

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA  
CAMPUS JOINVILLE

ILIANA GOEDERT DA SILVA  
LORENI DE FATIMA RIETTA FERREIRA DE ALMIRON

**A EFICIÊNCIA DAS ORIENTAÇÕES APRESENTADAS AOS  
PACIENTES PELA EQUIPE DE SAÚDE À PESSOA  
SUBMETIDA À CIRURGIA BARIÁTRICA**

JOINVILLE, 2013

**A EFICIÊNCIA DAS ORIENTAÇÕES APRESENTADAS AOS  
PACIENTES PELA EQUIPE DE SAÚDE À PESSOA  
SUBMETIDA À CIRURGIA BARIÁTRICA**

**ILIANA GOEDERT DA SILVA  
LORENI DE FATIMA RIETTA FERREIRA DE ALMIRON**

*Projeto de Ação  
Comunitária apresentado ao  
Instituto  
Federal de Educação  
Ciência e Tecnologia  
de Santa Catarina como  
parte dos requisitos de  
obtenção do certificado de  
Técnico de Enfermagem.*

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Debora  
Rinaldi Nogueira

**JOINVILLE, 2013**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, o que seria de nós sem a fé que temos nele.

Aos nossos pais, irmãos, e esposos, nossos filhos e a toda a nossa família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que chegássemos até esta etapa de nossas vidas.

À professora Débora, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste projeto.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na nossa vida acadêmica e na formação e desenvolvimento deste projeto.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

**A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes! (*Florence Nightingale*)**

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar a eficácia das informações prestadas pela equipe de saúde a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no município de Joinville SC. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa, de natureza descritiva, realizada com a elaboração de questionário. Este estudo também nos fornecer informações acerca do comprometimento dos pacientes em seguir as orientações apresentadas pela equipe de saúde através das respostas discursivas do questionário, visando um pós-operatório de qualidade a longo prazo.

**Palavras – chave:** Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Informações. Equipe de saúde.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	06
1.1 Tema .....	07
1.2 Justificativa .....	07
2 OBJETIVO .....	10
3 FUDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	11
3.1 Obesidade .....	11
3.2 Tratamento clínico e cirúrgico da obesidade.....	12
3.3 Tipos de cirurgias bariátricas .....	13
<b>3.3.1 Bypass Gástrico (Gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux).....</b>	<b>13</b>
<b>3.3.2 Banda gástrica Ajustável .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3.3 Gastrectomia Vertical .....</b>	<b>15</b>
<b>3.3.4 Duodenal Switch .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3.5 Terapia Auxiliar – Balão Intragástrico .....</b>	<b>17</b>
3.4 Indicação para cirurgia bariátrica .....	17
3.5 Pré-operatório da cirurgia bariátrica .....	18
3.6 Pós-operatório da cirurgia bariátrica .....	18
3.7 Nutrição .....	19
3.8 Consultas de acompanhamento .....	19
4 METODOLOGIA .....	21
4.1 Tipo de pesquisa .....	21
4.2 Local da pesquisa .....	21
4.3 Instrumentos para coleta de dados .....	21
4.4 Amostras .....	22
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
REFERÊNCIAS .....	29
ANEXOS .....	32

# 1 INTRODUÇÃO

A obesidade tem se tornando um dos principais problemas de saúde pública que vem aumentando em todas as camadas sociais da população brasileira cuja prevalência vem crescendo, em proporções epidêmicas, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento representando sério agravo para a saúde atual e futura dos indivíduos.

Prevenir a obesidade significa diminuir de forma racional e menos onerosa a incidência de doenças crônico-degenerativas.

Considerando, portanto, o aumento do número de obesos a cada ano, a gravidade da doença com relação ao risco de desenvolver doenças crônicas e a dificuldade de tratamento, justifica-se a realização de cirurgias bariátricas. A demanda por essas cirurgias vem aumentando progressivamente. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo fazer um levantamento de como vem sendo realizado o acompanhamento pré- cirúrgico dos pacientes e como essa ação influencia o pós-cirúrgico.

Embora o avanço técnico na área médica tenha possibilitado benefícios aos pacientes por meio de equipamentos modernos como através da videolaparoscopia, que já é utilizada em alguns hospitais diminuindo o risco durante a cirurgia e proporcionando uma recuperação mais rápida, relatos trazem elementos que revelam riscos significativos envolvendo os pacientes portadores de obesidade grave, depois de submetidos à cirurgia. Dentre os diagnósticos mais frequentes nos pacientes pós- cirúrgico está o aparecimento da depressão, transtornos de comportamento alimentares, transtornos de humor, dependência de álcool ou drogas, tudo isso relacionado a mudanças inesperadas na rotina que afeta profundamente o emocional, e também o organismo como um todo, pois, com a redução do estômago os nutrientes não são totalmente absorvidos sendo obrigatório um acompanhamento realizado por profissionais qualificados, visando à melhoria na qualidade de vida para essas pessoas.

## 1.1 Tema

Orientações prestadas pela equipe multiprofissional que influenciam na recuperação do pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgias bariátricas no município de Joinville/SC.

## 1.2 Justificativa

A obesidade é uma doença crônica e pode ser definida como o excesso de gordura no organismo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) também subdivide a obesidade em termos de gravidade, classificando-a em: obesidade grau I (moderado excesso de peso, no qual o IMC encontra-se entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>); obesidade grau II (obesidade leve ou moderada, com IMC entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade grau III (obesidade grave ou mórbida, na qual o IMC apresenta-se com valores superiores a 40 kg/m<sup>2</sup>).

São indicadas para realizar cirurgias bariátricas pessoas portadoras de obesidade grave, ou seja, com IMC acima de 40kg/m<sup>2</sup> por estar associada a alta taxa de comorbidades. No Brasil, estima-se que 20% das crianças sejam obesas e que cerca de 32% da população adulta apresentem algum grau de excesso de peso, sendo 25% casos mais graves. A obesidade é um problema sério em todas as regiões do país, mas a situação é ainda mais crítica no Sul. De acordo com dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, a prevalência de obesidade em brasileiros com mais de 18 anos de idade é de 28%, no caso dos homens, e de 38% no caso das mulheres. Nos Estados Unidos, a prevalência é de 34% em homens e de 55% em mulheres, com idade entre 20 e 64 anos. Apesar das diferenças econômicas, os países, desenvolvidos ou não, vivem o mesmo problema da alta e crescente prevalência de excesso de peso (BRASIL, p. 05).

Cirurgia Bariátrica é um procedimento cirúrgico. A palavra Bariátrica vem do grego *baros* que significa “peso” e *iatrike* que significa “tratamento”. E esse tratamento do peso através de processo cirúrgico tem demonstrado sucesso, mas requer adaptação e comprometimento do paciente a um estilo de vida apropriado com acompanhamentos nutricionais e psicológicos no pós-cirúrgico que deve ser de forma contínua no decorrer dos anos.

Para tal é de extrema importância que o candidato à cirurgia seja bem preparado por uma equipe multiprofissional visando uma melhor adaptação com relação às mudanças que poderão ocorrer nos anos subsequentes à cirurgia.

Embora os hospitais ofereçam assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave, a orientação é de extrema importância, portanto é fundamental que os pacientes recebam de forma adequada, durante o pré-operatório e no decorrer dos meses seguintes à cirurgia, segundo Noronha, (2007, p. 01):

Para cumprir as suas finalidades, os hospitais credenciados/habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave deverão atuar conforme as diretrizes do gestor estadual ou municipal, em: I - Ações de promoção da saúde e de prevenção e detecção precoce da obesidade, que devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais ou municipais de saúde; e II - Diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento, compondo a rede de assistência aos pacientes portadores de obesidade grave, incluindo: atendimento de urgência referida; preparo pré-operatório e seguimento pós-cirúrgico; internação para cirurgia bariátrica e internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias; acompanhamento ambulatorial de obesos graves, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor local; e reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de

procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

O paciente para ser submetido à cirurgia bariátrica deve ser avaliado por profissionais de diversas áreas, endocrinologistas, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e gastroenterologista, que atentem aos fatores que interfiram na recuperação pós-cirúrgica. Essa equipe deve acompanhar o paciente antes e após o procedimento cirúrgico.

Segundo Marcelino (2011, p. 06), o período imediato após a cirurgia confirmou ser o mais difícil para o operado. É a fase de maior desconforto e de várias tentativas de adaptação à nova dieta. A necessidade de cuidados é mais acentuada no processo de readaptação alimentar. Esta fase obriga o operado a grandes sacrifícios, exigindo dele muita força de vontade, muito autocontrole e determinação. A dificuldade e o desconforto mais acentuados ocorrem na fase da ingestão de alimentos líquidos. Nesse período o indivíduo encontra-se fragilizado fisicamente, pelas razões comuns à cirurgia e também psicologicamente, em razão da privação alimentar e dos sentimentos de incertezas.

Para tanto, a consulta com o cirurgião não basta. É imprescindível que haja atenção multiprofissional nas fases pré e pós-operatórias, visando ações de cuidados integrais que possam atender as expectativas do indivíduo com relação a mudanças estéticas de seu corpo, suas limitações e possível consequência do tratamento cirúrgico, tendo em vista sua situação particular e seu contexto.

Sendo assim o referido projeto justifica-se pela importância de fazer um levantamento no que diz respeito às orientações prestadas no pré-operatório e reconhecimento dos reflexos dessas informações no pós-cirúrgico de pessoas submetidas a cirurgias bariátricas no município de Joinville SC, tendo em vista uma recuperação mais rápida e sem intercorrências tanto imediatas quanto mediatas.

## **2 OBJETIVO**

Identificar a eficiência das orientações prestadas acerca do pós-cirúrgico pelos profissionais de saúde aos pacientes submetidos a cirurgias bariátricas no município de Joinville.

## 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 3.1 Obesidade

Pesquisas apontam que no Brasil a obesidade vem aumentando em proporções exageradas e os índices são ainda mais altos no sul do país. Em Santa Catarina os números ultrapassam a média nacional, de pessoas com sobre peso e obesidade, conforme Dadalt, (2010):

No Brasil, de acordo com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em conjunto com o Ministério da Saúde, nos anos de 2002-2003, considerando os adultos maiores de 20 anos, o excesso de peso afetava 41,1% dos homens e 40% das mulheres, já a obesidade atingia 10,5 milhões de pessoas, sendo 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres. Na região Sul do país, 10,1% dos homens e 15,1% das mulheres apresentavam obesidade. A prevalência de sobrepeso e obesidade no estado de Santa Catarina era de 43,9% e 8% para o sexo masculino, enquanto que para o sexo feminino é de 36,7% e 10,4%, respectivamente (IBGE, 2004).

A cirurgia bariátrica vem sendo o tratamento mais utilizado no combate a obesidade grave. Mas após esse procedimento cirúrgico ocorrem déficits nutricionais tais como: “déficit de proteínas, eletrólitos e vitaminas específicas como, A, D, K, B<sub>12</sub> e minerais como cálcio e ferro” (ANDREASSEN, 2007, p. 22).

Sabendo que a cirurgia é um recurso que trás algumas contra indicações Lemos afirma, “A cirurgia bariátrica é o tratamento cirúrgico que se deve aplicar naqueles pacientes que fracassaram nas medidas médico dietéticas para redução de peso.” (2006, p. 155).

A obesidade é uma doença caracterizada pelo excesso de gordura no corpo. Esse acúmulo ocorre quando a oferta de

calorias é constantemente maior que o gasto de energia corporal e resulta frequentemente em sérios prejuízos à saúde.

Segundo Brasil (2012), o excesso de peso e a obesidade aumentaram nos últimos seis anos no Brasil. De acordo com o estudo, a proporção de pessoas acima do peso no Brasil avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011. No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8%.

A obesidade é um forte fator de risco para saúde e tem forte relação com altos níveis de gordura e açúcar no sangue, excesso de colesterol e casos de pré-diabetes. Pessoas obesas também têm mais chance de sofrer com doenças cardiovasculares, principalmente isquêmicas (infarto, trombose, embolia e arteriosclerose), além de problemas ortopédicos, asma, apneia do sono, alguns tipos de câncer, esteatose hepática e distúrbios psicológicos.

As principais causas de obesidade incluem: ingestão excessiva de alimentos, falta de atividade física, tendência genética e problemas hormonais.

### 3.2 Tratamento clínico e cirúrgico da obesidade

A primeira opção para se livrar do excesso de peso é o chamado tratamento clínico, que inclui dieta, exercícios, medicação e acompanhamento de endocrinologista e nutricionista. Também podem fazer parte da equipe um fisioterapeuta e um psicólogo. O objetivo é conscientizar o paciente da necessidade de trocar o sedentarismo e a má alimentação por hábitos de vida mais saudáveis que contemplem atividade física e dieta balanceada.

Nos casos em que a obesidade traz prejuízos à saúde e o tratamento clínico se mostra ineficaz, o tratamento cirúrgico deve ser considerado. O método é conhecido popularmente como “redução de estômago”, mas vai muito além. Existem vários tipos de cirurgias disponíveis e cabe ao médico apresentá-los ao paciente e recomendar o mais apropriado – e seguro – para cada caso.

### 3.3 Tipos de cirurgias bariátricas

São aprovadas no Brasil quatro modalidades diferentes de cirurgia bariátrica e metabólica.

#### 3.3.1 *Bypass* gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”)

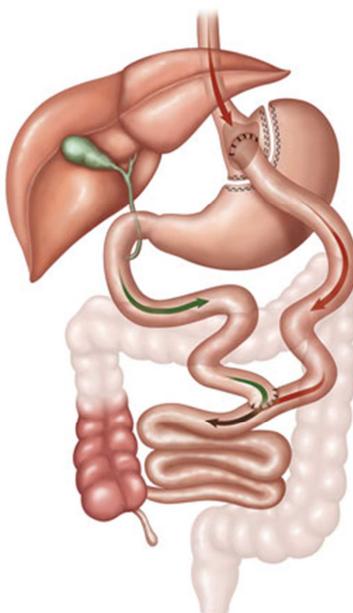


FIGURA 1 - *Bypass* gástrico

FONTE: <http://www.sbcbr.org.br/cbariatrica.asp?menu=1>

Estudado desde a década de 60, o *bypass* gástrico (Figura 1) é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido a sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 40% a 45% do peso inicial.

Nesse procedimento misto, é feito o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome. Essa somatória entre menor ingestão de alimentos e aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento, além de controlar o diabetes e outras doenças, como a hipertensão arterial.

### 3.3.2 Banda gástrica ajustável

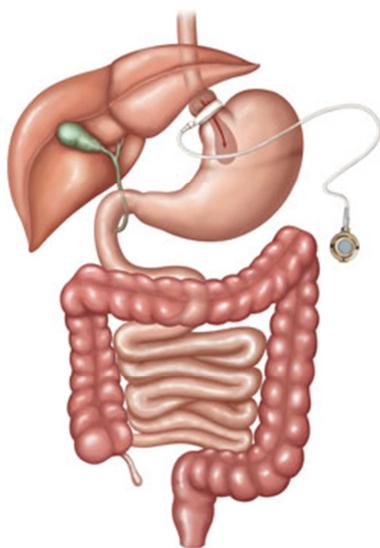


FIGURA 2 – Banda gástrica ajustável

FONTE: <http://www.sbc.org.br/cbariatrica.asp?menu=1>

Criada em 1984 e trazida ao Brasil em 1996, a banda gástrica ajustável (Figura 2) representa 5% dos procedimentos realizados no País. Apesar de não promover mudanças na produção de hormônios como o *bypass*, essa técnica é bastante segura e eficaz na redução de peso (20% a 30% do peso inicial), o que também ajuda no tratamento do diabetes. Instala-se anel de silicone inflável ajustável ao redor do estômago, que aperta

mais ou menos o órgão, tornando possível controlar o esvaziamento do estômago.

### 3.3.3 Gastrectomia vertical

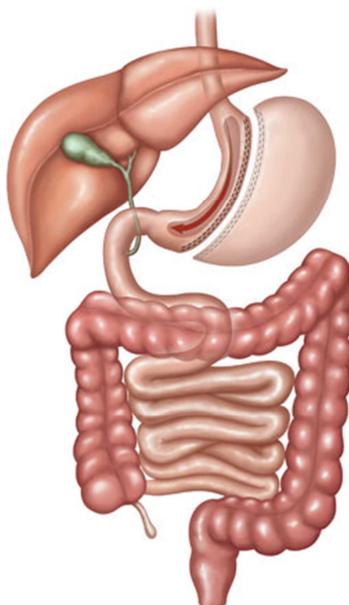


FIGURA 3 – Gastrectomia vertical

FONTE: <http://www.sbcbr.org.br/cbariatrica.asp?menu=1>

Nesse procedimento (Figura 3), o estômago é transformado em um tubo, com capacidade de 80 a 100 mililitros (ml). Essa intervenção provoca boa perda de peso, comparável à do *bypass* gástrico e maior que a proporcionada pela banda gástrica ajustável. É um procedimento relativamente novo, praticado desde o início dos anos 2000. Tem boa eficácia sobre o controle da hipertensão e de doenças dos lípidos (colesterol e triglicérides).

### 3.3.4 Duodenal Switch

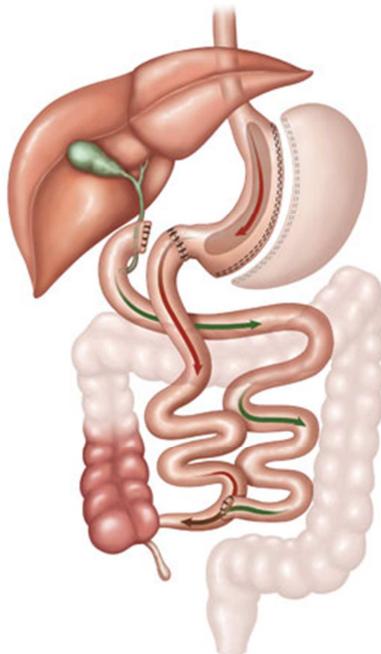


FIGURA 4 - Duodenal Switch

FONTE: <http://www.sbc.org.br/cbariatrica.asp?menu=1>

Duodenal Switch (Figura 4) é a associação entre gastrectomia vertical e desvio intestinal. Nessa cirurgia, 85% do estômago são retirados, porém a anatomia básica do órgão e sua fisiologia de esvaziamento são mantidas. O desvio intestinal reduz a absorção dos nutrientes, levando ao emagrecimento. Criada em 1978, a técnica corresponde a 5% dos procedimentos e leva à perda de 40% a 50% do peso inicial.

### 3.3.5 Terapia auxiliar - Balão intragástrico

Reconhecido como terapia auxiliar para preparo pré-operatório, trata-se de um procedimento não cirúrgico, realizado por endoscopia para o implante de prótese de silicone, visando diminuir a capacidade gástrica e provocar saciedade. O balão é preenchido com 500 ml do líquido azul de metileno, que, em caso de vazamento ou rompimento, será expelido na cor azul pela urina.

O paciente fica com o balão por um período médio de seis meses. É indicado para pacientes com sobrepeso ou no pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup>).

### 3.4 Indicação para cirurgia bariátrica

Conforme os preceitos médicos, a indicação cirúrgica deve ser decidida sob a análise de três critérios: IMC, idade e tempo da doença.

Em relação ao índice de massa corpórea (IMC):

- IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, independentemente da presença de comorbidades.
- IMC entre 35 e 40 kg/m<sup>2</sup> na presença de comorbidades.
- IMC entre 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> na presença de comorbidades que tenham obrigatoriamente a classificação “grave” por um médico especialista na respectiva área da doença. É também obrigatória a constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista.

A cirurgia bariátrica não é indicada nos seguintes casos:

- limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos à cirurgia;
- doenças genéticas.

### 3.5 Pré-operatório da cirurgia bariátrica

O preparo pré-operatório otimiza a segurança e os resultados da cirurgia bariátrica e metabólica. Solicita-se ao paciente que se esforce para perder um pouco de peso antes da cirurgia, pois alguns quilos a menos podem oferecer melhores condições à anestesia geral e à operação.

Nessa fase, também é obrigatório o preenchimento do documento “Consentimento Informado”, no qual o paciente reconhece estar devidamente informado sobre os benefícios e riscos da cirurgia.

No pré-operatório, o paciente deve realizar uma série de exames, como endoscopia digestiva, ultrassom abdominal e exames laboratoriais, além de passar em consulta com os profissionais obrigatórios: cirurgião, cardiologista, psiquiatra, psicólogo e nutricionista.

### 3.6 Pós-operatório na cirurgia bariátrica

O paciente deve fazer consultas e exames laboratoriais periódicos no pós-operatório, conforme o tipo de cirurgia e as rotinas estabelecidas pela equipe responsável. Em caso de comorbidades, elas devem ser acompanhadas por profissionais especialistas nessas doenças.

No pós-operatório, recomenda-se ao paciente atividade física e complemento vitamínico. E, nas operações abertas, recomenda-se ainda o uso da faixa abdominal.

Embora muito raramente, a cirurgia pode gerar complicações, como infecções, tromboembolismo (entupimento de vasos sanguíneos), deiscências (separações) de suturas, fístulas (desprendimento de grampos), obstrução intestinal, hérnia no local do corte, abscessos (infecções internas) e pneumonia. Além disso, sintomas gastrointestinais podem aparecer após a refeição.

### 3.7 Nutrição

As orientações relacionadas à alimentação no pós-operatório devem ser repassadas ao paciente durante o acompanhamento pré-operatório visando uma melhor qualidade de vida.

A dieta pós-operatória deve se iniciar com a ingestão de líquidos, após duas semanas é introduzido alimentos pastosos e depois de um mês se inicia uma dieta leve, sempre respeitando a tolerância alimentar de cada paciente. O excesso de alimentos provoca náuseas e vômitos e a desidratação é comum no pós-cirúrgico como cita (SANCHES; GAZONI; KONISHI; COL. 2007):

Náuseas e vômitos são geralmente causados por superalimentação ou pela deglutição de fragmentos maiores de alimento. A desidratação é muito comum após o procedimento cirúrgico e é atribuída principalmente à baixa ingestão de líquidos. Vômito e diarreia podem exacerbar a desidratação. Como os pacientes não podem ingerir grande quantidade de líquidos deve-se estimular a ingestão de pequenas quantidades com maior frequência. O paciente obeso deve ter a nutrição parenteral total (NPT) iniciada 3 a 5 dias após a cirurgia, se estiver impossibilitado de dieta oral. Deve-se tomar cuidado com a síndrome de realimentação; portanto, inicia-se com 50% da necessidade e do volume estimado nas primeiras 24h.

### 3.8 Consultas de acompanhamento

O paciente deve ser orientado por profissional sobre sua evolução nutricional e sua saúde em geral. É necessário que um nutricionista converse sobre as mudanças de hábitos observando e avaliando-as.

No pré-operatório, o paciente precisa ser informado das mudanças significativas pelas quais ele atravessará. Um acompanhamento

psicológico fornece condições para que o paciente perceba a amplitude do processo que passará e o ajuda a tomar decisões mais conscientes e de acordo com seu caso particular. A cirurgia bariátrica deve ser contra indicada em qualquer caso em que o paciente não esteja plenamente de acordo com a cirurgia ou não seja capaz de apreciar as mudanças que ocorrerão após a operação, quer por transtornos psiquiátricos de eixo I ou por incapacidade cognitiva (SEGAL, 2002).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Este projeto de pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008, p. 41) as “pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. O autor aponta que as “pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis” (Gil 2008, p. 42). Quanto sua abordagem, Almeida e Ribes (2000, p. 95) apontam que a pesquisa qualitativa é aquela que procura explorar a fundo conceitos, atitudes, comportamentos, opiniões e atributos do universo pesquisado, avaliando aspectos emocionais e intencionais, implícitos nas opiniões dos sujeitos da pesquisa.

### **4.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi aplicada no município de Joinville/SC com pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica na rede pública e privada.

### **4.3 Instrumentos para coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através de um questionário com questões abertas e fechadas (ANEXO A). As questões foram desenvolvidas com o objetivo de avaliar a eficácia e entendimento por parte dos entrevistados acerca das orientações prestadas pelos profissionais de saúde, para bom desempenho no pós-operatório e sucesso no tratamento a longo prazo. Juntamente com o formulário foi entregue O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) de acordo com a

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, prevendo os direitos éticos e legais dos participantes.

#### 4.4 Amostra

Constituíram-se de amostra para o presente estudo dez (10) pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica, pacientes tratados no sistema de saúde público (50%) e privado (50%) no município de Joinville/SC.

As pesquisadoras realizaram contatos por telefone e pessoalmente, verificando a disponibilidade dessas pessoas e agendaram as entrevistas. Após o agendamento foi realizada entrevista com aplicação de questionário e relatos descritos pelos pacientes, em alguns casos foi deixado o questionário aos cuidados do entrevistado para ser recolhido posteriormente, pois, nem todos tinham disponibilidade para receber as pesquisadoras.

## 5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Segundo informações contidas no site da Proctogastro (2013), é normal, após a cirurgia bariátrica, o paciente apresentar perda de peso, melhora significativa na saúde e mudanças no aspecto físico e na esfera emocional. Porém, é necessário um acompanhamento pós-operatório, pois, existem vários tipos de cirurgias bariátricas, e cada uma delas com suas particularidades, fazendo com que o acompanhamento pós-operatório seja individualizado para cada paciente levando em conta o sexo, a idade, as doenças anteriores à cirurgia, o tipo de cirurgia, etc. Sem um acompanhamento adequado o paciente pode desenvolver deficiências nutricionais, perda de massa muscular, reganho de peso, etc.

No acompanhamento pré-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, os resultados não se limitam à resolução da perda do peso e das doenças decorrentes. O acompanhamento nutricional, endocrinológico e psicológico, é significativo como resultado das mudanças corporais vivenciadas após a cirurgia. O corpo se modifica rapidamente e o paciente passa a se valorizar mais.

A pesquisa realizada com pessoas submetidas a cirurgia bariátrica mostrou que 90% desses pacientes realizaram acompanhamento nutricional e endocrinológico e seguiram as orientações no pré-operatório, os outros 10% realizaram uma consulta apenas com nutricionista para aprovação da cirurgia. Desses, 60% conseguiram uma perda significativa de peso antes da cirurgia e 40% não tiveram êxito.

O acompanhamento psicológico na fase pré operatória também é fator importante, pois, a ajuda profissional dá suporte para que o paciente consiga falar sobre suas tentativas de emagrecimento e suas frustrações e culpas que são fatores que geralmente acompanham os obesos, por não conseguir emagrecer, sente-se culpados e ansiosos e isso é trabalhado com psicólogos e psiquiatras sem julgamentos e identificando suas condições emocionais. Os candidatos são preparados para a cirurgia e para as mudanças nos hábitos de vida, que precisam iniciar antes da realização da cirurgia e que serão vivenciadas no dia a dia depois da cirurgia.

[...] para muitos pacientes, a avaliação psicológica inicial pode ser um momento para compartilhar sua história e descrever como foram as diversas tentativas de perda de peso. O paciente poderá se abrir em um espaço onde há acolhimento, escuta e suporte de um profissional especializado que não irá julgá-lo, mas sim tentará compreender suas experiências de vida até aquele momento. (MARTINS, 2013)

Dos entrevistados 100% afirmaram que realizaram acompanhamento com psicólogos e psiquiatras, sendo que 20% admitiram ter ido apenas a uma consulta, somente para conseguir a aprovação para realizar a cirurgia.

Outro fator abordado na pesquisa foi as comorbidades que em muitos casos são indicações de cirurgia, pois segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica esta cirurgia,

tem impacto significativo na diminuição da circunferência abdominal, da pressão arterial, da frequência cardíaca e dos níveis de colesterol ruim (LDL), sendo que essa técnica cirúrgica promove o aumento do bom colesterol (HDL).

Na pesquisa 50% dos entrevistados disseram serem portadores de hipertensão arterial, doença essa que junto com a obesidade foi fator decisivo para realização da cirurgia.

Após a cirurgia bariátrica, a grande perda de peso nos meses subsequentes faz com que os pacientes sintam-se mais motivados e dispostos a participar de atividades físicas, também há melhora no relacionamento interpessoal, na disposição para o trabalho e um crescente interesse por sexo, como verificados nos resultados a seguir.

O item do questionário referente à autoestima dos pacientes mostra que 90% sentiram-se muito melhor após a cirurgia bariátrica e 10% melhor. Quando questionados em relação a participação em atividades físicas, 70% dos entrevistados relataram estar muito mais capaz na prática de atividade física e 30% está mais capaz.

Quanto à capacidade de trabalho, 40% dos entrevistados responderam que após a cirurgia a capacidade de trabalho ficou

maior, 30% relatou que está com muito mais capacidade para o trabalho e 30% relataram que a capacidade para realizar trabalhos continua a mesma.

Quando questionados sobre o interesse sexual, 20% relataram menos interesse por sexo, 20% afirmaram sentir o mesmo, 30% informou sentir mais interesse sexual e 30% relataram sentir muito mais interesse por sexo após cirurgia bariátrica.

Evidenciou-se nessa pesquisa, um aumento das atividades sociais, da capacidade de trabalhar e realizar uma atividade física, assim como do interesse sexual. O retorno do prazer pelo corpo e da auto confiança de relacionar-se social, sexual e profissionalmente são relatados pela grande maioria dos entrevistados.

Segundo Marcelino (2011, p. 03), “os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e aperfeiçoamento da qualidade de vida em geral. Quanto às repercussões não satisfatórias, a princípio, estão as intercorrências pelo próprio ato cirúrgico, como qualquer procedimento invasivo com anestesia geral, o risco de infecção e a possibilidade, mesmo que remota, de embolia pulmonar.

Outras complicações são: arritmias cardíacas, hemorragias, fístulas, trombose venosa profunda, formação de cálculos em vesícula biliar, infecções dos rins e vias urinárias, etc. Ainda como consequência da cirurgia bariátrica o paciente pode apresentar sinais e sintomas de Síndrome de Dumping, (uma complicação bariátrica, na qual o alimento ingerido passa rapidamente pelo estômago, caindo no intestino delgado com grande parte dele ainda não digerido), anemia, alopecia, má absorção de vitaminas A, B12, D, entre outros.

Quando questionados sobre as informações sobre os riscos e complicações após a cirurgia bariátrica, 90% responderam que foram informados sobre os riscos e complicações da cirurgia e 10% não responderam a questão.

Quanto à questão que interroga se o paciente apresentou ou não complicação no pós-operatório, 20% respondeu que sim, sendo as complicações informadas, cefaleia intensa, síndrome

de dumping, cálculo biliar e alopecia e 80% respondeu que não teve complicação no pós-operatório.

As deficiências de micronutrientes são as principais alterações que colocam em risco o sucesso dos procedimentos cirúrgicos. A prevenção das deficiências de vitaminas e minerais exige acompanhamento dos pacientes em longo prazo e o conhecimento das funções desses micronutrientes no corpo humano, além dos sinais e sintomas de sua deficiência. A suplementação nutricional em longo prazo, embora muito enfatizada como importante conduta terapêutica, ainda representa um obstáculo para o sucesso do tratamento cirúrgico da obesidade (BORDALO, 2011).

O item da pesquisa que questiona se o paciente fez acompanhamento com nutricionista após a cirurgia bariátrica apontou que 70% dos entrevistados responderam que sim e 30% responderam que não. Destes 70% que continuaram com o acompanhamento após a cirurgia bariátrica, 70% fez a processo no SUS (Sistema Único de Saúde) e 30% em clínicas privadas.

Conforme Quirino (2012), a adesão a um estilo de vida saudável (alimentação balanceada e prática de exercícios físicos) é fundamental para a manutenção do peso balanceado. Por este motivo, é de grande importância que o paciente tenha um acompanhamento nutricional constante a fim de identificar eventuais reganho de peso e garantir o sucesso da cirurgia por meio do tratamento dietético.

Dos entrevistados, 60% responderam que tiveram um reganho de peso após a cirurgia e 40% não houve reganho de peso. Segundo Quirino (2012), esse reganho de peso ocorre provavelmente em razão da anatomia e das adaptações fisiológicas que ocorrem ao longo do tempo, com a dilatação gástrica e maior capacidade de absorção intestinal. Dessa forma, uma parte da saciedade precoce desencadeada pelo volume reduzido do estômago é perdida. A capacidade de absorção intestinal também aumenta com o tempo.

Outro fator importante relacionado ao reganho de peso após a cirurgia bariátrica é a presença de hábitos alimentares

inadequados, como por exemplo, o consumo de líquidos altamente calóricos, de alimentos gordurosos e açucarados.

Quando questionados se havia alguma informação no pré-operatório que poderia ter auxiliado na recuperação, 80% responderam que foram bem informados e 20% afirmaram que não foram informados sobre os cuidados que precisam ser tomados caso inicie uma gestação e sobre a síndrome de dumping. Fator relevante, pois segundo Dr. Sheldon Botogoski, ginecologista especializado no acompanhamento obstétrico em pacientes que fizeram esse tipo de cirurgia, durante pelo menos um ano e seis meses após a cirurgia a mulher estará em processo de perda de peso e a gestação pede um aumento do consumo de nutrientes para o bom desenvolvimento do feto.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir desse projeto de pesquisa observou-se que as orientações prestadas às pessoas que realizaram cirurgia bariátrica no município de Joinville/SC pode ser considerado eficaz, pois a porcentagem de satisfação com o resultado da cirurgia foi de 100%.

Essa pesquisa proporcionou um aprofundamento no conhecimento sobre os problemas que a obesidade apresenta e a entender que a cirurgia bariátrica é apenas um meio para alcançar o objetivo de redução do peso. A depender do empenho e da determinação do paciente e da equipe de saúde, a rotina diária passará a contar com uma disciplina de autocontrole, cumprimento das orientações prestadas pelos profissionais, adequação a um novo estilo de vida e principalmente, o desejo de se manter saudável. Cabe aos profissionais da saúde pública e privada oferecer o tratamento adequado para o sucesso da cirurgia, orientar e acompanhar esse paciente para que o sucesso terapêutico seja real.

Avaliar melhora da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica é de fundamental importância, pois, possibilita aperfeiçoar e buscar novas técnicas.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, T. L.; RIBES, E.L. **Pesquisa Quantitativa ou Qualitativa: Adjetivação.** Necessária. Porto Alegre, 2000.

ANDREASSEN, MS; FERRAZ, LF; DE JESUS, SR. **Avaliação do binômio materno fetal após cirurgia bariátrica.** Universidade Católica de Santos, 2007. Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/BEPA102\\_CIRURGIA\\_BARIATRICA.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/BEPA102_CIRURGIA_BARIATRICA.pdf)> acesso em: 09/11/2012.

BORDALO, L. A; TEIXEIRA, T. F. S. **Cirurgia Bariátrica: como e por que suplementar.** Revista Associação Médica Brasileira. Vol. 57 nº1. São Paulo: 2011.

BRASIL. **Obesidade e Desnutrição.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade\\_desnutricao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf)> Acesso em: 11 dez 2012.

DADALT, Carla. **Efeitos da cirurgia bariátrica no estresse oxidativo.** Florianópolis, SC 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/94059/280961.pdf?sequence=1>> Acesso em: 09/11/2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEMOS, M. C. M. **Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.** Cascavel/PR. Disponível em: <http://sumarios.org/sites/default/files/pdfs/620-2263-1-pb.pdf> . Acesso em: 19/11/2012.

MARCELINO, L. F; PATRÍCIO, Z. M. **A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva.** Ciência e saúde coletiva. Vol. 16 nº12. Rio de Janeiro: 2011.

MARTINS, P. M. **Acompanhamento psicológico e Cirurgia bariátrica.** Disponível em:

<<http://endoclinica.net/blog/2013/02/06/acompanhamento-psicologico-e-cirurgia-bariatrica>> Acesso em: 08-07-2013.

NORONHA, J. C. DE. **Portaria 492 de 31 de agosto de 2007.** Disponível em:

<<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/0493-%5B2653-120110-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 24/01/2013.

PADILHA Alexandre. **RESOLUÇÃO Nº196/96 versão 2012.** Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23\\_out-versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf)>. Acesso em: 24/01/2013.

PROCTO GASTRO – CLÍNICA DE CIRURGIA, GASTROENTEROLOGIA, PROCTOLOGIA, ONCOLOGIA E OBESIDADE. **Acompanhamento Nutricional.** Disponível em: <<http://www.proctogastro.com.br/>> Acesso em: 04-07-2013.

QUIRINO, S. **Complicações nutricionais após a Cirurgia Bariátrica.** Disponível em:

<<http://endoclinica.net/blog/2012/08/25/complicacoes-nutricionais-apos-a-cirurgia-bariatrica>> Acesso em: 04/07/2013.

SEGAL, Adriano; FANDIÑO, Julia. **Indicações e contraindicações para a realização de cirurgias Bariátricas.** Disponível em:

<<http://www.abeso.org.br/pdf/set/Segal-Contra%20ind%20para%20cir%20bariatrica.pdf>>. Acesso em: 24/01/2013.

SANCHES; GAZONI; KONISHI; COL. **Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol. 19 nº 2, Abril-Junho, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n2/a11v19n2>>. Acesso em: 27/11/2012.

SCHMIDT, F.; TELES, V. **Quase metade da população brasileira está acima do peso.** Portal da Saúde SUS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4718/162/quase-metade-da-populacao-brasileira-esta-acima-do-peso.html>>. Acesso em 09/11/2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABOLICA. **Cirurgia bariátrica e metabólica.** Técnicas cirúrgicas. Disponível em: <<http://www.sbc.org.br/default.asp>>. Acesso em: 09/11/2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABOLICA. **Obesidade, Doenças associadas.** Disponível em: <<http://www.sbc.org.br/obesidade.asp?menu=3>> Acesso em: 08-07-2013.

VERENICE M.; ROSA C.; ALEXANDRE P. **Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos.** Disponível em: <<http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/199.html>>. Acesso em: 27/11/2012.

**ANEXO A**  
Roteiro de Entrevista

**Roteiro de Entrevista**

**Dados Pessoais**

Nome: \_\_\_\_\_.

Idade: \_\_\_\_\_ anos.

Sexo: (    ) masculino      (    ) feminino.

Estado Civil: (    ) solteiro (    ) casado (    ) viúvo (    ) outros.

Escolaridade: \_\_\_\_\_.

Peso antes da cirurgia: \_\_\_\_Peso após dois (2) anos de cirurgia:  
\_\_\_\_\_

1. Realizou acompanhamento com Nutricionista e dieta conforme recomendação para reeducação alimentar e perda de peso no pré-operatório?

Sim (    ) Não (    ) Quantas consultas: \_\_\_\_\_

2. Houve perda de peso no pré-operatório?

Sim (    ) Não (    ) Quanto: \_\_\_\_\_

3. Possuía alguma comorbidade antes da cirurgia, como diabetes, hipertensão ou apnéia do sono?

Sim (    ) Não (    ) Qual: \_\_\_\_\_

4. Realizou tratamento com médico endocrinologista antes da cirurgia para redução de peso?

Sim (    ) Não (    ) Quantas consultas: \_\_\_\_\_

5. Realizou acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra antes da cirurgia?

Sim (    ) Não (    ) Quantas consultas: \_\_\_\_\_

6. Foi informado no pré-operatório sobre os riscos e complicações após a cirurgia como fístulas, pneumonia, Síndrome de Dumping, má absorção de nutrientes, anemia, cálculos biliares, etc.?

Sim (    ) Não (    )

7. Teve alguma complicação no pós-operatório?

Sim ( ) Não ( ) Qual: \_\_\_\_\_

8. Fez acompanhamento com nutricionista após a cirurgia bariátrica?

Sim ( ) Não ( ) Quantas consultas: \_\_\_\_\_

9. Houve reganho de peso após dois (2) anos de cirurgia?

Sim ( ) Não ( ) Quanto: \_\_\_\_\_

10. Manteve acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra após a cirurgia?

Sim ( ) Não ( ) Quanto tempo: \_\_\_\_\_

11. Atualmente possui algum vício como bebidas alcoólicas e/ou cigarros?

Sim ( ) Não ( )

12. Comparado com a época anterior ao tratamento para perda de peso eu me sinto:

Muito pior ( ) Pior ( ) O mesmo ( ) Melhor ( )

Muito melhor ( )

13. Eu me sinto capaz de participar fisicamente em atividades:

Muito menos ( ) Menos ( ) O mesmo ( ) Mais ( )

Muito mais ( )

14. Eu estou me relacionando socialmente:

Muito menos ( ) Menos ( ) O mesmo ( ) Mais ( )

Muito mais ( )

15. Agora sou capaz de trabalhar:

Muito menos ( ) Menos ( ) O mesmo ( ) Mais ( )

Muito mais ( )

16. Atualmente me interesso por sexo:

Muito menos ( ) Menos ( ) O mesmo ( ) Mais ( )

Muito mais ( )

17. Como você avalia o atendimento pré-operatório (consultas médicas, nutricionista, psicólogo, etc.):

Excelente ( ) Bom ( ) Regular ( ) Péssimo ( )

18. Como você avalia o atendimento pós-operatório (consultas médicas, nutricionista, psicólogo, etc.):

Excelente ( ) Bom ( ) Regular ( ) Péssimo ( )

19. O tratamento cirúrgico atendeu suas expectativas?

Sim ( ) Não ( )

20. Na sua opinião, o que poderia melhorar no atendimento pré e pós operatório?

---

---

---

---

21. Você sentiu falta de alguma informação no pré-operatório que poderia ter auxiliado na sua recuperação.

Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

**ANEXO B**

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E  
TECNOLOGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE E SERVIÇOS  
CAMPUS JOINVILLE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada, "A EFICIÊNCIA DAS ORIENTAÇÕES APRESENTADAS AOS PACIENTES PELA EQUIPE DE SAÚDE À PESSOA SUBMETIDA À CIRURGIA BARIÁTRICA". A pesquisa tem como objetivo identificar a eficiência das orientações prestadas acerca do pós-cirúrgico pelos profissionais de saúde aos pacientes submetidos a cirurgias bariátricas no município de Joinville. Este estudo visa contribuir na qualidade das orientações prestadas às pessoas que serão submetidas à cirurgia bariátrica.

Sua participação é voluntária e você terá a liberdade de se recusar a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza. Você também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo, bem como terá livre acesso aos resultados do estudo e garantido esclarecimento antes e durante a pesquisa, sobre a metodologia ou objetivos. A coleta de dados proposta para o estudo ocorrerá por meio de um questionário com perguntas fechadas. Tem por finalidade levantar as orientações. Serão registrados os dados coletados com o questionário. Segundo a Resolução CNS 196/96 toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece risco. Porém, não identificamos neste momento riscos à integridade física, moral e psíquica dos participantes. É importante saber que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. É garantido o sigilo e

assegurada à privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os resultados deste estudo poderão ser apresentados por escrito ou oralmente em congressos e revistas científicas, sem que os nomes dos participantes sejam divulgados. Será entregue a você uma cópia deste termo, e outra ficará arquivada com o pesquisador. A pesquisadora responsável por esta investigação é a Professora Débora Rinaldi Nogueira, que pode ser encontrada na Coordenação de Saúde e Serviços do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina – Campus Joinville – Rua Pavão, nº 1337, Bairro Costa e Silva, - CEP 89220-200 – Joinville – SC, telefone (47) 3431-5635. **ATENÇÃO:** A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária.

Certa de sua colaboração, agradeço a sua disponibilidade em participar do estudo, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos.

Eu,.....  
 .....concordo voluntariamente em participar da pesquisa intitulada **A eficiência das orientações apresentadas aos pacientes pela equipe de saúde à pessoa submetida à cirurgia bariátrica**” conforme informações contidas neste TCLE, que está impresso em duas vias.

Joinville, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

---

Assinatura do Participante/Representante Legal

---

Débora Rinaldi Nogueira  
 Pesquisadora Responsável

---

Iliana Goedert da Silva  
 Pesquisadora

---

Loreni de Fátima Rietta Ferreira de Almiron  
 Pesquisadora

## ANEXO C

HOSPITAL MUNICIPAL SÃO  
JOSÉ/ HMSJ JOINVILLE/ SC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A EFICIÊNCIA DAS ORIENTAÇÕES APRESENTADAS AOS PACIENTES PELA EQUIPE DE SAÚDE À PESSOA SUBMETIDA À CIRURGIA BARIÁTRICA

**Pesquisador:** Débora Rinaldi Nogueira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14075413.6.0000.5362

**Instituição Proponente:** Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 299.690

**Data da Relatoria:** 10/06/2013

**Apresentação do Projeto:**

Projeto apresentado de forma clara e objetiva.

**Objetivo da Pesquisa:**

Identificar a eficiência das orientações prestadas acerca do pós-cirúrgico pelos profissionais de saúde aos pacientes submetidos a cirurgias bariátricas no município de Joinville.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos mínimos, pois se trata de um estudo que será realizado através de uma entrevista não envolvendo atividades de intervenção física no usuário.

Os benefícios apresentados e almejados são proporcionar uma recuperação pós cirurgia bariátrica, tanto mediata quanto imediata, mais rápida e sem intercorrências.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de fácil compreensão. Sugerido especificar critérios de inclusão e exclusão dos pacientes selecionados para a pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentado questionário e TCLE. É necessário inserir no TCLE o contato do CEP que está avaliando o projeto, no caso, o CEP do HMSJ.

**Endereço:** Rua Plácido Gomes, 488

**Bairro:** Anita Garibaldi

**CEP:** 89.202-050

**UF:** SC

**Município:** JOINVILLE

**Telefone:** (47)3441-8629

**Fax:** (47)3441-8629

**E-mail:** cep.hmsj@yahoo.com.br

HOSPITAL MUNICIPAL SÃO  
JOSÉ/ HMSJ JOINVILLE/ SC



Continuação do Parecer: 299.690

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Solicitações de alterações já descritas durante a avaliação do projeto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

JOINVILLE, 10 de Junho de 2013

---

Assinador por:  
Luciane Mônica Deboni  
(Coordenador)

Endereço: Rua Plácido Gomes, 488  
Bairro: Anita Garibaldi CEP: 89.202-050  
UF: SC Município: JOINVILLE  
Telefone: (47)3441-8629 Fax: (47)3441-8629 E-mail: cep.hmsj@yahoo.com.br