

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO E ADERÊNCIA DA CONDUTA NUTRICIONAL EM PACIENTES SUBMETIDOS E CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Márcia Fernandes Nishiyama¹
Maria Dalva de Barros Carvalho²
Sandra Marisa Pelloso³
Roberto Kenji Cuman Nakamura⁴
Rosane Marina Peralta⁵
Fabiane Michela Pinto e Silva Marujo⁶

NISHIYAMA, M. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M.; NAKAMURA, R. K. C.; PERALTA, R. M.; MARUJO, F. M. P. S. Avaliação do nível de conhecimento e aderência da conduta nutricional em pacientes submetidos e candidatos à cirurgia bariátrica. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umarama*, v. 11, n. 2, p. 89-98, maio/ago. 2007.

RESUMO: A obesidade é considerada atualmente um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, aumentando a incidência de morbidades e mortalidade oriundas de doenças como diabetes, acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares, dislipidemias entre outras. Estas patologias são evidentes em indivíduos com obesidade grau III, classificada como obesidade mórbida, que é quando o índice de massa corpórea (IMC) ultrapassa 40 kg/m². Após o fracasso dos tratamentos menos invasivos, a indicação das cirurgias bariátricas vem crescendo. O objetivo do trabalho foi identificar o conhecimento do paciente candidato à cirurgia sobre a conduta nutricional a ser seguida após a operação, assim como dos pacientes que já foram submetidos ao procedimento. Foram aplicados testes de entendimento e participaram 50 pacientes. Observou-se, no pré-cirúrgico, que 40% deles apresentaram dúvidas sobre a ocorrência de vômitos, 48% sobre o paladar que pode ser modificado e 40% não sabiam da possibilidade de depressão. Pacientes que já realizaram a cirurgia concordaram que a mastigação deve ser lenta, que a atividade física é recomendada (96%) e 40% responderam que o consumo de refrigerantes pode ocorrer mais de três vezes na semana. Portanto, verificou-se que há dúvidas e inseguranças quanto à conduta nutricional a ser seguida. Por outro lado, identificou-se IMC em torno de 30 kg/m² entre aqueles que já realizaram a cirurgia, o que pode sugerir seguimento adequado das orientações dietoterápicas. Ficou evidente a importância da atuação da equipe multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia bariátrica; Obesidade mórbida; Conduta nutricional; Equipe multidisciplinar.

ASSESSMENT OF THE AWARENESS LEVEL AND THE COMPLIANCE WITH THE NUTRITIONAL APPROACH FOR PATIENTS SUBMITTED, AND TO BE SUBMITTED, TO BARIATRIC SURGERY

ABSTRACT: Obesity is currently considered a public health problem in Brazil and worldwide as it increases the morbidities and mortality from diabetes, cerebral vascular accident, cardiovascular disease, dsilipidemia, etc. These pathologies are more evident in people with class 3 obesity, classified as morbid obesity, that is, when the body mass index (BMI) exceeds 40 kg/m². After the failure of the less invasive treatment, the bariatric surgery indication is increasing nowadays. This paper aims at identifying the knowledge of patients to be submitted to bariatric surgery with respect to the nutritional approach to be followed after the operation, as well as, patients submitted to such procedure. Awareness tests were carried out with 50 patients. It was observed, in the presurgery period –that 40% of them were in doubt about the occurrence of vomits; 48% whether the taste would be altered, and 40% were not aware of the possibilities of depression. Patients who were already operated agreed that chewing must be slow, physical activity is recommended (96%), and 40% answered that the consumption of soda may occur more than three times a week. Therefore, it was verified that there are doubts and insecurity concerning the nutritional behavior to be followed. On the other hand, BMI around 30kg/m² was identified among those who had surgery, what suggests roper following of the dietary orientations. The importance of the multidisciplinary team approach was evident.

KEYWORDS: Morbid Obesity; Bariatric Surgery; Nutritional Behavior; Multidisciplinary Team.

Introdução

A obesidade é considerada uma doença crônica, sendo classificada como um excesso de tecido adiposo no organismo. É considerada atualmente um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, aumentando a incidência de morbidades e da mortalidade oriundas de doenças como diabetes, acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares, dislipidemias, certos tipos de câncer, osteoartroses entre outras (SHILLS et al.,

1994; COUTINHO; BENCHIMOL, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2003, pág. 9), “há em todo mundo, mais de um bilhão de adultos com sobrepeso e aproximadamente trezentos milhões com obesidade”. Os principais fatores que contribuíram para esse aumento de peso se relacionam às facilidades da vida moderna, como elevadores, controles remotos, uso excessivo de computadores, carros com vidros elétricos, telefone sem fio e sedentarismo (OPAS/OMS, 2003).

¹Nutricionista – Especialista em Nutrição Clínica. Mestranda em Ciências da Saúde – UEM – Universidade Estadual de Maringá. Professora da Faculdade União das Américas (UNIAMÉRICA) – Foz do Iguaçu-PR.

²Enfermeira - Professora do Departamento de Enfermagem da UEM e do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde.

³Enfermeira - Professora do Departamento de Enfermagem da UEM e do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde.

⁴Farmacêutico Bioquímico - Professor do Departamento de Farmácia e Farmacologia da UEM e do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde.

⁵Farmacêutica Bioquímica - Professora do Departamento de Farmácia UEM e do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde.

⁶Estudante do Curso de Nutrição da Faculdade União das Américas (UNIAMÉRICA) – Foz do Iguaçu-PR.

Endereço para correspondência: Rua Antonio Raposo 406 Sala 603 - Edifício Marajoaras - Foz do Iguaçu – PR - CEP 85851-090 - e-mail: marcianutri@brturbo.com.br

Além das comorbidades que comprometem a expectativa e a qualidade de vida, somam-se problemas sociais e psicológicos, que resultam em isolamento, relações interpessoais conturbadas, dificuldades de locomoção, depressão, dificuldades para conseguir emprego, ansiedade, discriminação e outros (PARREIRA, 2005).

Quanto à gravidade, a OMS, define obesidade grau I quando o Índice de Massa Corporal (IMC) situa-se entre 30 e 34,9 kg/m², obesidade grau II quando o IMC está entre 35 e 39,9 kg/m² e obesidade grau III (mórbida) quando o IMC ultrapassa 40 kg/m² (CIRURGIA DA OBESIDADE, 2003).

A presença da obesidade grau III – classificada como obesidade mórbida – está associada à piora da qualidade de vida, alta frequência de comorbidades, redução da expectativa de vida e grande probabilidade de fracasso dos tratamentos menos invasivos (GARRIDO, 1998).

Em decorrência destas conseqüências provocadas pela obesidade mórbida, faz-se necessária a busca de uma intervenção mais eficaz na conduta clínica de obesos graves e, assim, a indicação das operações bariátricas vem crescendo. As cirurgias disponíveis para o tratamento destes pacientes são aquelas que restringem a quantidade do alimento que pode ser ingerido ou aquelas mais complexas, que incluem o *bypass* de alguma parte do trato digestório, criando certo grau de má absorção (GARRIDO; GAMA RODRIGUES; WAITZBERG, 2000).

A cirurgia bariátrica, diferentemente de outras áreas cirúrgicas, precisa ser entendida não apenas como mais uma atividade exercida pelo cirurgião geral e sim como uma filosofia de um programa complexo de perda de peso a longo prazo. Deve-se destacar que, para se obter bons resultados, é necessário um acompanhamento freqüente, efetuado por uma equipe de saúde composta por médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, garantindo uma perda de peso adequada, dentro dos padrões de saúde (BUSSETO et al., 1996; RAFAELLI et al., 2005).

A avaliação desses pacientes no pré e pós-operatório necessita ser realizada por uma equipe multidisciplinar, com experiência e capacitada para ouvir e entender os candidatos a este método que por si só não se constitui cura para a obesidade.

O profissional nutricionista tem o papel de realizar avaliação nutricional, obter dados importantes durante a aplicação da anamnese clínica e alimentar, assim como a promoção de um programa de reeducação alimentar, obtido a médio/longo prazo (CARLINI, 2001).

Conhecer as expectativas deste paciente frente à cirurgia e o comportamento alimentar no pós-operatório poderá facilitar a recepção e o atendimento destes indivíduos, visando à mudança de hábitos alimentares inadequados, baseada nos princípios de uma alimentação equilibrada, contribuindo para a

melhora da qualidade de vida.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi identificar o conhecimento do paciente candidato à cirurgia bariátrica sobre a conduta nutricional a ser seguida após o procedimento, assim como o dos pacientes que já foram submetidos ao procedimento.

Material e Método

Foi realizado estudo descritivo.

Os testes foram distribuídos e aplicados em uma clínica de cirurgia bariátrica e também em consultório nutricional, em uma cidade de médio porte do oeste do Paraná, uma vez que os pacientes candidatos e os que já realizaram a cirurgia têm acesso a ambos os locais de tratamento.

Os candidatos à cirurgia responderam ao teste de entendimento (anexo A), e pacientes que já foram submetidos à cirurgia responderam um segundo teste (anexo B).

A população de estudo foi composta por 50 indivíduos de ambos os gêneros, maiores de 15 anos obesos mórbidos pré-candidatos à cirurgia bariátrica, ou obesos mórbidos que foram submetidos à cirurgia bariátrica.

Para coletar os dados foram utilizados dois testes: um respondido pelo paciente candidato à cirurgia de redução de estômago, visando detectar o seu grau de conhecimento a respeito do tratamento nutricional pós-procedimento (anexo A) e outro, que foi preenchido por indivíduos que já foram submetidos à cirurgia bariátrica, com o propósito de verificar a aderência deste paciente ao tratamento nutricional anteriormente proposto (anexo B).

Ambos os testes foram elaborados pela própria pesquisadora e foram baseados no capítulo “Informações ao Paciente e seu Consentimento”, contido no livro “Cirurgia da Obesidade” (2003). Dentro deste capítulo há a citação de um Teste de Entendimento com a finalidade de se avaliar o grau de assimilação das informações pelos pacientes, previamente ao procedimento cirúrgico. O instrumento, além de ser utilizado como protocolo, é útil na avaliação da própria equipe multidisciplinar, detectando-se as mais freqüentes deficiências de informações neste pré-operatório. Assim sendo, verificou-se a possibilidade de se desenvolver material semelhante, voltado para a área da Nutrição, principalmente pelo fato de a cirurgia bariátrica exigir mudanças alimentares para a obtenção de resultados positivos.

O primeiro teste objetiva conhecer se o paciente tem ciência da terapia nutricional a que será submetido no pós-cirúrgico. O outro teste procura revelar a aderência ou não deste indivíduo ao tratamento dietoterápico.

As respostas dos testes foram distribuídas em escala Likert.

O projeto foi submetido ao comitê de ética

envolvendo experimentação com humanos, pertencente à Universidade Estadual de Maringá (UEM), cujo número do protocolo de aprovação foi 116/2006.

Os indivíduos foram esclarecidos a respeito da pesquisa e, após assinatura do termo de consentimento livre, responderam aos testes aplicados pela pesquisadora e pela estudante do curso de Nutrição previamente treinada.

Os dados foram avaliados através de análise estatística descritiva e foi utilizado o programa GraphPad Prism® (Graph Pad Software, San Diego, USA) para a tabulação dos resultados.

Resultados e discussão

Foram estudados 25 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e 25 já submetidos ao procedimento. Destes, 16 e 20% eram do gênero masculino e 84 e 80% do gênero feminino, respectivamente (figura 1).

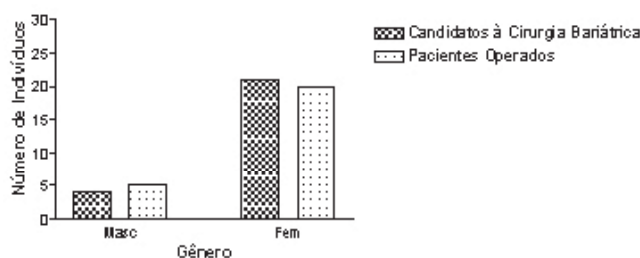


Figura 1 – Gênero dos pacientes avaliados.

Observou-se que as mulheres procuram mais e realizam este tipo de tratamento em busca de correções de problemas relacionados à saúde, como doenças articulares, ósseas, diabetes e hipertensão. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Germet et al. (2000), que observou uma procura pela cirurgia bariátrica maior entre as mulheres, traduzindo a busca destas por melhorar a qualidade de vida e a realização de atividades diárias.

A variação entre os gêneros foi semelhante à encontrada em outros estudos, como o de Carlini (2001), que verificou em sua pesquisa que, de um total de 30 pacientes obesos submetidos à cirurgia, 70% eram mulheres e 30% homens. Dalabona et al. (2005) também encontraram resultados semelhantes em seu estudo, verificando que 86,2% dos pacientes eram do gênero feminino e 13,8% do gênero masculino.

Através da análise da variável idade entre os pacientes candidatos à cirurgia, foi verificada idade entre 16 a 58 anos, sendo a média de 42 anos, como demonstra a figura 2. Estes valores assemelham-se aos achados de Garrido; Gama-Rodrigues; Waitzberg (2000), que encontraram em sua análise uma média de 37 anos para os pacientes no pré-operatório. Entre os indivíduos que já haviam realizado o procedimento cirúrgico, a idade variou entre 22 e 69 anos e a média foi de 40 anos, conforme descreve a figura 3.

O valor médio de IMC encontrado neste estudo

para os pacientes no pré-operatório foi de 47,43 kg/m² (obesidade mórbida), que variou entre 38,8 e 70,1 kg/m². Garrido; Gama-Rodrigues; Waitzberg (2000) encontraram, em estudo realizado com 1007 pacientes operados valores de IMC pré-operatório entre 37 e 93 kg/m², tendo como média o valor de 60 kg/m².

Para a análise do IMC dos pacientes que já realizaram a cirurgia (período entre 1 mês e 7 anos), foi considerado o IMC pré-cirúrgico, uma vez que alguns pacientes haviam sido operados recentemente e outros ainda estavam em processo de redução de peso. As figuras 4 e 5 demonstram a comparação do IMC destes pacientes.

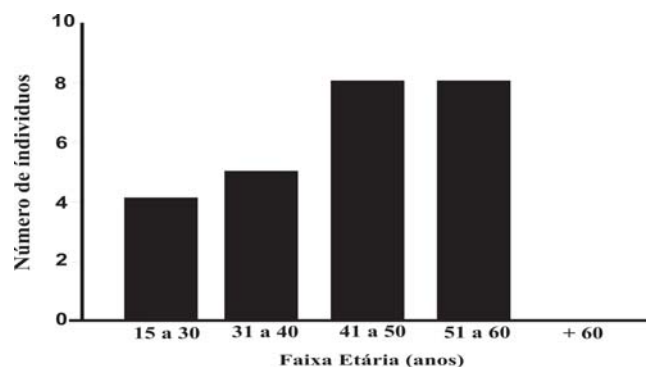


Figura 2 – Faixa etária dos Pacientes candidatos à cirurgia

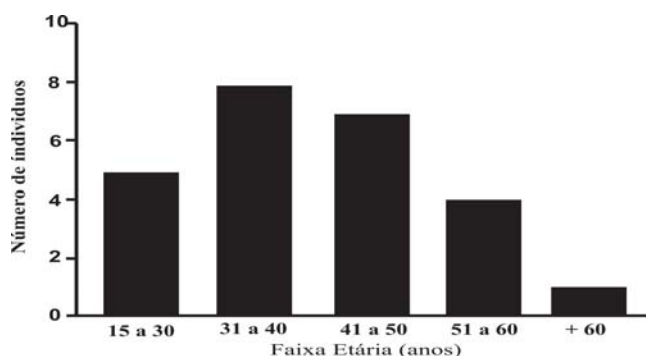


Figura 3 – Faixa etária dos pacientes operados

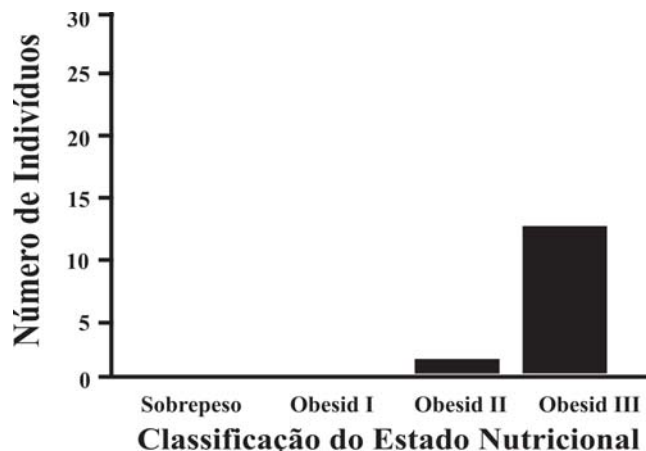


Figura 4 – IMC dos Candidatos à Cirurgia Bariátrica

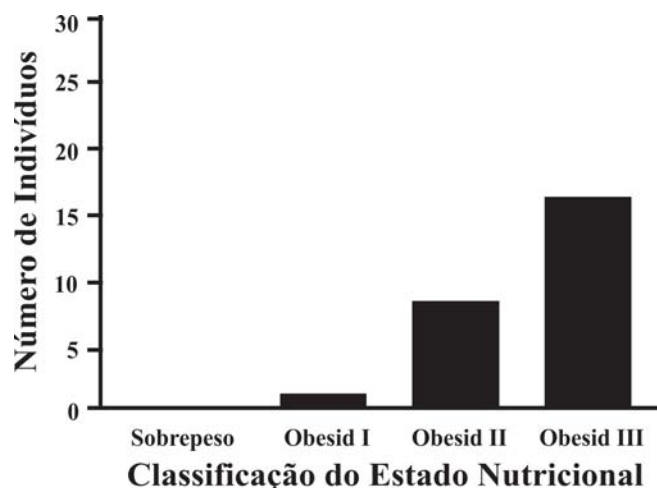


Figura 5 – IMC Pré-Cirurgia dos Pacientes Operados

Quanto ao conhecimento da conduta nutricional a ser seguida após o procedimento, todos os candidatos à cirurgia concordaram quanto à importância das consultas com o profissional nutricionista, visando à orientação dietoterápica no pré e pós-operatório, uma vez que 100% deles assinalaram esta resposta. Isso demonstra a preocupação e a necessidade de obterem maiores informações sobre a conduta nutricional a ser seguida durante todo o processo de modificação do comportamento alimentar. Na tabela 1 encontram-se os principais questionamentos sobre a conduta nutricional a ser seguida no pós-operatório.

Os dados obtidos revelaram que 96% destes indivíduos estavam cientes de que a alimentação no pós-operatório seria diferenciada na consistência e com

diferentes épocas de introdução alimentar.

Constatou-se que os candidatos à cirurgia concordaram que doenças associadas ao excesso de peso podem melhorar após a cirurgia (80%); que a cirurgia plástica reparadora é necessária (80%); que a redução de peso deve ser gradativa (84%); e que há necessidade do acompanhamento com o nutricionista (88%).

Dos indivíduos interessados em realizar a cirurgia, 36% demonstraram dúvida sobre o uso de suplementos vitamínicos e 40% deles discordaram da necessidade da utilização destes suplementos durante toda a vida. Shikora et al. (2000) ressaltam que depois da cirurgia há uma significativa deficiência de nutrientes, o que justificaria a utilização dos suplementos nutricionais, principalmente o uso de complexos de vitaminas e minerais, para que estes pacientes atinjam, no mínimo, as recomendações nutricionais (DRI, 1989).

Observou-se que os conhecimentos sobre a cirurgia ainda são limitados por parte destes pacientes, uma vez que demonstraram dúvidas: em relação à possibilidade de vômitos após o procedimento (40%); sobre o paladar que pode ser modificado (48%); 44% quanto à satisfação nas primeiras 48 horas após a cirurgia. Ainda 40% não sabiam se o paciente poderia apresentar depressão.

Quando se analisou a conduta nutricional realizada pelos pacientes que já tinham feito a cirurgia bariátrica, notou-se, durante a entrevista, que estes possuíam informações sobre os cuidados nutricionais que o procedimento exige. Porém, não se pode afirmar

Tabela 1 – Principais questionamentos sobre a conduta nutricional a ser seguida pelos candidatos à cirurgia bariátrica.

Questões - Variáveis	Concordo		Concordo parcialmente		Em dúvida		Discordo		Discordo parcialmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1- Antes e após a cirurgia existe a necessidade de consultas periódicas com o profissional Nutricionista, visando à orientação nutricional de dieta pré e pós-operatória.	25	100								
5 - Diabetes, pressão alta, dores musculares ou doenças similares melhoram após a cirurgia da obesidade.	20	80	1	4	3	12	1	4		
10 - Por dois meses, o paciente terá que ter uma alimentação diferente: primeiro com alimentos totalmente líquidos, depois pastosos (em forma de purês), depois em pedaços bem pequenos, até finalmente iniciar com alimentação sólida.	24	96	1	4						
15 - A redução de peso deve ser aos poucos. No início ocorre uma redução de peso mais significativa. Por volta dos três meses após a cirurgia, a perda de peso é menor, porém, gradativa.	21	84	1	4	2	8	1	4		
16 - O paciente pode apresentar depressão após cirurgia.	8	32	2	8	10	40	5	20		

Tabela 2 – Principais relatos sobre a conduta nutricional realizada pelos pacientes operados.

Questões - Variáveis	Concordo		Concordo parcialmente		Em dúvida		Discordo		Discordo parcialmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5- A mastigação deve ser mais lenta, sem pressa e a deglutição (engolir) deve ocorrer após sua trituração completa.	25	100								
7- O consumo de pelos menos 8 copos de água por dia em pequenos goles é indicado.	20	80	1	4	2	8	2	8		
8- Fazer exercícios físicos (caminhadas, hidroginástica, futebol, academia, etc) semanalmente é recomendado.	24	96	1	4						
10- A ingestão de leite, iogurte e derivados (queijo, requeijão, coalhada...), diariamente, deve ocorrer no mínimo duas vezes.	16	64	6	24	1	4	2	8		
15- O consumo de refrigerantes (normal, diet ou light), pode acontecer mais de três vezes na semana.	5	20	5	20	1	4	12	48	2	8

que costumam realizar estes cuidados alimentares em suas práticas cotidianas. Na tabela 2, constam os principais relatos sobre a conduta nutricional realizadas pelos operados.

Todos os pacientes concordaram que a mastigação deve ser lenta, 80% que a ingestão de líquidos deve ser de pelo menos 8 copos por dia, e que a atividade física, semanalmente, é recomendada (96%).

Quanto aos grupos alimentares, fontes de proteínas, ferro e cálcio, 8% destes pacientes relataram que a ingestão de carnes deve ser de pelo menos uma vez ao dia e que o consumo de leite e derivados não deve ocorrer menos que duas vezes ao dia.

Isto demonstrou falha no seguimento de uma conduta nutricional adequada, visando à ingestão alimentar de alimentos fontes de nutrientes, como o ferro, que previne a anemia ferropriva e o leite e derivados como fonte de cálcio, responsável pela manutenção da massa óssea. Segundo Casagrande et al. (2001), as conseqüências nutricionais mais comuns no primeiro ano de cirurgia são hipoalbuminemia; deficiência de ferro, ácido fólico e vitamina B12; e anemia, sendo a nutrição fundamental também no pré-operatório para a obtenção de um estado nutricional adequado, evitando a desnutrição e buscando uma vida saudável.

No item refrigerante, 40% responderam que o consumo de refrigerantes pode ocorrer mais de três vezes na semana, 48% discordaram e 4% demonstraram dúvida quanto a este questionamento. Sobre a água com gás, 40% concordaram com a sua ingestão, 44% não concordaram e 16% apresentaram dúvidas.

A utilização diária de açúcar diariamente

foi respondida por 24% dos indivíduos, e 76% deles discordaram deste hábito.

Dos 25 pacientes entrevistados no pós-operatório, 88% referiram que os lanches (x-salada, pastel, coxinha, “fast-food”) são de consumo contra-indicado semanalmente.

Conclusão

Foi verificado que as dúvidas mais frequentes entre os candidatos à cirurgia bariátrica eram em relação à possibilidade de vômitos, satisfação nas 48 horas após a cirurgia, mudança no paladar e depressão, o que evidencia a importância da equipe multidisciplinar e, principalmente, da atuação do psiquiatra.

Os pacientes que foram submetidos ao procedimento demonstraram conhecimentos quanto a conduta nutricional a ser realizada. Porém, não se pode afirmar que os mesmos realizam estes cuidados alimentares em suas práticas cotidianas, pois se verificaram hábitos alimentares inadequados quanto à ingestão de refrigerantes e consumo de açúcar.

Os pacientes já operados apresentaram IMC atual com valor médio de 30,1 kg/m²; valor considerado adequado para indivíduos que foram submetidos ao procedimento.

Em ambas as situações (pré e pós-operatório), percebeu-se a importância da atuação da equipe multi e interdisciplinar, cada área atuando de forma singular, sanando dúvidas, anseios e preparando melhor o paciente nos variados aspectos.

Para que o procedimento se torne um sucesso duradouro, é fundamental um criterioso e contínuo

acompanhamento clínico nutricional pós-operatório, objetivando mudanças alimentares e de hábitos de vida.

Referências

- BRASIL. ILSI, Internacional Life Sciences Institute do Brasil, Filiado à Organização Mundial de Saúde. Uso e aplicações das “dietary reference intakes” DRIs. São Paulo: ILSI Brasil. 2001. 34 p.
- BUSSETO, L. et al. Eating pattern in the first year following adjustable silicone gastric banding for morbid obesity. **Internacional Journal of Obesity**, Houndmills, v. 20, n. 6, p. 74-79, 1996.
- CARLINI, M. P. **Avaliação nutricional e de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. 2001. 109 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- CASAGRANDE, D. S. et al. Terapia nutricional para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica do Centro de Obesidade Mórbida do Hospital São Lucas da PUC/RS. **Boletim de Cirurgia da Obesidade**, v. 2, n. 4, p. 7, nov. 2001.
- COUTINHO, W. F.; BENCHIMOL, A. K. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: GARRIDO, A. B. J. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 13-17.
- DALABONA, C. C. et al. Perfil do obeso mórbido candidato à cirurgia bariátrica atendido pelo Ambulatório de Nutrição da Santa Casa de Misericórdia/PUC. **Nutrição em Pauta**, a. 12, n. 70, jan./fev. 2005.
- GARRIDO JUNIOR, A. B. Situações especiais: tratamento da obesidade mórbida. In: HALPERN, A. **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998. p. 331-341
- GARRIDO, A. B.; GAMA-RODRIGUES, J. J.; WAITZBERG, D. L. Obesidade mórbida: tratamento cirúrgico. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1041-1047.
- GEMERT, W. G. et al. Quality of life before and after weight-reducing surgery and cost-effectiveness analysis, In: chapter 41 **Update: Surgery for the morbidly obese patient**, FD - Communications, Toronto – Canadá, 2000. p. 1-5.
- OPAS/OMS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2003. 60 p.
- PARREIRA, V. R. C. Aspectos psicossociais pós-cirúrgicos do paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica. In: SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DA IFSO, 1., 2005, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu, 2005.
- RAFAELLI, M. C. F. et al. A integração de uma equipe multidisciplinar e sua interferência nos resultados. In: SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DA IFSO, 1., 2005, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu, 2005.
- RASERA JUNIOR, I.; SHIRAGA, E. C. Informações ao paciente e seu consentimento. In: **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 47-52.
- SHIKORA, S. Surgical Treatment for severe obesity: the state of the art for the new millenium. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 15, p. 13-22, fev. 2002.
- SHILS, M. E. et al. **Modern nutrition in health and disease**. 8. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994. p. 1493-1518.

Recebido em: 29/06/2007

 Aceito em: 09/10/2007

Received on: 29/06/2007

 Accepted on: 09/10/2007

ANEXOS

QUESTIONÁRIO 1 - TESTE DE ENTENDIMENTO AOS PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA DE REDUÇÃO DE ESTÔMAGO

As questões abaixo são afirmações. Você terá que escolher a opção que mais se aproxima com a sua opinião.

	Concordo	Concordo parcialmente	Em dúvida	Discordo	Discordo parcialmente
1- Antes e após a cirurgia existe a necessidade de consultas periódicas com o profissional Nutricionista, visando à orientação nutricional de dieta pré e pós-operatória.					
2 - Após dois meses de cirurgia de obesidade, o paciente é capaz de comer e beber qualquer coisa que ele deseja e em qualquer quantidade.					
3 - A mastigação é importante para evitar náuseas, vômitos, engasgos e mal-estar. A refeição deve ser realizada em ambiente calmo, tranqüilo, e sem agitação, para que não haja dor ao engolir os alimentos.					
4 - A cirurgia de obesidade garante ao paciente a perda permanente de peso após essa cirurgia.					
5 - Diabetes, pressão alta, dores musculares ou doenças similares melhoram após a cirurgia da obesidade.					
6 - Após a cirurgia da obesidade, o paciente precisa tomar suplementos vitamínicos por toda a vida.					
7 - Os pacientes vomitam após a cirurgia da obesidade.					
8 - O paciente pode comer carne, desde que mastigue bem.					
9 - Após a cirurgia, posso apresentar cólicas abdominais e diarreias, especialmente após comer determinados alimentos ricos em gorduras e açúcares.					
10 - Por dois meses, o paciente deverá que ter uma alimentação diferente: primeiro com alimentos totalmente líquidos, depois pastosos (em forma de purês), depois em pedaços bem pequenos, até finalmente iniciar com alimentação sólida.					
11 - O paladar (gosto) e o olfato (cheiro) do alimento após a cirurgia ficam diferentes. Alguns sentem “nojo” de determinados cheiros e sabores de certos alimentos.					

12 - Os pacientes ficam totalmente satisfeitos nas 48 horas após a cirurgia da obesidade.					
13 - O paciente, após a cirurgia, precisará se submeter a outro tipo de cirurgia, como por exemplo, a cirurgia plástica, que também resultará em cicatrizes.					
14 - A perda de peso é rápida. Em seis meses o paciente atinge o seu peso ideal.					
15 - A redução de peso deve ser aos poucos. No início ocorre uma redução de peso mais significativa. Por volta dos três meses após a cirurgia, a perda de peso é menor, porém, gradativa.					
16 - O paciente pode apresentar depressão após cirurgia.					
17 - Esta cirurgia para obesidade implica o acompanhamento periódico com médico por toda a vida, para rever o estado de saúde do paciente e para a realização de exames.					
18 - É necessário o acompanhamento com o profissional nutricionista, para que o mesmo avalie os hábitos alimentares e estado nutricional, visando às adaptações do consumo alimentar e suplementos de vitaminas e minerais.					

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

QUESTIONÁRIO 2 - TESTE DE ENTENDIMENTO AOS PACIENTES PÓS-CIRURGIA DE REDUÇÃO DE ESTÔMAGO

As questões abaixo são afirmações. Você terá que escolher a opção que mais se aproxima com a sua opinião.

	Concordo	Concordo parcialmente	Em dúvida	Discordo	Discordo parcialmente
1- A realização de consultas freqüentes (mensal, bimestral ou trimestral) com o profissional nutricionista, visa à continuação do trabalho de reeducação alimentar.					
2- O suplemento de vitaminas e minerais é recomendado pelo médico ou nutricionista. E já tomei quando fui orientado por um dos profissionais acima citados.					
3- Pelos menos a cada seis meses, a consulta com o médico é necessária para fazer revisão da cirurgia, realizar novos exames e verificar o estado de saúde atual.					
4- As refeições realizadas em porções menores a cada 2 ou 3 horas, são distribuídas durante todo o dia.					

5- A mastigação deve ser mais lenta, sem pressa e a deglutição (engolir) deve ocorrer após sua trituração completa.					
6- Tomar líquidos junto com as refeições facilita a deglutição (engolir).					
7- O consumo de pelos menos 8 copos de água por dia em pequenos goles é indicado.					
8- Fazer exercícios físicos (caminhadas, hidroginástica, futebol, academia etc.) semanalmente é recomendado.					
9- A alimentação diária deve conter frutas e vegetais (saladas cruas, legumes refogados), com pelo menos o consumo de duas frutas e vegetais.					
10- A ingestão de leite, iogurte e derivados (queijo, requeijão, coalhada...), deve ocorrer no mínimo duas vezes ao dia.					
11- As carnes devem ser consumidas no mínimo uma vez ao dia.					
12- Os alimentos ricos em gorduras (frituras, salgadinhos tipo chipps, carnes gordas, creme de leite, leite integral, queijos amarelos, etc) devem ser evitados.					
13- O consumo de grãos (feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja), deve ser diário.					
14- O consumo de doces (chocolate, pudim, leite condensado, mousse, bolos recheados e com cobertura, sorvetes, etc), pode ocorrer mais do que duas vezes na semana.					
15- O consumo de refrigerantes (normal, diet ou light), pode acontecer mais de três vezes na semana.					
16- A água com gás pode ser ingerida.					
17- O consumo de lanches semanalmente, como por exemplo: x-salada, “fast-food”, pizza, coxinha, pastel etc. é contra-indicado.					
18- Deve-se usar diariamente açúcar para adoçar os sucos, leite, café, chá, e outros líquidos.					

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

