sejam orientados no pré-operatório sobre a ocorrência desses eventos. Observou-se que, no M0, ambos os grupos apresentaram acertos inferiores a 40% (GC: 35,7%; GI: 28,6%). No M2, a frequência de

acertos foi de 53,6% no grupo controle e 89,3% no grupo intervenção, havendo diferença significativa somente para os participantes do grupo intervenção ($p=0,002$).

Estudo realizado no Brasil identificou que 20% dos ex-obesos submetidos à cirurgia bariátrica apresentam posteriormente algum tipo de comportamento compulsivo no pós-operatório, como o alcoolismo, o abuso de cigarro e outras drogas, de jogos ou de sexo (GURFINKEL, 2011). Isso é chamado de "transferência de adicção" em que o alimento passa a ser substituído por outra substância, como estratégia alternativa de escape, o que poderia favorecer, no pós-operatório, ao aumento do uso de substâncias psicoativas, em especial o álcool (ODOM et al., 2010). Além disso, vários pacientes continuam referindo, após a cirurgia, humor depressivo, baixa autoeficácia e consumos de alimentos não saudáveis de forma desordenada (RIEBER et al., 2013).

Tanto o comportamento alimentar como a depressão no período pós-cirúrgico se associam a uma menor perda de peso (GRADASCHI et al., 2013; SOUSA et al, 2014; CONCEIÇÃO et al., 2014; MEANY; CONCEIÇÃO; MITCHELL, 2014). Estudo demonstrou a associação entre aumento de peso após a cirurgia e episódios de ingestão alimentar compulsiva, preocupações com a imagem corporal e sintomas depressivos (RAMALHO et al., 2014), o que alerta para a necessidade do suporte profissional no pós-operatório (HÜNNEMEYER; HAIN; WILD, 2013).

Com relação ao acompanhamento com a equipe multiprofissional, os dois grupos tiveram acertos superiores a 75% em ambos os momentos de coleta de dados. É importante que a equipe de cirurgia bariátrica seja capaz de manter o paciente vinculado ao serviço (SOUSA; JOHANN, 2014). No pós-operatório, recomenda-se que o acompanhamento seja sistemático e frequente no primeiro mês e evolua, gradativamente, respeitando as demandas de cada paciente para consultas mensais, trimestrais e semestrais, nos primeiros dois anos. Após esse período, indica-se que, por toda a vida, sejam realizadas anualmente consultas de controle com todas as especialidades (BRASIL, 2013).

Estudos apontam que a perda de seguimento com as equipes de saúde, além de ser uma realidade no pós-operatório, está relacionada ao reganho de peso e surgimento de mais complicações. A manutenção do acompanhamento anual é indicada como uma das maneiras mais eficientes para diminuição do risco de reganho de peso (REIS et al., 2012; JEREMY et al., 2013; ENDEVELT et al., 2013), além de contribuir para a avaliação de deficiências nutricionais, recorrência de comorbidades e complicações cirúrgicas (JEREMY et al., 2013; ENDEVELT et al., 2013).

Nas questões que abordam o sucesso da cirurgia com relação ao maior período de perda de peso e a manutenção da perda ao longo do tempo, houve diferença estatisticamente significativa em relação à comparação de acertos entre M0-M2 no grupo controle ($p=0,025$) e grupo intervenção ($p=0,002$). A cirurgia bariátrica tem se inovado ao longo dos anos e sua técnica tem se tornado cada vez menos invasiva, propiciando rápida e melhor recuperação (BARROS et al., 2015).

O principal objetivo da cirurgia bariátrica não é só a perda de peso, mas também a manutenção da perda. O objetivo secundário é possibilitar a mudança no comportamento alimentar e prática de exercícios para promover um estilo de vida mais saudável (JEREMY et al., 2013). A cirurgia bariátrica possibilita modificação nos hábitos alimentares pela ingestão de alimentos em pequenas quantidades e menor valor calórico (REGO et al., 2017).

Porém, o sucesso da cirurgia bariátrica a longo prazo e a redução do reganho de peso depende da adesão do paciente aos cuidados no pós-operatório (GROLLER et al., 2017), estando associada às diferenças na adesão às recomendações do pós-operatório, com destaque para a alimentação saudável e prática de atividade física, tendo em vista que as alterações fisiológicas impostas pela cirurgia não garantem resultados de perda ponderal a longo prazo (KOTTINEN et al., 2015; BERGH et al., 2016).

O paciente deve ter ciência que ocorrerá uma perda ponderal drástica nos primeiros 6 a 12 meses de pós-operatório devido às alterações no trajeto gastrointestinal que favorecem a redução de peso a curto prazo, resultando na eliminação de cerca de 20 a 35% do peso pré-operatório (STEVENS et al., 2012; COURCOULAS et al., 2013; CASSIN et al., 2016; BERGH et al., 2016). Entretanto, a perda e manutenção do peso variam consideravelmente entre os pacientes, estando relacionadas, principalmente, com a modificação dos comportamentos alimentares não saudáveis (COURCOULAS et al., 2013; CASSIN et al., 2016; BERGH et al., 2016) e também da participação em grupos de apoio e da prática de atividade física regular com educador físico (ENDEVELT et al., 2013).

Em geral, as recomendações para uma vida saudável incluem o aumento do consumo de frutas e vegetais, redução ou eliminação de alimentos ricos em gorduras saturadas, redução do estresse e participação em 30 minutos ou mais de exercícios físicos por dia, para atingir o peso corporal ideal. Maior atividade física melhora a composição corporal em pacientes do pós-operatório (GLATT; SORENSON, 2011).

Aproximadamente em 24% dos pacientes, o reganho de peso pode ser comparado ao peso inicial, ou seja, o peso do pré-operatório pode retornar com três anos de pós-operatório (COURCOULAS et al., 2013; CASSIN et al., 2016; BERGH et al., 2016). Uma explicação para a variabilidade dos resultados pós-cirúrgicos entre pacientes é que a cirurgia não envolve diretamente os fatores psicológicos que contribuem para o desenvolvimento e manutenção da obesidade como depressão, ansiedade e raiva que levam a comportamentos alimentares inadequados (CASSIN et al., 2016).

É importante preparar o paciente para alterações físicas e comportamentais que podem ocorrer após a cirurgia (LEMANU et al., 2012). No pós-operatório, é normal haver mudanças no gosto (paladar) e no cheiro (olfato) dos alimentos; aumento no número de evacuações diárias com fezes e gases com forte odor; aumento do suor e feridas nas regiões onde há excesso de pele. A questão que

aborda esse assunto teve 42,9% de acertos no M0 e 39,3% no M2 no grupo controle ($p=1$) enquanto que, no grupo intervenção, foi identificado percentual de acertos de 42,9% no M0 e 92,9% no M2 ($p=0,000$).

Como as gorduras são pouco absorvidas, as fezes são mais frequentes e possuem odor muito fétido (TAKAHASHI, 2007). Queixas como intolerância ao frio, queda de cabelo, fadiga e pele seca ocorrem devido à diminuição da taxa metabólica basal (LOPEZ et al., 2013). O hipometabolismo é comum durante os primeiros seis meses após a cirurgia bariátrica e esses efeitos tendem a diminuir à medida que a perda de peso se estabiliza (GLATT; SORENSON, 2011).

A perda de peso no pós-operatório contribui para a melhora das comorbidades associadas à obesidade. Nessa questão, tanto o GC como GI apresentaram baixo percentual de acertos quanto à cessação somente após a liberação médica dos medicamentos utilizados para o controle das comorbidades. A perda ponderal reflete na melhora da resistência à insulina, redução da adiposidade e maior controle metabólico, diminuindo os fatores de risco cardiovasculares (RAJEWARAN et al, 2013; TEDESCO et al., 2016; TAUBE-SCHIFF et al., 2016). Resultados apontam para melhora ou remissão de HAS, DM e dislipidemia em apenas três meses de pós-operatório (VARGAS et al, 2012; TEDESCO et al., 2016; TAUBE-SCHIFF et al., 2016). No caso da diabetes, a normalização da glicemia ocorre antes mesmo da perda de peso, estando associada às mudanças na regulação dos hormônios envolvidos no controle da sinalização e sensibilidade da insulina (CHO, 2014; PAJECKI et al., 2015; SILVA et al., 2016).

Com a melhora do metabolismo, ocorre a redução no uso de medicamentos para tratamento e controle de comorbidades associadas à obesidade (CREMIEUX et al., 2010; GHIASSI et al., 2012; TAUBE-SCHIFF et al., 2016), reduzindo os custos relacionados à compra de medicamentos (GHIASSI et al., 2012). Entretanto, os pacientes devem ser orientados a cessar a medicação somente após a liberação do médico (CREMIEUX et al., 2010; GHIASSI et al., 2012).

Quanto ao conhecimento de uma das complicações mais comuns, que é a síndrome de dumping, houve diferença entre os grupos em que a variação de acertos foi de 53,6% (M0) para 50% no grupo controle ($p=1$) e 46,4% para 96,4% no grupo intervenção ($p=0,000$). Essa síndrome é caracterizada por sintomas vasomotores e gastrointestinais ocasionados pelo rápido esvaziamento gástrico após a ingestão de alimentos ou à exposição súbita do intestino delgado aos nutrientes (HAMAD, 2004; RICKERS; MCSHERRY, 2012; NEFF; LE ROUX, 2013; TACK; DELOOSE, 2014). Para alguns pacientes, é vista como um efeito colateral benéfico da cirurgia bariátrica, uma vez que pode dissuadir o indivíduo a consumir alimentos com alto teor de gordura ou açúcar, o que favorece a perda de peso (HAMAD, 2004; RICKERS; MCSHERRY, 2012). Pode ser diagnosticada

através da aplicação de questionários como o Escore de Sigstad e questionário de Arts, baseados em pontuações para classificação de intensidade e ocorrência de sintomas (CHAVES et al., 2016).

A apresentação clínica da síndrome de dumping inclui sintomas que podem iniciar em menos de 30 minutos, que são representados pela necessidade de deitar, palpitação, hipotensão, taquicardia, fadiga, síncope, tremor, sudorese, dor de cabeça, rubor facial, calor, sensação de saciedade, dor e plenitude epigástrica, diarreia, náusea, vômito, cólica, inchaço, e borborigmo), podendo prosseguir, entre 90 min a 3 h, para os sintomas tardios como transpiração, tremor, dificuldade em concentrar-se, perda de consciência e fome devido à alta secreção de insulina, provocando a hipoglicemia (RICKERS; MCSHERRY, 2012; NEFF; LE ROUX, 2013; TACK; DELOOSE, 2014; CHAVES et al., 2016). É importante a realização de pesquisas voltadas para indivíduos obesos e submetidos à cirurgia bariátrica visando a orientação e sensibilização das pessoas sobre as complicações que podem ocorrer no pós-operatório, com destaque para a síndrome de dumping com suas possibilidades de diagnóstico e tratamento (CHAVES et al., 2016).

Na questão sobre queda de cabelo, unhas quebradiças e pele ressecada ocorrerem devido à diminuição de nutrientes no organismo, o percentual de acertos nos grupos durante o M0 foi inferior a 70% e somente no grupo intervenção houve diferença estatisticamente significativa com aumento dos acertos (M0=60,7; M2=96,4, $p=0,002$). Isso é normal e temporário, podendo acontecer entre o 3º e o 10º mês de pós-operatório (LOPEZ et al., 2013; NEFF; LE ROUX, 2013).

As mudanças no hábito alimentar na fase pós-cirúrgica são fatores que contribuem para o surgimento das deficiências de vitaminas e minerais. A redução da ingestão de alimentos ricos em ferro associada com as alterações fisiológicas promovidas pela operação com o tempo de trânsito gastrointestinal diminuído e, conseqüente, má absorção de nutrientes, escolha de alimentos com baixo teor nutritivo, dificuldade em tolerar certos alimentos e redução do tamanho das porções podem contribuir para ocorrência de deficiências nutricionais no pós-operatório (RICKERS; MCSHERRY, 2012; NEFF; LE ROUX, 2013; FAE; LIBERALI; COUTINHO, 2015).

As deficiências costumam ser de vitaminas lipossolúveis e minerais. As mais comuns são a vitamina B12, folato, zinco, tiamina (vitamina B1), vitamina A e vitamina E. Encefalopatia aguda de Wernicke secundária, a deficiência de tiamina e vitamina B12 pode, independentemente da instituição do tratamento, induzir dano permanente ao paciente (OWERS et al., 2012; RICKERS; MCSHERRY, 2012; PADWALL et al., 2013; RAMOS et al., 2015). O déficit nutricional pode estar associado à falta de alimentação e suplementação adequadas no período pré-operatório (CARVALHO et al., 2011; RICKERS; MCSHERRY, 2012). É importante detectar as deficiências nutricionais no período pré-operatório para evitar dificuldades no tratamento no pós-operatório e, também, para não atribuir

equivocadamente a deficiência de micronutrientes à intervenção cirúrgica (SHANKAR; BOYLAN; SRIRAN, 2011; OWERS et al., 2012; NICOLETTI et al., 2013).

A ingestão suficiente de micronutrientes a partir da alimentação é a forma mais natural de manter as reservas em níveis desejáveis. Porém, pacientes que realizam a cirurgia bariátrica necessitam de uma dosagem diária de polivitamínico/mineral para garantir um aporte adequado. Portanto, tem sido recomendado iniciar a suplementação logo após a alta hospitalar (AILLS et al., 2008; KAAFARANI; SHIKORA, 2011; RICKERS; MCSHERRY, 2012; NEFF; LE ROUX, 2013). Pacientes que não retornam para o acompanhamento no pós-operatório estão em maior risco de desenvolver deficiências nutricionais (ENDEVELT et al., 2013).

Com relação ao conhecimento dos pacientes, foi possível observar melhora do nível de conhecimento entre os participantes da intervenção. Entretanto, paciente informado não significa paciente preparado, pois, muitas vezes, a informação por si só não é suficiente para promover as mudanças de comportamento necessárias (BERARDINELLI et al., 2014; MARTINS; ABREU-RODRIGUES; SOUZA, 2015). Somente a informação, compartilhada nas intervenções educativas, por si só não modificará os comportamentos em relação à situação-problema. Embora o conhecimento seja uma condição necessária para que ocorra o processo de mudança de certa prática ou comportamento, outras variáveis, como a atitude, terão de ser mudadas para que determinado comportamento de risco seja modificado (CARVALHO, 2002; FREIRE, 2011).

É preciso destacar também que, independente do nível de conhecimento, os pacientes apresentam atitude positiva frente aos cuidados necessários no perioperatório da cirurgia bariátrica, sendo importante a avaliação, na prática, do seguimento das orientações diante do seu contexto biopsicossocial.

Educar as pessoas não deve ser visto como uma forma de depositar conhecimentos e valores, mas sim como uma ação centrada na problematização do cotidiano, na experiência individual, familiar e de grupos sociais e no respeito às diferenças culturais (ALVES; AERTS, 2011). Tornar o paciente ativo e participativo no processo do cuidado por intermédio da educação em saúde, possibilitará que o indivíduo tenha mais interesse pela busca de conhecimento sobre o funcionamento do próprio corpo e as doenças as quais está sujeito, reduzindo os índices de morbimortalidade e melhora a qualidade de vida (ARANTES et al., 2015). No caso da cirurgia bariátrica, a participação em intervenções educativas desperta o indivíduo para a busca de informações sobre o tratamento cirúrgico incluindo indicações, benefícios, riscos, complicações e cuidados necessários no perioperatório.

4) Contribuição de intervenções educativas com uso de tecnologias no preparo do paciente para a cirurgia bariátrica

A utilização de tecnologias educacionais validadas atribui maior qualidade e segurança ao processo de ensino-aprendizagem e à comunicação na assistência em saúde, reforçando a confiabilidade das orientações apresentadas, além de salientar o grau de coerência das informações em atender o objetivo proposto, sendo um ganho importante para o público-alvo e para o profissional educador (ALBUQUERQUE et al., 2016). Entende-se que o enfermeiro como educador deve desenvolver implementar estratégias educativas que facilitem a aprendizagem significativa (LITWIN, 2001; SOUZA et al. 2005). Com isso, tecnologias educacionais no cuidado da enfermagem representam importante ferramenta na assistência ao indivíduo, possibilitando o desenvolvimento de formas inovadoras de cuidado, favorecendo o trabalho desses profissionais no estímulo ao autocuidado e no desenvolvimento de competências (LITWIN, 2001; HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010; BERARDINELLI et al. 2014).

São facilitadoras do diálogo, do fortalecimento do vínculo paciente-enfermeiro, bem como da formação de consciência crítica/orientada para uma vida saudável (ALBUQUERQUE et al., 2016). Sua função é potencializar as habilidades do indivíduo e/ou auxiliar na aquisição de novas atitudes buscando a transformação de si mesmo (BERARDINELLI et al., 2014) e seu uso auxilia no entendimento de informações entre paciente e familiares, tornando comum algo estranho ou de difícil compreensão (BARROS et al., 2012), o que contribui para a reconstrução de novos significados de indivíduo, numa compreensão do outro e de si mesmo (BERARDINELLI et al. 2014).

Uma das formas de atingir a efetividade da orientação aos pacientes é o uso de tecnologias explicativas e ilustrativas, pois transmitem as informações com maior clareza e tornam mais fácil o entendimento (ARANTES et al., 2015). Nesse contexto, dentre as tecnologias educacionais, os materiais educativos impressos como cartilhas são ferramentas facilitadoras do processo de ensino-aprendizagem, sendo reconhecidamente utilizadas nas intervenções educativas por possibilitarem a aquisição, aproveitamento e aprofundamento de conhecimentos, de domínio, de habilidades e de tomada de decisão (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Cartilhas são consideradas como recurso pedagógico de baixo custo e facilmente disponibilizada que possibilita a interação dialógica entre enfermeiro/paciente, favorecendo a construção de um conhecimento (BARROS et al. 2012). Seu uso é justificado para o reforço às orientações verbais, servindo como guia de informações para esclarecimento de dúvidas que possam vir a existir e auxiliando no enfrentamento e na busca de soluções de problemas de saúde apresentadas pelo indivíduo (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003).

Assim, cartilhas representam importantes ferramentas no processo de educar, não apenas por promover a mediação de conteúdos de aprendizagem, mas também por funcionarem como recurso de fácil acesso à informação, sendo possível ao paciente e sua família consultá-lo sempre que acharem necessário, inclusive em domicílio (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003). Entretanto, apesar das cartilhas serem amplamente utilizadas em intervenções educativas a fim de favorecer o processo de ensino-aprendizagem, sua aplicabilidade está passível de limitações relacionadas à habilidade de leitura e ao nível de escolaridade do leitor (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ECHER, 2005), sendo necessário estudos que comprovem a sua efetividade junto ao público que se destina com o intuito de garantir sua validade clínica.

Para esse estudo, utilizou-se a cartilha educativa “*Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável*” que aborda informações do perioperatório da cirurgia bariátrica. Os resultados da intervenção educativa demonstraram que essa tecnologia educacional é válida clinicamente para ser utilizada durante o cuidado ao paciente obeso tendo em vista que a média do número de acertos do teste de conhecimento aumentou de 21,07 ($\pm 5,82$) para 31,1 ($\pm 2,96$) com reflexo na perda de peso, melhora da qualidade de vida e da autoeficácia e diminuição dos níveis de ansiedade e depressão.

Outras experiências exitosas foram identificadas na literatura científica, tais como ensaio clínico randomizado controlado para avaliar a eficácia da cartilha “*Cirurgia ortognática para pacientes*” na redução de sinais e sintomas perioperatórios em pacientes submetidos à cirurgia ortognática com 20 pacientes em cada grupo (experimental e controle), com seguimento de 45 dias. O uso da tecnologia foi efetivo para o conhecimento dos pacientes sobre a cirurgia e o autocuidado. Em relação ao teste de conhecimento, observou-se melhora significativa do conhecimento no grupo experimental ($p=0,000$), o Inventário de ansiedade IDATE estado não apresentou diferença estatística entre a evolução nos dois grupos ($p=0,818$), e também no IDATE traço ($p=0,906$). Na avaliação dos sinais e sintomas, não se observou diferença significativa entre a evolução dos grupos em todos os itens avaliados, mas notou-se no grupo experimental reduções mais expressivas entre o primeiro e segundo retorno (SILVA, 2016).

Em Fortaleza (CE), estudo do tipo quase experimental de grupo único aplicou a cartilha sobre prevenção de recorrência de acidente vascular cerebral com 87 pacientes com avaliação da apreensão do conhecimento pós-cartilha imediatamente e com 30 dias. No pós-teste tardio, conhecimento foi 5,25 (IC=5,02-5,49), atitude 2,00 (IC=2,00-2,00) e prática 9,91 (IC=9,59-10,23) e os resultados evidenciaram que a cartilha educativa promoveu conhecimento, atitude e prática adequada em pacientes sobre AVC, com vistas à prevenção da recorrência (MANIVAS, 2016).

Estudo transversal realizado em Fortaleza com 130 portadores de HIV/Aids, que analisou a eficácia de cartilha na realização do exame saúde ocular. Primeiramente, os participantes realizaram

o autoexame com a cartilha e, em seguida, o pesquisador realizava a avaliação ocular pelos pesquisadores com o intuito de comparar os resultados obtido. Foi identificada semelhança nos resultados encontrados no exame, tanto com os pacientes como com os profissionais de saúde ($p > 0,140$), exceto pela avaliação da pálpebra direita em estrutura ocular externa ($p = 0,036$). A cartilha foi considerada adequada para o entendimento do texto e adequação das ilustrações, além de representar um material auxilia no desenvolvimento adequado do autoexame ocular (NASCIMENTO et al., 2012).

Na Colômbia, ensaio clínico controlado, aleatorizado, sem cegamento, que avaliou a efetividade de programa educativo de enfermagem (encontros educativos, visitas domiciliárias, tele-enfermagem e cartilha impressa “*Desenvolvendo comportamentos de tratamento: uma maneira de enfrentar os problemas cardíacos*”) na melhora do comportamento de autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca com 33 indivíduos no grupo experimental e 30 no grupo controle, acompanhados por nove meses. Foi identificado melhora no autocuidado dos pacientes do grupo experimental (66%) quando comparados com o controle (26,6%) com acréscimo de, pelo menos 20% da pontuação de autocuidado ($p < 0,001$) (RODRIGUEZ-GAZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTES, 2012).

Os resultados desses estudos sugerem que programas educativos têm como finalidade não apenas melhorar condutas para o autocuidado, mas igualmente favorecer os comportamentos que influem na doença. Os autores afirmam que materiais impressos são essenciais na estratégia de adesão do paciente às atividades propostas nos programas de orientações, facilitando a assimilação do montante de informações oferecidas (RODRIGUEZ-GAZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTES, 2012).

Ensaio clínico randomizado, na Noruega, com pacientes do pós-operatório de cirurgia cardíaca, analisou as características da dor, ingestão de analgésico e impacto de intervenção educativa com livreto no controle da dor. O grupo intervenção recebeu cuidados habituais, além de folheto na alta com acompanhamento telefônico de suporte no dia 10 pós-operatório. Os resultados demonstram que dor pós-operatória e uso inadequado de analgésicos foram problemas frequentes entre os participantes, independentemente da alocação do grupo, e não houve diferença estatística do nível da dor entre os grupos. Os autores indicam que é necessária investigação mais aprofundada das estratégias de monitoramento e/ou de autogestão pós-alta (BJØRNNES et al., 2017).

Nos Estados Unidos, ensaio clínico randomizado que analisou a contribuição de intervenção centrada no paciente afro-americano para a tomada de decisão pela cirurgia de correção de joelho. O grupo controle recebeu impresso educativo que não continha informações específicas enquanto que o grupo experimental assistiu a vídeo educativo junto com breve sessão de aconselhamento baseado

na entrevista motivacional. Na linha de base, as chances de escolha pela cirurgia ortopédica não diferiram entre os dois grupos de estudo (36%, 90 de 253 do grupo controle, 32%, 76 de 240 do grupo de tratamento, Odds Ratio (OR), 0,81; IC 95%, 0,56-1,18; $p = 0,277$). Após 12 meses de acompanhamento, o aumento percentual da disposição para se submeter a cirurgia não diferiu entre os pacientes nos grupos de tratamento e controle (29%, 49 de 174 no grupo de tratamento, 27%, 51 de 191 no grupo controle, OR, 1,10; $p = 0,679$). Os autores concluíram que a combinação de ajuda na tomada de decisão e estratégia de entrevista motivacional não foi melhor do que o impresso educativo na melhoria da preferência dos pacientes em relação à cirurgia de substituição articular para o joelho (VINA et al., 2016).

Na Finlândia, ensaio clínico randomizado duplo cego foi realizado para avaliar o impacto de intervenção educativa pré-operatória no nível de conhecimento de pacientes com estenose espinhal com acompanhamento de seis meses (no pré-operatório, na admissão e alta hospitalar e com três e seis meses de pós-operatório). Todos os pacientes ($n=100$) receberam a educação pré-operatória de rotina de acordo com as diretrizes do hospital com orientações verbais com o cirurgião sobre estenose espinhal, opções de tratamento disponíveis, complicações e resultados cirúrgicos, orientações verbais com a enfermeira e entrega de material impresso sobre o preparo para a cirurgia. Qualquer dúvida que os pacientes tinham, no momento, foram esclarecidas durante esses encontros. O grupo experimental foi submetido à Intervenção de Feedback do Teste de Conhecimento, consistindo em inquérito telefônico poderoso baseado no conhecimento existente dos pacientes. Na linha de base, a média de acertos foi de $13,4 \pm 3,9$ para GI e $13,9 \pm 4,5$ para GC, $p=0,536$. Na última avaliação, houve aumento significativo no nível de conhecimento dos pacientes que receberam a intervenção (GC: $14,6 \pm 3,9$ vs. $20,3 \pm 4,5$, $p=0,000$) (KESÄNEN et al., 2016).

Na Bulgária, ensaio clínico para determinar a influência do programa de reabilitação fisioterápica associado a impresso educativo (experimental – $n=20$) no pós-operatório de cirurgia de coluna, quando comparado com os cuidados de rotina (sem instruções escritas – $n=10$), verificou que houve melhoria significativa na recuperação dos dois grupos para todos os exercícios realizados ($p<0,001$), porém, a transferência no leito no momento da alta ($p <0,05$) e após um mês de PO ($p <0,01$) foi melhor no grupo intervenção, demonstrando que o programa de reabilitação precoce com exercícios terapêuticos e impresso melhora habilidades em atividades básicas (BIZHEVA et al., 2016). Na França, ensaio clínico para avaliar o impacto de impresso com informações biopsicossociais comparado ao impresso com informações biomédicas sobre o medo entre 129 pacientes de discectomia lombar evidenciou que o índice de medo sobre a realização de atividade física foi menor no grupo experimental após dois meses de PO ($p<0,008$), sendo uma ferramenta eficaz para educação do paciente (CLAUS et al., 2017).

Em Israel, estudo de coorte, controlado e multicêntrico com 520 pacientes do pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio no grupo controle e 504 pacientes no grupo intervenção, evidenciou que as taxas de participação na reabilitação cardíaca foram 16,5% (86/520) para o grupo controle e 31% (156/504) para o grupo intervenção ($p < 0,001$). Os cuidados de rotina foram representados por seminário de 60 minutos fornecido pela equipe médica com ênfase nos benefícios da reabilitação cardíaca. Os pacientes do grupo intervenção receberam material escrito e explicações orais sobre benefícios de reabilitação cardíaca e elegibilidade, além de atendimento telefônico de seguimento de duas semanas após a alta hospitalar (DANKNER et al., 2015).

Outro estudo nos Estados Unidos do tipo quase-experimental realizado com pacientes do pré-operatório que receberão anestesia com bloqueio regional no centro cirúrgico, para avaliar o efeito da intervenção educativa para obtenção do consentimento informado com cartilha, identificou queda de 14,8% ($p < 0,001$) nos atrasos nas salas de cirurgia (BROOKS et al., 2016). Em Singapura, ensaio clínico randomizado comparou a satisfação de 42 pacientes e a recordações das informações sobre exercícios fisioterápicos para cirurgia de quadril entre grupo controle (cartilha) e grupo (multimídia via iPad). As sessões educativas foram realizadas nas primeiras quatro sessões de fisioterapia pós-operatória. Em ambos os grupos, os participantes apresentaram apreensão das informações. Entretanto, o uso de iPad foi mais eficaz para melhorar a recordação (4,0 pontos mais alto, $p < 0,001$) e a satisfação (8,5 pontos a mais, $p < 0,001$) do paciente (DALLIMORE et al., 2016).

No Canadá, ensaio clínico randomizado para avaliar a efetividade de impresso cirúrgico sobre riscos associados à cirurgia do túnel do carpo, demonstrou que a recordação das informações no pós-operatório foi melhor no grupo intervenção (com impresso) em relação ao grupo controle (sem impresso) ($p < 0,05$). O acesso ao material foi associado a melhor recuperação ($2,45 \pm 1,13$ vs. $0,77 \pm 0,91$; $p < 0,01$) (WONG et al., 2014). Na Austrália, estudo quase-experimental para avaliar o efeito de impresso educativo (com conselhos sobre cessação e riscos perioperatório associados ao fumo) na cessação de tabagismo entre pacientes na lista de espera de cirurgia eletiva, evidenciou melhora de 8,6% na abstinência com tempo ≥ 1 mês de abstinência no dia da cirurgia ($p=0,03$) (WEBB et al., 2014).

No Reino Unido, ensaio clínico randomizado e controlado randomizado, foi realizado para determinar se o resultado funcional da cirurgia da coluna vertebral poderia ser potencializado por programa de reabilitação pós-operatória com entrega de cartilha “*Your Back Operation*” na alta hospitalar em comparação aos cuidados habituais. A intervenção foi aplicada após 6 semanas de pós-operatório, a qual continha 12 sessões educativas (MCGREGOR et al., 2012a), a qual evidenciou melhora na reabilitação quando comparado ao grupo controle (MCGREGOR et al., 2011). A cartilha foi bem avaliada pelos pacientes, a qual apresenta mensagens claras e importantes, porém, os mesmos

ressaltaram deficiências em relação ao conteúdo, particularmente no cuidado com a ferida operatória e ensino de exercícios para otimizar a recuperação (MCGREGOR et al., 2012b).

Foram encontrados também estudos específicos com a descrição de construção de tecnologias educativas para o cuidado da obesidade e a implementação de intervenções educativas entre pacientes da cirurgia bariátrica. A sensibilização dos pacientes quanto aos riscos cirúrgicos e o aumento do conhecimento sobre os tratamentos da obesidade pode instigar esses indivíduos a querer as informações de maneiras diversificadas, garantindo a melhor compreensão do processo cirúrgico (MORALES et al., 2014).

Em Ribeirão Preto (SP) foi desenvolvido e avaliado um *serious game* sobre alimentação saudável e exercício físico para promoção da saúde e auxílio ao enfrentamento da obesidade infantil, o qual foi avaliado positivamente, tanto em relação à jogabilidade e mecânica, quanto em relação ao conteúdo apresentado, destacando-se como uma estratégia potente para a promoção de saúde que é acessível para uso em escolas e unidades de saúde (DIAS et al., 2016).

No Crato (CE), foi desenvolvida a cartilha educativa “*Adquirindo hábitos de vida saudáveis*” para promoção da saúde de adultos, diagnosticadas ou não com síndrome metabólica, mas que possuem hipertensão, diabetes, sobrepeso e/ou dislipidemias e que querem melhorar a saúde. Acredita-se que a tecnologia venha a ser uma importante ferramenta de auxílio às equipes de saúde da atenção primária, principalmente para o enfermeiro, na orientação aos pacientes para modificação de hábitos de vida (MORAIS et al., 2017).

Em Porto Alegre (RS) foi realizada pesquisa convergente-assistencial para construção de um material didático educativo a pacientes e familiares com a participação de profissionais da equipe multiprofissional em quatro encontros. O folder educativo contém informações breves sobre objetivos da cirurgia bariátrica; mudanças nos hábitos de vida diários necessários à realização do procedimento para a obtenção do sucesso do tratamento da obesidade e fluxograma de avaliações e acompanhamentos pré e pós-operatório na instituição em estudo (PIVOTO, 2016).

Revisão sistemática realizada para atualizar as diretrizes das melhores práticas baseadas em evidências para obtenção do consentimento informado dos pacientes para cirurgia bariátrica identificou 38 artigos publicados entre 2004 a 2007 sob os critérios de inclusão (idioma inglês, consentimento informado, alfabetização em saúde e educação do paciente). Os resultados demonstram que o consentimento informado deve abordar projeções realistas da perda de peso, dos riscos, benefícios e consequências da cirurgia a curto e longo prazo bem como alternativas para perda de peso. De acordo com os autores, para o consentimento informado, o processo educativo deve continuar até que o paciente demonstre a compreensão de todos os conceitos relevantes associados à

cirurgia, o que pode promover a redução do risco de reganho de peso no pós-operatório (WEE et al., 2009).

No Canadá, ensaio controlado pragmático com 651 pacientes listados em espera para cirurgia bariátrica, buscou avaliar os resultados clínicos e econômicos de dois programas de gestão de autocuidado durante o pré-operatório. Os pacientes foram randomizados em três grupos: (1) intervenção presencial em grupo (13 sessões; n = 215) ou (2) intervenção baseada na web (13 módulos; n = 225) e grupo controle (materiais educacionais impressos; n = 211), os quais tiveram três meses para realizar o programa da cirurgia e serem agendados para a cirurgia. Pelo menos 5% de perda do excesso de peso foi alcançada em 24,2% dos pacientes com intervenção presencial ($3,7 \pm 7,1$ kg - $2,7 \pm 5,4\%$) comparados com 24,9% do grupo internet ($2,8 \pm 6,7$ kg - $2,0 \pm 4,8\%$) e 21,3% para o grupo com impresso ($2,9 \pm 8,8$ kg - $1,9 \pm 5,9\%$) ($p > 0,05$) (PADWAL et al., 2017).

Os custos anuais totais em dólares canadenses foram estimados em US \$ 477,000.00 para a estratégia presencial, US \$ 9456,78 para a estratégia baseada na web e US \$ 2270,31 para fornecimento de material impresso, destacando que o fornecimento desses materiais é favorável e com baixo custo, tendo em vista que duas intervenções de autogestão diferentes não foram mais eficazes e apresentaram-se mais caras quando comparadas ao impresso (PADWAL et al., 2017).

Na Noruega, indivíduos com obesidade mórbida, que aguardam o tratamento cirúrgico, podem receber um curso educacional de 40 horas direcionado para o preparo dos pacientes no pré-operatório, o qual é ministrado por profissionais de saúde da equipe em cooperação com participantes anteriores do curso que já se submeteram à cirurgia. O curso inclui informações sobre os tratamentos para obesidade disponíveis, possíveis complicações com destaque para consequências para a saúde física e mental e a importância das modificações no estilo de vida (LERDAL et al., 2017).

A abordagem terapêutica-educacional baseia-se na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (1997) e se concentra na identificação de recursos ocultos, no fortalecimento do autoconceito e nas habilidades sociais e na sensibilização sobre as escolhas relacionadas ao estilo de vida. O curso educacional visa ajudar os participantes a tomarem decisões mais informadas sobre o desejo em realizar a cirurgia ou a escolha de outro tratamento alternativa em que ambos são meios para o alcance do bem-estar com estilo de vida mais saudável e melhora da qualidade de vida (LERDAL et al., 2017).

Outro ensaio clínico randomizado na Noruega, com objetivo de avaliar o impacto do aconselhamento pré-operatório na adesão ao tratamento no pós-operatório, identificou uma associação significativa entre a satisfação do paciente as informações recebidas e o cumprimento dos cuidados no pós-cirúrgico. Não houve diferenças na perda de peso, nos hábitos alimentares ou na prática de exercício físico entre os grupos. Após um ano de pós-operatório, dos 91 pacientes

acompanhados ao total, 88% apresentaram perda de peso $\geq 50\%$, 37% relataram praticar atividade física diariamente por mais de 30 min., 74% realizavam 5-7 refeições por dia e 87% tomavam vitaminas recomendadas (LIER et al., 2012).

A intervenção foi representada por programa de aconselhamento baseado na teoria cognitiva-comportamental, com uma sessão semanal durante seis semanas do pré-operatório e três sessões em grupo no pós-operatório (cerca de seis meses, um ano e dois anos após a cirurgia). Cada sessão durou cerca de três horas e os principais componentes foram: informações sobre cirurgia bariátrica; mudança de comportamento alimentar e exercício físico (manual impresso e CD); capacidades de resolução de problema e técnicas de redução do estresse com exercícios de respiração e ioga (LIER et al., 2012).

No Canadá, estudo prospectivo com 119 pacientes, para determinar a evolução do conhecimento sobre dieta alimentar entre o pré e 1 mês de pós-operatório após intervenção educativa, utilizando materiais impressos, sessões educativas com slides em Powerpoint e aconselhamento dietético. Resultados demonstraram que o conhecimento nutricional dos pacientes aumentou significativamente entre a fase pré-operatória ($m = 46,9 \pm 14,4$) e o pós-cirúrgico ($m = 56,9 \pm 14,1$), $p < 0,001$), confirmando que intervenções educativas melhoram o conhecimento sobre a dieta alimentar após a cirurgia. Foi observado que pacientes com níveis pré-operatórios mais altos de depressão e ansiedade apresentaram conhecimento inferior no pós-operatório. Os autores consideram que mais estratégias educativas sejam realizadas com a abordagem dos fatores que otimizam o conhecimento e a retenção da informação pelo paciente (TAUBE-SCHIFF et al., 2016).

Em Portugal, foi construído protocolo para ensaio clínico randomizado com grupo controle (orientações de rotina) comparado ao grupo intervenção (receberá o programa educacional denominado APOLO-Bari com acompanhamento por 12 meses). APOLO-Bari é uma plataforma online desenvolvida para abordar o problema do reganho de peso na cirurgia bariátrica, oferecendo orientação aos pacientes durante o pós-operatório. Inclui: manual impresso psicoeducacional de autoajuda, baseado na teoria cognitiva-comportamental, sistema semanal de mensagens de feedback que envia comentários relacionados às dúvidas relatadas pelo participante e sessões de bate-papo interativas agendadas com um psicólogo treinado. Serão recrutados 180 participantes, de ambos os sexos, que foram submetidos a cirurgia bariátrica e estão entre 12 a 20 meses de pós-operatório. O desfecho final a ser analisado será reganho de peso ao final do programa e aos 6 e 12 meses de seguimento (CONCEIÇÃO et al., 2016).

Na Austrália, estudo retrospectivo para avaliar o efeito de programa educativo sobre exercícios físicos apropriados para pessoas obesas (abrangiam o uso de pesos no tornozelo, halteres, treinamento de resistência e pilates e instruções semanais para a continuação dos exercícios em casa)

demonstrou que houve diferença significativa na perda de peso entre aqueles que participaram de mais de uma sessão educativa ($p < 0,03$), em comparação com aqueles que não participaram de nenhuma (ROTHWELL; KOW, TOOULI, 2015).

Nos Estados Unidos, ensaio clínico randomizado foi realizado para identificar efeito de intervenção pré-operatória sobre educação nutricional e modificação de comportamento após 12 meses de cirurgia de bariátrica com 144 americanos hispânicos. O grupo experimental recebeu sessões de educação a cada duas semanas durante 6 semanas em pequenos grupos e contato frequente com nutricionista. O grupo controle recebeu instruções breves verbais e impressas sobre estilo de vida saudável. Durante acompanhamento, ambos os grupos perderam peso significativamente, porém o grupo experimental teve maior perda de excesso de peso (80% vs. 64% do excesso de pré-operatório, $p < 0,001$) e maior redução do IMC ($6,48 \pm 4,37$ vs. $3,63 \pm 3,41$, $p < 0,001$) do que os participantes do grupo de comparação (NIJAMKIM et al., 2012).

Também nos Estados Unidos, coorte prospectiva com objetivo de avaliar o efeito de intervenção educativa na decisão dos pacientes hispânicos em realizar a cirurgia bariátrica. Foram acompanhados três grupos: 1) proeficientes em inglês com intervenção na língua inglesa ("inglês-inglês"); 2) proeficientes em espanhol com intervenção língua espanhola ("espanhol-espanhol") e 3) proeficientes em espanhol com intervenção em inglês com a ajuda de tradutor de espanhol para inglês ("espanhol-inglês"). Para o apoio educacional, as informações pré-operatórias e orientações nutricionais presenciais em grupo foram abordadas no idioma espanhol e também com materiais impressos na língua de origem, tendo em vista que a maioria dos programas é conduzida em inglês, o que pode criar barreiras para tratamento efetivo e acesso à cirurgia entre pessoas que não falam inglês (MARTIN et al., 2017).

Os resultados evidenciaram que 26% da coorte Inglês-Ingês optou pela cirurgia comparados a 12% da coorte espanhol-espanhol ($p = 0,009$). O tempo de preparo para o consentimento informado foi de 35 dias mais longo para o espanhol-espanhol e 185 dias a mais para o grupo espanhol-inglês quando comparados com o "inglês-inglês" (ambos $P < 0,001$). Os autores reforçam que existe barreira baseada no idioma para o tratamento efetivo da obesidade, a qual pode ser parcialmente superada mediante apoio educacional em espanhol, tendo em vista que pacientes hispânicos tiveram menor probabilidade de serem submetidos à cirurgia bariátrica, independentemente da linguagem em que as sessões educacionais são fornecidas (MARTIN et al., 2017).

Ensaio clínico randomizado nos Estados Unidos, com objetivo de avaliar o efeito de intervenção educativa para a tomada de decisão pela cirurgia bariátrica baseada em vídeo ($n=75$) quando comparada com folheto educacional ($n=77$). Entre todos os participantes, observou-se melhoria significativa no conhecimento ($p \leq 0,001$), conflito decisional ($p \leq 0,001$) e auto-eficácia

decisional ($p \leq 0,001$). A proporção de participantes que optaram pela cirurgia bariátrica não diferiu significativamente entre os grupos. Entretanto, houve maior tendência entre os pacientes do grupo controle (59% com folheto *vs.* 42% do vídeo durante 3 meses, $p = 0,16$). O uso de estratégias educativas para tomada de decisão da cirurgia bariátrica contribuiu para melhor consentimento informado e menor incerteza sobre o tratamento. O uso do vídeo teve maior impacto do que folheto educacional sobre conhecimento do paciente, conflito decisional e expectativa dos resultados (ARTERBURN et al., 2011).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos para comparar o conhecimento entre dois métodos de entrega educacional (sessão presencial *vs.* sessão online) com 338 pacientes do pré-operatório. Ambos os métodos forneciam informações sobre riscos e benefícios da cirurgia bariátrica, opções cirúrgicas disponíveis e os passos necessários para aprovação do seguro. Após a intervenção, a porcentagem média de acertos no teste de conhecimento foi de 85,69% para o grupo on-line e 80,32% para o grupo presencial ($p = 0,003$) (EATON et al., 2011). Na Suíça, estudo avaliou o efeito do ensino pré-operatório com três sessões interativas semanais de duas de duração na opção cirúrgica do paciente. Após o fim do acompanhamento, dos 297 pacientes, apenas 1% permaneceu incerto sobre a técnica, 15% alteraram sua opção cirúrgica e 9% desistiram de realizar a cirurgia. Houve aumento pela escolha do bypass gástrico de 43% para 70%, evidenciando que o aconselhamento pré-operatório auxilia no entendimento das opções cirúrgicas e na tomada de decisão (GIUSTI et al., 2004).

Estudo realizado por Sarwer et al. (2012), nos Estados Unidos, identificou que indivíduos que participaram de sessões de aconselhamento dietético no pós-operatório tiveram maior adesão à dieta nutricional refletida em maior perda de peso e manutenção a longo prazo, com menor consumo de calorias, doces e gorduras e maior consumo de proteínas, quando comparados a indivíduos que não participaram da intervenção.

Nos Estados Unidos, estudo do tipo antes e depois com 47 pacientes do pré-operatório avaliou o efeito de seminário educacional (baseado em apresentação PowerPoint e esclarecimento de dúvidas) e visita do cirurgião pós-intervenção. Os resultados demonstraram que 11% dos pacientes alteraram a escolha da técnica cirúrgica e somente 13% dos pacientes estavam dispostos a serem randomizados para qualquer procedimento (Bypass gástrico ou banda gástrica ajustável). Os autores consideram que a intervenção educativa pode ter contribuído para aumento da confiança dos pacientes na escolha da técnica, não estando dispostos a realizar outro procedimento (TADDEUCCI; MADAN; TICHANSKY, 2007).

Na Alemanha, estudo desenvolveu um programa de multimídia para a orientação dos pacientes sobre os tipos de tratamento para obesidade, riscos, complicações e rotina pré e pós-cirúrgicas (exames, tempo de permanência no hospital, técnicas) com o intuito de obter consentimento

informado do paciente para realização da banda gástrica. Ao comparar dois grupos (rotina convencional da instituição e multimídia), foi identificado que o grupo que utilizou a tecnologia apresentou melhor compreensão sobre a cirurgia bariátrica e maiores níveis de satisfação com o processo de consentimento informado ($p < 0,05$). Os autores evidenciaram que a multimídia representa uma ferramenta auxiliar à conduta profissional, tendo em vista que a tecnologia sozinha não é capaz de responder às dúvidas dos pacientes (EGGERS et al., 2007).

Diante dos resultados dos estudos encontrados sobre intervenção educativa direcionada a adultos em perioperatório de vários tipos de cirurgia, em especial a bariátrica, fica evidente que os profissionais de saúde precisam reconhecer, primeiramente, as necessidades dos pacientes, o nível de conhecimento sobre a doença e o processo cirúrgico e expectativas com o tratamento. Com essas informações, é possível que estratégias eficazes possam ser planejadas e implementadas para favorecer o comprometido com a saúde e o autocuidado (BERDINARELLI et al., 2015). Quando a intervenção educativa é efetiva, o conteúdo abordado é assimilado pelos participantes e há o reflexo no aumento do conhecimento e na melhora de fatores biopsicossociais relacionados ao estado de saúde, o que pode proporcionar papel ativo no tratamento por parte dos indivíduos (BARBOSA et al., 2016).

O enfermeiro, como educador, está capacitado para identificar as necessidades de saúde e intervir de forma eficiente para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, tendo como base os preceitos da promoção da saúde e referenciais de êxito em estratégias educativas no cuidado ao paciente (MIRANDA et al., 2016). Torna-se imperativo a necessidade de tornar o serviço de saúde um aliado ao tratamento tendo em visto que o indivíduo deve reconhecer, no serviço, a disponibilidade de apoio para desenvolver e manter seu autocuidado e, conseqüentemente, o controle da doença. É preciso que o enfermeiro efetive sua prática clínica centrada no indivíduo e assuma um papel de facilitador do processo de empoderamento sobre sua doença de modo que seja capaz de tomar decisões e prevenir complicações (TESTON et al., 2017b).

A orientação e o acompanhamento ao obeso que será submetido à cirurgia bariátrica deve possibilitar o preparo para situações que serão vivenciadas no perioperatório. Nesta perspectiva, o enfermeiro assume papel fundamental junto à equipe, pois atua como educador em saúde de forma individualizada ou em grupos (COSTA; LIBERALI, 2008; MARQUES; FARO; COMASSETTO, 2015). Assim, no âmbito da cirurgia bariátrica, o enfermeiro, como integrante da equipe, pode fornecer orientações que incentivem a modificação do estilo de vida e o autocuidado atrelado ao conhecimento sobre o procedimento cirúrgico, possibilitando a tomada de decisão informada.

Pode ainda, através do raciocínio clínico, identificar as necessidades e dificuldades vivenciadas no perioperatório com o intuito de fornecer suporte, esclarecimento e direcionar

intervenções de enfermagem que solucionem os obstáculos encontrados. O reconhecimento do estado de saúde, contexto de vida, redes de apoio e nível de conhecimento sobre a cirurgia bariátrica são fatores determinantes para a prática de promoção da saúde eficaz baseada no saber e nas necessidades do indivíduo.

Melhores resultados da cirurgia são obtidos quando os pacientes recebem cuidados de equipe multidisciplinar, promovendo adequada preparação pré-operatória, a qual representa fator essencial para o sucesso de todas as outras fases do processo cirúrgico. Além disso, as informações compartilhadas no pré-operatório têm demonstrado benefícios e influências positivas na resposta do indivíduo no pós-operatório (MELO et al., 2010). Seis meses a um ano antes do procedimento cirúrgico, a equipe deve fornecer informações detalhadas sobre cirurgia bariátrica e modificações de estilo de vida para incorporação de escolhas saudáveis no dia a dia (FENCL; WACKE; VOGUE, 2015).

Os avanços cirúrgicos combinado com as mudanças no perfil epidemiológico da obesidade e os níveis de obesidade dos pacientes têm aumentado a preocupação da Enfermagem para a promoção de uma assistência eficaz e qualificada (MULLIGAN et al., 2009; PFEIL et al., 2013). O enfermeiro promove colaboração na equipe multiprofissional, desenvolvendo e implementando programas de educação relacionada ao cuidado do paciente (MULLIGAN et al., 2009; PFEIL et al., 2013; FENCL; WALSH; VOCKE, 2015).

No preparo pré-operatório, a atuação do enfermeiro é relevante por contribuir com a aproximação do paciente com a equipe e planejar as sessões educativas sobre todos os estágios do procedimento cirúrgico e os cuidados propostos (CAMARGO; MASARI; INÁCIO, 2012; HOYOS DUQUE; SALAZAR MAYA, 2016), além de ter reflexo positivo nos resultados globais da cirurgia bariátrica, impondo à enfermagem um papel-chave nos resultados precoces e tardios (PFEIL, 2014; XU et al., 2015; STETLER; GILL, 2015). Infere-se, então, que a presença do enfermeiro é essencial durante todo o perioperatório, pois é neste momento que ele estabelece relação de confiança com o indivíduo e seu familiar (MORALES et al., 2014).

Sabe-se que o cuidado perioperatório aos pacientes da cirurgia bariátrica representa um desafio para a enfermagem devido à necessidade de criação de ambiente capaz de satisfazer as necessidades fisiológicas e psicossociais, tendo em vista que o enfermeiro deve reconhecer que a decisão pela cirurgia reflete uma das fases na jornada pela busca de melhorias no estado de saúde, podendo estar associada ao entusiasmo e medo ao mesmo tempo (NEIL; ROBERSON, 2015; FENCL; WACKE; VOGUE, 2015).

O enfermeiro da cirurgia bariátrica precisa ter conhecimentos e desenvolver habilidades específicas para atender às necessidades dessa população, tanto no pré-operatório como no pós-

operatório, com intuito de fornecer suporte a longo prazo. Entretanto, parece haver baixo estímulo para publicação de evidências científicas relacionadas à essa área da enfermagem (PFEIL, 2014; SWASH et al., 2016) e os enfermeiros dependem de literatura atualizada da enfermagem e das evidências sobre as melhores práticas no cuidado ao paciente da cirurgia bariátrica (XU et al., 2015). Nos Estados Unidos, devido à tendência atual em relação à obesidade e à crescente popularidade da cirurgia bariátrica, as enfermeiras são consideradas como a “linha de frente” no cuidado ao indivíduo obeso, representando advogados em saúde, educadores e cuidadores assistenciais. Tais profissionais, com base nas evidências científicas, podem fornecer informações de qualidade ao paciente, antecipando as dificuldades que ele poderá enfrentar (DUNHAM et al, 2013).

Assim, é necessário que o enfermeiro esteja preparado para o gerenciamento do cuidado no perioperatório, bem como conduza intervenções transcendentais que contribuam para reduzir esse problema de saúde pública que é a obesidade. Para tanto, é possível o uso do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que possibilita a análise das características e experiências individuais, o conhecimento e o efeito do comportamento para a escolha da cirurgia bariátrica e de tudo que está envolvido neste procedimento como estilo de vida mais saudável (seguir dieta saudável, prática de exercícios físicos e controle das condições clínicas) (HOYOS DUQUE; SALAZAR MAYA, 2016).

Outro modelo teórico que pode ser utilizado é o de Jean Watson, que acredita que cuidados de saúde holísticos são fundamentais para prática da enfermagem e, na cirurgia bariátrica, o enfermeiro promove saúde ao sensibilizar sobre a escolha da cirurgia como tratamento para obesidade e não doméstico, incentivar estilo de vida mais saudável e prevenção de complicações no pós-operatório com a criação de ambiente atencioso e relação enfermeiro-paciente de confiança e ajuda mútua, permitindo que esses indivíduos mantenham dignidade, autonomia e esperança e sejam capazes de optar pelas melhores intervenções, contemplando ação de promoção da saúde (PONSTEIN, 2012).

Nessa perspectiva, o reconhecimento da importância da enfermagem no cuidado perioperatório da cirurgia bariátrica pode otimizar a educação perioperatória com diminuição de riscos potenciais associados ao estado de saúde e ao status educacional e aumento da segurança do procedimento cirúrgico, contribuindo para melhor atendimento das necessidades desses pacientes (XU et al., 2015). O enfermeiro, no cuidado à indivíduos obesos e submetidos à cirurgia bariátrica, deve motivar o envolvimento em grupos e redes sociais para otimizar a oportunidade de partilha de experiências relacionados ao problema de saúde e a manter práticas saudáveis para evitar complicações, principalmente após a escolha do tratamento cirúrgico (HOYOS DUQUE; SALAZAR MAYA, 2016).

O conhecimento e as habilidades educacionais do enfermeiro têm grande importância para o sucesso da educação do paciente (BERGH et al., 2014; NØRGAARD et al., 2012) e o fortalecimento dessas habilidades é extremamente importante para que a população receba educação de alta qualidade, salientando a necessidade de atualização constante do conhecimento (ELORANTA et al., 2016). O treinamento de enfermeiras especializadas em cirurgia bariátrica precisa promover a prestação de cuidados holísticos e centrados no paciente com respeito e ética (PFEIL, 2014). O fornecimento de suporte educacional na graduação e na pós-graduação é necessário e deve envolver a integração do conhecimento de todos os sistemas fisiológicos com enfoque no digestório juntamente com processos psicoemocionais, o que garantirá proficiência ao enfermeiro na individualização dos planos de cuidado (WOODWORTH; JONES, 2014).

A *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* possibilita a certificação em enfermagem bariátrica, atestando que o enfermeiro possui conhecimentos e habilidades especializados no atendimento do paciente obeso e bariátrico, tendo em vista que o cuidado a essa população requer do profissional, garantindo, assim, o mais alto nível de qualidade da enfermagem, contribuindo para o fortalecimento da profissão (WALTERS-SALAS, 2012).

Para Rogge e Merrill (2013), o enfermeiro especialista em cirurgia bariátrica deve ter conhecimento sobre: o papel das disparidades socioeconômicas no controle da obesidade; comorbidades da obesidade; genética; regulação hipotalâmica de fome, saciedade e peso; benefícios da atividade física; influências psicossociais e comportamentais na obesidade; importância da perda de peso entre 5-10% para reduzir os riscos para a saúde; o papel do controle do tamanho das porções e dos alimentos no gerenciamento da obesidade e seu gerenciamento; efeito de dietas da “moda” sobre perda de peso; indicações para cirurgia bariátrica, incluindo benefícios e complicações e barreiras para o autocuidado.

Espera-se que este profissional seja capaz de identificar adequadamente os problemas do paciente da cirurgia bariátrica devido aos riscos cirúrgicos, comorbidades associadas à condição clínica de obesidade e implementar intervenções adequadas (HAWN; DOANE, 2011). Deve ainda conhecer o perfil do obeso, investigar os fatores preditivos para adesão ao tratamento e assegurar cuidados e educação em saúde à pacientes que buscam a cirurgia bariátrica com intuito de prevenir complicações, melhorar o bem-estar e auxiliar na adaptação a nova maneira de viver (SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2011; CAMARGO; MASARI; INÁCIO, 2012; FERREIRA et al., 2014).

A ausência da consulta de enfermagem no pré-operatório pode tornar o paciente inseguro e temeroso com relação ao que pode vir a acontecer, contribuindo para aumento do nível de ansiedade, o que pode prejudicar a apreensão das informações. A implantação da consulta a nível ambulatorial

possibilitaria o cuidado individualizado (RAZERA; BRAGA, 2011), colocando a educação como prioridade e garantindo a efetivação do processo de ensino-aprendizagem com reflexo no aumento da satisfação do paciente, possibilidade de integralidade e longitudinalidade do cuidado, maximizando o papel do indivíduo no tratamento cirúrgico.

Vale salientar que a atuação da enfermagem não se restringe ao pré-operatório. As orientações devem ser fornecidas desde a busca pela cirurgia, na internação hospitalar e também no pós-cirúrgico, devendo ser realizadas oralmente e por escrito, pois inúmeras informações são recebidas nesse período, em grande parte apenas oralmente, acarretando esquecimento ou confusão sobre a temática (PETROIANU; MIRANDA; OLIVEIRA, 2008; COSTA et al., 2010; MORALES et al., 2014). Acredita-se que o avanço do conhecimento de enfermagem sobre pessoas que vivenciam a obesidade, e a cirurgia bariátrica tem seu destaque na essencialidade do processo comunicacional efetivo durante as consultas (MORALES et al., 2014).

Durante os encontros, os quais podem ser individuais ou em grupo, o enfermeiro deve validar a informação que transmitiu e permitir espaço temporal para a assimilação do conhecimento e a explanação de dúvidas (SMELTZER et al., 2015). É imperativo o reconhecimento da compreensão do paciente e de sua adesão ao tratamento já no pré-operatório e também no pós-operatório tardio. À medida em que o indivíduo compreende o que está sendo orientado, torna-se disposto a aderir à nova condição de vida decorrente da cirurgia bariátrica (MORALES et al., 2014). Quando ocorrer em grupo, o momento pode ser utilizado para a partilha de experiências e esclarecimentos de mitos sobre a cirurgia, permitindo que indivíduos e familiares tornem-se seguros quanto à decisão de se submeter à cirurgia (SCHERER, 2015).

As orientações de enfermagem realizadas de maneira sistematizada aumentam o conhecimento do paciente sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório, além de qualificar e contribuir para ações em qualquer nível de assistência à saúde, colaborando com trabalho da equipe (TERRANO et al., 2011). O uso de protocolos clínicos para acompanhamento multiprofissional pode auxiliar no preparo para a cirurgia bariátrica tendo em vista que, como qualquer procedimento cirúrgico de grande porte, apresenta riscos e complicações (SCHERER, 2015).

Diante do exposto, enfatiza-se que, na equipe de cirurgia bariátrica, o enfermeiro assume papel de agente facilitador no desenvolvimento de competências e habilidades durante o perioperatório, visando o empoderamento e o estímulo ao autocuidado na luta contra a obesidade. A presença desse profissional é essencial para possibilitar cuidado holístico ao indivíduo e seu familiar envolvendo o cuidado assistencial, gerencial e educacional. Especificamente para as estratégias educativas, é possível a realização de práticas inovadoras com o uso da cartilha “*Cirurgia bariátrica: cuidados*

para uma vida saudável”, principalmente em instituições que realizam o procedimento através do SUS, garantindo, assim, a integralidade do cuidado.

8 CONCLUSÃO

“Em verdade vos digo, se vós tiverdes fé do tamanho de uma semente de mostarda, direis a esta montanha: ‘Vai daqui para lá’ e ela irá. E nada vos será impossível.” (Mateus 17, 14-20).

Após a efetivação deste estudo, infere-se os seguintes achados:

- O perfil de pacientes que procuram a cirurgia bariátrica é de mulheres na faixa etária de 35 a 44 anos, casadas e com 9 a 11 anos de estudo que apresentam como principais comorbidades associadas à hipertensão e a diabetes tipo II.
- No M0, a maioria dos participantes do grupo controle e intervenção não realizavam atividade física (66,7% vs. 56,7%, $p=0,426$), não utilizavam tabaco (96,7% vs. 100%, $p=0,313$) e álcool (86,7% vs. 96,7%, $p=0,161$) e preferiam seguir a dieta orientada pela nutricionista (82,1% vs. 76,7%, $p=0,519$). Após o acompanhamento, observou-se aumento na proporção de pacientes ativos somente no GI, porém, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,173$).
- A variação entre as medianas do peso inicial e final foi de $\Delta=+4,3\text{kg}$ no controle ($p=0,211$) e $\Delta=-1,8\text{kg}$ no grupo intervenção ($p=0,000$), havendo aumento de peso, em média, de 0,5% para aqueles que não receberam a intervenção e %PEP de 2,97% para o GI.
- Foi verificada também melhora nos indicadores de obesidade, durante os momentos M0-M2, entre os participantes do GI como IMC (48,7 vs. 48,9 kg/m^2 no grupo controle ($p=0,227$) e 49,5 vs. 49 kg/m^2 no grupo intervenção, $p=0,000$), CC (132 vs. 136 cm no grupo controle ($p=0,630$) e 130 vs. 131 cm no grupo intervenção, $p=0,001$) e RCEst (0,825 vs. 0,833 cm no grupo controle ($p=0,812$) e 0,826 vs. 0,818 cm no grupo intervenção, $p=0,001$). O indicador RCQ não apresentou estatística significativa na comparação entre grupos.
- Os resultados do IDATE, no M2, apresentaram diferenças estatísticas significantes entre as medianas dos escores da ansiedade-estado (40 vs. 33,5, $p=0,000$) e ansiedade-traço (44 vs. 41, $p=0,001$) no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle. Pela escala HADS, também foram encontrados resultados positivos após a intervenção educativa em que a mediana do escore da HADS-A variou de 7 para 5 pontos ($p=0,000$) e da HADS-D foi 6 para 4 pontos ($p=0,001$), demonstrando melhora dos sintomas de ansiedade e depressão.
- Houve melhora no autoconceito dos pacientes do GI (M2: $80,68\pm 11,37$; M1: $72,3\pm 14,28$) quando comparados aos do grupo controle (M2: $69,61\pm 12,7$; M1: $72,47\pm 12,43$), $p=0,003$. Em relação à autoeficácia, também foi observado diferenças positivas entre os grupos durante os dois

momentos de coleta: M0 ($21,4 \pm 6,23$ vs. $21,87 \pm 5,57$, $p=0,929$) e M2 ($19,5 \pm 5,07$ vs. $24,89 \pm 3,42$, $p=0,000$).

- Na avaliação da qualidade de vida pelo questionário específico para cirurgia bariátrica, a pontuação total entre M0-M2 variou de $0,27 \pm 1,14$ para $1,57 \pm 0,97$ ($p=0,000$) entre o GI e $0,87 \pm 1,47$ para $0,43 \pm 1,26$ ($p=0,053$) no grupo controle. Já no *Whoqol-Bref*, a média dos escores totais entre os grupos controle e intervenção no M0 foi de $11,65 \pm 2,52$ vs. $11,42 \pm 2,21$ ($p=0,929$), respectivamente. No M2, a média no GC foi $11,22 \pm 2,3$ e no GI $13,43 \pm 1,87$, $p=0,000$.
- Com relação ao conhecimento, a análise estatística demonstrou $p=0,000$ na comparação entre os índices de acertos antes e após a intervenção, comprovando ganho cognitivo significativo tendo em vista que a média de acertos, no GI, evoluiu de $21,07 (\pm 5,82)$ para $31,1 (\pm 2,96)$. O GC não apresentou significância estatística ($p=0,433$) na comparação M0-M2.

Defende-se a tese que o uso da cartilha “*Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável*” é efetivo para melhorar o preparo do paciente durante o pré-operatório para a realização da cirurgia bariátrica, proporcionando maior perda de peso e melhora do conhecimento sobre o procedimento e os cuidados necessários, dos sintomas de ansiedade e depressão, do autoconceito e da qualidade melhora no autoconceito e na autoconceito e qualidade de vida.

Pode ser considerada como uma tecnologia que permite a obtenção de informações sobre saúde de forma inovadora e confiável entre pacientes do programa de obesidade atendidos no SUS, garantindo, ao paciente obeso, a integralidade do cuidado por intermédio de intervenção educativa alinhada aos princípios da promoção da saúde como autonomia e autocuidado, podendo auxiliar na aquisição de conhecimento e no desenvolvimento de habilidades e atitudes positivas frente aos cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica.

Vale ressaltar que a cartilha representa uma estratégia de baixo custo para o SUS que pode beneficiar quantitativo elevado de pacientes, podendo ser implementada na linha de cuidado ao paciente que busca o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em diversas regiões do país. Entretanto, é imperativo a presença do profissional de saúde, em especial o enfermeiro, para o esclarecimento das dúvidas que possam vir a surgir a partir da leitura do material. Assim, apresenta-se a cartilha como método auxiliar à orientação verbal que pode ser utilizada como material de reforço das informações obtidas durante as consultas.

9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

“E, acima de tudo, tenham amor, pois o amor une perfeitamente todas as coisas” (Colossenses 3:14)

A proposta de intervenção educativa mediada pela cartilha mostrou-se ser eficaz para a preparação do paciente durante o pré-operatório tendo em vista que a leitura do material possibilitou a resolução de dúvidas. No processo de preparo da cirurgia bariátrica, não deve ser considerada apenas a indicação clínica e a adequação fisiológica do paciente a esse procedimento. É preciso ir mais além e efetivar, de fato, os pressupostos da carta de Ottawa e dos princípios do SUS no cuidado ao indivíduo gravemente obeso que preconizam a centralização do cuidado no paciente com investigação do contexto biopsicossocial e dos determinantes de saúde com estímulo da sua participação no processo de tomada de decisão a partir da modificação do modelo biomédico e a inclusão de ações educativas.

A educação em saúde mediada pela cartilha pode vir a ser a estratégia mais eficaz para sensibilização desse paciente sobre a importância da adesão aos cuidados relacionados à cirurgia bariátrica. Desde o período pré-operatório, o enfermeiro deve motivar a modificação do comportamento em relação aos hábitos de vida saudáveis e otimização da perda de peso necessária para redução do risco cirúrgico e da morbimortalidade entre os indivíduos que aguardam por muitos anos na fila de espera. Isso contribuirá para a promoção da saúde e diminuição dos gastos do SUS com as complicações advindas da obesidade e de mortes evitáveis ao longo do tempo, favorecendo a autogestão da obesidade, ajudam o paciente a lidar com o tempo de espera e melhoram o quadro clínico e psicológico do indivíduo.

Nesse contexto, durante o preparo pré-operatório, é possível a identificação do nível de entendimento sobre a cirurgia, dos sentimentos e expectativas relacionados à perda de peso e ao tratamento cirúrgico e do impacto da obesidade em relação ao estado psicológico do paciente (presença de ansiedade e/ou depressão, baixa autoestima e autoeficácia, baixo autoconceito), além de permitir o esclarecimento de dúvidas.

A avaliação diagnóstica do nível de conhecimento dos candidatos à cirurgia bariátrica pode favorecer o planejamento de intervenções de enfermagem para a prática clínica ambulatorial e hospitalar, bem como para as sessões educativas. Ao conhecer o perfil do paciente, o enfermeiro pode identificar suas reais necessidades de cuidado, adaptando o plano de ação de acordo com a demanda do indivíduo, o que pode contribuir para maior amplitude dos cuidados de enfermagem na perspectiva holística com melhora do estado biopsicossocial.

Foi notória a satisfação entre os participantes com relação à intervenção com a cartilha e a prontidão para a aquisição de conhecimentos a partir da leitura do material. Os encontros possibilitaram o desenvolvimento do vínculo entre enfermeiro-paciente e o compartilhamento de dúvidas e experiências, caracterizando este momento como uma prática educativa com troca de saberes entre educador e paciente.

Com isso, destaca-se que a presença da enfermagem na equipe de cirurgia bariátrica é primordial para o favorecimento do empoderamento do obeso sobre o tratamento com estímulo ao autocuidado e melhora da autoeficácia no gerenciamento do peso, potencializando, assim, a qualidade de vida. Acredita-se que, quanto maior o conhecimento do paciente sobre a cirurgia bariátrica, mais seguro o mesmo estará na tomada de decisão pelo tratamento cirúrgico, obtendo melhores resultados na recuperação hospitalar e no pós-operatório tardio com menores índices de complicações e reoperações.

Porém, a participação do enfermeiro não se restringe a este momento, devendo estar presente durante todo o perioperatório, principalmente com a realização de educação em saúde, tendo em vista que esses profissionais desempenham papel importante na orientação dos pacientes. Para tanto, é preciso que o enfermeiro busque maior qualificação no cuidado ao indivíduo obeso e amplie a sua atuação junto a esse paciente, garantindo o reconhecimento nessa área específica da enfermagem.

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

“Recria tua vida, sempre, sempre. Remove pedras, planta roseiras e faz doces. Recomeça...” (Cora Coralina)

Observou-se que a intervenção educativa teve efeitos positivos em todos os desfechos secundários, refletindo na efetividade da cartilha como instrumento a ser disponibilizado aos profissionais de saúde, que é capaz de contribuir no processo ensino-aprendizagem durante o preparo pré-operatório. Entretanto, é imperativo destacar que é preciso o acompanhamento desse efeito ao longo do tempo, sendo necessário o reforço das orientações durante o pré-operatório imediato e após a cirurgia tendo em vista que o número de informações fornecidas é elevado.

Assim, uma das limitações deste estudo está relacionada à perda de pacientes durante o seguimento, bem como a ausência de comparação do uso da cartilha de forma individual e em pequenos grupos com espaço para discussão das dúvidas após a leitura de cada capítulo do material educativo. Outra limitação se refere à indisponibilidade de estudos realizados em outros locais acerca da avaliação do conhecimento com instrumentos padronizados e validados, o que limitou a discussão do presente estudo neste aspecto tendo em vista que não existe padronização de instrumentos para a avaliação do conhecimento sobre cirurgia bariátrica.

Destaca-se, ainda, que a população investigada pode ter sofrido influência do seu contexto sociocultural e das características do sistema público de saúde do Brasil, sendo necessária a reaplicação deste estudo em outras realidades a fim de desvelar as particularidades de cada contexto, principalmente com os pacientes da rede suplementar de saúde. É preciso, ainda, investigar a contribuição de fatores motivacionais na modulação do paciente à adesão aos comportamentos, explorando a interferência das crenças, do conhecimento e da rede de apoio.

Sugere-se novos estudos com a continuidade do acompanhamento dos pacientes que participaram do GI para investigar o reflexo da intervenção educativa no nível de ansiedade durante a intervenção hospitalar e na adesão aos cuidados propostos no pós-operatório, bem como a avaliação da literacia em saúde e a implementação de outras estratégias pela enfermagem para estimular o protagonismo do paciente no processo saúde-doença e no autocuidado e favorecer a apreensão do conhecimento para a tomada de decisão e para melhora do estado de saúde, principalmente entre os indivíduos que aguardam em fila de espera.

No cenário de estudo, encontra-se em negociação a inclusão da enfermagem no preparo pré-operatório dos pacientes, desde o ingresso do indivíduo ao programa e também a continuidade de intervenções educativas com sequência de encontros semelhantes aos deste estudo para os pacientes

que concluem as consultas e exames e são incluídos no livro para aguardo da realização da cirurgia. A instituição demonstrou interesse em utilizar a cartilha como material de apoio e distribuir aos pacientes durante a primeira consulta com o cirurgião para fortalecer a tomada de decisão do indivíduo pelo tratamento.

É imprescindível também a investigação das preferências dos pacientes sobre os métodos de ensino e a construção e validação de outras tecnologias educacionais para melhor atender às necessidades dessa população e favorecer a realização da consulta de enfermagem e da educação em saúde, pois foi observado o uso crescente, tanto nos indivíduos em estudo como na literatura científica, das Tecnologias da Comunicação e Informação para a busca de conhecimento sobre o procedimento. Como sugestão, a cartilha pode ser adaptada para álbum-seriado para auxiliar as orientações durante as consultas e para ambientes virtuais como *websites* e aplicativos móveis de celular.

Outro ponto que merece atenção é a realização de pesquisas que incluam o familiar durante o momento educativo, fato que não foi efetuado no presente estudo, visto que poderia vir a interferir na análise da efetividade do uso da cartilha de forma individual pelo paciente. A educação do paciente e seu familiar pode vir a contribuir no preparo pré-operatório, na redução do medo e ansiedade e no sucesso dos resultados da cirurgia a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- AARTS, F. et al. Attachment anxiety predicts poor adherence to dietary recommendations: an indirect effect on weight change 1 year after gastric bypass surgery. **Obesity Surgery**, v.25, n.4, p. 666-672, 2015.
- ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. M. F. Apoio social e ganho de peso pós-cirurgia bariátrica: estudo de caso sobre intervenção com cuidador. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 4, p. 1003-1016, 2015.
- ADAMS, T. D. et al. Health benefits of gastric bypass surgery after 6 years. **JAMA**, v.308, n.1, p. 1122–1131, 2012.
- ÁFIO, A. C. et al. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Revista de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.1, p.158-165, 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.
- ALBUQUERQUE, A. F. L. L. et al. Technology for self-care for ostomized women's sexual and reproductive health. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1164-1171, 2016.
- 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.
- ALMEIDA, P. S. et al. Implementação de orientações de enfermagem aos pacientes pré-operatórios de cirurgia cardíaca em meio digital. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 2, p. 68-75, 2017.
- 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.
- ANDERSEN J.R. et al. Anxiety and depression in association with morbid obesity: changes with improved physical health after duodenal switch. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, p.1-7, 2010.
- ANDERSON, R. M.; FUNNELL, M. M. Patient empowerment: myths and misconceptions. **Patient education and counseling**, v. 79, n. 3, p. 277-282, 2010.
- ANGRISANI, L. et al. Bariatric Surgery Worldwide 2013. **Obesity Surgery**, v.25, n.10, p.1822-1832, 2015.
- ANJOS, D. L. **Tecnologia educativa em saúde para pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial**. 2014. 43 f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
- ANNESI, J.J.; MARENO, N. Temporal aspects of psychosocial predictors of increased fruit and vegetable intake in adults with severe obesity: Mediation by physical activity. **Journal of Community Health**, v.39, n.3, p.454-463, 2014.
- ANTÃO, J.Y.F.L.; DANTAS, M.N.L.; MARTINS, A.A.A. **Complicações do diabetes mellitus: uma reflexão acerca da atuação do enfermeiro**. Revista e-ciência, v.1, n.1, 2013.

- ANTONIOU, S.A. et al. Preoperative nutritional counseling versus standard care prior to bariatric surgery: Effects on postoperative weight loss. **European Surgery. Acta Chirurgica Austriaca**, v.49, n.3, p.113-117, 2017.
- AQUINO, J. A. et al. Cartilha educativa sobre diabetes: elaboração e validação de conteúdo. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 37, n. 1, p. 77-82, 2016.
- ARANTES, R. K. M. et al. Educação que produz saúde: atuação da enfermagem em grupo de hipertensos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 213-223, 2015.
- ARAÚJO, S. V. N.; HENRIQUE, S. S. Visita de enfermagem pré-operatória com finalidade educativa para o procedimento cirúrgico. **Comunicação, Ciência e Saúde**, v.23, n.4, p. 297-304, 2012.
- ARTERBUR, D. E. Randomized Trial of a Video-Based Patient Decision Aid for Bariatric Surgery. **Obesity**, v. 19, n. 8, p. 1669–1675, 2011.
- Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas. **CCEB 2015: Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo; 2015. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>> Acesso em: 17 jan. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. ABESO; 2009-2010. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>. Acesso em 25 jan 2016.
- ASTIN, F. et al. The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: an exploratory study. **Patient education and counseling**, v.73, n.2, p.325-332, 2008.
- AZCARATE T. A. et al. Gln27Glu polymorphism in the beta2 adrenergic gene and lipid metabolism during exercise in obese women. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, v. 26, n.11, p. 1434-1444, 2002.
- BAGDADE, P. S.; GROTHE, K. B. Psychosocial Evaluation, Preparation, and Follow-up for Bariatric Surgery Patients. **Diabetes Spectrum**, v.25, n.4, p.211-216, 2012.
- BAPTISTA, D. R. et al. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. **Diabetology & metabolic syndrome**, v. 8, n. 1, p. 7, 2016.
- BARBOSA L. et al. Avaliação da intervenção educativa em grupo para diabéticos assistidos em um Centro de Saúde Escola. **Revista Enfermagem UERJ**, v.24, n.2, p.4968, 2016.
- BARRECA, M. et al. Is there a role for enhanced recovery after laparoscopic bariatric surgery? Preliminary results from a specialist obesity treatment center. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 12, n. 1, p. 119-126, 2016.
- BARRETO, M. S. et al. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 60-67, 2015.
- BARROS et al., 2013. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 7, n. 5, p. 1365-1375, out/dez. 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.

BARROS, F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? (Parte II). **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, v.42, n.3, p.136-137, 2015c.

BARROS, L. M. **Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica**. 289 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

BARROS, L. M. et al. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.36 n.1, p.21-27, 2015a.

BASTABLE, S. B. **O Enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BASTOS, E. C. L. et al. Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 26 (Supl 1), p. 26-31, 2013.

BECKMAN, L; EARTHMAN, C. Nutritional implications of bariatric surgery and the role of registered dietitians. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 113, n. 3, p. 398-399, 2013.

BEDIN, L. F. et al. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 61-7, 2014.

BENEVIDES, J.L. et al. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, n.2, p.309-316, 2016.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.22, n.5, p.603-609, 2014.

BERARDINELLI, L.M.M. et al. Produção do conhecimento em enfermagem acerca do empoderamento em situações crônicas de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v.23, n.3, p.413,-419, 2015.

BERGH, A.L. et al. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education – focusing on aspects of competence. **Scandinavian Journal of Caring Science**, v.28, n.3, p.523-536, 2014.

BERGH, I. et al. Preoperative predictors of adherence to dietary and physical activity recommendations and weight loss one year after surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.12, n. 4, p.910-918, 2016.

BEVILAQUA, C. A; PELLOSO, S. M; MARCON, S. S. Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n.2809, 2016.

BIRON, S. et al. Twenty years of biliopancreatic diversion: what is the goal of the surgery? **Obesity Surgery**, v.14, p.160-164, 2004.

BIZHEVA, T. et al. Influence of Early Intensive Rehabilitation on Functional Mobility after Low Back Surgery. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, v.4, n.4, p.661-664, 2016.

BJØRNES, A. K. et al. The impact of an educational pain management booklet intervention on postoperative pain control after cardiac surgery. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v.16, n.1, 2017.

BOND, D. S et al. Bari-Active: a randomized controlled trial of a preoperative intervention to increase physical activity in bariatric surgery patients. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.11, n.1, p. 169–177, 2015.

BOND, D.S.A. et al. Changes in enjoyment, self-efficacy, and motivation during a randomized trial to promote habitual physical activity adoption in bariatric surgery patients. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.12, n.5, p.1072-1079, 2016.

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.

BORGES, M.C.L.A. et al. Práticas educativas no ambiente hospitalar: reflexões sobre a atuação do enfermeiro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.4, n. 3, p. 2592-97, 2012.

BORSATO, L. **Cartilha com orientações de enfermagem para a alta hospitalar: contribuição à educação em saúde do paciente transplantado renal**. 114f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, Rio de Janeiro 2014.

BOTEGA, N.J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, v.29, n.5, p.355-363, 1995.

BRADLEY, L. E. et al. A Survey of Bariatric Surgery Patients' Interest in Postoperative Interventions. **Obesity Surgery**. 2015. Artigo no Prelo.

BRANDÃO, I. et al. Diabetes Mellitus Tipo 2, Depressão e Alterações do Comportamento Alimentar em Doentes Submetidos a Cirurgia Bariátrica. **Acta Medica Portuguesa**, v. 29, n. 3, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 196, de 29 de fevereiro de 2000**, Institui os critérios clínicos para a indicação de realização de gastroplastia como tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 01

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 492 de 31 de agosto de 2007**. Anexo V – Diretrizes para a Cirurgia Bariátrica: Roteiro para avaliação dos resultados pós-operatórios de cirurgia bariátrica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 abr. 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm> Acesso em: 28 ago. 2017.

_____. 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. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS-GM nº 425, de 19 de março de 2013: Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html>. Acesso em 31 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 20 abr. 2017

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série: **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 212p, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Cirurgia bariátrica por laparoscopia**. Brasília, 2017.

BRASIL, E.G..M.; QUEIROZ, M.V.O.; MAGALHÃES, S.S. Intervenções educativas em unidade neonatal e seguimento ambulatorial: contribuições para o cuidado clínico de enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 2, p. 1007-14, 2015.

BRAY, G.A.; GRAY, D.S. Obesity. Part I Pathogenesis. **Western Journal of Medicine**, v.149, p. 429-441.

BROOKS, B.S. et al. An electronic surgical order, undertaking patient education, and obtaining informed consent for regional analgesia before the day of surgery reduce block-related delays. **Local Reg Anesth**, v.5, n.9, p.59-64, 2016.

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.

BUDD, G.M.; PETERSON, J.A. CE: The obesity epidemic, part 2: Nursing assessment and intervention. **American Journal of Nursing**, v. 115, n. 1, p. 38-46, 2015.

BUŽGOVÁ, R. et al. Evaluation of Quality of Life, Clinical Parameters, and Psychological Distress after Bariatric Surgery: Comparison of the Laparoscopic Sleeve Gastrectomy and Laparoscopic

- Greater Curvature Plication. **Bariatric Surgical Practice and Patient Care**, v. 11, n. 4, p. 169-176, 2016.
- BUŽGOVÁ, R.; BUŽGA, M.; HOLÉČZY, P. Health-related quality of life in morbid obesity: the impact of laparoscopic sleeve gastrectomy. **Central European Journal of Medicine**, v. 9, n. 3, p. 374-381, 2014.
- CAETANO, J. A.; PACLIUCA, L. M. F. Cartilha sobre auto-exame ocular para portadores do HIV/AIDS como tecnologia emancipatória: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.2, p.214-219, 2006.
- 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.
- CAMARGO, A. P. P. M. et al. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, 2013.
- CAMARGO, S. M. P. L. O.; MASARI, S. P.; INÁCIO, T. A. F. Preparação multidisciplinar pré-cirurgia bariátrica na visão do cliente. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.6, n.32, p.123-128, 2012.
- CAMOLAS, J. et al. INDIVIDUO: Results from a patient-centered lifestyle intervention for obesity surgery candidates. **Obesity Research and Clinical Practice**, 2016. Artigo no prelo.
- CAMPONOGARA, S. et al. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 382-390, 2012.
- CARDOSO, C.M.C.; COSTA, A.L.R.C. O peso de viver em um corpo obeso. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.17, n.4, p.815-822, 2013.
- CARMO I.; FAGUNDES M.J.; CAMOLAS J. Cirurgia Bariátrica. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, v. 2, n. 4, p. 43-50, 2008.
- CARMO, I., FAGUNDES, M. J.; CAMOLAS, J. Cirurgia bariátrica. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, v.2, n.4, p.43-50, 2008. 2(4): 43-50.
- CARVALHO, G.S. Literácia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In: Leandro M.; Araújo M.; Costa M. (Orgs.). **Saúde: as teias da discriminação social**. Braga (Pt): Universidade do Minho; 2002, p. 119-35.
- 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.
- CASSIN, S.E. et al. A pilot randomized controlled trial of telephone-based cognitive behavioural therapy for preoperative bariatric surgery patients. **Behaviour Research and Therapy**, v.80, p.17-22, 2016.
- 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.
- CECCON, R. F. et al. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 56, 2011.
- CENTER OF DISEASES CONTROL (CDC). 2015. **What causes overweight and obesity?** Disponível em: <<http://www.cdc.gov/obesity/adult/causes/index.html>>. Acesso em: 17 nov 2015.

- CESTARI, V. R. F. et al. Nursing competencies in promoting the health of individuals with chronic diseases. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1195-1203, 2016.
- CHAIM, E. A. et al. Programa multidisciplinar pré-operatório para cirurgia bariátrica: proposta para o sistema de saúde pública brasileira. **Arquivos de Gastroenterologia**, v.54, n.1, p.70-74, 2017.
- CHAMPION, C. et al. Exploring women's responses to online media coverage of weight loss surgery. **Clinical obesity**, v. 5, n. 5, p. 281-287, 2015.
- CHANG, C. et al. Health-related Quality of Life in Adult Patients with Morbid Obesity Coming for Bariatric Surgery. **Obesity Surgery**, v.20, n.8, p.1121-1127, 2010.
- CHANG, C.-Y. et al. Prospective study of health-related quality of life after Roux-en-Y bypass surgery for morbid obesity. **British Journal of Surgery**, v. 97, n. 10, p. 1541-1546, 2010b.
- CHARALAMPAKIS, V. et al. Quality of life before and after laparoscopic sleeve gastrectomy. A prospective cohort study. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.11, n.1, p. 70-76, 2015.
- CHAVES, Y. S.; DESTEFANI, A. C. Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da síndrome de dumping e sua relação com a cirurgia bariátrica. **ABCD, Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva (São Paulo)**, v. 29, supl. 1, p. 116-119, 2016.
- CHO, Y. M. A gut feeling to cure diabetes: potential mechanisms of diabetes remission after bariatric surgery. **Diabetes & metabolism journal**, v. 38, n. 6, p. 406-415, 2014.
- 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.; EFTHIMIOU, E. Bariatric surgery waiting times in Canada. **Canadian Journal of Surgery**, v.52, n.3, p.229-234, 2009.
- CLAU, D. et al. An evidence-based information booklet helps reduce fear-avoidance beliefs after first-time discectomy for disc prolapse. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, v.60, n.2, p.68-73, 2017.
- COHEN, R. V. et al. What is the impact on the healthcare system if access to bariatric surgery is delayed?. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, 2017.
- COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.29, n.3, p. 347-353, 2008.
- COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n.1, p. 177-184, 2012.
- CONASON, A. et al. Substance use following bariatric weight loss surgery. **JAMA Surgery**, v.148, n.2, p.145-150, 2013.
- 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, 2014.
- CONCEIÇÃO, E. M. et al. APOLO-Bari, an internet-based program for longitudinal support of bariatric surgery patients: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 17, n. 1, p. 114, 2016.

- COOKE, M. et al. Pre-operative self-efficacy education vs. usual care for patients undergoing joint replacement surgery: A pilot randomised controlled trial. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v.30, n.1, p.74-82, 2016.
- CORBI, I. S. A. **Efeitos de um programa educativo na qualidade de vida relacionada à saúde e na adesão à terapia de anticoagulação oral**: estudo clínico randomizado. 98f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo. 2013.
- COSTA, A. C. C. et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, p.55-59, 2009.
- COSTA, C. C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012.
- 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, L.D. et al. Repercussão da perda de peso sobre parâmetros nutricionais e metabólicos de pacientes obesos graves após um ano de gastroplastia em Y-de-Roux. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 37, n. 2, p. 96-101, 2010.
- COTTAM, A. et al. Long-term success and failure with SG is predictable by 3 months: A multivariate model using simple office markers. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, 2016. Artigo no prelo.
- COURCOULAS, A. P. et al. Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. **Jama**, v. 310, n. 22, p. 2416-2425, 2013.
- CREEL, D.B. Comment on: 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.102-103, 2009.
- CRÉMIEUX, P-Y. et al. The impact of bariatric surgery on comorbidities and medication use among obese patients. **Obesity surgery**, v. 20, n. 7, p. 861-870, 2010.
- CROWE, C. et al. Effects of an eight-week supervised, structured lifestyle modification programme on anthropometric, metabolic and cardiovascular risk factors in severely obese adults. **BMC Endocrine Disorders**, v.15, n.37, 2015.
- CUNHA NETTO, J. R.; GORAYEB, R. Descrição de uma intervenção psicológica com mulheres no climatério. **Paidéia**, v. 15, n. 31, p.277-285, 2005.
- DALL'AGNOL, C.M. et al. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.1, p.21-26, 2007.
- DALLIMORE, R.K. et al. A randomised double-blinded clinical study on the efficacy of multimedia presentation using an iPad for patient education of postoperative hip surgery patients in a public hospital in Singapore. **Singapore Medical Journal**. 2016. Artigo no prelo.
- DANKNER, R. et al. A controlled intervention to increase participation in cardiac rehabilitation. **European Journal of Preventive Cardiology**, v.22, n.9, p.1121-1128, 2015.

- DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. D. V.; DANTAS, J. D. C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 438-445, 2009.
- DEITEL, M.; GREENSTEIN, R.J. Recommendations for reporting weight loss. **Obesity Surgery**, v.13, n.2, p. 159-160, 2003.
- DIAS, J.D. et al. Desenvolvimento de serious game como estratégia para promoção de saúde e enfrentamento da obesidade infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n.2759, 2016 .
- 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.
- DOBBS, R. et al. **Overcoming Obesity: An Initial Economic Analysis**. The McKinsey Global Institute; 2014.
- DUARTE, M. I. X. D. T. et al. Impact on quality of life, weight loss and comorbidities: a study comparing the biliopancreatic diversion with duodenal switch and the banded Roux-en-Y gastric bypass. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 51, n. 4, p. 320-327, 2014.
- DUARTE, S. C. M. et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 657-665, 2012.
- DUNHAM, M. Caring for patients undergoing bariatric surgery. **Nursing**, v.43, n.10, p. 44-50, 2013.
- 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.
- EGGERS, C. et al. A multimedia tool for the informed consent of patients prior to gastric banding. **Obesity: A Research Journal**, v.15, n.11, p.2866-2873, 2007.
- ELORANTA, S. et al. Orthopaedic patient education practice. **International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing**, v. 21, p. 39-48, 2016.
- 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.
- ERTELT, T. W. et al. Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery: a review of the literature and report of a new data set. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 4, n. 5, p. 647-650, 2008.
- ESCOSTEGUY, C. C. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos randomizados. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.72, n.2, p.139-143, 1999.
- EUROPEAN CONFERENCE ON PATIENT EMPOWERMENT (ENOPE). **Patient Empowerment – Living with Chronic Disease**. A series of short discussion topics on different aspects of self management and patient empowerment. 1st European conference on patient empowerment. Dinamarca, 2012. 23 p.
- FAÉ, C.; LIBERALI, R.; COUTINHO, V. F. Deficiência de nutrientes a longo prazo no pós-operatório de cirurgia bariátrica–revisão sistemática. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, v. 10, n. 2, p. 46-53, 2015.

- 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.; NÓBREGA, 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, out/dez. 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.
- FENCL, J. L.; WALSH, A.; VOCKE, D. The Bariatric Patient: An Overview of Perioperative Care. **AORN Journal**, v.102, n.2, p.116-131, 2015.
- FEREIDOUNI, F. et al. Are Iranian obese women candidate for bariatric surgery different cognitively, emotionally and behaviorally from their normal weight counterparts? **Eating and Weight Disorders**, v.20, n.3, p.397-403, 2015.
- FERNANDEZ, M. et al. Avaliação da gordura corporal em pacientes obesas no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 29, supl. 1, p. 59-61, 2016.
- 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.
- FERREIRA, A.D. et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e inquérito Saúde em Beagá. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.14, n.1, p.16-30, 2011.
- FERREIRA, V. F. et al. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Revista Trabalho, educação e Saúde**, v.12, n.2, p. 363-378, 2014.
- FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2279-2281, 2011.
- FESTE, C.; ANDERSON, R. M. Empowerment: from philosophy to practice. **Patient education and counseling**, v. 26, n. 1-3, p. 139-144, 1995.
- FIGUEIREDO, S. P.; VELHO, L. Cirurgia bariátrica na mídia: o caso da Folha de S. Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.1, p. 61-67, 2010.
- FINELLI, C. et al. Could the improvement of obesity-related co-morbidities depend on modified gut hormones secretion?. **World Journal of Gastroenterology: WJG**, v. 20, n. 44, p. 16649-16664, 2014.
- FIRMEZA, M. A. et al. Uso da música no controle da ansiedade em ambulatório de cabeça e pescoço: ensaio clínico randomizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. 03201, 2017.
- FLOODY, P. D. et al. Evaluation of a comprehensive program of four months of duration on the preoperative conditions of obese patients candidates for bariatric surgery. **Nutricion Hospitalaria**, v.32, n.3, p.1022-1027, 2015.

- FLORES, C. A. Avaliação psicológica para a cirurgia bariátrica: práticas atuais. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.24, (Suplemento 1), p. 59-62, 2014.
- 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.
- FORTES, R.C.; MUNIZ, L.B. Gestão hospitalar e humanização: uma abordagem para a melhoria da qualidade. **NUPESE**, v.1, n.1, p.105-128, 2011.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43ª Edição. **São Paulo: Paz e Terra**; 2011.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 45ª. Ed. **São Paulo: Paz e Terra**, 2005.
- 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.
- FRIED, M. et al. Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v.24, n.1, p.42-55, 2014.
- FUNNELL, M. M.; ANDERSON, R. M. Empowerment and self-management of diabetes. **Clinical Diabetes**, v.22, n.3, p.123-127, 2004.
- FURUYA, R. K. **Programa educativo com seguimento por telefone para pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea: ensaio clínico controlado e aleatorizado**. 217f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo. 2013.
- GADE, H. et al. Effectiveness of a cognitive behavioral therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: a randomized controlled trial. **Journal of obesity**, v. 2014, 2014.
- GADE, H. et al. The Impact of a Preoperative Cognitive Behavioural Therapy (CBT) on Dysfunctional Eating Behaviours, Affective Symptoms and Body Weight 1 Year after Bariatric Surgery: A Randomised Controlled Trial. **Obesity Surgery**, v.25, n.11, p.2112-2119, 2015.
- GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S. Deficient knowledge nursing diagnosis: identifying the learning needs of patients with cardiac disease. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 21, n. 3, p. 100-107, 2010.
- GALINDO NETO, N. M. et al. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.30, n.1, p.87-93, 2017.
- GALIOTO, R. et al. Adherence and weight loss outcomes in bariatric surgery: does cognitive function play a role? **Obesity Surgery**, v.23, n.10, p. 1703-1710, 2013.
- GALVÃO, M. T. DOS R. L. et al. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 226-236, 2013.

- 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.
- GESQUIERE, I. et al. Barriers in the Approach of Obese Patients Undergoing Bariatric Surgery in Flemish Hospitals. **Obesity Surgery**, v.25, n.11, p.2153-2158, 2015.
- 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.
- 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.
- GHONEIM, M.M.; O'Hara, M.W. Depression and postoperative complications: An overview Visceral and general surgery. **BMC Surgery**, v.16, n.1, 2016.
- GIMENES, J.C. et al. Pregnancy After Roux en Y Gastric Bypass: Nutritional and Biochemical Aspects. **Obesity Surgery**, p. 1-7, 2017. Artigo no prelo.
- GIUSTI, V. et al. Impact of preoperative teaching on surgical option of patients qualifying for bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v.14, n.9, p.1241-1246, 2004.
- 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.
- GOLEBIEWSKA, O.M.et al. Application of cognitive-behavioural techniques on changes in the scope of dieting self-efficacy level among obese people. **Iranian Journal of Public Health**, v.46, n. 1, p.141-142, 2017.
- GOMES-VILLAS BOAS, L. C. **Contribuição do apoio social familiar nos resultados das intervenções educativas junto às pessoas com diabetes mellitus tipo2: ensaio clínico controlado randomizado.** 277f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo. 2014.
- GONÇALVES, N. **Modelo educativo com seguimento por telefone para o autocuidado para pessoas que sofreram queimaduras: ensaio clínico controlado aleatorizado.** 150f. Tese (Doutorado) - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo. 2014.
- GOODPASTER, B.H. et al. Effects of diet and physical activity interventions on weight loss and cardiometabolic risk factors in severely obese adults: a randomized trial. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v.304, n.16, p. 1795-1802, 2010.
- GRADASCHI, R. et al. Do clinical and behavioural correlates of obese patients seeking bariatric surgery differ from those of individuals involved in conservative weight loss programme?. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 26, n. s1, p. 34-38, 2013.
- GRAZZIANO, E. S.; BIANCHI, E. R. F. Caregivers and patient's anxiety level during cardiac catheterization. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 168-174, 2004.
- GREENBERG, I.; SOGG, S. Behavioral and psychological care in weight loss surgery: best practice update. **Obesity (Silver Spring)**, v.17, n.5, p.880-884, 2009.

- GREENE, K. A. Evaluation of patient preparedness for surgery: a randomized controlled trial. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.217, n. 2, p.179.e1-179.e7, 2017.
- GREGORY D.M.; NEWHOOK, J.T.; TWELLS, L.K. Patients' perceptions of waiting for bariatric surgery: a qualitative study. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, n. 86, p. 1-11, 2013.
- GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 347-54, 2011.
- 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.
- GROLLER, K. D. Systematic review of patient education practices in weight loss surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.13, n.6, p.1072-1085, 2017.
- GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C. Educação em Saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.6, p. 662-665, 2004.
- GUO, P. et al. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. **The International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 2, p. 129-137, 2012.
- GUO, P. et al. Thinking outside the black box: The importance of context in understanding the impact of a preoperative education nursing intervention among Chinese cardiac patients. **Patient Education and Counseling**, v. 95, n. 3, p. 365-370, 2014.
- HAAS, L. et al. National standards for diabetes self-management education and support. **Diabetes Care**, v.35, p.2393-2401, 2012.
- HALPERIN, F. et al. Roux-en-Y gastric bypass surgery or lifestyle with intensive medical management in patients with type 2 diabetes: Feasibility and 1-year results of a randomized clinical trial. **JAMA Surgery**, v. 149, n. 7, p. 716-726, 2014.
- HALPERN, Z. S. C.; RODRIGUES, M. D. B.; COSTA, R. F. Physiological determinants of weight and appetite control. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, n. 4, p. 150-153, 2004.
- 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.
- HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 358-365, 2010.
- HAMMESTER, L. et al. Efetividade de intervenção de enfermagem nos níveis de ansiedade de familiares de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 2729, 2016.
- HAUPT, B.A. et al. Veterans receive high-fidelity simulation education preoperatively. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 10, n. 11, p. 538-545, 2014.
- 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.

- HENRIQUES, A. H. B.; DA COSTA, S. S.; LACERDA, J. S. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2016.
- HEYWARD, V. Asep methods recommendation: body composition assessment. J. **The Journal of Exercise Physiology**, v. 4, n. 4, p.1-12, 2001.
- HEYWARD, V.H.; STOLARCZYK, L.M. **Avaliação da composição corporal aplicada**. São Paulo (SP): Manole.
- HOYOS, D. T.N.; SALAZAR, M. A.M. Bariatric surgery: A thorny but satisfying experience. **Enfermeria Global**, v.15, n.3, p.212-227, 2016.
- HÜBNER, C. et al. Influences of general self-efficacy and weight bias internalization on physical activity in bariatric surgery candidates. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 11, n. 6, p. 1371-1376, 2015.
- 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.
- HYVARINEN, K. et al Systemic exposure to a common periodontal pathogen and missing teeth are associated with metabolic syndrome. *Acta Diabetologica*, v. 52, n. 1, p. 179-82, 2015.
- IGNAT, M. et al. Randomized trial of Roux-en-Y gastric bypass versus sleeve gastrectomy in achieving excess weight loss. **British Journal of Surgery**, v. 104, n. 3, p. 248-256, 2017.
- IMANIPOUR, M. et al. Effectiveness of informational support on anxiety among family carers of patients undergone open heart surgery. **Journal of hayat**, v. 18, n. 3, p. 33-43, 2012.
- INOUYE, K; PEDRAZZANI, E.S. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15. p.742-747, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades: Fortaleza**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230440> Acesso em 10 jul 2017.
- JANIK, M. R. et al. Quality of life and bariatric surgery: cross-sectional study and analysis of factors influencing outcome. **Obesity surgery**, v. 26, n. 12, p. 2849-2855, 2016.
- JASSIL, F. C. et al. Feasibility and Impact of a Combined Supervised Exercise and Nutritional-Behavioral Intervention following Bariatric Surgery: A Pilot Study. **Journal of Obesity**, vol. 2015, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/693829>. Acesso 10 nov 2015.
- 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.
- JOHNSON, E. E. et al. Trends in bariatric surgery, 2002–2012: do changes parallel the obesity trend? **Surgery for Obesity and Related Diseases**. 2015. Artigo no prelo.
- 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.

- JONG, M. M. C.; HINNEN, C. Bariatric surgery in young adults: a multicenter study into weight loss, dietary adherence, and quality of life. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.13, n.7, p.1204-1210, 2017.
- JUNGES, V. M. et al. Perfil do paciente obeso e portador de síndrome metabólica candidato à cirurgia bariátrica em uma clínica particular de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**, v. 26, n. 3, 2016.
- 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.
- 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.
- KALARCHIAN, M. A.; MARCUS, M. D. Psychosocial interventions pre and post bariatric surgery. **European Eating Disorders Review**, v. 23, n. 6, p. 457-462, 2015.
- KALARCHIAN, M.A. et al. Preoperative lifestyle intervention in bariatric surgery: A randomized clinical trial. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.12, n.1, p.180-187, 2016.
- KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**, v.4, n.1, p.7-9, 2004.
- KARMALI, S. et al. Bariatric surgery: a primer. **Canadian Family Physician**, v.56, n.9, p.873-879, 2010.
- KÄRNER, A. et al. The effect of problem-based learning in patient education after an event of Coronary heart disease—a randomised study in PRIMARY health care: design and methodology of the COR-PRIM study. **BMC family practice**, v. 13, n. 1, p. 110, 2012.
- KEKECS, Z. et al. Effects of patient education and therapeutic suggestions on cataract surgery patients: a randomized controlled clinical trial. **Patient Education and Counseling**, v.94, n.1, p.116-122, 2014.
- KELLES, S.M.B. et al. The profile of patients undergoing bariatric surgery in the Brazilian Unified National Health System: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n.8, p.1587-1601, 2015.
- KEREN, D. et al. Getting the Most from the Sleeve: The Importance of Post-Operative Follow-up. **Obesity Surgery**, v.21, p.1887-1893, 2011.
- KESANEN, J. et al. The Knowledge Test Feedback Intervention (KTFI) increases knowledge level of spinal stenosis patients before operation—A randomized controlled follow-up trial. **Patient Education and Counseling**, v.99, n.12, p.1984-1991, 2016.
- KING, W. C. et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. **Jama**, v. 307, n. 23, p. 2516-2525, 2012.
- KNIGHT, K. M.; DORNAN, T.; BUNDY, C. The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behavior. **Diabetic Medicine**, v.23, p.485-501, 2006.
- KODAMA, S. et al. Effect of web-based lifestyle modification on weight control: A meta-analysis. **International Journal of Obesity**, v. 36, n. 5, p. 675-685, 2012.
- KRUGER, R.S. et al. A bariatric surgery center of excellence: Operative trends and long-term outcomes. **Journal of the American College of Surgeons**, v.218, n.6, p. 1163-1174, 2014.

- 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.
- L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.4, p.481-490, 1994.
- LAKHAN, R.; SHARMA, M. A study of knowledge, attitudes and practices (KAP) survey of families toward their children with intellectual disability in Barwani, India. **Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal**, v.21, p.101-117, 2010.
- LANZARINI, E. et al. High-dose vitamin D supplementation is necessary after bariatric surgery: a prospective 2-year follow-up study. **Obesity Surgery**, v.25, n.9, p.1633-1638, 2015.
- LAO, W.-L. et al. Effect of adjustable gastric banding on quality of life and weight loss in the Helping Evaluate Reduction in Obesity (HERO) registry study: 2 year analysis. **Current medical research and opinion**, v. 31, n. 8, p. 1451-1460, 2015.
- LAST, J. M. **A dictionary of epidemiology**. 4. ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- LEAHY, C. R.; LUNING, A. Review of nutritional guidelines for patients undergoing bariatric surgery. **AORN Journal**, v.102, n.2, p.153-160, 2015.
- LEDOUX, S. et al. Relevance of Self-reported Behavioral Changes Before Bariatric Surgery to Predict Success After Surgery. **Obesity Surgery**, v.27, n.6, p.1453-1459, 2017.
- 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. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2ª Edição. Florianópolis: Soldasoft, 2006.
- LERDAL, A. et al. Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. **Quality of Life Research**, v.20, n.8, p.1187, 2011.
- LERDAL, A. et al. Predictors of physical and mental health in persons with morbid obesity attending a patient education course - a two-year follow-up study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.15, n.1, 2017.
- LEWIS, K.H.; et al. Disparities in Treatment Uptake and Outcomes of Patients with Obesity in the USA. **Current obesity reports**, v. 5, n.2, p. 282-290, 2016.
- LI, L. et al. Substance use after bariatric surgery: A review. **Journal of Psychiatric Research**, v.76, p.16-29, 2016.
- 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.

- LIER, H. O.; AASTROM, S.; RØRTVEIT, K. Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery - a qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, v.25, n.3-4, p.322-331, 2016.
- LIMA, A. C. R. et al. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.24, n.1, p. 1-14, 2016.
- LIMA, A. M.; SOUSA, C. S.; DA CUNHA, A. L. S. M. Segurança do paciente e montagem de sala operatória: estudo de reflexão. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 1, p. 289-294, 2012.
- LIMA, A.C. M. A. C.C. et al . Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta paul. enferm.**, v. 30, n. 2, p. 181-189, 2017.
- LIMA P. A. et al. Sessões educativas sobre saúde cardiovascular com idosos: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v.10, n.2, p.692-700, 2016.
- LIN, M. et al. Tailored, Interactive Text Messages for Enhancing Weight Loss Among African American Adults: The TRIMM Randomized Controlled Trial. **The American Journal of Medicine**, v.128, n.8, p. 896–904, 2015.
- LITWIN, E. **Educação a distância: temas para o debate de uma nova agenda educativa**. Porto Alegre: ArtMed; 2001.
- LIVHITS, M. et al. Exercise following bariatric surgery: systematic review. **Obesity Surgery**, v. 20, n. 1, p. 657-665, 2010.
- _____. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. **Obesity Surgery**, v.22, n.1, p. 70-89, 2012.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- 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
- LORIG, K. **Patient education: a practical approach**. 3 ED. Chicago: Sage Publications, 2001. 246p.
- LOUW A et al. Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: Review of content and educational delivery methods. **Physiotherapy Theory and Practice**, v.29, n.3, p.175–194, 2013.
- LUNARDI FILHO, D.W. **O mito da subalternidade do trabalho de enfermagem à Medicina**. 2ª ed. Pelotas: Edições do autor; 2004.
- LUSSI, A.; CARVALHO, T. S. Erosive tooth wear: a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. In: **Erosive Tooth Wear**. Karger Publishers, 2014. p. 1-15.
- MAGRO, D. O. et al. Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. **Obesity Surgery**, v.18, n.6, p.648-651, 2008.
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**. Minas Gerais, vol.14, n. 34, jul./set. 2010.
- 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.

- MANIVA, S. J. C. F. **Elaboração e validação de tecnologia educativa sobre acidente vascular cerebral para prevenção da recorrência**. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará. 2016.
- MARINHO, L. A. B. et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 576-82, 2003.
- MARQUES, E.S.; COMASSETTO, I.; FARO, A.C.M. Vivência do obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica. **Revista SOBECC**, v. 20, n. 1, p. 9-16, 2015.
- MARTIN, A.N. et al. Impact of Spanish-language information sessions on Spanish-speaking patients seeking bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.13, n.6, p. 1025-1031, 2017.
- 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.
- MARTINS, M.P.; ABREU, M.R.; SOUZA, J.R. The use of the internet by the patient after bariatric surgery: contributions and obstacles for the follow-up of multidisciplinary monitoring. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 28, n. 1, p. 46-51, 2015.
- MATA, L. R.F. da; CARVALHO, E. C.de; NAPOLEAO, A. A. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. **Texto contexto - enferm**. 2011, vol.20, n.spe, pp.36-44, 2011.
- MCGRAW, C. A.; WOOL, D. B. Bariatric Surgery: Three Surgical Techniques, Patient Care, Risks, and Outcomes. **AORN Journal**, v.102, n.2, p. 141-152, 2015.
- MCGREGOR, A.H. et al. An evaluation of a postoperative rehabilitation program after spinal surgery and its impact on outcome. **Spine**, v.37, n.7, p.E417-E422, 2012a.
- MCGREGOR, A.H. et al. ISSLS prize winner: Function After Spinal Treatment, Exercise, and Rehabilitation (FASTER): a factorial randomized trial to determine whether the functional outcome of spinal surgery can be improved. **Spine (Phila Pa 1976)**; v.36, n.21, p.1711-20, 2011.
- MCGRICE, M.; PAUL, K. D. Interventions to improve long-term weight loss in patients following bariatric surgery: challenges and solutions. **Journal of Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity**, v.8, n.1, p. 263–274, 2015.
- MCVAY, M. A. et al. Patient predictors of follow-up care attendance in Roux-en-Y gastric bypass patients. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.9, n.6, p.956-962, 2013.
- 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.
- MECHANICK, J.I. et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.9, n.2, p.159-191, 2013.

- MEDEIROS, J.R.R. et al. Validação de tecnologia educativa para cuidado em hemodiálise. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v.10, n.11, p. 3927-3934, 2016.
- MEIJ, E. et al. The Effect of Perioperative E-Health Interventions on the Postoperative Course: A Systematic Review of Randomised and Non-Randomised Controlled Trials. **PloS one**, v. 11, n. 7, p. e0158612, 2016.
- MENDES, A. C. et. al. Influência de um Programa Psico-educativo no Pré-operatório nos Níveis de Ansiedade do Doente no Pós-operatório Referência. **Revista de Enfermagem**, v. 2 n. 1, p. 9-14, 2005.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- MENDES, K. D. et. al.; Intervenção educativa para candidatos ao transplante de fígado **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-7, 2013.
- MENDES, T. D. A. B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, p. 1233-1243, 2011.
- MENEZES JÚNIOR, J. E. M. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.12, n. esp, p. 1045-1051, 2011.
- MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy E. E.; Onocko, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-150.
- MIRANDA, N. A. C. G. et al. Práxis interdisciplinar de cuidado em grupo de pessoas que vivem com fibromialgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, 2016.
- MIRANDA, V. P. N. et al. Imagem corporal de adolescentes de cidades rurais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, 2014.
- MONPELLIER, V. M. et al. Improvement of Health-Related Quality of Life After Roux-en-Y Gastric Bypass Related to Weight Loss. **Obesity surgery**, v. 27, n. 5, p. 1168-1173, 2017.
- MOOREHEAD, M.K. et al. Updated Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2009.
- MORAES, A.L; ALMEIDA, E.C; SOUZA, L.B. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n.2, 2013.
- 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.
- MORAIS, T. M. D. M. et al. Cartilha para adultos com síndrome metabólica: Proposta de tecnologia educativa para a promoção da saúde. **Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde**, 2017.

- 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, C. B. et al. Utilização de tecnologias educativas com adolescentes oncológicos: uma abordagem Freireana. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.13, n.2, p.463-469, 2012.
- 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.
- MOROSHO, I.; BRENNAN, L.; O'BRIEN, P. Predictors of attrition in bariatric aftercare: a systematic review of the literature. **Obesity Surgery**, v.22, n.10, p. 1640-1647, 2012.
- MOURA, D.J.M. et al. Construção de cartilha sobre insulinoterapia para crianças com diabetes mellitus tipo 1. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.1, p. 7-14, 2017.
- MULLIGAN, A. T. et al. Best Practice Updates for Nursing Care in Weight Loss Surger. **Obesity**, v.17, n.5, p.895-900, 2009.
- MUNDI, M.S. et al. Feasibility of Smartphone-Based Education Modules and Ecological Momentary Assessment/Intervention in Pre-bariatric Surgery Patients. **Obesity Surgery**, v.25, n.10, p.1875-1881, 2015.
- MUSCHITZ, C. et al. Sclerostin levels and changes in bone metabolism after bariatric surgery. . *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v.100, n.3, p.891-901, 2015.
- NARDI, A. T. et al. Efeito do treinamento muscular inspiratório em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: uma revisão sistemática. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 4, p. 448-457, 2016.
- NASCIMENTO, G. B. et al. Classificação socioeconômica e qualidade de vida de familiares de crianças e adolescentes com deficiência auditiva. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 657-666, 2016.
- NASCIMENTO, J.C. et al . Avaliação de cartilha para o autoexame ocular no contexto do HIV/AIDS. **Acta paulista enfermagem**, v. 25, n. spe1, p. 87-93, 2012 .
- NASSIF, P. A. N. et al. Alterações nos parâmetros pré e pós-operatórios de pacientes com síndrome metabólica, submetidos a Bypass gastrointestinal em Y de Roux. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 22, n. 3, p. 165-170, 2009.
- NAVA, S. et. al. Perfil epidemiológico da hipertensão e diabetes em mulheres. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 4, n. 1, 2015.
- 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.
- NEIL, J. A. Perioperative Nursing Care of the Patient Undergoing Bariatric Revision Surgery. **AORN Journal**, v.97, n.2, p.210-229, 2013.
- NEIL, J. A.; ROBERSON, D. W. Enhancing Nursing Care by Understanding the Bariatric Patient's Journey. **AORN Journal**, v.102, n.2, p.132-140, 2015.
- NEVES, A. M.; MENDES, L. C.; SILVA, S. R. Práticas educativas com gestantes adolescentes visando a promoção, proteção e prevenção em saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 241-248, 2015.

- 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.
- 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.
- NIETSCHE, 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.
- NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a). **Porto Alegre: Moriá**, 2014.
- NIGUSSIE, S.; BELACHEW, T.; WOLANCHO, W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. **BioMed Central Surgery**. v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014.
- NIJAMKIN, M.P. et al. Comprehensive Nutrition and Lifestyle Education Improves Weight Loss and Physical Activity in Hispanic Americans Following Gastric Bypass Surgery: A Randomized Controlled Trial. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 112, n. 3, p. 382-390, 2012.
- NIJAMKIN, P. et al. Comprehensive behavioral-motivational nutrition education improves depressive symptoms following bariatric surgery: A randomized, controlled trial of obese hispanic Americans. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v.45, n.6, p.620-626, 2013.
- NITA, M. E. **Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- NITA, M. E. et al. Métodos de pesquisa em avaliação de tecnologia em saúde. **Arquivos de Gastroenterologia**, v.46, n.4, p. 252-255, 2009.
- NØRGAARD, B. et al. Communication skills training for health care professionals improves the adult orthopaedic patient's experience of quality of care. **Scandinavian Journal of Caring Science**, v.26, n.4, p. 698-704, 2012.
- ODOM, J et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v. 20, n. 3, p. 349-56, 2010.
- OKIFUJI, A.; HARE, B.D. The association between chronic pain and obesity. **Journal of Pain Research**, v. 8, p. 399–408, 2015.
- OLIVEIRA, A.P.A.; SOUZA, E.N.; PELLANDA, L.C. Effectiveness of video resources in nursing orientation before cardiac heart surgery. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, n. 8, p. 762-767, 2016.
- OLIVEIRA, D. C. **Grau de conhecimento de pacientes sobre o acidente vascular cerebral e a necessidade do uso de cartilha educativa para orientação fisioterapêutica**. 2012. 61 f. Dissertação (Mestrado em Movimento e Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.
- OLIVEIRA, D. M.; MERIGHI, M. A. B.; DE JESUS, M. C. P. A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 970-976, 2014.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 873-882, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR)**. Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.

_____. **Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília; 2003.

_____. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: WHO, 2004.

_____. **A guide to developing knowledge, attitude and practice surveys**. Geneva: World Health Organization; 2008.

_____. **Obesity and overweight**. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em 15 Ago 2015.

ONG, J. et al. A effect of preoperative instructional digital video disc on patient knowledge and preparedness for engaging in postoperative care activities. **The Nursing Clinics of North America**. v. 44, n. 1, p. 103-15, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linha de cuidado: **Hipertensão Arterial e Diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2010.

_____. **Health Promotion – The Ottawa Charter**. Geneva, 1986.

ORIA, H.E.; MOOREHEAD, M.K. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). **Obesity Surgery**. v. 8, n. 5, p. 487-499, 1998.

OWERS, C. E. et al. Perioperative Optimization of Patients Undergoing Bariatric Surgery. **Journal of Obesity**, v.2012, n.1, 1-6, 2012.

OWERS, C. et al. Designing pre-bariatric surgery education: The value of Patients' experiences. **Journal of Diabetes Nursing**, v.21, n.4, pp. 119-125, 2017.

PADWAL, R. S. et al. The evaluating self-management and educational support in severely obese patients awaiting multidisciplinary bariatric care (EVOLUTION) trial: principal results. **BMC medicine**, v. 15, n. 1, p. 46, 2017.

PADWAL, R. S. et al. The evaluating self-management and educational support in severely obese patients awaiting multidisciplinary bariatric care (EVOLUTION) trial: rationale and design. **BMC Health Services Research**, v.13, p.321-321, 2013.

PAIM L. M. D.; NIETSCH E. A.; LIMA M. G. R.; História da tecnologia e sua evolução na assistência e no contexto do cuidado de enfermagem. In: NIETSCH E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a). **Porto Alegre: Moriá**, 2014.

PAJECKI, D. et al. Bariatric surgery in the elderly: results of a mean follow-up of five years. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 28, p. 15-18, 2015.

PAOLINO, L. et al. The web-surfing bariatric patient: the role of the internet in the decision-making process. **Obesity surgery**, v. 25, n. 4, p. 738-743, 2015.

- PASQUALI, L; PINELLI JR B.; SOLHA, A. C. Contribuição à validação e normalização da escala de ansiedade-traço do IDATE. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 411-420, 1994.
- PASSERI, C. R. et al. Função mastigatória de obesos candidatos à cirurgia bariátrica oriundos de classes socioeconômicas distintas. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.29 (Supl.1):53-58, 2016.
- PATE, P. et al. Tier 3 multidisciplinary medical weight management improves outcome of Roux-en-Y gastric bypass surgery. **The Annals of The Royal College of Surgeons of England**, v.97, n.3, p.235–237, 2015.
- PAUL, L. et al. Does cognitive behavioral therapy strengthen the effect of bariatric surgery for obesity? Design and methods of a randomized and controlled. **Contemporary Clinical Trials**, v.42, n.1, p.252-256, 2015.
- PEACOCK, J. C.; ZIZZI, S. J. Survey of bariatric surgery patients' experiences with behavioral and psychological services. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.8, p.777-783, 2012.
- PEACOCK, J.C. SLOAN, S.S.; CRIPPS, B. A qualitative analysis of bariatric patients' post-surgical barriers to exercise. **Obesity Surgery**, v.24, n.2, p.292-298, 2014.
- PELEGRINO, F. M. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, adesão ao tratamento medicamentoso e autoeficácia de indivíduos submetidos a um programa educacional após iniciarem o uso de anticoagulante oral**. 101f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo. 2013.
- PEREIRA, C. R. **Construção e validação de uma cartilha de orientação sobre o tratamento quimioterápico**. 97f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Fortaleza, Ceará, 2014.
- PEREIRA, L. P. et al. Self-reported dyslipidemia in central-west Brazil: prevalence and associated factors. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1815-1824, 2015.
- PETITO, E. L. et al. Application of a domicile-based exercise program for shoulder rehabilitation after breast cancer surgery. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n.1, p.35-43, 2012.
- PETROIANU, A; MIRANDA, M.E; OLIVEIRA, R.G. **Blackbook cirurgia - Medicamentos e rotinas médicas**. 1ªed. Belo Horizonte: Blackbook editora, 2008.
- PFEIL, M. et al. The Patient Journey to Gastric Band Surgery: A Qualitative Exploration. **Bariatric Surgery Practice Patient Care**, v.8, n.2, p.69-76, 2013.
- PFEIL, M. Patients' perception of the nursing contribution to gastric band surgery. **British Journal of Nursing**, v.23, n.2, p. 95-99, 2014.
- PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.
- PINTO-BASTOS, A; CONCEIÇÃO, E. M.; MACHADO, P. P. P. Reoperative Bariatric Surgery: a Systematic Review of the Reasons for Surgery, Medical and Weight Loss Outcomes, Relevant Behavioral Factors. **Obesity Surgery**, p. 1-9, 2017.
- PITANGA, J. G. F. **Testes, medidas e avaliação em Educação Física e Esportes**. 3.ed. São Paulo: Phorte, 2004.

PIVOTO, F. L. **Cirurgia Bariátrica: construção de material educativo á pacientes e familiares.** TCC (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Florianópolis, Santa Catarina, 2016.

POCOCK, S. J. **Clinical trials:** a practical approach. Chichester: John Wiley & Sons Canada, 1983, 266p.

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.

POLSKY, S. et al. Evaluation of care management intensity and bariatric surgical weight loss. **The American Journal of Managed Care**, v.21, n.3, p.182-189, 2015.

PONSTEIN, L. Assessing the nurses' knowledge of bariatric surgery: A performance improvement project. **Bariatric Nursing and Surgical Patient Care**, v.7, n.4, p. 167-171, 2012.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; LEITE, F. M. C. A intervenção de enfermagem: relaxamento e seus efeitos no sistema imunológico de puérperas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 751-755, 2011.

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.

RAAIJMAKERS, L.C.H. et al. Technology-based interventions in the treatment of overweight and obesity: A systematic review. **Appetite**, v.95, n.1, p. 138-151, 2015.

RAMALHO, S. et al. Excessive skin and sexual function: relationship with psychological variables and weight regain in women after bariatric surgery. **Obesity surgery**, v. 25, n. 7, p. 1149-1154, 2015.

RAMOS, A. C. Brazil looking for completing his space in bariatric surgery. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.27, Supl 1, p.1-1, 2014.

RAMOS, A. S. et al. Construção de uma cartilha educativa como ferramenta de apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória e à experiência cirúrgica: relato de experiência. **Interfaces - Revista de Extensão da UFMG**, v. 4, n. 1, p.173-181, 2016.

RAMOS, N. M. C. P. de et al. Weight loss and nutritional anemia in patients submitted to Roux-en-Y gastric bypass on use of vitamin and mineral supplementation. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 28, n. 1, p. 44-47, 2015.

RAT, C. et al. Targeted melanoma prevention intervention: A cluster randomized controlled trial. **The Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 1, p. 21-28, 2014.

RATCLIFF, M. B. et al. Feasibility of ecological momentary assessment to characterize adolescent postoperative diet and activity patterns after weight loss surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.10, n.4, p.705-710, 2014.

RAZERA, A. P. R.; BRAGA, E. M. The importance of communication during the postoperative recovery period. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 632-637, 2011.

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.

- RÊGO, A. S. et al. Análise das condições clínicas de pessoas obesas em período pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista Colegial Brasileiro Cirurgiões**, v. 44, n. 2, p. 171-178, 2017.
- REIS T.N. et al. Resultados da cirurgia bariátrica a longo prazo. **Revista Ciência Et Praxis**. v. 6, n.10, p. 43-52, 2012.
- 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.
- REZAEI, T. et al. Effects of a Nursing Supportive Program on Anxiety and Stress Levels in the Family Members of Patients After Cardiac Surgery in the ICU. **Iranian Heart Journal**, v. 17, n. 4, p. 36-41, 2017.
- RIBEIRO, G. A. et al. Percepção corporal e cirurgia bariátrica: o ideal e o possível. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 26, n. 2, p. 124-128, 2013.
- RIBEIRO, G. A. N. A. et al. Perfil psicológico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 29, p.27-30, 2016.
- RICKERS, L.; MCSHERRY, C. Bariatric surgery: nutritional considerations for patients. **Nursing Standart**, v.26, n.49, p.41-48, 2012.
- RIVERA-TORRES, I.; DELGADO-FLOODY, P. Effects of high-intensity interval training on the anthropometric profile of overweight and obese adult women. **Revista Facultad de Medicina**, v.64, n.3, p.465-469, 2016.
- ROCKENBACH, K.F. **Cirurgia bariátrica: evolução nutricional no pós-operatório** [trabalho de conclusão de curso]. Cascavel (PR): Curso de Nutrição, Faculdade Assis Gurgacz, 2006.
- RODRÍGUEZ, B. et al. Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. **Salud Mental**, v.33, n.4, p.325-332, 2010.
- RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, M. D. L. Á; ARREDONDO-HOLGUÍN, E; HERRERA-CORTÉS, R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 296-306, 2012.
- ROTHWELL, L; KOW, L.; TOOULI, J. Effect of a Post-operative Structured Exercise Programme on Short-Term Weight Loss After Obesity Surgery Using Adjustable Gastric Bands. **Obesity Surgery**, v. 25, n. 1, p.126-128, 2015.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & Saúde**. 6a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
- SABINO, L. M. M. de. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação**. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará. 2016.
- SALAS, W.T. Certification in bariatric nursing. **Bariatric Nursing and Surgical Patient Care**, v.7, n.3, p.142-143, 2012.

- SALAZAR, L. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. **Guía de Evaluación Rápida. Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologías en Salud Pública.** Universidad del Valle. Organización Panamericana de la Salud. Colombia, 2004.
- SALAZAR-MAYA, Á. M.; HOYOS-DUQUE, T. N.; BOJANINI-ACEVEDO, L. Perception of quality of life of a group of individuals subjected to bariatric surgery. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 1, p. 22-32, 2014.
- SAMPAIO, C. E. P. et al. Determinant factors of the anxiety and mechanisms of coping on general surgical procedures. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 4, 2013.
- SÁNCHEZ, O. L.; SÁNCHEZ, J. C.; ALFONSO, G. A. Valoración de un programa de ejercicio físico estructurado en pacientes con obesidad mórbida pendientes de cirugía bariátrica. **Nutrición Hospitalaria**, v. 29, n. 1, p. 64-72, 2014.
- SANT'HELENA, M.M. **A integralidade nas redes de atenção à saúde das pessoas com obesidade e diabetes mellitus submetidos à cirurgia bariátrica: referência e contrarreferência.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- SANTOS, Á. D. S. et al. Perfil de saúde de idosos residentes em um município do interior mineiro. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 1, n. 01, [about 9 p.], 2012.
- SANTOS, H. D. N. et al. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Suplementar de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, 2014.
- SANTOS, H.N.; LIMA, JM.S.; SOUZA, M.F.C. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Suplementar de Saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, v.19, n.5, pp.1359-1365, 2015.
- SANTOS, J.; HENCKMEIER, L.; BENEDET, S. A. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. 3, p. 184-187, 2011.
- SANTOS, M. M. B.; MARTINS, J. C. A.; OLIVEIRA, L. M. N. A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. **Referência-Revista de Enfermagem**, v. 4, n. 3, 2014.
- 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.
- 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. Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence, and weight loss after gastric bypass surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.4, n.5, p.640-646, 2008.
- 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.
- SASSO-MENDES, K. D. **O processo ensino-aprendizagem para o candidato ao transplante de fígado.** 225f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo. 2010.

- SATO, F. et al. The perioperative educational program for improving upper arm dysfunction in patients with breast cancer at 1-Year follow-up: A prospective, controlled trial. **Journal of Experimental Medicine**, v.238, n.3, p.229-236, 2016.
- SCHAUER, D. P. et al. Predictors of bariatric surgery among an interested population. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.10, n.3, p.547-552, 2014.
- SCHERER, P. T. **O peso dos determinantes sociais da saúde na vida dos sujeitos bariátricos: desafios para o SUS**. 198 f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2015.
- SCHROEDER, N. et al. Early Obesity Prevention: A Randomized Trial of a Practice-Based Intervention in 0–24-Month Infants. **Journal of obesity**, v. 2015, 2015.
- SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D. for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. **Journal of clinical epidemiology**, v. 63, n. 8, p. 834-840, 2010.
- SCHULZ, R. S. **Efetividade da intervenção de enfermagem, acompanhamento por telefone, no pós-operatório de idosos: ensaio clínico controlado**. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2013
- SHAFIPOUR, V. et al. The effect of education on the anxiety of a family with a patient in critical care unit: a systematic review and meta-analysis. **Electron Physician**, v.9, n.3, p.3918–3924, 2017.
- SHANKAR, P.; BOYLAN, M.; SRIRAM, K. Micronutrient deficiencies after bariatric surgery. **Nutrition**, v. 26, n. 11, p. 1031-1037, 2010.
- SILVA, A. S. G.; TANIGUTE, C. T.; TESSITORE, A. A necessidade da avaliação fonoaudiológica no protocolo de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 5, p. 1655-1668, 2014.
- SILVA, C. F. et al. Efeitos no longo prazo da gastroplastia redutora em y-de-roux sobre o peso corporal e comorbidades clínico metabólicas em serviço de cirurgia bariátrica de um hospital universitário. **ABCD, Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva (São Paulo)**, v. 29, supl. 1, p. 20-23, 2016.
- SILVA, F. M. C. **Métodos de rastreamento do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática de mulheres idosas**. 154 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de pós-graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS, 2014.
- SILVA, K. L. da. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da violência sexual na adolescência**. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará. 2015.
- 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. V. et al. Impacto da ativação da intenção na prática da atividade física em diabéticos tipo II: ensaio clínico randomizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.875-886, 2015.
- SILVA, P. T. et al. Perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 28, n. 4, p. 270-273, Dec. 2015.

- SILVEIRA, E. A. et al. Obesidade em Idosos e sua Associação com Consumo Alimentar, Diabetes Mellitus e Infarto Agudo do Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.107, n.6, 2016.
- SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, p. 91-104, 2005.
- SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem”. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.
- SINHA, A. et al. Enhanced Recovery after Bariatric Surgery in the Severely Obese, Morbidly Obese, Super-Morbidly Obese and Super-Super Morbidly Obese Using Evidence-Based Clinical Pathways: a Comparative Study. **Obesity Surgery**, v.27, n. 3, p.560-568, 2017.
- SMALL, N. et al. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 263, 2013.
- SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos E.M, organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec; 2001.p.115-36.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 13º edição; Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2015.
- SNOEK, F. J.; VISSER, A. Improving quality of life in diabetes: how effective is education? **Patient Education and Counseling**, v.51, p.1-3, 2003.
- SNYDER, E.E. et al. The human obesity gene map: the 2003 update. **Obesity Research**, v.12, n.3, p.369-439, 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). 2017. **Quem pode fazer a cirurgia**. Disponível: <<http://www.sbcm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/quem-pode-fazer/>>. Acesso em 10 ago 2017.
- SONI, H. European Network on Patient Empowerment. **Nursing Standand**. v. 29, n. 8, p. 32, 2014
- SONOBE, H. M. et al. O método do arco no ensino pré-operatório de pacientes laringectomizados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.47, n.4, p. 425-33, 2001.
- SONOBE, H. M. et al. O método do arco no ensino pré-operatório de pacientes laringectomizados. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 4, p. 425-33, 2001.
- SOUSA, C.S; TURRINI, R.N.T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 6, p. 990-996, 2012 .
- SOUSA, K. O.; JOHANN, R. L. V. O. Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. **Psicologia Argumento**, v. 32, n. 79, 2014.
- SOUSA, K. O.; JOHANN, R. L. V. O. Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. **Psicologia Argumento**, v. 32, n. 79, p. 155-164, 2014.
- 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.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE**. Trad. de Ângela MB Biaggio e Luis Natalício. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.

SPITZNAGEL, M. B. et al. Cognitive function is linked to adherence to bariatric postoperative guidelines. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.9, n.4, p.580-585, 2013A.

_____. Cognitive function predicts 24-month weight loss success after bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.9, n.5, p. 765-770, 2013B.

_____. The role of cognitive function in postoperative weight loss outcomes: 36-month follow-up. **Obesity Surgery**, v.24, n.7, p.1078-1084, 2014.

STACEY, D. et al. Impact of patient decision aids on appropriate and timely access to hip or knee arthroplasty for osteoarthritis: A randomized controlled trial. **Osteoarthritis and Cartilage**, v.24, n.1, p. 99-107, 2016.

STANFORD, F.C. et al. Patient race and the likelihood of undergoing bariatric surgery among patients seeking surgery. **Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques**, v. 29, n.9, p.2794-2799, 2015.

STETLER, J.L.; GILL, S. Commentary on "implementation of standardized perioperative care for laparoscopic roux-en-y gastric bypass in a new program at a Chinese hospital". **Bariatric Surgical Practice and Patient Care**, v.10, n.2, 1, p.55, 2015.

STEVENS, T. et al. Your patient and weight-loss surgery. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 18, n.1, p. 418-425, 2012.

STEWART, K. E.; OLBRISCH, M. E.; BEAN, M. K. Bean. Back on track: confronting post-surgical weight gain. **Bariatric Nursing and Surgical Patient Care**, v. 5, n. 2, p. 179–185, 2010.

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.

STOKLOSSA, C. J.; ATWAL, S. Nutrition Care for Patients with Weight Regain after Bariatric Surgery. **Gastroenterology Research and Practice**, v. 2013, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/256145>. Acesso em 24 out 2015.

STUMM, E. M. F. et al . Intervenção educacional de enfermagem para redução da hiperfosfatemia em pacientes em hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n. 1, p.31-38, 2017.

STUMM, E. M. F. et al. Validation of a manual for patients with hyperphosphatemia. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 7, n. 9, p. 5485-5489, 2013.

STUMPF, M.A.M. et al. Analysis of food tolerance in patients submitted to bariatric surgery using the questionnaire quality of alimentation. . **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.28, supl 1: 79-83, 2015.

SWASH, C. Bariatric surgery and implications for stoma care. **British Journal of Nursing**, v.25,n.5, p.S22-S27, 2016.

SYSKO, R. et al. Predictors and correlates of follow-up visit adherence among adolescents receiving laparoscopic adjustable gastric banding. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.10, n.5, p.914-921, 2014.

TABIBIAN, A. et al. Bariatric Surgery Patients' Response to a Chronic Pain Rehabilitation Program. **Obesity Surgery**, v.25, n.10, p. 1917-1922, 2015.

TACK, J.; DELOOSE, E. Complications of bariatric surgery: Dumping syndrome, reflux and vitamin deficiencies. **Best Practice & Research: Clinical Gastroenterology**, v.28, n.4, p.741-749, 2014.

TADDEO, P. D. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TADDEO, P. S. et al. Prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Revista ciência saúde coletiva**, v. 17, p. 2923-9, 2011.

TADDEUCCI, R.J., MADAN, A.K.; TICHANSKY, D.S. Band versus bypass: influence of an educational seminar and surgeon visit on patient preference. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.3, n.4, p.452-455, 2007.

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. **O desafio do enfermeiro na assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica no período trans-operatório**. 2006. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TANG, J. et al. Self-Directed Interventions to Promote Weight Loss: A Systematic Review of Reviews. **Journal of Medical Internet Research**, v.16, n.2, p.58-58, 2014.

TANG, P-L.; YUAN, W-L.; TSENG, H-F. Clinical follow-up study on diabetes patients participating in a health management plan. **Journal of Nursing Research**, v. 13, n. 4, p. 253-262, 2005.

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.

TARNOFF, M. et al. An evidenced-based assessment of preoperative weight loss in bariatric surgery. **Obesity Surgery**, v.18, n.9, p.1059-1061, 2008.

TAUBE-SCHIFF, T.M. et al. Examining Nutrition Knowledge of Bariatric Surgery Patients: What Happens to Dietary Knowledge over Time? **Obesity Surgery**, v.26, n.5, p.972-982, 2016.

TAVARES, D. M. D. S.; CÔRTEZ, R. M.; DIAS, F. A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 18, n. 1, p. 97-103, 2010.

TEDESCO, A. K. et al. Pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica: algumas alterações bioquímicas, **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 29, supl. 1, p. 67-71,2016.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.4, p.598, 2010.

TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P.; NASCIMENTO, M. H. M. Referenciais metodológicos para validação de tecnologias cuidativo-educacionais. In: NIETSCHKE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a). **Porto Alegre: Moria**, 2014.

TEIXEIRA, M.B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

- TESS, B. H. et al. Obese patients lose weight independently of nutritional follow-up after bariatric surgery. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.61, n.2, p139-143, 2015.
- TESTON, E. F. et al. Consulta de enfermagem e controle cardiometabólico de diabéticos: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 468-474, jun. 2017.
- TESTON, E. F.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Perspectivas de indivíduos com diabetes sobre autocuidado: contribuições para assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2017b.
- 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.
- TIMM, M.; RODRIGUES, M.C.S.; MACHADO, V.B. **Adherence to treatment of type 2 diabetes mellitus: a systematic review of randomized clinical essays**. Journal of Nursing – UFPE. 2013;7(4):1204-15.
- TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 291-298, 2009.
- 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.
- TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.4, p.1039-1047, 2003.
- TORRES, H. C. O empoderamento nas práticas educativas orientadas à autonomia no cuidado em saúde. **Torres HC, Reis IA, Pagano AS. O empoderamento do pesquisador nas Ciências da Saúde. 1ª ed. Belo Horizonte: FALE/UFMG**, p. 1-19, 2015.
- TORRES, R.I.; FLOODY, D.P.C. Effects of high-intensity interval training on the anthropometric profile of overweight and obese adult women. **Revista Facultad de Medicina**, v.64, n.3, p.465-469, 2016.
- TURCHIANO, M.; SAUNDERS, J. K.; FERNANDEZ, G.; NAVIE, L.; LABRADOR, L.; PARIKH, M. Bariatric surgery may improve employment status in unemployed, underserved, severely obese patients. **Obesity surgery**, v. 24, n. 5, p. 692-695, 2014.
- UNICK, J.L. et al. Effectiveness of lifestyle interventions for individuals with severe obesity and type 2 diabetes: results from the Look AHEAD trial. **Diabetes care**, v.34, n.10, p. 2152-2157, 2011.
- UNICK, J.L. et al. The long-term effectiveness of a lifestyle intervention in severely obese individuals. **The American Journal of Medicine**, v. 126, n. 3, p. 236-242, 2013.
- VALDERAS, J.P. et al. Feeding and bone turnover in gastric bypass. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v.99, n.2, p.491-497, 2014.
- VAN ROOY, L.; COOPOO, Y. Change in patient nutritional knowledge following coronary artery bypass graft surgery. **Health SA Gesondheid**, v.22, p.123-129, 2017.
- VARGAS, V. et al. Surgically induced weight loss by gastric bypass improves non alcoholic fatty liver disease in morbid obese patients. **World journal of hepatology**, v. 4, n. 12, p. 382, 2012.

- VEGEL, A.J.A. et al. Patient-reported quality of life after bariatric surgery: A single institution analysis. **Journal of Surgical Research**, v.218, p.117-123, 2017.
- VENTURA, C. A. A. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 893-8, 2012.
- VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 133-41, 2013.
- 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.
- VIEIRA, V. F. M. et al. Extensão universitária e educação em saúde: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Pós em Revista do Centro Universitário Newton Paiva**, n.9, p. 18-21, 2014.
- VINA, E. R. et al. Does a Patient-centered Educational Intervention Affect African-American Access to Knee Replacement? A Randomized Trial. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 474, n.8, p.1755-1764, 2016.
- WALTERS-SALAS, T. Certification in bariatric nursing. **Bariatric Nursing and Surgical Patient Care**, v.7, n. 3, p.142-143, 2012.
- WARKENTIN, L. M. et al. Predictors of health-related quality of life in 500 severely obese patients. **Obesity**, v. 22, n. 5, p. 1367-1372, 2014.
- WARKENTIN, L. M. et al. Weight loss required by the severely obese to achieve clinically important differences in health-related quality of life: two-year prospective cohort study. **BMC medicine**, v. 12, n. 1, p. 175, 2014.
- WARWICK D.P.; LININGER A.C. **The sample survey: theory and practice**. New York: Mc Graw Hill, 1975. p. 4-19.
- WEBB, A.R. et al. Printed quit-pack sent to surgical patients at time of waiting list placement improved perioperative quitting. **ANZ Journal of Surgery**, v.8, n.9, p.660-664, 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.
- WEE, C. et al. Best practice updates for informed consent and patient education in weight loss surgery. **Obesity (Silver Spring)**, v. 17, n. 5, p. 885-888, 2009.
- 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.
- WERMELING, M. et al. Type 2 diabetes patients' perspectives on lifestyle counselling and weight management in general practice: a qualitative study. **BMC Family Practice**, v. 15, p. 97, 2014.
- WHEELER, E. et al. Adherence to outpatient program postoperative appointments after bariatric surgery. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v.4, n.4, p.515-520, 2008.
- 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.

- WHITE, M. A. et al. Prognostic Significance of Depressive Symptoms on Weight Loss and Psychosocial Outcomes Following Gastric Bypass Surgery: A Prospective 24-Month Follow-Up Study. **Obesity Surgery**, v.25, n.10, p.1909-1916, 2015.
- WILD, B. et al. A 1-year videoconferencing-based psychoeducational group intervention following bariatric surgery: results of a randomized controlled study. **Surgery for Obesity and Related Diseases**. 2015. Artigo no prelo.
- WILSON, B.A.; SHANNON, M.T.; STANG, C.L. **Nurse's drug guide 2006**. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2006.
- WIRZBICKI, D.C.M; OLIVEIRA, K.R. **As linhas de cuidado como estratégias de atenção em saúde para doenças crônicas não transmissíveis**. Salão do Conhecimento. Rio Grande do Sul, v. 2, n. 01, 2014.
- WONG, A.L. et al. The Effect of Written Information on Recall of Surgical Risks of Carpal Tunnel Release Surgery: A Randomized Controlled Study. **PlastReconstr Surg**, v.138,n.6, p.1011e-1018e, 2016;
- WOODWORTH, B.; JONES, A. Psychological assessment and ongoing support is important to people with obesity: A role for nursing. **Nurse Education Today**, v.33, n.9, p.933-934, 2013.
- WRZESINSKI, A.C. et al. Complications requiring hospital management after bariatric surgery. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 28 supl.1, 2015.
- XU, D. et al. Implementation of standardized perioperative care for laparoscopic roux-en-y gastric bypass in a new program at a chinese hospital. **Bariatric Surgical Practice and Patient Care**, v.10, n. 2, p.49-54, 2015.
- YOO, J.H. No clear winner: effects of the Biggest Loser on the stigmatization of obese persons. **Health Communication**, v.28. p.294–303, 2013.
- ZABATIERO, J. et al. Beliefs, barriers and facilitators to physical activity in bariatric surgery candidates. **Obesity Surgery**, v.26, n.5, p.1097-1109, 2016.
- ZIEGLER, O. et al. Medical follow up after bariatric surgery: nutritional and drug issues. General recommendations for the prevention and treatment of nutritional deficiencies. **Diabetes & Metabolism**, v.35, p.544-57, 2009.
- ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatr Scand**, v.67, p.361-370, 1983.
- ZYGER, L. T.; ZANARDO, V. P. S.; TOMICKI, C. Perfil nutricional e estilo de vida de pacientes pré e pós-cirurgia bariátrica. **Scientia Medica**, v. 26, p. 3, 2016.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO
PACIENTE – GRUPO COMPARAÇÃO**

Você está sendo convidado por Livia Moreira Barros como participante da pesquisa intitulada “Efetividade de intervenção educativa na adesão aos cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica: ensaio clínico randomizado”. 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.

O objetivo do estudo é avaliar a contribuição de uma intervenção educativa no preparo pré-operatório da cirurgia bariátrica. Durante o pré-operatório, o (a) Sr. (a) será convidado (a) para participar de uma entrevista em que responderá a algumas questões sobre o seu conhecimento em relação a cirurgia bariátrica e também serão aplicados questionários para avaliar o seu nível de ansiedade, a qualidade de vida e autoconceito. Após sete semanas, será feito novamente o acompanhamento do (a) senhor (a) para avaliar o seu estado durante a espera para a cirurgia bariátrica em que serão aplicados novamente os questionários para avaliação do seu nível de ansiedade, da qualidade de vida e do autoconceito.

Diante desses esclarecimentos, convido o (a) senhor (a) a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para participar da entrevista, a qual irá durar entre 20 a 30 minutos. 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 para sua integridade física nem despesas ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa, porém poderá trazer desconforto devido ao tempo exigido para a realização da entrevista e preenchimento dos questionários.

Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para o conhecimento dos fatores que prejudicam a adesão aos cuidados no pós-operatório bem como a importância da educação do paciente em todo o perioperatório, repercutindo diretamente na qualidade da assistência prestada aos indivíduos que buscam a cirurgia bariátrica como tratamento, além de favorecer uma melhor vivência no pós-operatório.

. 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 9 9777.4846 **E-mail:**joselany@ufc.br

Nome: Livia Moreira Barros **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone para contato:** 085 9 9994.7623 **E-mail:**livia.moreirab@hotmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPEQS – Rua Coronel Nunes de

Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ___anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ___/___/____

_____	___/___/___	_____
Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
_____	___/___/___	_____
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
_____	___/___/___	_____
Nome da testemunha	Data	Assinatura
_____	___/___/___	_____
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE – GRUPO INTERVENÇÃO

Você está sendo convidado por Livia Moreira Barros como participante da pesquisa intitulada “Efetividade de intervenção educativa na adesão aos cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica: ensaio clínico randomizado”. 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.

O objetivo do estudo é avaliar a contribuição de uma intervenção educativa no preparo pré-operatório da cirurgia bariátrica. Durante o pré-operatório, o (a) Sr. (a) será convidado (a) para participar de uma entrevista em que responderá a algumas questões sobre o seu conhecimento em relação a cirurgia bariátrica e também serão aplicados questionários para avaliar o seu nível de ansiedade, a qualidade de vida e autoconceito. Após sete semanas, será feito novamente o acompanhamento do (a) senhor (a) para avaliar o seu estado durante a espera para a cirurgia bariátrica em que serão aplicados novamente os questionários para avaliação do seu nível de ansiedade, da qualidade de vida e do autoconceito.

Diante desses esclarecimentos, convido o (a) senhor (a) a participar de quatro encontros a serem realizados no auditório do hospital em estudo, os quais irão durar, em média, 60 minutos, exigindo disponibilidade de tempo. Durante os encontros, será entregue uma cartilha educativa que possui orientações sobre a cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório e o (a) senhor (a) será convidado a ler individualmente o material.

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 para sua integridade física nem despesas ou ajuda financeira para o sujeito da pesquisa, porém poderá trazer desconforto devido ao tempo exigido para a realização da entrevista e preenchimento dos questionários.

Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para o conhecimento dos fatores que prejudicam a adesão aos cuidados no pós-operatório bem como a importância da educação do paciente em todo o perioperatório, repercutindo diretamente na qualidade da assistência prestada aos indivíduos que buscam a cirurgia bariátrica como tratamento, além de favorecer uma melhor vivência no pós-operatório.

. 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 9 9777.4846 **E-mail:**joselany@ufc.br

Nome: Livia Moreira Barros **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone para contato:** 085 9 9994.7623 **E-mail:**livia.moreirab@hotmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, __/__/____

_____	__/__/____	_____
Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
_____	__/__/____	_____
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
_____	__/__/____	_____
Nome da testemunha	Data	Assinatura
_____	__/__/____	_____
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

APÊNDICE C – ROTEIROS DOS ENCONTROS

Público-alvo: pacientes em lista de espera para cirurgia bariátrica

Recurso didático: cartilha educativa “*Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável.*”

DIA 1

Tema: Cirurgia bariátrica e pré-operatório

Objetivo do encontro: promover o conhecimento adequado sobre cirurgia bariátrica, indicações e técnicas cirúrgicas, avaliação pré-operatória; exames solicitados e os cuidados no pré-operatório imediato.

Material: crachás, canetinha, cartilha e filipetas de papel.

MOMENTOS

- **1ª etapa: Apresentação da proposta e convite para participação das atividades.**

- **Duração:** 10 minutos.

- **2ª etapa: Dinâmica de integração**

- “*Apresentando o vizinho*”: os participantes serão divididos em duplas que terão cinco minutos para se conhecerem mutuamente. Posteriormente, cada participante deverá apresentar ao grupo o seu colega.

- **Duração:** 20 minutos.

- **3ª etapa: Intervenção educativa**

- Entrega da cartilha, sendo solicitado que cada participante leia individualmente o material.

- **Dinâmica da “Caixa de correio”:** Após a finalização da leitura, será entregue a “Caixa das dúvidas” em que os participantes poderão, caso queiram, escrever dúvidas sobre o tema do encontro em filipetas de papel, as quais serão dobradas e colocadas na caixa para ser recolhidas e lidas.

- **Duração:** 30 minutos.

- **4ª etapa: Avaliação do Encontro**

- **Avaliação do dia:** ao final do encontro, será realizado questionamentos sobre o encontro como:

Como foi o dia de hoje?

O tempo foi adequado?

Alguém deseja colocar mais alguma pergunta na caixa das dúvidas?

- **Duração:** 10 minutos.

DIA 2

Tema: Internação hospitalar, centro cirúrgico e pós-operatório hospitalar

Objetivo do encontro: promover o conhecimento adequado sobre o pré-operatório imediato durante a internação hospitalar, o momento do centro cirúrgico e os cuidados necessários no pós-operatório hospitalar.

Material: caixa com espelho, canetinha, cartilha e filipetas de papel.

MOMENTOS

- **1ª etapa: Dinâmica de integração**

- **“Dinâmica do espelho”**: mostrar ao grupo uma caixa fechada e explicar que ali dentro tem uma foto de uma pessoa extremamente importante. Repassar a caixa para os participantes e solicitar que a pessoa olhe para dentro da caixa e comece a dizer quais são as características dessa pessoa e o que deseja para ela. O coordenador deverá solicitar que ela não revele o que está vendo (que no caso será ela mesma se refletindo no espelho). O responsável também deve perguntar ao grupo se alguém ali conhece a dinâmica, caso exista alguém que já tenha participado da dinâmica, peça a essa pessoa que não revele e nem comente sobre o funcionamento da mesma. Infelizmente, a pessoa que já tiver participado, não poderá participar novamente.

- **Duração**: 20 minutos.

- **2ª etapa: Intervenção educativa**

- Entrega da cartilha junto com filipetas de papel.

- Será solicitado que cada participante leia individualmente o material.

- **Dinâmica da “Caixa de correio”**: após a finalização da leitura, caso tenha dúvidas, será entregue a caixinha em que os participantes poderão, caso queiram, escrever dúvidas sobre o tema do encontro. As filipetas serão dobradas e colocadas na caixa.

- **Duração**: 30 minutos.

- **3ª etapa: Avaliação do Encontro**

- **Barquinho**: Cada participante receberá uma folha e será solicitado que expresse a sua impressão a respeito do encontro, do curso e também dar sugestões.

- **Avaliação do dia**: ao final do encontro, será realizado questionamentos sobre o encontro como:

1. Como foi o dia de hoje?
2. O tempo foi adequado?
3. Alguém deseja colocar mais alguma pergunta na caixa das dúvidas?

- **Duração**: 10 minutos.

DIA 3

Tema: Pós-operatório domiciliar e tardio

Objetivo do encontro: promover o conhecimento adequado sobre cuidados necessários no pós-operatório domiciliar e tardio.

Material: balões, canetinha, cartilha e filipetas de papel.

MOMENTOS

- **1ª etapa: Dinâmica de integração**

- **“Transformando o Balão”**: Será distribuído um balão para cada participante e solicitado que cada um escreva no balão todos os sentimentos, pensamentos negativos, obstáculos, anseios e medos que carregam. Em seguida, será solicitado que os pacientes se levantem e será questionado sobre o que fazer com o balão – o que eles desejam fazer com aquele sentimento dentro do balão. Algumas pessoas podem decidir estourá-lo, outras podem jogar o balão para o ar – deixar os participantes a vontade para se libertar do seu balão.

- **Duração**: 20 minutos.

- **2ª etapa: Intervenção educativa**

- Entrega da cartilha junto com filipetas de papel.
- Será solicitado que cada participante leia individualmente o material e, caso tenha dúvidas, anote nas filipetas que serão entregues após a leitura - “*Caixa de correio*”. As filipetas serão dobradas e colocadas na caixa para ser recolhidas e lidas.
- **Duração:** 30 minutos.

- **3ª etapa: Avaliação do Encontro**

- **Barquinho:** Cada participante receberá uma folha e será solicitado que expresse a sua impressão a respeito do encontro, do curso e também dar sugestões.
- **Avaliação do dia:** ao final do encontro, será realizado questionamentos sobre o encontro como:
 1. Como foi o dia de hoje?
 2. O tempo foi adequado?
 3. Alguém deseja colocar mais alguma pergunta na caixa das dúvidas?
- **Duração:** 10 minutos.

DIA 4

Tema: Dúvidas

Objetivo do encontro: promover o conhecimento adequado sobre as principais dúvidas relacionadas aos cuidados perioperatório.

Material: canetinha, cartilha, filipetas de papel e painel “Que bom”, “Que pena” e “Que tal”.

MOMENTOS

- **1ª etapa: Dinâmica de integração**

- “**Chuva de palavras**”:
Ao som de músicas, será solicitado ao participante que fale uma palavra ou frase que represente o seu desejo para aquele momento-encontro.
- **Duração:** 20 minutos.

- **2ª etapa: Intervenção educativa**

- Entrega da cartilha, sendo solicitado que cada participante leia individualmente o material.
- **Dinâmica da “Caixa de correio”:** Após a finalização da leitura, será entregue a “Caixa das dúvidas” em que os participantes poderão, caso queiram, escrever dúvidas sobre o tema do encontro em filipetas de papel, as quais serão dobradas e colocadas na caixa para ser recolhidas e lidas.
- **Duração:** 15 minutos.

- **3ª etapa: Dinâmica do repolho**

- Será repassado entre os participantes, o repolho com as dúvidas coletadas nos últimos encontros. Quando a música parar, quem estiver com o repolho deverá ler e responder a dúvida presente no papel.
- **Duração:** 30 minutos.

- **4ª etapa: Avaliação do Encontro**

- **Que bom, Que pena, Que tal:** Cada participante receberá uma folha onde está escrito na parte superior: “Que bom!”, “Que pena” e “Que tal”. Em seguida, o participante deve escrever o que lhe vem à mente ao ler essas expressões, associando-as ao encontro. Ao término, incentiva-se para que cada um leia para o grupo sua avaliação.
- **Duração:** 20 minutos.

APÊNDICE D – MODELO DOS SLIDES



Material de Apoio

Cartilha sobre Cirurgia bariátrica

- 1º Encontro: Cirurgia bariátrica, técnicas e pré-operatório.
- 2º Encontro: Internação, centro cirúrgico e pós-operatório hospitalar.
- 3º Encontro: Pós-operatório domiciliar e tardio.
- 4º Encontro: Dúvidas.



Momentos

- 1º momento: dinâmica de integração.
- 2º momento: leitura da cartilha.
- 3º momento: avaliação do dia.





Momento de Quebra-Gelo

“Apresentando o Vizinho”



Tema do Dia

 <p>INFORMAÇÕES SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA</p>	<p>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.</p>
 <p>ACOMPANHAMENTO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO</p>	<p>Papel de cada profissional na equipe, importância da avaliação pré-operatória; exames solicitados e os cuidados no pré-operatório mediato.</p>

Tema do Dia

- Leitura individual.
- Caixinha das dúvidas.



Avaliação do Encontro

“Como foi o dia hoje?”



Obrigada pela sua presença!
Espero você na próxima quarta!



APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA- EPIDEMIOLÓGICA

PARTE I

• Identificação

Nome: _____ Sexo: 1. F () 2. M ()
 Nº Prontuário: _____ Celular: _____ Melhor horário (ligação): _____
 Idade: _____ Religião: _____ Anos de estudo: _____
 Estado Civil: 1. Solteiro () 2. Casado () 3. Divorciado () 4. Viúvo ()
 Cidade: _____ Profissão/ocupação: _____
 Renda familiar (em reais): _____
 Classificação econômica: 1. A () 2. B1 () 3. B2 () 4. C1 () 5. C2 () 6. DE ()

ITENS	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	+ 4
Automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Geladeiras					
Freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada na sua casa é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua da sua casa, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	
1	Analfabeto / Fundamental I incompleto
2	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
3	Fundamental completo/Médio incompleto
4	Médio completo/Superior incompleto
5	Superior completo

- **Histórico de Obesidade**

- ✓ 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 () 5. Tios () 6. Avós ()
- ✓ História Familiar de Cirurgia Bariátrica? 1. Sim () 2. Não () Se **SIM**: 1. Mãe () 2. Pai ()
3. Ambos () 4. Irmão () 5. Tios () 6. Avós ()
- ✓ Como obteve informações sobre a cirurgia bariátrica? 1. Equipe de saúde () 2. Família ()
3. Amigos () 4. Internet () 5. Outros: _____

PARTE II

- **Comorbidades**

1. Apresenta alguma outra doença? 1. () Sim 2. () Não

Se **SIM**: Quais?

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| a. () HAS | e. () Osteoartrite |
| b. () DM | f. () Doenças cardiovasculares |
| c. () Apnéia do Sono | g. () Infertilidade |
| d. () Dislipidemia | |
| h. () Outras _____ | |

2. Faz uso de medicamento? 1. () Sim 2. () Não

Se **SIM**: Quais? _____

- **Atividade física**

1. O (A) senhor (a) pratica exercício físico pelo menos uma vez durante a semana?

1. Sim () 2. Não (). Se **SIM**, qual? _____

Quantas vezes por semana? _____

Qual tempo (em minutos) dura? _____

- **Tabagismo**

2. Atualmente, o (a) senhor (a) fuma? 1. Sim () 2. Não ().

Se **SIM**, qual? _____

Quantas vezes por dia? _____

- **Alcoolismo**

3. O (A) senhor (a) costuma consumir bebida alcoólica? 1. Sim () 2. Não ().

Se **SIM**, qual? _____

Quantas vezes por dia? _____

- **Avaliação da dieta alimentar**

1. Realiza quantas refeições por dia? _____
2. Segue corretamente as orientações fornecidas pela nutricionista? 1. Sim () 2. Não ()
3. Consome diariamente alimentos ricos em proteínas? 1. Sim () 2. Não ()
4. Consome diariamente frutas? 1. Sim () 2. Não ()
5. Consome diariamente verduras e legumes? 1. Sim () 2. Não ()
6. Consome diariamente doces? 1. Sim () 2. Não ()
7. Consome diariamente frituras? 1. Sim () 2. Não ()

8. Bebe quantos litros de água diariamente? _____
9. Bebe leite ou derivados diariamente? 1. Sim () 2. Não ().
10. Bebe refrigerante? 1. Sim () 2. Não ().
11. Apresenta intolerância alimentar? 1. Sim () 2. Não (). Se **SIM**, a qual alimento? _____
12. Realiza mastigação adequada durante as refeições? 1. Sim () 2. Não ().

PARTE III – Exame Físico

- **Dados Antropométricos**

Peso	Altura	Circunferência Abdominal	Quadril

- **Bioimpedância**

	1º Encontro	4º Encontro
Peso		
IMC		
Gordura Corporal		
Gordura Visceral		
Massa muscular		
Idade Corporal		
Metabolismo basal		

APÊNDICE F – CONHECIMENTO E ATITUDE SOBRE CIRURGIA BARIÁTRICA

PARTE I

As perguntas a seguir estão relacionadas com o seu conhecimento sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no pré e pós-operatório. Marque com um X a resposta que, na sua opinião, é a correta. Não se preocupe em acertar ou errar as questões. O importante é você responder de acordo com o que você sabe. Desde já agradeço sua colaboração.

Conhecimento

1. A cirurgia bariátrica tem como principais benefícios a perda de peso, a resolução e/ou controle de doenças associadas à obesidade e à melhora da qualidade de vida.
 Certo Errado Não sei
2. O apoio da família não é considerado como critério para a realização da cirurgia bariátrica.
 Certo Errado Não sei
3. Para realizar a cirurgia, o paciente deve ter tentado emagrecer com os outros tratamentos (dieta, exercício físico, remédios), não tendo sucesso na perda de peso.
 Certo Errado Não sei
4. O pré-operatório possibilita a avaliação clínica do paciente, a identificação dos fatores que possam comprometer o sucesso da cirurgia e a orientação dos candidatos e familiares sobre a cirurgia bariátrica.
 Certo Errado Não sei
5. É preciso parar de fumar ou de beber antes da cirurgia.
 Certo Errado Não sei
6. O tempo de preparo no pré-operatório é igual para todas as pessoas.
 Certo Errado Não sei
7. É necessário um jejum de 12 horas antes da cirurgia.
 Certo Errado Não sei
8. Serão aplicadas injeções de medicação anticoagulante para prevenir a formação de coágulos sanguíneos.
 Certo Errado Não sei
9. Após a cirurgia, o paciente será encaminhado diretamente para o quarto.
 Certo Errado Não sei
10. A cirurgia bariátrica apresenta riscos e complicações.
 Certo Errado Não sei
11. As costuras do intestino e o grampeamento do estômago nunca abrem, resultando em vazamento e infecção.
 Certo Errado Não sei
12. Caso seja necessário, o paciente pode realizar outras cirurgias. A reoperação ocorre devido ao sangramento, hérnias, úlceras, abertura dos grampos cirúrgicos, fístula, obstrução do intestino ou estômago, entre outras causas.
 Certo Errado Não sei
13. Quando estiver na enfermaria, o ideal é que o paciente permaneça o tempo todo de repouso, ficando deitado na cama.
 Certo Errado Não sei
14. Mesmo sem a liberação médica, o paciente poderá iniciar a dieta líquida restrita e beber líquidos claros (água, água de coco ou chás) em intervalos de tempo estabelecidos pelo nutricionista.

- () Certo () Errado () Não sei
15. As caminhadas e o uso de meias compressivas diminuem o risco de Trombose Venosa Profunda (TVP) e embolia pulmonar, facilitam a eliminação de gases e reduzem a dor após a cirurgia.
() Certo () Errado () Não sei
16. Para melhorar a função dos pulmões, é importante realizar os exercícios respiratórios orientados pelo fisioterapeuta.
() Certo () Errado () Não sei
17. É normal ter inchaço, calor e vermelhidão na cicatriz da cirurgia.
() Certo () Errado () Não sei
18. Em casa, o paciente poderá lavar a ferida operatória durante o banho com sabonete antisséptico.
() Certo () Errado () Não sei
19. A progressão da dieta alimentar (de líquidos claros até a dieta regular) depende da adaptação a pequenos volumes e da correta mastigação.
() Certo () Errado () Não sei
20. É normal ter náuseas e vômitos no pós-operatório tardio.
() Certo () Errado () Não sei
21. Nos primeiros seis meses, o paciente deve evitar doces, bebidas gaseificadas e de alto teor calórico (tais como refrigerantes, cerveja e milkshakes) e alimentos que causam mal-estar como frituras e alimentos gordurosos.
() Certo () Errado () Não sei
22. O paciente deve beber água apenas quando sentir sede. O ideal é beber, no mínimo, dois litros de água por dia, devagar e em pequenos goles.
() Certo () Errado () Não sei
23. Não é preciso tomar o suplemento vitamínico todos os dias, podendo deixar de tomar durante os finais de semana.
() Certo () Errado () Não sei
24. Após a cirurgia, o paciente terá que mastigar bastante todos os alimentos sólidos sob o perigo de, se não mastigar corretamente, sentir dor ao engolir, vomitar ou obstruir a passagem dos alimentos, podendo necessitar de endoscopia ou cirurgia.
() Certo () Errado () Não sei
25. Caso tenha vômitos, o paciente deve escovar os dentes imediatamente.
() Certo () Errado () Não sei
26. No pós-operatório, nenhum paciente apresenta depressão, compulsão por compras, bebida e comida ou outro transtorno psicológico.
() Certo () Errado () Não sei
27. É necessário retornar às consultas com a equipe da cirurgia bariátrica (cirurgião, nutricionista, fonoaudiólogo e psicólogo) somente no primeiro ano de pós-operatório.
() Certo () Errado () Não sei
28. Sempre que tiver alguma dificuldade no pós-operatório, o paciente deve procurar, primeiramente, amigos e conhecidos que realizaram a cirurgia bariátrica. Somente depois disso é que deve procurar os profissionais da equipe de cirurgia bariátrica.
() Certo () Errado () Não sei
29. A perda de peso é maior nos seis primeiros meses após a cirurgia e dependerá muito da alimentação e da prática de atividade física regularmente.
() Certo () Errado () Não sei
30. Com a cirurgia bariátrica, é garantido a manutenção da perda de peso por toda a vida.

() Certo () Errado () Não sei

31. É normal haver mudanças no gosto (paladar) e no cheiro (olfato) dos alimentos; aumento no número de evacuações diárias com fezes e gases com forte odor; aumento do suor e feridas nas regiões onde há excesso de pele.

() Certo () Errado () Não sei

32. Após a cirurgia, ocorre a melhora das doenças como pressão alta e diabetes e o paciente pode parar de tomar seus remédios quando se sentir bem.

() Certo () Errado () Não sei

33. A síndrome de dumping é causada pelo rápido esvaziamento do estômago devido ao consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras. O paciente pode apresentar aumento dos batimentos cardíacos, suor frio, cólicas abdominais e diarreia.

() Certo () Errado () Não sei

34. As bebidas alcoólicas são liberadas após 3 meses e o paciente pode consumir a mesma quantidade que tomava antes de realizar a cirurgia.

() Certo () Errado () Não sei

35. A queda de cabelo, unhas quebradiças e pele ressecada ocorrem devido à diminuição de nutrientes no organismo. Isso é normal e temporário, podendo acontecer entre o 3º e o 10º mês de pós-operatório.

() Certo () Errado () Não sei

Atitude

1. Você considera necessário seguir cuidadosamente todas as orientações do seu nutricionista?

() Muito necessário () Necessário () Pouco necessário

() Desnecessário () Não tem opinião

2. Você considera necessário a tomada diária do suplemento vitamínico?

() Muito necessário () Necessário () Pouco necessário

() Desnecessário () Não tem opinião

3. Você considera necessário beber, pelo menos, dois litros de água por dia, devagar e em pequenos goles?

() Muito necessário () Necessário () Pouco necessário

() Desnecessário () Não tem opinião

4. Você considera necessário engolir os alimentos apenas quando eles estiverem bastante mastigados?

() Muito necessário () Necessário () Pouco necessário

() Desnecessário () Não tem opinião

5. Você considera necessário praticar atividades físicas diariamente?

() Muito necessário () Necessário () Pouco necessário

() Desnecessário () Não tem opinião

6. Você considera necessário realizar o acompanhamento com o psicólogo?

() Muito necessário () Necessário () Pouco necessário

() Desnecessário () Não tem opinião

7. Você considera necessário comparecer a todas as consultas de retorno no ambulatório com a equipe multiprofissional?

() Muito necessário () Necessário () Pouco necessário

() Desnecessário () Não tem opinião

8. Por que você acha necessário seguir os cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica?

() Perder o máximo de peso () Melhorar a qualidade de vida

() Melhorar o estado de saúde e as doenças associadas à obesidade.

() Não ter complicações

APÊNDICE G - QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref)

• Instruções

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

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

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

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

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

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

A) Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

APÊNDICE I - ESCALA DE AUTO-CONCEITO

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere sobretudo, a sua maneira habitual, e não o seu estado de espírito de momento. Coloque **X** no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática					
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões					
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades					
4. No contato com os outros costumo ser um indivíduo falador					
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer					
6. Considero-me tolerante com as outras pessoas					
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga conseqüências desagradáveis					
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas					
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceita pelos outros					
10. Quando tenho uma ideia que me parece valida gosto de a pôr em pratica					
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades					
12. Não sei por que a maioria das pessoas embirra comigo					
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade					
14. Considero-me competente naquilo que faço					
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece					
16. A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar					
17. Considero-me uma pessoa agradável no contato com os outros					
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros					
19. Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço					
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades					

APÊNDICE J - ESCALA DE HADS

Instruções

Este questionário ajudará o profissional de saúde a saber como você está se sentindo. Se o seu profissional de saúde souber acerca destes sentimentos poderá ajudá-lo(a) melhor. Por favor, leia cada um dos itens abaixo faça um círculo ao redor do número que melhor indica **como você se sente na última semana**. Não gaste muito tempo em um único item, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

1. Eu me sinto tenso ou contraído

1	2	3	4
Nunca	De vez em quando	Boa parte do tempo	A maior parte do tempo

2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

1	2	3	4
Sim, do mesmo jeito que antes	Não tanto quanto antes	Só um pouco	Já não sinto mais prazer em nada

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

1	2	3	4
Sim, e de um jeito muito forte	Sim, mas não tão forte	Um pouco, mas isso não me preocupa	Não sinto nada disso

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

1	2	3	4
Do mesmo jeito que antes	Atualmente um pouco menos	Atualmente bem menos	Não consigo mais

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações

1	2	3	4
A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	De vez em quando	Raramente

6. Eu me sinto alegre

1	2	3	4
Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado

1	2	3	4
Sim, quase sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca

8. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas

1	2	3	4
Quase sempre	Muitas vezes	De vez em quando	Nunca

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago

1	2	3	4
Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	Quase sempre

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

1	2	3	4
Completamente	Não estou mais me cuidando como deveria	Talvez não tanto quanto antes	Me cuido do mesmo jeito que antes

11. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum

1	2	3	4
Sim, demais	Bastante	Um pouco	Não me sinto assim

12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

1	2	3	4
Do mesmo jeito que antes	Um pouco menos do que antes	Bem menos do que antes	Quase nunca

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

1	2	3	4
Quase todo momento	Várias vezes	De vez em quando	Não sinto isso

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa

1	2	3	4
Quase sempre	Várias vezes	Poucas vezes	Quase nunca

APÊNDICE K - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)

• Questionário de Autoavaliação para Estado de Ansiedade

Instruções

Por favor, leia cada um dos itens abaixo faça um círculo ao redor do número que melhor indica **como você se sente agora, neste momento**. Não gaste muito tempo em um único item, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

1. Sinto-me calmo

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

2. Sinto-me seguro

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

3. Estou tenso

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

4. Estou arrependido

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

5. Sinto-me à vontade

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

6. Sinto-me perturbado

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

7. Estou preocupado com possíveis infortúnios

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

8. Sinto-me descansado

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

9. Sinto-me ansioso

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

10. Sinto-me “em casa”

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

11. Sinto-me confiante

1	2	3	4
Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

12. Sinto-me nervoso

1	2	3	4
---	---	---	---

	Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
13. Estou agitado	1	2	3	4
	Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
	Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
15. Estou descontraído	1	2	3	4
	Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
16. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
	Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
17. Estou preocupado	1	2	3	4
	Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
	Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
	Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
20. Sinto-me bem	1	2	3	4
	Absolutamente não	Um pouco	Bastante	Muitíssimo

• **Questionário de Autoavaliação para Traço de Ansiedade**

Instruções

Por favor, leia cada um dos itens abaixo faça um círculo ao redor do número que melhor indica **como você geralmente se sente**. Não gaste muito tempo em um único item, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

1. Sinto-me bem

1	2	3	4
Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre

2. Canso-me facilmente

1	2	3	4
Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre

3. Tenho vontade de chorar

1	2	3	4
Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre

4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser

1	2	3	4
Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre

5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente

- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 6. Sinto-me descansado**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 10. Sou feliz**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 11. Deixo-me afetar muito pelas coisas**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 12. Não tenho muita confiança em mim mesmo**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 13. Sinto-me seguro**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 15. Sinto-me deprimido**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 16. Estou satisfeito**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 17. Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 19. Sou uma pessoa estável**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |
- 20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento**
- | | | | | |
|--|-------------|----------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Quase nunca | Às vezes | Frequentemente | Quase sempre |

**APÊNDICE L - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E
ACEITABILIDADE DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE CIRURGIA
BARIÁTRICA**

PARTE II

Gostaria de saber sua opinião sobre o momento da intervenção educativa. Suas críticas e sugestões são importantes para que os pesquisadores possam melhorar a intervenção e ajudar outros pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. Todos os seus comentários, sejam eles positivos ou negativos, serão bem-vindos e serão considerados para a melhoria da intervenção educativa. Assim, marque com um X a resposta que, na sua opinião, é a correta. Desde já agradeço sua colaboração.

• **Intervenção Educativa**

- 1) Para o Sr (a), foi importante discutir com o pesquisador sobre suas dúvidas em relação à cirurgia bariátrica, os cuidados e as possíveis complicações?

1	2	3	4	5	
Não foi importante	Pouco importante	Não fez diferença	Importante	Muito importante	Não me lembro

- 2) O conteúdo que foi discutido na intervenção educativa permitiu esclarecer suas dúvidas e ajudou a entender os cuidados a serem realizados no perioperatório.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não me lembro

- 3) Você se sentiu satisfeito (a) com o conhecimento adquirido durante a intervenção educativa ou com a explicação sobre suas dúvidas?

1	2	3	4	5	
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não fez diferença	Satisfeito	Muito satisfeito	Não me lembro

- 4) As informações que você recebeu em relação ao período pré-operatório e a internação foram suficientes?

1	2	3	4	5	
Insuficiente	Pouco suficiente	Não fez diferença	Suficiente	Muito suficiente	Não me lembro

- 5) As informações que você recebeu em relação ao período do pós-operatório hospitalar da cirurgia bariátrica foram suficientes?

1	2	3	4	5	
Insuficiente	Pouco suficiente	Não fez diferença	Suficiente	Muito suficiente	Não me lembro

- 6) As informações que você recebeu em relação aos cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica atenderam as suas necessidades de conhecimento?

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não me lembro

- 7) Como você avalia a qualidade das informações recebidas?

1	2	3	4	5	
---	---	---	---	---	--

Inadequadas	Pouco adequadas	Não fez diferença	Adequadas	Totalmente adequadas	Não me lembro
-------------	-----------------	-------------------	-----------	----------------------	---------------

8) O senhor(a) teria alguma sugestão a ser feita em relação a intervenção educativa ou gostaria de falar mais alguma coisa?

9) Se esta etapa pudesse ser refeita, o senhor (a) mudaria alguma coisa ? O que? Por que?

• **Cartilha educativa “Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável.”**

10) Na sua opinião, foi fácil entender o conteúdo do material da cartilha educativa (texto e imagens).

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não me lembro

11) A cartilha utilizada para explicar os cuidados a serem tomados tornou mais fácil para o(a) senhor (a) entender os cuidados no tratamento da cirurgia bariátrica.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não me lembro

12) Considerando o material que foi utilizado nesta fase para educação de pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, você avalia que ele é:

1	2	3	4	5	
Inadequado	Pouco adequado	Não fez diferença	Adequado	Totalmente adequado	Não me lembro

13) Quanto você acha que este material educativo auxilia/ajuda no tratamento de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica?

1	2	3	4	5	
Não ajuda em nada	Pouco ajuda	Não fez diferença	Ajuda	Ajuda muito	Não me lembro

14) Para você, ler a cartilha foi:

1	2	3	4	5	
Não foi importante	Pouco importante	Não fez diferença	Importante	Muito importante	Não me lembro

15) Em relação ao conteúdo cartilha educativa, cite três informações que você mais gostou de ler no material?

16) Sobre o conteúdo da cartilha, o que você não sabia?

17) Sentiu falta de alguma orientação?

18) O senhor(a) teria alguma sugestão a ser feita em relação a cartilha educativa ou gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE M - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA CONTATO TELEFÔNICO: GRUPO INTERVENÇÃO

- **Considerações importantes para o pesquisador**

- Antes de realizar a ligação, tenha sob sua posse o material necessário para este momento (instrumentos e caneta)
- Ao iniciar a ligação, confirmar com o paciente se aquele é o melhor momento para o contato.
- Tenha cuidado na condução da ligação com aspectos como entonação da voz, respeito ao silêncio, repasse das informações e estímulo da verbalização.

- **Material necessário**

- Formulário de acompanhamento do paciente via telefone
- Instrumento de avaliação da satisfação do paciente com a intervenção educativa
- Caneta

- **Apresentação ao paciente**

- O pesquisador deverá se identificar e apresentar o objetivo da ligação e os momentos do contato telefônico:

1) “Bom dia (boa tarde ou boa noite), meu nome é _____, sou estudante de enfermagem e faço parte da pesquisa intitulada “X”. Eu poderia falar com o(a) Sr(a) _____ (nome do paciente?” Caso o paciente não esteja em casa, perguntar qual o horário ele estará presente e agradecer pela atenção.

2) “O(a) Sr(a) está disponível no momento para conversar?”. Caso esteja disponível, informar sobre a gravação da ligação (item 3). Se o paciente não puder continuar a ligação, questionar sobre outra oportunidade: “Em que outro momento posso ligar e conversar com o Sr(a)?”. Registrar a resposta, informar que irá retornar a ligação no horário indicado e agradecer pela atenção.

3) “Com o intuito de registrar possíveis dúvidas e analisar os dados da conversa, essa ligação está sendo gravada. O(a) Sr(a) permite a gravação?”. Caso o paciente não permita, informar que irá interromper a gravação. Se não houver imposições, iniciar as perguntas sobre do instrumento de satisfação.

- **Aplicação do instrumento de avaliação da satisfação**

- Explicar ao paciente que esse momento aborda a o momento da avaliação da intervenção educativa e do uso da cartilha educativa sobre a cirurgia bariátrica.

- Solicitar que o mesmo pegue a cópia do instrumento para facilitar o entendimento sobre as perguntas: “O(a) Sr(a) está com o papel em mãos? Podemos começar? Eu preciso que esteja em suas mãos para facilitar a coleta das respostas. Caso não esteja, posso esperar que vá buscar”.
- Informar ao paciente que são 18 perguntas e ele deverá indicar a sua resposta de acordo com sua opinião.
- Registrar todas as respostas.

- **Encerramento da ligação**

- Ao fim das questões, informar que o contato está terminando: “Sr (a) (nome), estamos terminando esse momento. Obrigada por participar da pesquisa. Tenha um bom(boa) dia/tarde/noite.”

**APÊNDICE N - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A
INTERVENÇÃO VIA TELEFONE**

Nome do paciente: _____

Contato telefônico: _____

Melhor horário para ligações: () Manhã () Tarde () Noite - Horário: ____:____

Recusou a ligação? () Sim () Não

Número de tentativas: _____

INTERVENÇÃO EDUCATIVA						
QUESTÕES	RESPOSTAS					
Questão 1	1	2	3	4	5	NL
Questão 2	1	2	3	4	5	NL
Questão 3	1	2	3	4	5	NL
Questão 4	1	2	3	4	5	NL
Questão 5	1	2	3	4	5	NL
Questão 6	1	2	3	4	5	NL
Questão 7	1	2	3	4	5	NL

CARTILHA						
QUESTÕES	RESPOSTAS					
Questão 10	1	2	3	4	5	NL
Questão 11	1	2	3	4	5	NL
Questão 12	1	2	3	4	5	NL
Questão 13	1	2	3	4	5	NL
Questão 14	1	2	3	4	5	NL

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efetividade de intervenção educativa na adesão aos cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica: ensaio clínico randomizado

Pesquisador: Livia Moreira Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58499116.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.572.037

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo experimental do tipo Ensaio Clínico Randomizado a ser desenvolvido em uma instituição de referência em cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará. Os pacientes serão direcionados para o grupo intervenção (terá acesso à cartilha "Cirurgia bariátrica: cuidados para uma vida saudável", que orienta acerca do procedimento cirúrgico e cuidados no perioperatório) ou grupo controle (orientação convencional na instituição em estudo).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a efetividade de uma intervenção educativa na adesão aos cuidados do pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Objetivos Secundários:

- Mensurar o conhecimento, atitude e prática dos pacientes sobre cirurgia bariátrica e os cuidados no perioperatório, comparando o Grupo Controle e o Grupo Intervenção.

- Analisar os resultados (perda de peso, condições clínicas, qualidade de vida, complicações e reoperações) da cirurgia bariátrica entre os pacientes do grupo controle e os submetidos à intervenção educativa.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodoífo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.572.037

- Comparar o perfil bioquímico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica entre o pré e pós-operatório.
- Verificar a autoeficácia dos pacientes para a realização dos cuidados no pós-operatório da cirurgia bariátrica.
- Comparar os níveis de ansiedade entre os pacientes do grupo intervenção e do grupo controle.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo os autores, o estudo poderá causar desconforto ao indivíduo pelo tempo exigido para entrevista e preenchimento dos questionários. No entanto, o participante pode negar-se a participar do estudo ou retirar o seu consentimento quando desejar.

Benefícios: Segundo os pesquisadores, a utilização da tecnologia educativa pode reduzir taxas de complicações, reoperações e reganho de peso em decorrência do fornecimento de informações adequadas sobre o autocuidado. Pode, ainda, representar um instrumento inovador a ser utilizado durante a educação em saúde desses pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo pertinente considerando o acompanhamento dos pacientes que realizam cirurgia bariátrica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_673593.pdf	27/05/2016 11:12:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_2.pdf	27/05/2016 11:12:21	Lívia Moreira Barros	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Tedflio

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.572.037

Ausência	TCLE_2.pdf	27/05/2016 11:12:21	Lívia Moreira Barros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetotese_CEP.pdf	27/05/2016 11:11:56	Lívia Moreira Barros	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2.pdf	23/05/2016 21:55:50	Lívia Moreira Barros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadores.pdf	23/05/2016 21:55:01	Lívia Moreira Barros	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	18/05/2016 10:07:22	Lívia Moreira Barros	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	18/05/2016 10:05:47	Lívia Moreira Barros	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	18/05/2016 10:04:18	Lívia Moreira Barros	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/05/2016 10:03:41	Lívia Moreira Barros	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/05/2016 09:57:52	Lívia Moreira Barros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 02 de Junho de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br