

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GEANA MARA ROATTI

**IMPACTO DO GRUPO EDUCATIVO NA MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA DE
PACIENTES EM FASE PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Porto Alegre

2016

GEANA MARA ROATTI

**IMPACTO DO GRUPO EDUCATIVO NA MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA
DE PACIENTES EM FASE PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elizeth Paz da Silva Heldt

Porto Alegre

2016

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela realização de meu grande sonho: tornar-me enfermeira. Obrigada também pela proteção!

Em especial ao meu pai João e a minha mãe Eivane (*in memoriam*), por todo o amor, pelo incentivo, pelo apoio incondicional e por serem um grande exemplo pra mim. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Tauan, Cássia e Kauã e a minha tia Marlise, pela parceria, pela cumplicidade e pelo apoio de sempre. Meus amores!

Agradeço a minha querida orientadora Elizeth Heldt por acreditar no meu potencial e por estar sempre disponível quando surgiram as dúvidas ao longo da construção desse trabalho. Agradeço pela dedicação e pelo carinho com que sempre me tratou. Quando crescer quero ser igual a você!

As minhas amigas Brenda, Kamila, Vanessa, Vitória, Deborah, Deise, Carolline, Emely e Paula que foram minhas confidentes, companheiras de estágios, de estudos e de risos. A companhia de vocês tornou a graduação mais leve.

Agradeço aos amigos: Bruno, Clarice, Clodoveu, Felipe, Diego e Elisa por todo o carinho e incentivo.

A todos os professores e, principalmente, aos profissionais que contribuíram para o meu crescimento intelectual ainda em construção.

E, por fim, agradeço a todos que torceram para que esse momento chegasse. Meu carinho a todos!

RESUMO

A indicação da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade grave está estabelecida. No entanto, o procedimento exige um preparo prévio, como, por exemplo: a mudança dos hábitos de vida, sobretudo, do comportamento alimentar e a inclusão de atividade física. Contudo, estudos que avaliem estratégias de grupos com foco em mudança de estilo de vida (MEV) para pacientes com indicação de cirurgia bariátrica ainda são escassos. Os objetivos do presente estudo foram: avaliar o impacto de um grupo educativo na mudança de estilo de vida na fase pré-operatória de pacientes com indicação de cirurgia bariátrica; e descrever as observações e sugestões realizadas pelos pacientes sobre o funcionamento dos grupos. Trata-se de uma pesquisa de avaliação para verificar a eficácia de uma intervenção por meio de um quase experimento. A amostra foi constituída por pacientes do Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) indicados a participarem do grupo de MEV. A intervenção ocorreu em oito encontros bimensais e com duração de duas horas cada. Os encontros foram organizados com foco específico em reeducação alimentar, na prática de atividade física, no trabalho dos aspectos emocionais e na discussão sobre cirurgia bariátrica. Para calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), o peso dos pacientes era verificado em cada encontro. Um questionário sobre o estilo de vida e sobre o funcionamento do grupo foi aplicado no último encontro. O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética do HCPA (nº130371). Um total de 70 pacientes distribuídos em sete grupos concluiu os encontros. A maioria era do sexo feminino (n=57; 81%), com média de idade (desvio padrão) de 44,4(DP=11,52) anos e IMC inicial de 48,8(DP= 9,70) Kg/m². Todos os participantes relataram ter modificado, pelo menos, um hábito de vida, conforme as orientações realizadas. Foi encontrada diminuição significativa do IMC associado à alimentação saudável (p=0,035) e à redução do consumo de açúcar (p=0,005). As demais modificações nos hábitos de vida não apresentaram alteração significativa no IMC. O funcionamento do grupo MEV foi avaliado como ótimo ou bom e os temas abordados foram considerados relevantes pela maioria dos pacientes. Os resultados do estudo confirmaram o impacto positivo dos grupos na mudança do estilo de vida para pacientes com obesidade grave.

Palavras-chaves: Cirurgia bariátrica. Estilo de vida. Obesidade mórbida. Grupo educativo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	9
2.1 Geral	9
2.2 Específicos	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 Obesidade	10
3.2 Cirurgia Bariátrica	11
3.3 Grupos educativos para pacientes obesos	13
4 MÉTODO	17
4.1 População e amostra	17
4.2 Coleta de dados	17
4.3 Intervenção	18
4.4 Análise dos dados	19
4.5 Aspectos éticos	19
5 RESULTADOS	20
5.1 Características da amostra	20
5.2 Impacto do grupo MEV nas mudanças de hábitos de vida	22
5.3 Avaliação do funcionamento dos grupos MEVs	23
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE – Questionário de avaliação do grupo MEV	34
ANEXO A – Carta de Aprovação do CEP/HCPA	36
ANEXO B – Termo de compromisso para utilização de dados	37

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no organismo obtido através de maior oferta de calorias que gasto energético corporal (RIBEIRO et al., 2013). A etiologia é multifatorial, envolvendo aspectos genéticos, psicológicos, sociais e metabólicos (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005; PREVEDELLO et al., 2009). Associa-se obesidade ao desenvolvimento de comorbidades, como: diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), e doenças cardiovasculares (MANCINI, 2014). Além dos prejuízos físicos, os indivíduos obesos também sofrem um impacto psicossocial negativo, como as discriminações, a redução na qualidade de vida e perda de autoestima (SILVA et al., 2014).

O diagnóstico de obesidade é definido quando o Índice de Massa Corporal (IMC) (peso em quilograma dividido pelo quadrado da altura em metro) encontra-se acima de 30 kg/m². Quanto à gravidade, o Consenso Bariátrico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) de 2008, propõe a seguinte classificação: obesidade leve também chamada obesidade grau I (IMC entre 30 a 34,9), moderada – grau II (IMC entre 35 a 39,9) e grave ou mórbida – grau III (IMC acima de 40) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2008).

No Brasil, de acordo com a SBCBM, são indicados para a cirurgia bariátrica os pacientes com IMC maior que 40 Kg/m² ou IMC entre 35 e 40 Kg/m² com alguma comorbidade associada; ou IMC entre 30 e 35 Kg/m² na presença de uma comorbidade identificada como grave. Além disso, a idade recomendada é de 18 a 65 anos, sem restrições; entre 16 e 18 anos, com autorização de seus responsáveis ou acima de 65 anos, conforme avaliação individual da equipe multiprofissional. Um aspecto importante previsto nas recomendações é de que o tempo de doença obesidade seja superior a dois anos e o paciente ter tido insucesso ou recidiva do peso depois de realizado tratamento prévio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2008).

Embora a cirurgia bariátrica seja um método eficaz na redução de peso e atue na melhora das comorbidades associadas à obesidade, há a necessidade de análise rigorosa dos múltiplos aspectos clínicos do paciente antes de submetê-lo ao procedimento cirúrgico. O sucesso no tratamento da obesidade requer a adesão do paciente na mudança de seus hábitos alimentares e comportamentais. Contudo, é de vital importância que o mesmo esteja disposto a aderir à nova condição de vida após a cirurgia bariátrica (MORALES et al., 2014). Intervenções como grupos de apoio e psicoeducação também podem contribuir para uma

melhor efetividade no tratamento do paciente candidato ao procedimento (MURGUÍA; SIERRA; TAMAYO, 2014). Por exemplo, o resultado de uma pesquisa realizada com 35 pacientes acompanhados durante o pré e o pós-operatório revelou que os 16 pacientes que receberam orientação nutricional e psicológica, além da realização de atividade física em grupo, apresentaram maior adesão às mudanças na alimentação, maior autoestima e menor estresse pós-operatório comparados com os 14 pacientes acompanhados individualmente (ABILÉS et al., 2013).

Devido à alta incidência de obesidade e ao elevado índice de reincidência de aumento de peso, mesmo no pós-operatório, é fundamental políticas públicas direcionadas para a promoção de hábitos de vida saudáveis, realizada individualmente ou em grupos, para a prevenção e para o tratamento da obesidade (REIS, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Estilo de Vida (EV) é um modo saudável de viver baseado em padrões de comportamento determinado pela relação entre as características individuais, as interações sociais e as condições socioeconômicas e ambientais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). O estilo de vida saudável envolve fatores como: atividade física, nutrição, relações afetivas e sociais, comportamento preventivo, trabalho, moradia, serviço de saúde, dentre outros (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

Considerando que a adesão ao tratamento proposto para a redução e para o controle de peso frequentemente é fraca, a realização de intervenções em formato de grupo surge como uma alternativa para facilitar a mudança de comportamento. A reunião de pessoas com problemas e com objetivos semelhantes somado a um ambiente de apoio poderá proporcionar melhores resultados a pacientes obesos, em comparação à terapia individual (YALOM; LESZCZ, 2006). Além disso, um grupo abrange um maior número de pessoas ao mesmo tempo, colaborando na utilização dos recursos educativos e reduzindo os custos relacionados ao tratamento da obesidade (REIS, 2010).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi habilitado em 2008, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave, segundo a Portaria nº 425 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) e, na ocasião, foi organizado o Programa de Cirurgia Bariátrica. Atualmente, o programa conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos (cirurgião, anestesista, endocrinologista, pneumologista e psiquiatra), enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistente social e educadora física (COSTA et al., 2009). Tem por objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzir a morbimortalidade e os custos com tratamentos de comorbidades relacionados à obesidade. Está previsto um acompanhamento por, aproximadamente, dois

anos antes e dois anos após a cirurgia. Nesse período, o paciente realiza consultas, exames e participa de grupos pré e pós-operatório no ambulatório e é direcionado à internação hospitalar para o procedimento cirúrgico.

O acompanhamento pré-operatório no HCPA prevê o grupo denominado de Mudança de Estilo de Vida (MEV) que tem por objetivos: orientar quanto ao tratamento proposto; promover o vínculo e a adesão com a proposta do programa por meio do acompanhamento regular (em média bimensal); realizar a reeducação alimentar e a mudança de estilo de vida com a abordagem cognitivo-comportamental; acompanhar a evolução das medidas antropométricas de acordo com as metas individuais para maximizar os resultados cirúrgicos; identificar as contraindicações não detectadas na fase de entrada no programa que possam comprometer o resultado da cirurgia, especialmente, a adesão.

Embora existam estudos que evidenciem o formato de grupo como um método eficaz para melhorar a adesão a tratamentos para várias doenças (AGUILERA-SOSA et al., 2009; SANTOS et al., 2012), pesquisas referentes a grupos educativos para pacientes obesos graves são escassos. Desta maneira, o presente estudo tem como questão norteadora: “Qual a influência de uma intervenção em grupo com foco na mudança de estilo de vida de pacientes durante a fase pré-operatória no programa de cirurgia bariátrica?”.

A presente pesquisa foi formulada com base no acompanhamento dos grupos de MEV do Programa de Cirurgia Bariátrica na participação como bolsista de estágio não-obrigatório do Serviço de Enfermagem Ambulatorial (SEAMB) do HCPA. Dentre as tarefas realizadas, destaca-se o auxílio à enfermeira na organização e na realização dos grupos, bem como, a verificação do peso dos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar o impacto do grupo educativo na mudança de estilo de vida na fase pré-operatória de pacientes com indicação de realização de cirurgia bariátrica.

2.2 Específicos

- Comparar os dados antropométricos dos pacientes (peso, altura e IMC) no ingresso do grupo MEV e após os oito encontros;
- Verificar a modificação dos hábitos de vida relacionados à alimentação e à atividade física após os oito encontros;
- Descrever as observações e as sugestões realizadas pelos pacientes sobre o funcionamento dos grupos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O presente capítulo apresenta uma revisão de literatura para o melhor conhecimento da temática. Serão abordados os tópicos: obesidade, cirurgia bariátrica e grupos educativos para pacientes obesos.

3.1 Obesidade

A obesidade é considerada uma desordem nutricional de etiologia heterogênea e é classificada como endógena quando relacionada a componentes genéticos, neuropsicológicos, endócrinos e metabólicos (MONTEIRO; ANGELIS, 2007); e exógena quando influenciada por fatores externos de origem comportamental, dietética e ambiental (SOUSA et al., 2012).

Mundialmente, a obesidade atinge, pelo menos, 600 milhões de adultos, destes, 2,8 milhões morrem ao ano em consequência do excesso de peso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). O país com o maior índice de indivíduos obesos é o Estados Unidos da América (EUA), em seguida, aparecem na literatura a China, a Índia, a Rússia e, em quinto lugar, o Brasil (NG, et al., 2014). Cerca de 2% a 8% das despesas com tratamentos de saúde são destinados à obesidade e as suas complicações (OLIVEIRA et al., 2013). No Brasil, de acordo com pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e divulgada recentemente, os índices de sobrepeso e obesidade são preocupantes. Os dados demonstraram que 56,9% dos brasileiros estão acima do peso, sendo que a obesidade representa 24,4% para as mulheres e 16,8% para os homens (BRASIL, 2015). Ainda, a prevalência é maior em mulheres adultas e de baixa escolaridade e as comorbidades clínicas mais frequentes são a HAS (BRANCO-FILHO et al., 2011; CEZAR, 2014), seguida dos problemas digestivos e da DM-2 (ANDERIJR et al., 2007). Logo, a doença psiquiátrica mais associada com a obesidade é a depressão (PETRIBU et al., 2006; SCABIM; ELUF-NETO, 2012).

A obesidade é um problema de saúde pública, com implicações socioeconômicas diretas para ações de prevenção, de diagnóstico e de tratamento (BRANCO-FILHO et al., 2011); e indiretos relacionados a morbidades, mortalidade, queda de produtividade e absenteísmo pela restrição de atividades (RODRIGUES et al., 2012). Porém, o principal problema são os riscos que o indivíduo obeso enfrenta, pois quando o IMC for maior que 35 kg/m² a morbimortalidade precoce é duas vezes maior. Também pode ser até 12 vezes mais alta para IMC acima de 40 Kg/m² (obesidade mórbida), quando comparada a de pessoas não obesas (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010). A obesidade mórbida também é

acompanhada de uma série de complicações dentre as quais destacam-se: os distúrbios cardiovasculares, os ortopédicos, os digestivos, os endócrinos, os dermatológicos e os respiratórios (MARCELINO; PATRICIO, 2011).

Além do grau de obesidade representado pelo cálculo do IMC, a distribuição corporal também se associa ao maior risco para o desenvolvimento de determinadas comorbidades. A gordura corporal pode ser distribuída na parte superior do corpo, denominada de obesidade central (andróide); e periférica (ginecóide) - gordura localizada na parte inferior do corpo, quadril, nádega e coxa (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010). Quando a distribuição de tecido adiposo é localizada no abdômen, representa uma maior mortalidade comparada à obesidade periférica (MOREIRA, et al., 2012). Tal fato deve-se à elevação da atividade metabólica do tecido adiposo visceral, que promove a maior produção de glicose e, conseqüentemente, hiperinsulinemia e DM-2. O aumento na secreção de insulina gera retenção de sódio o que resulta em HAS, caracterizando a síndrome metabólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013). Acredita-se que o indivíduo obeso tem três vezes mais a chance de desenvolver DM-2 e HAS; e para o desenvolvimento de dislipidemia é de 1,5 vezes mais do que a pessoa que tem o IMC adequado (BRASIL, 2006).

Dessa forma, por ser uma doença complexa e multifatorial, a obesidade requer um tratamento diferenciado e interdisciplinar destacando-se a orientação dietética, a programação de atividade física, o uso de fármacos e, quando não há resposta às intervenções descritas, há a indicação de cirurgia bariátrica (MORALES et al., 2014). Além disso, para o paciente obeso é de fundamental importância que o foco não seja somente a redução de peso, mas sim a mudança no estilo de vida (BUENO et al., 2011).

Contudo, perder peso e se manter no peso recomendado pode tornar-se uma tarefa árdua, especialmente se não houver um acompanhamento adequado. Assim, intervenções educativas tem sido uma importante ferramenta para o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis tanto na alimentação quanto na atividade física (MOREIRA, et al., 2012).

3.2 Cirurgia Bariátrica

A Cirurgia Bariátrica (CB), também conhecida como gastroplastia e cirurgia de redução de estômago, é uma opção para pessoas com obesidade mórbida que não conseguem perder peso pelos métodos tradicionais (COSTA, et al., 2010). Recomenda-se o procedimento para o indivíduo que estiver com o IMC maior que 40 kg/m² ou acima de 35 kg/m² associado

às comorbidades: DM-2, HAS, apneia do sono, hérnia de disco, dentre outras doenças (SOUSA et al., 2012). Como contraindicações foram definidos os casos com risco anestésico, HAS descompensada, limitação cognitiva, ausência de suporte familiar e quadro de transtorno psiquiátrico (SOCIEDADE BRASILEIRA CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2008). A intervenção cirúrgica acompanhada de reeducação alimentar, atividade física e apoio psicológico permitem que o paciente perca em média até 40% do seu peso entre 18 a 24 meses após o procedimento (CASTRO et al., 2013).

Segundo a Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007, há quatro procedimentos cirúrgicos testados e efetivados como cirurgias bariátricas, sendo elas: banda gástrica ajustável; gastroplastia vertical com banda; Derivação bilio-pancreática e gastroplastia com desvio intestinal em *Y de Roux* ou *Bypass* gástrico (BRASIL, 2007). No Brasil, o método cirúrgico mais realizado, atualmente, é o *bypass* gástrico em *Y-de-Roux* (BGYR). O procedimento consiste no grampeamento de parte da cavidade gástrica que, conseqüentemente, reduz o espaço para o alimento e a superfície intestinal em contato com o alimento (BORDALO et al., 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2015a).

As primeiras cirurgias realizadas no Brasil foram na década de 1970, pelo cirurgião Salomão Chaib da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP), utilizando a técnica de derivação jejuno ileal do tipo *Payne*. Contudo, foi na década de 1990 que as técnicas cirúrgicas foram aprimoradas e passaram a oferecer maior segurança e apresentar resultados mais consistentes em médio e longo prazo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2015b).

O Brasil, segundo a SBCBM é considerado o segundo maior centro mundial em cirurgia bariátrica, perdendo apenas para os Estados Unidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2014). O número de cirurgias bariátricas realizadas no país também aumentou, passando de 16 mil procedimentos, em 2003, para 60 mil, em 2010, o que representa um aumento de 275% em sete anos (MAGNO, et al., 2014).

Há 77 hospitais públicos realizando gratuitamente a cirurgia bariátrica. A região Sudeste é a mais privilegiada: 31 hospitais, no total, realizam esse procedimento. No entanto, na região Norte apenas quatro hospitais efetuam a cirurgia bariátrica. No Sul, o estado com maior disponibilidade de hospitais públicos realizando cirurgias bariátricas é o Paraná, com 12 hospitais, seguido pelo Rio Grande do Sul, com cinco hospitais. O estado de Santa Catarina tem três hospitais disponíveis para atender pacientes obesos indicados à cirurgia bariátrica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA,

2015c). Tendo em vista que a demanda de pacientes à procura pela cirurgia bariátrica é maior que a quantidade de hospitais que disponibilizam o procedimento, as filas de espera para o procedimento aumentam a cada ano (SOUZA, 2007).

3.4 Grupos educativos para pacientes obesos

O tratamento para a obesidade mórbida é complexo e de longa duração. Apesar de ser bem-sucedido, o procedimento cirúrgico não apresenta resultado semelhante para todos os pacientes. O sucesso do tratamento depende de vários fatores que podem influenciar na capacidade de adaptação do paciente (ABILÉS et al., 2013). Além disso, deve ser considerado o modo de agir e de pensar do paciente e o seu ambiente social (LUZ, 2013). Assim, a terapia de grupo é uma alternativa eficaz no tratamento e no controle da obesidade, além de abranger benefícios clinicamente significativos nos aspectos como: dificuldades interpessoais, adaptação social, autoestima, níveis de ansiedade, sentimentos de bem-estar dos participantes e diminuição da compulsão alimentar (NEUFELD; MOREIRA; XAVIER, 2012).

A terapia de grupo inicialmente foi desenvolvida na década de 1940, consequência da alta demanda provocada por problemas psiquiátricos durante a Segunda Guerra Mundial. Na prática, o grupo beneficiava um maior número de pessoas ao mesmo tempo, visto que as equipes hospitalares eram insuficientes para a demanda de pacientes que necessitavam de tratamento. Fato este que a torna, até hoje, uma modalidade de terapia de custo-benefício significativamente importante (YALOM; LESZCZ, 2006). Com o passar dos anos, as terapias grupais foram adaptadas ao surgimento de outros transtornos mentais, novas teorias e novas pesquisas. Simultaneamente, houve a necessidade de transformação das abordagens grupais (COX; VINOGRADOV; YALOM, 2012).

Segundo Pichon-Riviére (1998), grupo é um conjunto de pessoas ligadas no tempo e no espaço, articuladas por sua mútua representação interna e que se propunham, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interagindo em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si. Os grupos são constituídos de abordagens e fins diferenciados. Dentre as modalidades de grupos, destacam-se: os grupos psicoterápicos e os grupos operativos (ZIMERMAN, 1999; MORÉ; RIBEIRO, 2010).

Os grupos operativos caracterizam-se por estar centrado na tarefa, em suas dimensões explícitas e implícitas. Divide-se em quatro modalidades (ZIMERMAN, 1999):

- Ensino-aprendizagem: grupo centrado na tarefa de aprender a aprender;

- Institucionais: são aqueles grupos formados nas instituições em geral, com a finalidade de promover uma integração entre os diferentes cargos e ideologias. Também colabora para serem resolvidos os mal-entendidos;
- Comunitários: consistem em programas grupais voltados para a promoção da saúde das comunidades, reunindo diversos tipos de grupos: gestantes, líderes comunitários, adolescentes, etc;
- Terapêuticos: busca a melhora de uma determinada patologia, seja em relação à saúde mental ou física. Potencializa as trocas de diálogo, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletiva. A modalidade mais comum é o grupo de autoajuda, proporcionando benefícios e eficácia aos seus integrantes.

Os grupos psicoterápicos possuem como objetivo o desenvolvimento de um processo grupal que visa trabalhar com questões psicológicas e está centrado na busca do autoconhecimento dos aspectos comportamentais, relacionais, comunicacionais e/ou inconscientes dos indivíduos e da totalidade grupal. Para a fundamentação teórico-técnica desses grupos utilizam-se fontes diversas, tais como: a psicodramática, a cognitiva comportamental, a sistêmica e a psicanalítica. Deve-se também mencionar a abordagem múltipla holística, que se utiliza de uma combinação de todas essas citadas anteriormente (ZIMERMAN, 1999).

A abordagem grupal constitui um instrumento importante no atendimento em situações de complexidade, promoção e educação em saúde. Nesse sentido, favorecem o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos desafios decorrentes de situações vivenciadas por pessoas com problemas crônicos de saúde (OLIVEIRA et al, 2010; MOREIRA et al, 2012). Portanto, o processo terapêutico em grupo resulta da interação de experiências humanas entre seus componentes, o que contribui para a mudança terapêutica. Assim, o grupo possibilita um ambiente que promove interação social, troca de experiências, além do que o próprio grupo atua como mecanismo de mudança, reforçando positivamente as modificações propostas (HELDT et al., 2008; WESNER et al., 2015).

Uma intervenção eficaz no tratamento da obesidade é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), com resultados positivos, inclusive, na manutenção do controle de peso em longo prazo. A TCC auxilia o indivíduo a reconhecer seus pensamentos disfuncionais e fornece ferramentas para serem mais assertivos com suas emoções e comportamentos (ELIAS, 2013). Um estudo recente avaliou um grupo com 49 pacientes

obesos com sessões semanais com duração de seis meses. O foco da terapia grupal era investigar a qualidade de vida, a ingestão de alimento, as mudanças no perfil antropométrico, os problemas com compulsão alimentar, a depressão, os sintomas de ansiedade e os problemas familiares. As intervenções concentraram-se no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, técnicas de relaxamento, consciência corporal, autoconhecimento e mudanças de comportamento. O resultado evidenciou uma melhora significativa na compulsão alimentar e nos sintomas de insatisfação com a imagem corporal após o programa e uma diminuição nos sintomas depressivos e de ansiedade (CARVALHO-FEREIRA, et al., 2012).

Em outro estudo, foi comparado três grupos de pacientes em tratamento para obesidade. Um grupo (10 a 12 pacientes cada), foi de intervenção grupal com a TCC; o outro foi acompanhado, individualmente, com nutricionistas (uma vez na semana) e ao terceiro grupo foi fornecido um folheto explicativo. O objetivo do estudo foi investigar o efeito da TCC sobre a mudança de peso, a atividade física, a mudança na saúde e o bem-estar, e em relação ao tratamento dietético avaliado em seis e 12 meses. O resultado encontrado foi de que não houve diferença significativa na perda de peso entre os grupos, porém, o grupo acompanhado com TCC apresentou uma tendência maior para manter a perda de peso em comparação com os outros dois grupos (ASH, et al., 2006)

De fato, a mudança terapêutica é um processo complexo, resultante das interações das experiências humanas que surgem na terapia de grupo e que influenciam as mudanças de vida dos participantes, denominadas de “fatores terapêuticos”. Segundo Yalom e Leszcz (2006), as terapias em grupo tendem a produzir uma resposta positiva nos pacientes devido à particularidade de alguns fatores terapêuticos que podem facilitar a adesão ao tratamento, tais como:

- Instilação de esperança: trata-se da expectativa em conseguir melhorar. É essencial e motivadora para qualquer processo terapêutico;
- Universalidade: é definida como a descoberta de que outros pacientes passam pelas mesmas experiências, problemas e impulsos e que não estão sozinhos para enfrentá-los;
- Orientação (ou compartilhamento de informações): auxilia os pacientes a conhecer sua doença e a lidar melhor com ela através do aconselhamento, das sugestões ou orientações do terapeuta ou dos membros do grupo;

- Altruísmo: fundamental para as atividades em grupo nas quais os sujeitos aprendem o benefício de ensinar e de aprender, criando um campo rico para trocas de experiências e de papéis;
- Reedição familiar (ou recapitulação corretiva do grupo familiar primário): propicia ao grupo o resgate da relação do indivíduo com seu grupo primário (a família), pois as relações dentro dele tendem a repetir aspectos da vivência familiar;
- Aprendizagem interpessoal – *output* (ou desenvolvimento de técnicas de socialização): é o desenvolvimento de habilidades sociais básicas pela convivência em grupo;
- Identificação (ou comportamento imitativo): possibilita ao paciente aprender, observando outros modelos de comportamento;
- Aprendizagem interpessoal – *input*: além de viabilizar os relacionamentos interpessoais entre os membros, possibilita a correção da experiência emocional por meio da exposição do paciente a situações que ele não conseguiu enfrentar no passado.
- Coesão: é traduzida pelo bom relacionamento entre os membros, aceitando uns aos outros, incluindo o terapeuta. Um grupo estando coeso é capaz de acolher e de conter as angústias/necessidades de cada um e de todos;
- Catarse: exerce função de alívio pelo fato de externar as emoções em ambiente grupal;
- Fatores existenciais: abrangem todos os fatores relacionados à existência, à confrontação com a realidade da condição humana, como mortalidade, responsabilidade e liberdade, os quais tocam a sensibilidade dos pacientes;
- Autocompreensão: propõe-se a facilitar a aceitação dos pacientes de aspectos sobre si antes negados inconscientemente, permitindo um resgate de questões reprimidas e rejeitadas por eles mesmos.

Portanto, uma intervenção grupal pode proporcionar estratégias para manutenção de comportamentos saudáveis em longo prazo aos pacientes. Além disso, a psicoeducação, em especial, colabora positivamente com a mudança no estilo de vida (hábitos alimentares e atividade física) (LEIJA-ALVA et al., 2011), perda de peso e diminuição das comorbidades (WERRIJ et al., 2009; ELIAS, 2013).

O grupo deste estudo caracteriza-se por ter uma tarefa centrada na abordagem educativa para a mudança de hábitos de vida saudável. Para atingir os objetivos propostos, os coordenadores também utilizam técnicas cognitivas e comportamentais, com subsídio nos fatores terapêuticos que podem surgir durante os encontros.

4 MÉTODO

Este estudo foi vinculado ao projeto maior “Avaliação da qualidade de vida de pacientes após cirurgia bariátrica: seguimento de 12 meses”, que apresenta como objetivo geral de avaliar a qualidade de vida após 12 meses da cirurgia bariátrica. Um dos objetivos específicos do projeto maior é avaliar o impacto de atividades desenvolvidas durante o pré-operatório de pacientes com indicação para realização da cirurgia bariátrica o qual foi desenvolvido neste estudo.

Trata-se de uma pesquisa de avaliação utilizada quando os pesquisadores pretendem verificar a eficácia de um programa ou de uma intervenção presente no contexto de uma organização (POLIT; BECK, 2011). O delineamento previsto para o presente projeto foi um quase experimento. Neste delineamento, há comparações antes e após uma intervenção para verificar o impacto da mesma (GRADY; HEARST, 2008).

4.1 População e amostra

A população foi constituída por pacientes que estavam em atendimento pré-operatório no Programa de Cirurgia Bariátrica que ocorre no ambulatório do HCPA e os pacientes eram indicados aos grupos MEVs pela equipe multiprofissional. Os critérios de inclusão da amostra do presente estudo foram: ter iniciado nos grupos MEVs a partir de outubro de 2014 e ter participado em, pelo menos, 50% dos encontros até abril de 2016. Como critério de exclusão, foi definido ter realizado ou desistido do procedimento durante o período do estudo.

Dos 139 pacientes que iniciaram nos grupos, 26(18,7%) realizaram a cirurgia bariátrica durante o andamento do grupo; 12(8,6%) desistiram da cirurgia e houve 1(0,7%) óbito. Estes foram excluídos. De acordo com o cálculo amostral, era necessário um mínimo de 60 participantes para a realização do estudo.

4.2 Coleta de dados

Os dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e procedência) e os clínicos (dados antropométricos de ingresso, comorbidades clínicas e psiquiátricas) foram coletados dos prontuários dos pacientes incluídos. Em cada encontro do grupo MEV, foi verificado o peso para realizar o cálculo do IMC dos pacientes.

Para verificar as modificações nos hábitos de vida foi aplicado, no último encontro, um questionário estruturado com quatro perguntas fechadas, sobre o padrão alimentar (tipo de alimento, quantidade, consumo de açúcar, sal e refrigerantes) e sobre a prática de atividade física (APÊNDICE). A pergunta foi: “Você modificou seus hábitos/comportamento depois que começou a frequentar os grupos?” No caso de resposta afirmativa, o paciente poderia selecionar qual ou quais os hábitos que modificou.

Também foi solicitado aos participantes que avaliassem o funcionamento do grupo (horário, duração, intervalo e quantidade de oito encontros) com opções que variavam entre: muito, suficiente, pouco ou muito pouco; ou ótimo, bom, ruim ou muito ruim; e mais um espaço para observações ou sugestões de forma livre. Outro questionamento foi em relação às informações fornecidas durante os encontros sobre nutrição, atividade física, psicologia e cirurgia. Os pacientes poderiam assinalar as opções que foram relevantes.

4.3 Intervenção

A intervenção foi elaborada pela equipe com os seguintes elementos: um total de oito encontros bimensais, com duração de 2 horas cada e coordenados pela enfermeira, com o auxílio de duas acadêmicas de enfermagem. Dependendo do foco de cada reunião, um ou mais profissionais da equipe do Programa de Cirurgia Bariátrica (médico, nutricionista, psicóloga, educadora física) também participaram.

No primeiro encontro, foi previsto a presença dos membros da equipe do programa para que os profissionais fossem apresentados aos pacientes. A abordagem foi a de psicoeducação sobre obesidade, cirurgia bariátrica e mudança do estilo de vida. No segundo encontro, o foco foi a reeducação alimentar (escolhas dos alimentos corretos, quantidade, preparo e horários adequados) com as nutricionistas do programa. No terceiro encontro o tema principal foi a atividade física (importância da prática de atividade física, as vantagens e os benefícios de uma vida mais saudável) ministrado pela educadora física do programa.

O quarto e sexto encontros utilizaram a abordagem cognitivo-comportamental (identificação de aspectos emocionais na relação com a comida e com o próprio corpo, reflexão à respeito dos desejos e das necessidades relacionadas à fome e às dificuldades no tratamento, bem como, ao modo de agir para o enfrentamento). Esta atividade é realizada pela psiquiatra e psicóloga vinculadas ao programa. No quinto encontro, novamente o foco foi na reeducação alimentar e na atividade física com a presença da nutricionista e da educadora física. No sétimo encontro, participaram o médico cirurgião e a enfermeira da internação

cirúrgica os quais responderam as dúvidas sobre a cirurgia bariátrica e forneceram orientações gerais (por exemplo: internação, transoperatório, pós-operatório).

No oitavo e último encontro a ênfase foi na importância de manter as mudanças de hábitos de vida saudáveis em longo prazo. Os pacientes também responderam o questionário sobre as mudanças de estilo de vida elaborado pela equipe. Com o término dos encontros, os pacientes continuaram em acompanhamento individual com a equipe até a realização do procedimento e por mais dois anos após a cirurgia bariátrica.

4.4 Análise dos dados

A análise estatística foi realizada utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, e o nível de significância adotado foi $\alpha=0,05$. Os dados foram descritos através da média e desvio padrão ou mediana (percentis), conforme distribuição para variáveis contínuas. Para as variáveis categóricas foram utilizados frequência e percentual. Para verificar o impacto do grupo MEV foi calculado a diferença (Delta) entre o IMC inicial com o final e comparado com hábitos de vida, conforme o instrumento aplicado no último encontro. Utilizou-se o teste *Mann Whitney-U* para amostras independentes. A avaliação e as observações ou sugestões dos pacientes sobre o funcionamento dos grupos foram descritas.

4.5 Aspectos éticos

O estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012) (BRASIL, 2012). O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, parecer nº 130371 (ANEXO A) e o atual foi aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ).

As informações coletadas em questionários respondidos pelos pacientes, prontuários e bases de dados do HCPA foram preservadas e os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para utilização dos dados (ANEXO B).

5 RESULTADOS

No decorrer do estudo, 100 pacientes distribuídos em sete grupos, participaram dos encontros. No entanto, 30 pacientes não atingiram 50% da frequência. Um total de 70 pacientes preencheu os critérios de inclusão e tendo como média de frequência 6,3(DP=1,23) encontros.

5.1 Características da amostra

As características sociodemográficas dos pacientes incluídos estão apresentadas na Tabela 1. Observou-se o predomínio do sexo feminino (n=57; 81%), com média de idade (desvio padrão) de 44,4(DP=11,52) anos (mínimo de 22 e máximo de 70 anos) e nível de escolaridade até ensino fundamental em 39(56%) dos participantes. Observou-se também que a maioria dos pacientes eram casados (n=45; 65%), sem ocupação (n=33; 47%) e 30(43%) eram procedentes do interior.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes (n=70).

Características	n (%)
Sexo	
Feminino	57(81)
Estado civil	
Solteiro	20(29)
Casado	45(65)
Divorciado	5(7)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	18(28)
Fundamental completo	21(30)
Médio incompleto	9(13)
Médio completo	9(13)
Superior incompleto	5(7)
Superior completo	2(3)
Ocupação	
Com ocupação	27(39)
Sem ocupação	33(47)
Aposentado (a)	9(13)
Procedência	
Porto Alegre	29(41)
Grande Porto Alegre	11(16)
Interior	30(43)

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando-se as características clínicas, a maioria dos pacientes apresentou, pelo menos, uma comorbidade associada à obesidade grau III, sendo a de maior prevalência a HAS em 50(71%) e DM-2 em 37(53%) dos pacientes (Tabela 2). Entre os diagnósticos de transtornos mentais, a depressão foi mais frequente, com um total de 24(34%) dos pacientes, seguida de transtornos ansiosos em 20(29%) casos. Quanto ao uso de substâncias, observou-se que 22(31%) dos pacientes eram tabagistas em abstinência.

Tabela 2 – Comorbidades clínicas e psiquiátricas dos pacientes (n=70).

Comorbidades	n (%)
Diagnóstico Clínico	
Hipertensão Arterial Sistêmica	50(71)
Diabetes Mellitus – Tipo 2	37(53)
Dislipidemia	37(53)
Doenças digestivas*	25(36)
SAHOS	25(36)
Osteomuscular	22(31)
Doença pulmonar**	17(24)
Doença cardiovascular***	14(20)
Linfedema	5(7)
Diagnóstico psiquiátrico	
Depressão	24(34)
Transtornos Ansiosos	20(29)
Transtorno do Humor bipolar	1(1)
Dependência química: Álcool	1(1)
Abstinência	4(6)
Dependência química: outras drogas	1(1)
Abstinência	1(1)
Tabagismo	5(7)
Abstinência	22(31)

*Doença digestiva: Esteatose Hepática; Helicobacter Pylori; Hérnia Diafragmática.

**Doença pulmonar: Asma; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

*** Doença cardiovascular: Infarto Agudo do miocárdio; Insuficiência Cardíaca.

SAHOS - Síndrome de Apneia e Hipopneia obstrutiva do Sono.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação às características antropométricas, foi observado que os pacientes começaram os grupos com média (desvio padrão) de peso= 131,8(DP=31,45) Kg (mínimo de 87,5; máximo de 207 Kg), de altura= 1,63(DP= 0,09) metros (mínimo de 1,46; máximo de 1,87 metros) e de IMC= 48,8(DP= 9,70) Kg/m² (mínimo de 34; máximo de 76 Kg/m²). A média do IMC na última sessão dos grupos foi de 49,2(DP=9,96) Kg/m²(mínimo de 34,4; máximo de 77,3 Kg/m²). A variação do IMC ao longo dos encontros está apresentada na Figura. Observa-se que na média não houve alteração relevante.

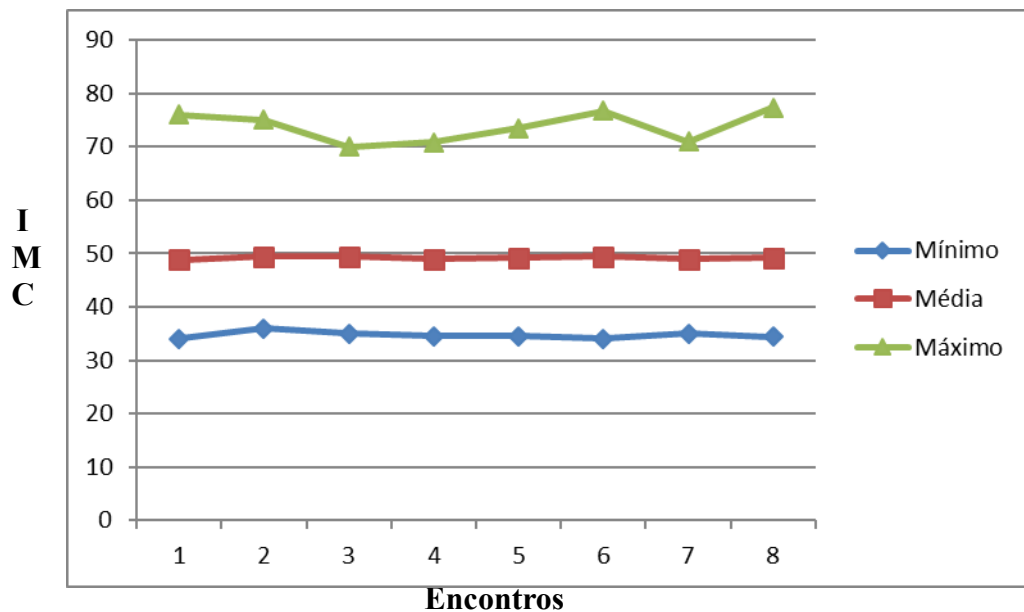


Figura. Índice de Massa Corporal (IMC) em cada encontro.

5.2 Impacto do grupo MEV nas mudanças de hábitos de vida

Todos os pacientes relataram ter modificado, pelo menos, um hábito no estilo de vida, comparado aos comportamentos antes de iniciar nos grupo MEV, conforme as respostas do questionário aplicado no último encontro. Para identificar o impacto da mudança dos hábitos de vida na variação do IMC, verificou-se a associação entre o Delta do IMC (IMC final - IMC inicial dos grupos) com cada hábito que foi abordado durante as sessões. A mediana (intervalo interquartil) do Delta do IMC foi de 0,14 (P25 -1,46; P75 1,02).

Os resultados da associação estão apresentados na Tabela 4. A alimentação saudável e a redução de consumo diário de açúcar foram associados à diminuição significativa do IMC ($p=0,035$ e $p=0,005$, respectivamente). As demais modificações nos hábitos de vida não apresentaram alteração significativa no IMC.

Tabela 4 – Associação entre a mudança de hábitos no estilo de vida e o delta do IMC dos pacientes que participaram dos grupos (n=70).

Categoria	Sim	Delta IMC	Não	Delta IMC	P*
Observar rótulos dos alimentos	43(61)	-0,28(-2,5;1,3)	27(39)	0,06(-1,1;0,7)	0,503
Alimentação saudável	58(83)	-0,26(-2,4;0,7)	12(17)	0,75(-0,4;3,6)	0,035
Redução alimentar	58(83)	-0,20(-2,4;0,8)	12(17)	0,39(-0,9;2,5)	0,161
Comer em 3 em 3 horas	32(46)	-0,67(-2,4;0,7)	38(54)	0,19(-0,8;1,5)	0,102
Redução de refrigerante	59(84)	-0,15(-2,4;1,1)	11(16)	-0,13(-0,6;0,8)	0,815
Redução de açúcar	61(87)	-0,28(-2,4;0,7)	9(13)	1,41(0,4;2,6)	0,005
Redução de sal	54(77)	-0,27(-1,8;0,7)	16(23)	0,22(-1,1;2,1)	0,246
Prática de atividade física	43(61)	-0,28(-2,7;0,9)	27(39)	0,18(-1,1;1,4)	0,118

Variáveis categóricas apresentadas em frequência total (%). Variáveis contínuas apresentadas em mediana (intervalo interquartis P25; P75).

*Teste Mann Whitney para amostras independentes.

Fonte: Elaborado pela autora

5.3 Avaliação do funcionamento dos grupos MEVs

De acordo com os participantes, o total de oito encontros com duração de duas horas foi considerado suficiente por 56(80%) e 51(73%) dos pacientes, respectivamente. Assim como 57(81%) dos pacientes avaliaram que o intervalo dos encontros a cada dois meses foi considerado ótimo ou bom. Em relação ao horário de início (14 horas), 64(91%) confirmaram ser ótimo ou bom.

Referente aos assuntos abordados durante os encontros, todos os pacientes consideraram entre ótimo e bom a qualidade e a relevância das atividades desenvolvidas. Quanto aos temas abordados, 68(97%) dos pacientes avaliaram a nutrição como prioritária no pré-cirúrgico, seguida pela atividade física (n=57; 81%), informações sobre a cirurgia (n=55; 79%) e psicologia (n=54; 77%).

6 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo confirmaram o impacto positivo dos grupos na mudança do estilo de vida para pacientes com obesidade grave, conforme a informação relatada que todos os participantes modificaram, pelo menos, um hábito conforme as orientações realizadas. Este resultado está de acordo com estudos prévios sobre o efeito de intervenção grupal com obesos mórbidos em acompanhamento pré-cirúrgico para mudanças de hábitos e na prática de atividade física (COSTA et al., 2010; TEIXEIRA et al., 2013). No entanto, observou-se que os participantes mantiveram a média de peso e IMC do primeiro ao último encontro. Os achados estão de acordo com estudos realizados com pacientes em acompanhamento em grupos de pré-operatório para a cirurgia bariátrica (VASCONCELOS; COSTA-NETO, 2008; MAGNO et al., 2014). Em outro estudo realizado com adolescentes obesos em grupo, com intervenção educativa de nutricionista, psicóloga e de educadora física, foi concluído que os adolescentes reduziram ou mantiveram o IMC quando comparados com os dados iniciais, após nove meses de intervenção (SAPIENZA; SCHOEN; FISBERG, 2014).

Um dos objetivos do grupo MEV do HCPA no pré-operatório é orientar para uma mudança de hábitos alimentares e de atividades físicas que precisam ser mantidos, sobretudo, após o procedimento. Embora o foco dos grupos MEVs não fosse a alteração do peso, observou-se que as mudanças de determinados hábitos podem repercutir na diminuição do IMC. Foi encontrada diminuição significativa do IMC relacionado ao consumo de alimentos saudáveis e a redução do uso de açúcar. Estudos indicam que o excesso de açúcar associado a uma dieta inadequada está relacionado ao ganho de peso (CATALÁN et al., 2013), além de fornecer pouco benefício nutricional (SOLÍS; SALAS, 2007). Mesmo que a diminuição do IMC tenha sido discreta, cabe salientar que os pacientes do estudo eram obesos grau III, com indicação definida para cirurgia bariátrica, o que significa que houve inúmeras tentativas prévias de controle da obesidade com dieta há mais de dois anos e que falharam para atingir o objetivo (BUENO et al., 2011).

A amostra está de acordo com estudos prévios, confirmando o predomínio de mulheres e a baixa escolaridade (VASCONCELOS; COSTA-NETO, 2008; BUENO et al., 2011; ABILÉS et al., 2013; MAGNO et al., 2014;), com média de idade entre 41 a 50 anos (VASCONCELOS, COSTA-NETO, 2008; ROCHA; COSTA, 2012). O predomínio de mulheres também foi evidenciado em pesquisa realizada com 100 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica no Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal (CHAA), com 93% de mulheres (ROCHA; COSTA, 2012). Outro aspecto vinculado às características de maior

prevalência em mulheres pode estar relacionado a uma questão social, que envolve os padrões de beleza impostos pela sociedade e também por fatores hormonais, uma vez que as mulheres apresentam maior percentual de gordura quando comparados aos homens (BOSCATO; DUARTE; GOMES, 2011; ALMEIDA; ZANATTA; REZENDE, 2012).

Em relação às comorbidades clínicas, estudos demonstram que a HAS é a mais presente, seguida da DM-2 (BRANCO-FILHO et al., 2011; MAGNO et al., 2014;). As doenças psiquiátricas também estão em concordância com outros estudos, sendo a depressão e sintomas de ansiedade as comorbidades mais frequentes com a obesidade grau III (COSTA et al., 2009; ROCHA; COSTA, 2012). Os achados apresentados na literatura divergem a relação de obesidade mórbida com depressão e ansiedade. Há estudos que indicam que ambas estão ligadas à obesidade mórbida, pelo fato do indivíduo sofrer discriminação na sociedade acompanhada de uma insatisfação corporal e de tentativas frustradas de emagrecimento, podendo levar a sentimentos de baixa autoestima, de culpa e de falha (COSTA et al., 2009; ABILÉS et al., 2013;). Por outro lado, outros estudos relatam não haver dados relevantes quanto à associação direta de obesidade com depressão ou transtornos ansiosos (MACHADO, 2012; ROCHA; COSTA, 2012). Ademais, os sintomas depressivos e de ansiedade são mais prevalentes em mulheres independente da obesidade (HEO et al., 2006). Portanto, a relação entre transtorno mental, particularmente a depressão, e a obesidade mórbida ainda necessitam de mais pesquisas.

De fato, como a etiologia da obesidade é multifatorial, a mudança de hábitos alimentares isoladamente tem se mostrado insuficiente para que pacientes obesos graves atinjam e mantenham o peso saudável (BUENO et al., 2011). No entanto, a mudança de comportamento alimentar é um aspecto importante tanto no preparo para o procedimento como na incorporação permanente de hábitos de vida saudável. Segundo a SBCBM (2015), os hábitos de vidas não saudáveis e o sedentarismo, além das comorbidades com doenças crônicas, aumentam o risco cardiovascular e cirúrgico dos pacientes, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para reduzir o risco pré e pós-cirúrgico.

O resultado de uma abordagem não pode ser restrita a perda de peso ou redução de medidas, uma vez que as mudanças de hábitos alimentares e a introdução de atividade física na mudança de estilo de vida, promovem a conscientização sobre o comportamento alimentar, reforçando as escolhas saudáveis e a incorporação de novos hábitos de vida (COSTA et al., 2010). Por exemplo, a abordagem cognitivo-comportamental é uma estratégia que auxilia no planejamento de metas, na diminuição da ansiedade, na melhoria da autoestima, e, também, na mudança de hábitos saudáveis diários em obesos graves.

Portanto, a mudança de comportamento pode prevenir o reganho de peso após a cirurgia bariátrica, e o impacto efetivo da mudança será identificado em longo prazo (LEIJA-ALVA et al., 2011).

Apesar de não ter sido avaliado o impacto de fatores terapêuticos, os encontros do grupo MEV proporcionaram um ambiente de troca de experiência e de conscientização sobre a obesidade grave e a cirurgia bariátrica, conforme outros grupos de pacientes obesos (OLIVEIRA et al., 2010). O formato de grupo oportuniza que os participantes esclareçam as dúvidas e consigam compreender a necessidade de mudança, de modo que diminua os temores e as inseguranças quanto ao procedimento e o pós-cirúrgico.

A avaliação dos grupos MEVs, realizada no último encontro, confirmou a relevância das atividades desenvolvidas e dos temas abordados. De acordo com a maioria dos pacientes, o relato foi de satisfação quanto ao funcionamento dos encontros: dia da semana, horário de início, intervalos entre os encontros e tempo de cada encontro. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo qualitativo descritivo no qual foi avaliada a comunicação no período pré-operatório sob a ótica dos pacientes (MORALES et al., 2014). Os comentários reforçaram a continuidade dos grupos, conforme a proposta desenvolvida.

O estudo apresenta limitações, considerando as perdas durante os grupos, a falta de um grupo controle e a avaliação embasada em um questionário não validado, o que pode ser um viés. No entanto, o estudo foi realizado no “mundo real”, com pacientes vinculados ao Programa de Cirurgia Bariátrica e os resultados encontrados serão devolvidos de imediato para a equipe que realizou os grupos. Espera-se, assim, contribuir para a qualificação do atendimento a pacientes que aguardam a cirurgia bariátrica.

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a estratégia de grupos educativos durante o preparo para a cirurgia bariátrica e com foco em hábitos saudáveis, influenciaram positivamente na mudança de hábitos de vida de pacientes com obesidade grau III. Considerando que, na média, os pacientes mantiveram o IMC estável, os encontros também podem contribuir para o não ganho de peso enquanto os pacientes aguardam o procedimento.

A periodicidade das reuniões também propicia um acompanhamento do paciente por meio de um atendimento multidisciplinar, conforme a organização de cada encontro. Além de oportunizar a troca de experiência e de informações, o formato de atendimento em grupo não apenas auxilia na preparação pré-cirúrgica, mas também possibilita o atendimento de um número maior de pacientes simultaneamente, visto que a procura pelo procedimento cirúrgico vem aumentando nos últimos anos.

Os encontros de MEV possibilitaram aos participantes o compartilhamento de suas vivências, angústias e a resolução de dúvidas sobre o procedimento cirúrgico. Sendo assim, a cirurgia bariátrica pode modificar profundamente a situação psicossocial do paciente em curto e longo prazo, visto que o grupo contribui para melhorar a adesão e as mudanças de hábitos saudáveis dos participantes prevenindo, assim, o reganho de peso.

Os achados do estudo reforçaram o grupo educativo em preparação para a cirurgia bariátrica. Contudo, para avaliar o impacto em longo prazo da intervenção de mudanças de hábitos de vida após a cirurgia, é necessário um estudo de seguimento comparando com um grupo controle que não recebeu a intervenção. Portanto, novos estudos com foco em grupos educativos para pacientes com indicação de cirurgia bariátrica e com seguimento em longo prazo ainda precisam ser realizados.

REFERÊNCIAS

- ABILÉS, V.; et al. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. **Nutrición Hospitalaria**, Granada, v.28, n.3, p.1109-14, 2013.
- AGUILERA-SOSA, V.R.; et al. Evaluación de câmbios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. **Revista Colombiana de Psicología**, Bogotá, v.18, n.2, p.157-66, 2009.
- ANDERI JR, E.; et al. Experiência inicial do serviço de cirurgia bariátrica da Faculdade de Medicina do ABC. **Arquivos médicos do ABC**, São Paulo, v.32, n.1, p.25-9, 2007.
- ALMEIDA, S.S.; ZANATTA, D.P.; REZENDE, F.F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.17, n.1, p.153-60, 2012.
- ASH, S.; et al. A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counselling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months. **International Journal of Obesity**, Australia, v.30, n.10, p.1557-564, 2006.
- BORDALO, L.A.; et al. Cirurgia bariátrica: Como e por que suplementar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Viçosa, n.57, v.1, p.113-20, 2011.
- BOSCATO, E.C; DUARTE, M.F.S; GOMES, M.A. Estágios de mudança de comportamento e barreiras para a atividade física em obesos mórbidos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, n.13, v.5, p.329-34, 2011.
- BRANCO-FILHO, A.J.; et al. Tratamento da obesidade mórbida com gastrectomia vertical. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestivo**, São Paulo, v.24, n.1, p.52-54, 2011.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Obesidade**, Brasília, n.2, 2006. Disponível em:<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf> Acesso em: 30 de outubro de 2015.
- _____. _____. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria SAS/MS 492/2007**. Normas de credenciamento/habilitação das unidades de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt_0492_31_08_2007.html> Acesso em: 31 de outubro de 2015.
- _____. _____. Diário Oficial da União. **Portaria N° 558, de 6 de outubro de 2008**. N° 198, segunda-feira, 13 de outubro de 2008, p.86, 2008.
- _____. _____. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466/2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 de setembro de 2015.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/19299-mais-de-30-das-criancas-consomem-refrigerante-antes-dos-2-anos>. Acesso em: 05 de setembro de 2015.

BUENO, J.M.; et al. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.24, n.4, p.575-84, 2011.

CARVALHO-FEREIRA, J.P.; et al. Interdisciplinary lifestyle therapy improves binge eating symptoms and body image dissatisfaction in Brazilian obese adults. **Trends Psychiatry Psychotherapy**, Porto Alegre, v.34, n.4, p.223-33, 2012.

CASTRO, M.R.; et al. Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. **Motricidade**, Minas Gerais, v.9, n.3, p.82-95, 2013.

CATALÁN, A.L.; et al. Obesidad y azúcar: aliados o enemigos. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, n.28, v.4, p.81-87, 2013.

CEZAR, J.S. **Programa de cirurgia bariátrica de um hospital universitário: tempo de espera para cirurgia e características dos pacientes**. Trabalho de Conclusão de Graduação. Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 36 p., Porto alegre, 2014. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/112128>. Acesso em: 23 de outubro de 2015.

COSTA, A.C.C.; et al. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.1, p.55-9, 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**, Londrina, v.37, n.2, p.96-101, 2010.

COX, P.D.; VINOGRADOV, S.; YALOM, I.D. Terapia de Grupo. In: HALES, R.E.; YUDOFISKY, S.; GABBARD, G.O. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5.ed., Porto Alegre: Artmed, p.1370-415, 2012.

ELIAS, E. **Obesidade no tratamento com terapia cognitiva comportamental: uma revisão bibliográfica**. Monografia (Especialização). Saúde Mental, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNUESC. 43p., Criciúma, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1764/1/Eliane%20Elias.pdf/1>. Acesso em: 07 de setembro de 2015.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1792-800, 2005.

GRADY, D.; HEARST, N. Usando base de dados existentes. In: HULLEY, S et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed., Porto Alegre: Artmed, p. 225-39, 2008.

HELDT, E.; et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In: CORDIOLI, A.V e cols. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3.ed., Porto Alegre: Artmed, p.317-40, 2008.

HEO, M.; et al. Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. **Internacional Journal of Obesity**, v.30, n.3, p.513-9, 2006.

LEIJA-ALVA, G.; et al. Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. **Revista Latino americana de Medicina Conductual**, México, v.1, n.2, p.19-28, 2011.

LUZ, F.Q. **Distorções cognitivas, esquemas iniciais desadaptativos, depressão, ansiedade e estresse em obesos mórbidos e pessoa com peso normal**. Dissertação (Mestrado). Psicologia, Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 133p., Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5715/1/000456146-Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2015.

MACHADO, A.I.M. **Obesidade mórbida e comorbidade psiquiátrica**. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, p.1-49, 2012. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71886/2/28812.pdf>> Acessado em 02 de maio de 2016.

MAGNO, F.C.C.M.; et al. Perfil nutricional de pacientes em programa multidisciplinar de tratamento da obesidade grave e em pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.31-34, 2014.

MANCINI, M.C. Bariatric surgery – An update for the endocrinologist. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v.58, n.9, p.875-88, 2014.

MARCELINO, L.F.; PATRICIO, Z.M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Santa Catarina, v.16, n.12, p.4767-76, 2011.

MONTEIRO, A.; ANGELIS, I. Cirurgia bariátrica: uma opção de tratamento para a obesidade mórbida. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.1, n.3, p.19-26, 2007.

MORALES, C.L.P.; et al. A comunicação no período perioperatório sob a ótica dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Texto Contexto & Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.2, p.347-55, 2014.

MORÉ, C.L.O.O.; RIBEIRO, C. **Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família**. [Recurso eletrônico]/Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p.1-58, 2010. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>>. Acesso em: 31 de outubro de outubro de 2015.

MOREIRA, P.; et al. A educação nutricional em grupo e sua efetividade no tratamento de pacientes obesos. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.6, n.35, p.216-24, 2012.

MURGUÍA, M.S.; SIERRA, A.V.; TAMAYO, M.T. Intervención cognitivo-conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatas a cirugía bariátrica. **Acta Colombiana de Psicología**, México, v.17, n.1, p.25-34, 2014.

NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G.; FRANCALACCI, V. O pentáculo do bem-estar-base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Santa Catarina, v.5, n.2, p.48-59, 2000.

NEUFELD, C.B.; MOREIRA, C.A.M.; XAVIERX, G.S. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. **Psico**, Porto Alegre, v.43, n.1, p.93-100, 2012.

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. **Lancet**, Estados Unidos, v.384, n.9945, p.766-81, 2014.

OLIVEIRA, M.S.; et al. Perfil do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.18, n.1, p.90-4, 2013.

OLIVEIRA, V.A.; et al. Obesidade e Grupo: A contribuição de Merleau-Ponty. **Revista do NESME**, São Paulo, v.1, n.7, p.01-81, 2010.

PETRIBU, K.; et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatas a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife-PE. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v.50, n.5, p.901-8, 2006.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, p.323, 2011.

PREVEDELLO, C.F.; et al. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. **Arquivos de Gastroenterologia**, Santa Maria, v.46, n.3, p.199-203, 2009.

REIS, P.M.C. **Educação Terapêutica no tratamento da Obesidade Dinâmica de grupo**. Monografia. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação-Universidade do Porto. 26p., Porto, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10216/54405>>. Acesso em: 07 de setembro de 2015.

RIBEIRO, G.A.N.A.; et al. Percepção corporal e cirúrgica bariátrica: o ideal e o possível. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, Ribeirão Preto, v.26, n.3, p.124-28, 2013.

ROCHA, C.; COSTA, E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. **Análise Psicológica**, Braga, n.4, v.3, p.451-66, 2012.

RODRIGUES, R.T.F.; et al. Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.spe, p.138-47, 2012.

SANTOS, L.F.; et al. Fatores terapêuticos em grupo de suporte na perspectiva da coordenação e dos membros do grupo. **Acta Paulista de Enfermagem**, Goiânia, v.25, n.1, p.122-27, 2012.

SAPIENZA, G.; SCHOEN, T.; FISBERG, M. Efeitos da intervenção psicológica na competência social de adolescentes obesos. **Psicologia, saúde & doenças**, Curitiba, n.15, v.3, p. 612-22, 2014.

SCABIM, V.M.; ELUF-NETO, J.; TESS, B.H. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.25, n.4, p.497-506, 2012.

SILVA, P.R.B.; et al. Estado nutricional e qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, Caruaru, v.27, n.1, p.35-38, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Consenso Bariátrico Brasileiro**, São Paulo, 2008. Disponível em:<<http://www.scbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/quem-pode-fazer/>>. Acesso em: 05 de setembro de 2015.

_____. _____. **Número de Cirurgias Bariátricas realizadas no Brasil**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.scbm.org.br/imprensa.php?menu=3>> Acesso em: 16 de outubro de 2015.

_____. _____. **Tratamento Cirúrgico**, São Paulo, 2015a. Disponível em: <<http://www.scbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico>> Acesso em: 16 de outubro de 2015.

_____. _____. **História da Cirurgia Bariátrica**, São Paulo, 2015b. Disponível em: <<http://www.scbm.org.br/wordpress/>> Acesso em: 16 de outubro de 2015.

_____. _____. **Onde fazer – hospitais públicos**, São Paulo, 2015c. Disponível em:<<http://www.scbm.org.br/wordpress/onde-fazer/?t=h>> Acesso em: 17 de outubro de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Revista da sociedade brasileira de cardiologia**, Rio de Janeiro, v.101, n.6, p.1-78, 2013.

SOLÍS, V.E; SALAS, G.G. Implicaciones metabólicas Del consumo excesivo de fructosa. **Acta Médica Costarricense**, Costa Rica. v.49, n.4, p.198-02, 2007.

SOUZA, N.P.P. **Evolução da obesidade da infância até a vida adulta entre mulheres da fila de espera para cirurgia bariátrica pelo sistema único de saúde**. Dissertação (Mestrado). Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista. 164 p., São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www2.fcfar.unesp.br/Home/Posgraduacao/AlimentoseNutricao/noa_pradacompleto>. Acesso em: 23 de Outubro de 2015.

SOUZA, S.; et al. Funções executivas em sujeitos candidatos e submetidos a cirurgia bariátrica. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Portugal, n.13, v.2, p.389-98, 2012.

TAVARES, T.B.; NUNES, S.M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Contagem, v.20, n.3, p.359-66, 2010.

TEIXEIRA, P.D.; et al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Sergipe, n.18, v.2, p.347-56, 2013.

VASCONCELOS, P.O.; COSTA-NETO, S.B.C. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **PSICO**, Porto Alegre, n.1, v.39, p.58-65, 2008.

ZIMERMAN, D. E. Estado atual das grupoterapias. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v.1, n.2, p.17-32, 1999.

WERRIJ, M.Q.; et al. Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. **Journal of Psychosomatic Research**, Londres, v.67, n.4, p.315-324, 2009.

WESNER, A.C.; et al. Booster sessions after cognitive-behavioural group therapy for panic disorder: impact on resilience, coping and quality of life. **Behavioural Cognitive Psychotherapy**, Londres, v.43, n.5, p.513-25, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The health of young people**: A challenge and a promise, Geneva, 1998. Disponível em: <file:///F:/tcc/geneva%201998>. Acesso em: 30 de outubro de 2015.

_____. **A obesidade e o sobrepeso**, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 23 de outubro de 2015.

YALOM, I.D.; LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo teoria e prática**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, p.528, 2006.

APÊNDICE - Questionário de avaliação do grupo MEV**Programa de Cirurgia Bariátrica - HCPA**

Nome: _____ Grupo: _____

1. Em relação aos encontros. Como você classificaria?

a- Quanto ao tempo de duração dos encontros (2 horas):

 Muito Suficiente Pouco Muito pouco

b- Quanto à quantidade de encontros (8 encontros):

 Muito Suficiente Pouco Muito pouco

c- Quanto ao intervalo dos encontros (cada 2 meses):

 Ótimo Bom Ruim Muito ruim

d- Quanto ao horário (14h00min) e o dia da semana (sexta feira):

 Ótimo Bom Ruim Muito ruim

2- Como você avalia as informações repassadas nos encontros?

 Ótimo Bom Ruim Muito ruim

Deixe sua sugestão: _____

3- Você modificou seus hábitos/ comportamento depois que começou a freqüentar o grupo?

 Sim Não

Marque com um (x) os itens que você modificou:

- Olhar os rótulos dos alimentos
- Optar por alimentos mais saudáveis
- Reduziu a quantidade de ingesta de alimentos
- Passou a se alimentar de 3/3 horas por dia
- Reduziu a quantidade de ingesta de refrigerantes
- Reduziu a quantidade de açúcar
- Reduziu a quantidade de sal
- Começou a praticar exercícios físicos

4- Em relação às informações fornecidas durante os grupos, qual(s) você considera relevante?

Nutrição _____

Atividade Física _____

Psicologia _____

Cirurgia _____

ANEXO A – Carta de Aprovação do CEP/HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130371

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

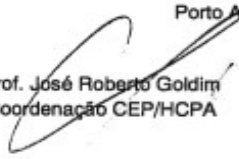
ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT
FLAVIA LAMBERTI PIVOTO
ANDRESSA DA SILVA BEHENCK
JULIA STÜKER CEZAR

Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES APÓS CIRURGIA
BARIÁTRICA: SEGUIMENTO DE 12 MESES

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 12 de setembro de 2013.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenação CEP/HCPA

ANEXO B – Termo de compromisso para utilização de dados

**Hospital de Clínicas de Porto Alegre****Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação****Termo de Compromisso para Utilização de Dados****Título do Projeto**

IMPACTO DO GRUPO EDUCATIVO NA MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA DOS PACIENTES EM FASE PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA	Cadastro no GPPG
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 06 de novembro de 2015.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
ElizethHeldt	
Geana Mara Roatti	