Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento - IBAC

Curso de Especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar

A Influência do Uso da Internet no Acompanhamento Multiprofissional pós Cirurgia Bariátrica

Michele Pereira Martins

Brasília

Abril de 2014

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento - IBAC
Curso de Especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar

A Influência do Uso da Internet no Acompanhamento Multiprofissional pós Cirurgia Bariátrica

Michele Pereira Martins

Monografia apresentada ao Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar.
Orientadora: Marcela Abreu-Rodrigues

Brasília
Abril de 2014

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento - IBAC
Curso de Especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar

Folha de Avaliação

Autora: Michele Pereira Martins

Título: A Influência do Uso da Internet no Acompanhamento Multiprofissional pós Cirurgia Bariátrica

Data da Avaliação: 03 de abril de 2014.

Trabalho aprovado pela Banca Examinadora:

_____
Orientadora: Prof.ª MsC. Marcela Abreu-Rodrigues

_____
Membro: Prof.ª MsC. Juciléia Rezende Souza

_____
Membro: Prof.ª MsC. Mariana Melendez Araújo

Brasília
Abril de 2014

Dedico este trabalho a todos os pacientes bariátricos que por meio do tratamento cirúrgico buscam viver melhor e aos profissionais que lhes ajudam nesta busca.

Agradecimentos

Tudo começou, há um tempo atrás... da Formação à Especialização: um crescente desenvolvimento! Muitos desafios, grandes conquistas, tantos carinhosos apoiadores. *Peço a Papai do Céu que seja sempre assim*! A todos: *Brigaduuuu!!!*

Agradecimentos especiais:

À Professora Marcela Abreu-Rodrigues por todo carinho, respeito e orientações que me possibilitaram crescimento profissional e pessoal.

Aos membros da banca por aprimorarem este trabalho doando seu tempo e sua rica experiência.

À psicóloga Marinna Simões Mensório, pelo acolhimento, escuta, orientações e incentivos, realmente um anjo em minha trajetória!

À Professora Juciléia Rezende Souza, por acender em mim a chama do amor pela Psicologia da Saúde e da vontade de me superar a cada dia.

Ao Dr. Manoel Luiz Neto e sua equipe pelas primeiras lições na Cirurgia Bariátrica.

À Clínica Dr. Sérgio Arruda pelos novos rumos na assistência ao paciente que sofre com a obesidade.

Aos meus pais, exemplos de garra, determinação e fonte de amor.

Ao meu amado e amante Aníbal, companheiro em todos os momentos. Sem sua parceria, dedicação, doações e renúncias, eu não conseguiria!

Aos meus filhos Guilherme e Arthur, mil desculpas pelas ausências e milhões de beijos! Vocês são filhos maravilhosos e me motivam a vencer!

Aos também anjos Gabriel, Michele Birk e Teresa pelas doações em nome da amizade e da ciência.

Ao Bernardo Cherulli pela "assistência ao meu HD".

A todos os familiares e amigos pelo carinho e palavras de incentivo.

E aos participantes do estudo que deram vida a este trabalho e o enriqueceram com suas vivências.

“O processo de cirurgia bariátrica para o paciente é um procedimento muito invasivo e agressivo e por mais que sejam feitos todos os acompanhamentos e que sejam seguidas todas as orientações a dúvida é algo constante, haja vista, que quase que diariamente nos deparamos com situações que nos deixam perdidos. Nesse sentido que a internet como ferramenta de busca e orientação é válida, à medida que se leve em consideração a validade e confiabilidade da fonte. Faz 1 ano e 9 meses que operei e leio muito sobre a cirurgia, porque o acredito ser o maior medo de um paciente de cirurgia bariátrica: voltar a forma anterior (...) as vezes ler artigos, compartilhar experiências nos deixam ainda mais focados e confiantes. Foram 60 quilos eliminados que não pretendo recuperar”(relato de uma participante do estudo).

Sumário

Agradecimentos v

Sumário vii

Resumo viii

Introdução 9

Etiologia e Tratamentos da Obesidade 11

Tratamento clínico 11

Tratamento cirúrgico 12

Uso da Internet em Contextos de Saúde 16

Objetivos 19

Objetivo Geral 19

Objetivos Específicos 20

Método 21

Participantes 21

Instrumentos 21

Procedimento 21

Resultados e Discussão 23

Dados Sociodemográficos 23

Dados sobre a Cirurgia e o Acompanhamento Multiprofissional 25

Padrão de Uso da Internet 32

Considerações finais 41

Referências Bibliográficas 43

Anexos 49

Anexo 1 - Questionário Eletrônico 50

Anexo 2 - Texto Convite Enviado por E-mail aos Pacientes da Rede da Pesquisadora 62

Anexo 3 - Texto Convite Postado nos Grupos da Rede Social *Facebook* 63

Anexo 4 - Texto Convite Enviado aos Profissionais e às Instituições de Saúde do DF 64

Resumo

A obesidade atualmente é considerada um dos principais problemas de saúde pública do mundo. O tratamento clínico configura-se como a primeira linha de cuidado da doença, com medidas medicamentosas e não medicamentosas. Todavia, quando essas medidas não são eficazes, a cirurgia bariátrica se apresenta como última abordagem na linha de cuidado. Exigem-se do paciente candidato à cirurgia avaliação e acompanhamento multiprofissional ao longo de todo o tratamento, a fim de informá-lo e prepará-lo para lidar com as consequências do procedimento. No entanto, atualmente o paciente não tem acesso à informação somente por meio dos profissionais da equipe e estudos apontam o crescente uso da internet como fonte de informações. O objetivo desta pesquisa foi identificar e analisar o padrão de uso dessa ferramenta por parte dos pacientes bariátricos após a realização da cirurgia, assim como verificar se há influência desse uso no comparecimento às consultas com a equipe multiprofissional. Foi realizado estudo descritivo, transversal e abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi composta por pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no mínimo há três meses e no máximo há dois anos, de ambos os sexos, com idades entre 18 e 65 anos, de instituições públicas e privadas de todo o país, recrutados via internet. Foi utilizado um Questionário Eletrônico, estruturado na ferramenta *Survey Monkey*, dividido em três eixos temáticos: dados sociodemográficos, dados referente à cirurgia e caracterização do uso da internet. Dos 103 pacientes participantes, 95% eram do sexo feminino, 64% casados, 59% com filhos e 54% possuíam ensino superior. A média de idade foi de 35,7 anos (DP= 8,54) e do tempo médio de realização da cirurgia de 11,74 meses (DP= 6,21). A técnica cirúrgica que prevaleceu foi a *by-pass* gástrico em Y de Roux (90,3%), e o local de acompanhamento desses pacientes se concentrou no serviço privado (93,2%). Com relação à frequência de consultas com a equipe multidisciplinar no pré-cirúrgico, a maioria dos participantes se consultou mais de três vezes com o cirurgião (n=81), o nutricionista (n=70) e o psicólogo (n=70), e com o endocrinologista, uma ou duas vezes (n=58). No pós-cirúrgico, a maioria dos participantes mantinha acompanhamento com cirurgião e nutricionista, entretanto 32% possuía dificuldade para manter acompanhamento multiprofissional. Com relação ao uso da internet, 51,5% responderam que acessam a internet em busca de informações sobre saúde e cirurgia bariátrica todos os dias, sendo o *Facebook* e as ferramentas de pesquisa os locais mais utilizados para a busca de informações. A maioria dos respondentes (72%) comenta sobre a busca informações na internet com os profissionais, para 44,7% dos pacientes os profissionais reagem de forma favorável e muito favorável. O estudo confirmou a influencia das informações contidas na internet no seguimento do acompanhamento multiprofissional, evidenciando a necessidade da equipe considerar o uso da internet como variável que interfere e deve ser manejada durante o acompanhamento do paciente bariátrico. Enfatiza-se a necessidade da equipe explorar o uso da internet de seus pacientes e participar ativamente em seus *sites* e redes sociais (*Facebook*) para que se tornem fontes confiáveis de informações e meios efetivos de suporte aos pacientes. Também indica-se a diversificação de intervenções e serviços, implantando oficinas educativas, grupos de apoio e organizando caminhadas para estimular o acompanhamento após a cirurgia. Sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas sobre o tema.

Palavras chaves: cirurgia bariátrica, acompanhamento multidisciplinar, internet.

A obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Ela pode ser classificada segundo o IMC (Índice de Massa Corporal), obtido pela divisão do peso corporal, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros. A Tabela 1, que representa a classificação da obesidade em relação ao IMC, demonstra que pessoas com IMC acima de 30 kg/m² são classificadas como obesas.

Tabela 1

Classificação da obesidade em relação ao IMC

IMC	Classificação	Denominações usuais
Abaixo de 18,5	Abaixo do peso	
18,5 - 24,9	Peso normal	
25,0 - 29,9	Sobrepeso	
30,0 - 34,9	Obesidade Grau I	Obesidade leve
35,0 - 39,9	Obesidade Grau II	Obesidade moderada
40,0 e acima	Obesidade Grau III	Obesidade grave ou mórbida IMC acima 50,0: Superobeso

Fonte: Adaptada de Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) (2008).Consenso Bariátrico Brasileiro.

Dados de 2012 da Organização Mundial de Saúde – OMS, divulgados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2012) revelam que a obesidade causa a morte de 2,8 milhões de pessoas por ano, atingindo 12% da população mundial. Ademais, contribui para o crescimento de doenças graves como diabetes tipo II, hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares, que, por sua vez, representam dois terços das mortes no mundo. Dentre as comorbidades físicas encontram-se os distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer, problemas respiratórios. Dentre as alterações psicológicas estão a depressão e os comportamentos de esquiva social, que colaboram para o afastamento do convívio social e, consequentemente, geram prejuízos à qualidade de vida dessa população (Ades & Kerbauy, 2002; Keher, et al., 2007). Diante desse cenário, pelos danos causados à saúde e pelas proporções epidêmicas atingidas, a obesidade é considerada atualmente um dos principais problemas de saúde pública no mundo (Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde [BRATS], 2008).

No Brasil, levantamentos do Ministério da Saúde revelaram como a obesidade e oexcesso de peso têm aumentado rapidamente nos últimos anos. A Figura 1 apresenta dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na população adulta (≥20 anos), por de idade e sexo, em diferentes períodos. Como pode ser visto na Figura 1 o excesso de

peso na população adulta cresceu entre 1974-1985 e 2008-2009 passando no sexo masculino de 18,5% para 50,1%, e no sexo feminino de 28,7% para 48%. Nesse mesmo período, a obesidade também aumentou, passando nos homens de 2,8% para 12,4% e nas mulheres de 8% para 16,9%.

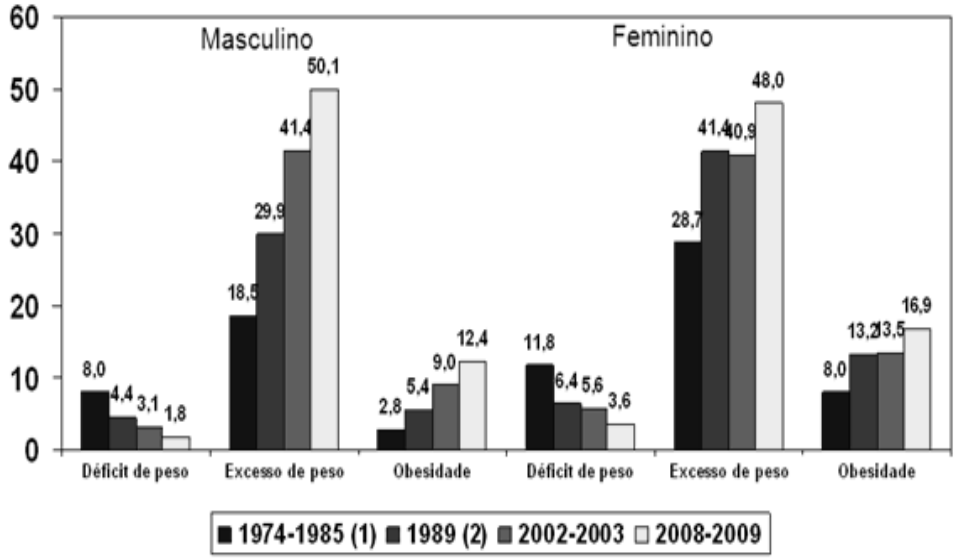

Figura 1. Evolução de indicadores na população adulta (≥20 anos), por sexo nos períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009.
Fonte: IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

O resultado do estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, realizado por inquérito telefônico (Vigitel) e divulgado pelo IBGE em2010 corrobora tais dados ao revelar que o crescimento da população adulta (≥ 18 anos) com excesso de peso passou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011, e que a quantidade de obesos, nesse mesmo período, passou de 11,4% para 15,8%. Os dados apresentados evidenciaram diferenças significativas no aumento de peso entre homens e mulheres e revelaram igualmente que a obesidade e o excesso de peso têm aumentado em todas as faixas etárias, grupos de renda e regiões brasileiras. Ressalta-se que além dos fatores demográficos – como sexo, idade, escolaridade e renda –, outros fatores como hereditariedade, genética, aspectos psicológicos e socioculturais também estão envolvidos na etiologia da obesidade, o que a caracteriza como uma doença multifatorial.

Etiologia e Tratamentos da Obesidade

Entre os fatores etiológicos apontados na literatura (Benedetti, 2003; Coutinho & Dualib, 2006; Keher, et al., 2007), encontram-se: os genéticos, que têm ação permissiva para os fatores ambientais (genes de susceptibilidade); os fisiológicos, com destaque para os endócrino metabólicos; os socioambientais, ligados aos hábitos alimentares, estilo de vida, sedentarismo; e os psicológicos, envolvidos no comportamento alimentar excessivo, alterações emocionais e estresse. Para Keher et al. (2007), a interação entre os diversos fatores pode desencadear um processo psicofisiológico que resultará no acúmulo excessivo de gordura no organismo.

Apesar do reconhecimento atual da cronicidade e da diversidade etiológica da obesidade, profissionais de saúde, pacientes, familiares e pessoas leigas, frequentemente consideram que a pessoa obesa é *gorda* por *não ter controle de impulsos e comer demais*, *ser preguiçosa* e ou *não ter força de vontade para emagrecer*. Tal ponto de vista contribui para o aumento do sofrimento, do preconceito e da discriminação dessa população, dificultando a busca por tratamentos, uma vez que o obeso pode "sentir-se merecedor da doença e aceitá-la como justa" (Benedetti, 2003, p.76).

Por ser uma doença crônica e multifatorial, o tratamento da obesidade exige abordagem interdisciplinar que abarque o acompanhamento nutricional, a orientação à prática de atividade física, a psicoterapia, o tratamento medicamentoso; como também garanta acesso tanto às intervenções preventivas como aos tratamentos clínico e cirúrgico (Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004; BRATS, 2008).

Tratamento clínico

O tratamento clínico contempla as seguintes intervenções: a) nutricionais, por meio do manejo da dieta, que pode ser constituída por diferentes graus de restrição calórica ou por modificação da composição de macronutrientes (restrição de gorduras ou carboidratos); b) orientações à prática de atividade física em níveis adequados, fundamental para o gasto energético; c) psicológicas, para facilitar a mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida; d) medicamentosas, que devem ser propostas quando as outras medidas são insuficientes para promover resultados eficazes, com uso frequente de medicamentos para inibir o apetite ou dificultar a absorção de gorduras (BRATS, 2008).

Tratamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico é indicado nos casos de obesidade mórbida ou obesidade leve e moderada com alto risco à saúde devido associação com outras doenças, para as quais o tratamento clínico não apresentou resultados satisfatórios. O *Swedish Obese Subjects* (SOS) é um estudo de coorte que compara pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica (grupo intervenção) com aqueles que passaram pelo tratamento clínico (grupo controle). Foram incluídos 2.010 sujeitos no grupo intervenção (pacientes submetidos a diferentes técnicas cirúrgicas) e 2.037 pacientes no grupo controle (diferentes condutas de tratamento clínico). O tempo de seguimento médio foi de 10 anos. Com relação à perda de peso, o estudo evidenciou que essa ocorreu nos dois primeiros anos em ambos os grupos (intervenção e controle), tendo sido maior, no entanto, nos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Nos anos seguintes, observou-se aumento de peso nos dois grupos, sendo que, após oito anos de seguimento, o grupo que se submeteu à cirurgia bariátrica apresentou tendência à estabilidade no peso. Com 10 anos de seguimento, a diferença de perda de peso média entre os grupos foi de 16,3%, favorecendo o grupo que se submeteu à cirurgia bariátrica. Com relação às comorbidades, o impacto da cirurgia refletiu em maiores taxas de remissão para todos os fatores de risco cardiovasculares, principalmente para o diabetes tipo II, exceto para o colesterol. A taxa de mortalidade cumulativa demonstrou que a realização da cirurgia bariátrica reduziu o risco de morte em 29% (BRATS, 2008). Tais dados demonstram a eficácia da cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade, principalmente no que se refere à perda de peso a longo prazo, colaborando para torná-la o tratamento padrão ouro da obesidade.

No Brasil segue-se as normatizações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina (CFM) e adota-se, independentemente da técnica a ser utilizada, os seguintes critérios para a realização da cirurgia bariátrica: a) obesidade estável há pelo menos cinco anos; b) tratamento clínico prévio, com acompanhamento regular e duração mínima de dois anos, sendo esse considerado sem sucesso; c) IMC maior ou igual a 40 Kg/m2 ou IMC entre 35 e 39,9 Kg/m2 com comorbidades (orgânicas ou psicossociais) desencadeadas ou agravadas pela obesidade, com alto risco de morte e de difícil controle. Entre os requisitos também estão: idade entre 16 e 65 anos[1]; compreensão por parte do

[1] Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, avaliando criteriosamente o do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento (Anexo I da Portaria nº 425, de 19 de março de 2013).

paciente e da família de todos os riscos e consequências do tratamento cirúrgico e pós-cirúrgico; e constante suporte familiar. Os casos de contraindicações são: pacientes com obesidade decorrente de doenças endócrinas; jovens cujas epífises dos ossos longos ainda não estão consolidadas; indivíduos com distúrbios psicóticos ou demenciais graves ou moderados; indivíduos com história recente de tentativa de suicídio; dependentes químicos- álcool e outras drogas (BRATS, 2008; SBCBM, 2008; Portaria n. 425, 2013).

Ressalta-se que a cirurgia bariátrica também tem sido empregada no tratamento de pessoas com IMC entre 30 e 35, quando existem doenças associadas que são obrigatoriamente classificadas como graves por médico especialista na respectiva área da doença e por constatação, também obrigatória, de intratabilidade clínica da obesidade por Endocrinologista (SBCBM, 2008). O Diabetes Mellitus tipo II está entre as doenças classificadas como graves e tratadas pela cirurgia, pois, ao promover-se, de forma significativa, a perda ponderal nos indivíduos, diminui-se a resistência à insulina e os fatores de riscos cardiovasculares (Marcelino & Patrício, 2011).

As técnicas cirúrgicas podem ser realizadas por laparotomia (cirurgia aberta) ou por videolaparoscopia e são classificadas segundo o mecanismo de ação, podendo ser restritivas e ou mistas. As cirurgias restritivas são aquelas que reduzem a capacidade do estômago, promovendo a sensação de saciedade com quantidade menor de alimento. As mais comuns são: bandagem gástrica ajustável por vídeo, gastroplastia vertical com bandagem (GVB), gastroplastia vertical (*Slevee*). As cirurgias mistas combinam a redução do estômago com a disabsorção intestinal por meio de desvio da passagem do alimento de uma parte do intestino delgado. As técnicas mistas mais conhecidas são: *by-pass* gástrico em Y de Roux e derivação biliopancreática com gastrectomia distal, Cirurgia de Scopinaro (BRATS, 2008; Zeve, Novais & Oliveira Júnior, 2012). As técnicas mais conhecidas, de acordo com a classificação, encontram-se na Figura 2.

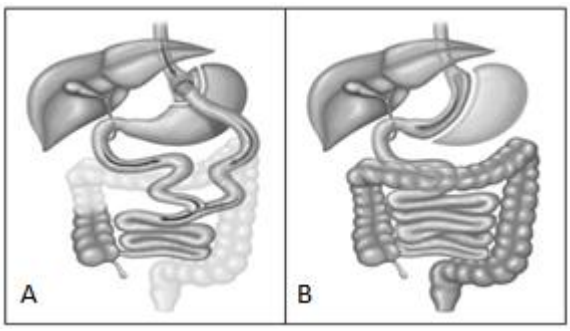

Figura 2. Ilustrações das técnicas de *by-pass* gástrico em Y de Roux (A) e Gastrectomia vertical (B), respectivamente.
Fonte: Site SBCBM http://www.sbcbm.org.br/cbariatrica.asp?menu=1, recuperado, 29, abril, 2013.

Atualmente, a técnica mais utilizada no mundo e considerada *padrão ouro* no tratamento da obesidade mórbida é a *by-pass* gástrico em Y de Roux (Figura 2A) (Bastos, Barbosa, Soriano, Santos, & Vasconcelos, 2013; Buchwald & Oien, 2013; Martins, 2005; Zeve et al., 2012).. Como ilustrado na Figura 2A, a técnica consiste na redução da capacidade gástrica para um volume variando de 20 a 50 ml e na reconstrução do trânsito intestinal, de forma a proporcionar uma pequena disabsorção (Almeida, Zanatta & Rezende, 2012; BRATS, 2008; Fandiño et al., 2004; Segal & Fandiño, 2002; Zeve et al., 2012). Outra técnica que merece destaque, pela recente regulamentação no Brasil, é a Banda Gástrica ou Sleeve (Figura 2B), método restritivo que retira até 80% do estômago, permanecendo um reservatório vertical. O procedimento foi regulamentado no Brasil em 17 de fevereiro de 2011, para o tratamento de pessoas com IMC a partir de 30Kg/m² e que possuam alguma comorbidade grave e demais critérios para a realização do tratamento cirúrgico (Marcelino & Patrício, 2011).

Os resultados esperados com o tratamento cirúrgico abrangem a perda de peso, a melhora das comorbidades e da qualidade de vida, a redução da mortalidade (Benedetti, 2003; Fandiño et al., 2004).Todavia, podem ocorrer complicações físicas (intercorrências do próprio ato cirúrgico; vômitos, entalos, síndrome de dumping, hipoglicemias reacionais, queda de cabelo, desnutrição protéica, deficiência de vitaminas) e psicológicas (dificuldades de adaptação no pós cirúrgico, quadros psiquiátricos, transtornos alimentares, alcoolismo, comportamentos impulsivos) a curto, médio e longo prazos (Benedetto, 2009; Fandiño & Appolinário, 2006; Fandiño et al., 2004).Tais situações exigem. um sistemático e contínuo acompanhamento clínico, nutricional e psicológico com equipe multidisciplinar durante todo o tratamento.

Acompanhamento multiprofissional e psicológico na cirurgia bariátrica.

No pré-operatório, observa-se que a atuação dos profissionais possui basicamente dois grandes focos. O primeiro é voltado à avaliação, diagnóstico e tratamento das doenças associadas para diminuir o risco cirúrgico e possíveis complicações. O segundo visa o preparo e a orientação do paciente sobre os cuidados pós-operatórios e mudanças nos hábitos e no estilo de vida exigidas pelo tratamento (Portaria n. 425, 2013; Repetto & Rizzolli, 2006).

Entre as especialidades que assistem a essa população está a psicologia, com intervenções dirigidas à avaliação e ao preparo do paciente para a cirurgia. Para Benedetto (2009), a avaliação psicológica serve como mediadora entre a indicação

médica e a análise das mudanças psicológicas que ocorrerão com o paciente durante o tratamento. O acompanhamento psicológico possibilita, além de identificar, tratar os pacientes que apresentam quadros psiquiátricos e ou questões emocionais que possam comprometer o tratamento, como também colabora para tornar o paciente mais ativo no tratamento e co-responsável pelo seu sucesso (Benedetti, 2009).

A entrevista psicológica semi-estruturada constitui-se no principal meio pelo qual a avaliação e as intervenções se desenvolvem para favorecer pacientes motivados, bem informados e preparados para o pós-imediato e tardio. O falar de si proporciona ao paciente a oportunidade de autoconhecimento e maior compreensão de suas dificuldades. Segundo Franques (2006), "Compreender a situação atual ajuda a entender como a sua dinâmica básica e seus problemas emocionais atuais interagem com o meio ambiente" (p. 59).

Para o psicólogo, o relato dos pacientes abre espaço para as intervenções, possibilitando trabalhar as informações erradas, a descrença na própria capacidade de emagrecer, as expectativas e fantasias irrealistas. As intervenções focam, prioritariamente, nos esclarecimentos sobre a cirurgia - seus riscos e benefícios - na necessidade, já no pré-cirúrgico, de mudança de hábitos e estilo de vida, assim como na importância da perda de peso antes da cirurgia (Benedetti, 2009; Benedetto, 2009; Carmo, Fagundes, & Camolas, 2008; Wadden & Sarwer, 2006).

Benedetti (2009), Wadden e Sarwer (2006) também destacam a importância da entrevista com os familiares para a obtenção de informações sobre o paciente e sobre o apoio oferecido por eles durante o tratamento. Os principais pontos a serem avaliados e trabalhados pelo psicólogo, destacados pelos autores são: a estrutura e funcionamento da família, o apoio prestado pelos familiares, a satisfação do paciente com esse apoio, as informações e expectativas dos familiares. Esses pontos merecem ser trabalhados tanto no pré quanto no pós-cirúrgico, pois os familiares tanto podem oferecer importante auxílio ao paciente e à equipe de saúde quanto podem sabotar a cirurgia.

No pós-operatório, a recomendação é que o acompanhamento multidisciplinar seja sistemático e frequente no primeiro mês e evolua, respeitando as demandas de cada paciente, para consultas mensais, trimestrais, semestrais nos primeiros dois anos e, após esse período, anualmente, por toda a vida (Cotta-Pereira & Benchimol, 2006). Para Franques (2009), "o acompanhamento pós-operatório realizado pela equipe multidisciplinar 'para toda a vida' é uma das maneiras mais eficientes para o controle de peso do paciente operado" (p.100).

Estudos recentes apontaram que a perda de seguimento com as equipes de saúde além de ser uma realidade no pós-operatório está envolvida no reganho de peso, por impactar negativamente no autocuidado e no automonitoramento; dificultar a realização e manutenção das mudanças de hábitos exigidas pela cirurgia, além de diminuir a possibilidade de detecção precoce de ganho ponderal (Bastos et al., 2013; Silva, 2012; Reis, Silva, Silveira & Andrade, 2012). Por se tratar da última opção terapêutica na linha de cuidado da obesidade (BRATS, 2008), os fatores preditivos para a ocorrência de reganho de peso devem ser investigados e trabalhados com os pacientes.

O crescimento do número de cirurgias bariátricas no Brasil, quase 90% nos últimos cinco anos, chegando a 72 mil em 2012 (EBC, 2013a), também justifica o investimento em estudos não só sobre o reganho de peso, mas sobre o tratamento cirúrgico como um todo. Para o presidente da SBCBM, Almino Ramos, tal aumento nas cirurgias se deve ao maior conhecimento da população sobre o procedimento (EBC, 2013a), o que, em parte, pode às informações disponibilizadas na internet, pois, nos dias de hoje, a busca por informações sobre saúde na rede é bastante comum (Garbin, Neto & Guilam, 2008).

Uso da Internet em Contextos de Saúde

Atualmente, devido à intensa transformação tecnológica que ampliou substancialmente o acesso à informação, principalmente por meio da internet (Garbin, Neto & Guilam, 2008; Cabral & Trevisol, 2010), trabalhar o conhecimento que o paciente possui, além de muito importante, é desafiador. As pessoas que sofrem de alguma doença não recebem informações somente na consulta; dentre outras fontes, elas podem buscar na internet mais informações, ou tentar validar as obtidas, como também passam a compartilhá-las em redes sociais digitais (Jacopetti, 2011).

Estudos apontam que o uso da internet como fonte de informações sobre saúde é crescente. Entre os motivos que contribuem para esse aumento, destacam-se: a configuração atual da saúde como uma das principais preocupações do homem (Garbin et al., 2008; Cabral & Trevisol, 2010); o aumento do nível educacional das populações (Cabral & Trevisol, 2010) e do número de computadores com acesso à internet (Silvestre, Rocha, Silvestre, Cabral & Trevisol, 2012); o baixo custo, quando comparado aos outros serviços de cuidados em saúde (Silva & Castro, 2008); a conveniência e comodidade de acessar uma infinidade de fontes, de diversos locais, nos mais variados horários e em uma velocidade sem precedente (Bastos & Ferrari, 2011). Na literatura é possível encontrar

evidências sobre a influência do uso da internet em pacientes acometidos por diversas doenças crônicas.

Nesse sentido, Garbin et al. (2008), em estudo de revisão, destacaram o surgimento do paciente expert, “um paciente que busca informações sobre diagnósticos, doenças, sintomas, medicamentos e custos de internação e tratamento” (p. 581). Os autores ressaltaram que essa mudança de postura por parte do paciente eleva seu poder decisório, modifica a relação médico-paciente e abre espaço para decisões compartilhadas.

Jacopetti (2011), em estudo utilizando metodologia quantitativa e qualitativa, analisou as interações de pacientes renais pelas redes sociais da Fundação Pró-Rim. Foram catalogadas e analisadas, por 100 dias, as interações desses pacientes pela rede social *Facebook* e realizou-se uma entrevista semi-estruturada com um paciente, escolhido entre os 10 pacientes mais participativos na rede social. A partir dos dados obtidos, a autora destacou o papel da rede social como um meio pelo qual os pacientes buscam não somente informações e interações com pacientes com condições de saúde semelhantes, como também esperança e qualidade de vida. A autora também chamou a atenção das instituições de saúde para a necessidade de identificação e utilização do *facebook* como importante meio de promoção de suporte aos seus pacientes.

Em pesquisa multimetodológica, por meio de questionário eletrônico e grupo focal presencial e *on-line*, 43 pacientes que apresentavam lesão medular adquirida foram avaliados por Rodrigues (2011). Investigou-se as características do uso da internet por essa população e suas percepções sobre o impacto desse uso em suas vidas. O estudo evidenciou que a amostra estudada apresentava padrões de uso da internet que são específicos - uma vez que o uso da internet pode ser um recurso de reabilitação - apesar de semelhantes aos da população geral, tendo sido o *e-mail* a ferramenta da internet mais utilizada.

No estudo, os integrantes dos grupos focais indicaram que o impacto do uso da internet é, predominantemente, positivo e favorável à qualidade de vida e que esse uso é diversificado, havendo ênfase na busca de informações sobre a lesão medular e na interação social com outras pessoas nessa mesma condição, características que se relacionam com os princípios da reabilitação. Em contrapartida, foi destacado que esse uso pode ser influenciado prejudicialmente pelas condições sociais e emocionais do usuário, pela maneira como tal recurso é utilizado e pela falta ou excesso de informações. Na conclusão, a autora destacou que os serviços de reabilitação e seus profissionais

devem estruturar suas ações e intervenções, bem como as orientações sobre o uso adequado da internet, uma vez que essas informações podem fundamentar novas formas de atuação em reabilitação.

Silvestre et al. (2012), em pesquisa epidemiológica com delineamento transversal, da qual participaram 216 indivíduos entre 18 e 60 anos, abordados em dois serviços de saúde – público e privado –, avaliaram o uso da internet como ferramenta de busca de informações sobre saúde. Os resultados mostraram que metade dos pacientes utiliza a internet como fonte de informações sobre saúde, dos quais 25,5% conversam com seu médico sobre as informações adquiridas, sem mudar ou interferir no tratamento. Dos pacientes que contaram para seus médicos sobre a busca de informações na internet, apenas 16% relataram reação negativa por parte do médico, não havendo prejuízos à relação médico-paciente.

Nas pesquisas apresentadas e na literatura, autores apontam benefícios que os pacientes podem obter com o uso adequado das informações adequadas obtidas na internet: adoção de uma postura ativa no tratamento, melhora da compreensão do estado de saúde, aumento da interação com os profissionais de saúde, compartilhamento das decisões conscientes sobre o tratamento, criação de comunidades de virtuais e grupos de apoio (Bastos & Ferrari, 2011; Cabral & Trevisol, 2010; Garbin et al., 2008; Jacopetti, 2011; Rodrigues, 2011; Silvestre, et al., 2012).

Por outro lado, tais estudos também destacam aspectos relacionados ao uso inadequado da internet: a) a necessidade de avaliação da veracidade, qualidade e confiabilidade das informações, pois algumas informações são incompletas, contraditórias, incorretas, fraudulentas (Garbin et. al., 2008; Cabral & Trevisol, 2010; Rodrigues, 2011), e até comprometidas, devido ao conflito de interesses entre evidência científica e estratégias de *marketing* de grandes empresas (Garbin et. al., 2008; Silva & Castro, 2008); b) o perigo de ocorrer a automedicação (Jacopetti, 2011); c) a substituição dos cuidados médicos ou das informações fornecidas pelos profissionais de saúde pelas informações da internet (Silva & Castro, 2008; Rodrigues, 2011); d) o aumento da procura de informações *online*, em detrimento das consultas médicas (Silva & Castro, 2008). Ainda, como apontam Silvestre et al. (2012), podem ocorrer “ (...) somatizações de sintomas ou interferências psicológicas por má compreensão da informação ou por informações falsas (p.418)”.

Makar et al. (2008), em estudo exploratório, avaliaram o papel da internet para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e a qualidade da informação disponível em

diferentes *sites*. Analisou-se as respostas a 100 entrevistas que foram enviadas pesquisas aos pacientes submetidos a procedimentos bariátricos entre julho de 2003 a julho de 2005. Independentemente das pesquisas enviadas, dois cirurgiões bariátricos avaliaram *sites* franceses e ingleses disponíveis usando recursos de busca pela internet. Entre os resultados obtidos, destacou-se que 42% dos pacientes procuravam informações sobre cirurgia bariátrica na internet e 74% (n = 31/42) utilizavam recursos de busca. De acordo com a avaliação desses pacientes: 58% dos *sites* visitados não forneciam detalhes técnicos de todos os procedimentos cirúrgicos bariátricos; apenas 61% informavam sobre a perda de peso no pós-operatório; 58% dos *sites* não forneciam informações sobre a abordagem laparoscópica e 54% não apresentavam qualquer informação sobre possíveis complicações pós-operatórias.

No estudo, as avaliações dos cirurgiões bariátricos foram semelhantes às dos pacientes, exceto por duas diferenças: a abordagem laparoscópica e as informações de perda de peso no pós-operatório foram discutidas em 90% (p <0,001) e 43% (p <0,1) dos *sites* visitados, respectivamente. A partir dos resultados, os autores concluíram que os recursos de busca foram preferencialmente utilizados e que os *sites* disponíveis podem ser considerados moderadamente confiáveis, apesar de 25% dos analisados conterem informações enganosas. A análise dos resultados obtidos pela comparação entre as avaliações dos cirurgiões mostrou que os pacientes foram eficazes na detecção de informações enganosas.

Diante desse cenário, levantou-se a hipótese de que, assim como em outras doenças crônicas, a busca de informações sobre cirurgia bariátrica e a inserção em comunidades virtuais são bastante comuns, podendo influenciar no comparecimento às consultas e na adesão às orientações da equipe de referência. Na presença, pois, da relevância do uso da internet no contexto da saúde surge o presente estudo.

Objetivos

Objetivo Geral

Identificar e analisar o padrão de uso da internet dos pacientes bariátricos após realização da cirurgia e investigar sua influência no seguimento do acompanhamento multiprofissional, especificamente no comparecimento às consultas com os profissionais da equipe.

Objetivos Específicos.

- Identificar características sociodemográficas e socioeconômicas da amostra;
- Verificar aspectos relacionados ao tratamento cirúrgico e ao acompanhamento multiprofissional;
- Detectar padrões de uso da internet entre pacientes submetidos à cirurgia bariátrica;
- Investigar a relação entre o padrão do uso da internet e o comparecimento às consultas com a equipe multiprofissional.

Método

Participantes

O estudo foi realizado em 103 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em instituições públicas e privadas de todo o país. Foram incluídos no estudo aqueles que haviam realizado a cirurgia há no mínimo três meses e no máximo dois anos, de ambos os sexos, com idades entre 18-65 anos e alfabetizados. Foram excluídos os participantes que não responderam corretamente aos campos do Questionário Eletrônico - QE (anexo 1) e aqueles que não concluíram o QE.

Instrumentos

Para a coleta das informações foi elaborado um QE, estruturado na ferramenta *Survey Monkey*[2], um aplicativo baseado da *Web* utilizado em pesquisas. O QE é composto por duas páginas iniciais e contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – e as instruções de preenchimento, seguidas de questões de múltipla escolha e abertas, elaboradas para o presente estudo. As questões do QE foram divididas em três eixos temáticos: I) dados sociodemográficos, para levantamento das características sociodemográficas e socioeconômicas dos participantes do estudo; II) dados referentes à cirurgia, para levantamento das características dos participantes relacionadas ao tratamento cirúrgico e ao acompanhamento multiprofissional pré e pós-operatório; III) informações sobre o padrão de uso da internet e identificação de características que influenciam o comparecimento às consultas com a equipe multiprofissional.

Procedimento

O estudo foi realizado em três etapas: divulgação da pesquisa, aplicação do QE e análise dos dados. A divulgação da pesquisa aconteceu entre 08 de Julho e 10 de Agosto de 2013, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - FEPECS/SES-DF (CAAE: 15920513.0.0000, número do Parecer: 328.626), por meio do contato direto e indireto da pesquisadora com os participantes.

O contato direto se deu por intermédio de convite enviado por e-mail (anexo 2) aos pacientes da rede da pesquisadora e postado em grupos da rede social *Facebook*

[2] https://pt.surveymonkey.com/

(anexo 3) que tinham suas atividades relacionadas à cirurgia bariátrica -*Cirurgia Bariátrica Eu fiz/Vou fazer; Redução de Estômago; Vida após Gastroplastia; Vitória sobre a obesidade! Eu posso, eu quero, eu consigo; Bate papo do Grupo Cirurgia Bariátrica ou Redução de Estômago; Bariátrica/Dúvidas, Antes e Depois*. O contato indireto foi realizado também por e-mail, foram enviados convites aos profissionais e às instituições de saúde do DF (anexo 4) cujas atividades eram relacionadas à cirurgia bariátrica. Os convites continham informações e orientações sobre a participação na pesquisa, o *link* do QE e a solicitação de que o mesmo fosse reenviado para os pacientes bariátricos que fizeram Cirurgia Bariátrica. No caso dos e-mails enviados às instituições, havia ainda a solicitação para que o link do QE fosse disponibilizado em suas redes sociais.

Quanto à configuração de coleta de respostas, estabeleceu-se que apenas um QE fosse respondido por computador, por meio do controle do número do IP (*Internet Protocol*). Sendo assim, o recrutamento de participantes foi direcionado, visando reduzir a possibilidade de uma mesma pessoa responder mais de uma vez o QE controlando a ocorrência de uma quantidade irreal de participações e aumentando garantia de que a pesquisa chegaria àqueles que realmente satisfaziam as características exigidas para fazerem parte da amostra.

Após acessar o QE, o início do seu preenchimento só era possível mediante o registro de concordância com os termos do TCLE. Caso o participante marcasse a opção Não Concordo, uma página aparecia com a pergunta sobre o motivo da sua desistência. Uma vez iniciada a marcação das respostas, o respondente poderia abandonar a pesquisa, deixar de emitir sua opinião para qualquer questão ou interromper e reiniciar o preenchimento do instrumento a qualquer momento, desde que para tal utilizasse o mesmo computador empregado inicialmente, até sua conclusão. Os coletores da pesquisa permaneceram disponíveis por um período de 34 dias.

As informações obtidas foram submetidas à análise descritiva de dados, com objetivo de construir o perfil da amostra pesquisada quanto aos dados sociodemográficos, referentes à cirurgia e ao uso que os participantes fazem da internet. Para tanto, utilizou-se o registro de frequência, disponibilizado pelo *Survey Monkey*, e as medidas de tendência central,de dispersão e análise de correlações, geradas pelo *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0.

Resultados e Discussão

Durante a coleta de dados, 219 questionários foram iniciados, 135 foram encerrados e somente 103 considerados válidos. Entre os motivos que tornaram os questionários inválidos encontram-se: não conclusão do QE; tempo de realização da cirurgia menor que 3 meses e maior ou igual a 25 meses; preenchimento incorreto da data da cirurgia (por exemplo, data de nascimento, nome completo). Somente uma participante selecionou a opção Sair da pesquisa informando que ainda não havia sido submetida à cirurgia, provavelmente buscava informações. Deste modo, 103 participantes tiveram seus dados analisados, o que representou uma taxa de resposta em torno de 47%. Como a forma de divulgação foi diversificada, não há como saber exatamente quantos pacientes tiveram acesso à pesquisa.

Dados Sociodemográficos

A Tabela 2 apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes, e demonstra que a maioria dos respondentes (95%) é do sexo feminino, casados (64,1%) e com filhos (59,2%). Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes possuem ensino superior, empregados e renda acima de 4,1 salários mínimos.

O predomínio de mulheres na amostra refletindo tal procura da cirurgia bariátrica foi semelhante ao que vem sendo apontado na literatura (Costa, Ivo, Cantero & Tognini, 2009; Moreno, Silva, Cecato, Bartholomeu e Montiel, 2011). Segundo Moreno et al. (2011) as mulheres buscam mais a cirurgia, pois são geralmente mais suscetíveis à pressão social do padrão estético de beleza, cobrado pela sociedade por meio da mídia, tendo, dessa forma, o sobrepeso e a obesidade maior impacto nas dimensões psicológica e social.

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Características	f (n= 103)	%
Sexo	Feminino	98	95
	Masculino	5	5
Estado Civil	Casado e ou União Estável	66	64,1
	Solteiro	27	26,2
	Separado/Divorciado	8	7,7
	Viúvo	2	1,9
Filhos	Sim	61	59,2
	Não	42	40,8
Escolaridade	Ensino Médio e ou Técnico	21	20,4
	Ensino Superior Incompleto	20	19,4
	Ensino Superior Completo	24	23,3
	Pós-graduação, Mestrado e ou Doutorado	38	37
Situação de emprego Atual	Servidor Público	32	31,1
	Emprego fixo com e ou sem CLT	38	36,9
	Autônomo e ou Temporário	18	17,5
	Desempregado	10	9,7
	Nunca trabalhou	2	1,9
	Aposentado e ou Benefício Continuado	2	2,0
Renda Familiar	Menos de 1 salário mínimo	30	29,1
	De 4,1 até 8 mínimos	34	33,0
	Mais de 8,1 salários	29	37,9

A Tabela 3 apresenta a caracterização dos participantes quanto à idade e ao tempo de cirurgia. De acordo com a tabela, a idade média da amostra foi de 35,7 anos e a média de tempo de realização da cirurgia de 11,74 meses.

Tabela 3

Caracterização dos Participantes quanto aos Dados Sociodemográficos

Características	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (Anos)	35,7	8,54	34	21	61
Tempo Cirurgia Bariátrica (meses)	11,74	6,21	10,00	3	24

Quanto à idade, o resultado do estudo foi semelhante ao de Moreno et al. (2011), em pesquisa realizada com 24 pacientes bariátricos de ambos os sexos, na qual foram investigados os resultados obtidos no que diz respeito à imagem corporal e às possíveis mudanças psicológicas e comportamentais. Na pesquisa verificou-se que houve maior concentração de participantes na faixa de 31 a 40 anos. Para os autores, as pessoas que vivenciam essa faixa etária demonstram mais preocupação com a saúde e, por isso,

tendem a buscar tratamentos que melhorem sua qualidade de vida e autoestima. Além disso, dados da SBCBM divulgados pela Empresa Brasil de Comunicação (EBC, 2013b) apontaram que 70% das pessoas que fazem cirurgia bariátrica no país são mulheres entre 35 e 45 anos.

Por fim, a amostra contou com participantes de várias localidades, sendo que a metade deles é do Distrito Federal (50,5%), conforme a Figura 3. Acredita-se que o número de respondentes residentes no DF e entorno foi maior devido à divulgação da pesquisa ter se concentrado mais nessa região, onde reside a pesquisadora.

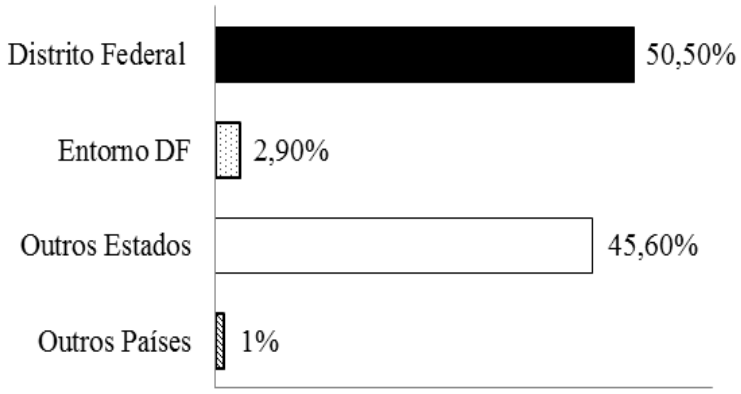

Figura 3. Distribuição dos participantes conforme local onde residem.

Dados sobre a Cirurgia e o Acompanhamento Multiprofissional

De acordo com a Tabela 4, que apresenta os dados sobre a técnica cirúrgica realizada, local da Cirurgia e de acompanhamento multiprofissional, a técnica mais adotada com os participantes foi a *by-pass* gástrico em Y de Roux, *sendo* 90,3% (n=93). A literatura aponta que essa técnica é a mais utilizada no mundo devido à sua eficiência em termos de perda e manutenção do peso a longo prazo, de controle das principais doenças associadas à obesidade e de baixa morbimortalidade (Buchwald & Oien, 2013; Martins, 2005; Zeve et al., 2012).

Tabela 4

Técnica Cirúrgica, Local da Cirurgia e de Acompanhamento Multiprofissional

	Características	f (n= 103)	%
Técnica	*by-pass* gástrico em Y de Roux	93	90,3
	Gastrectomia Vertical	8	7,8
	Banda Gástrica	2	1,9
Local da Cirurgia	Serviço Público	9	8,7
	Serviço Privado	94	91,3
Local em que faz acompanhamento multiprofissional pós- cirúrgico	Serviço Público	7	6,8
	Serviço Privado	96	93,2

A Tabela 4 também aponta que a maioria dos participantes são oriundos de serviços privados. Esses dados refletem a realidade nacional: “Das 72 mil cirurgias realizadas em 2012, no Brasil, apenas sete mil foram via saúde pública (ABESO, 2013)”. Entre as possíveis causas para esse cenário, pode-se destacar a limitação de acesso ao procedimento no Sistema Único de Saúde, refletida em longas filas de espera, aliada às dificuldades de recursos (financeiros, materiais e humanos) enfrentadas e frequentemente anunciadas pela mídia.

A Figura 4 apresenta a frequência de consultas dos participantes com a equipe multiprofissional. De acordo com a figura, a maioria dos participantes consultou mais de quatro vezes o cirurgião (n=62), o nutricionista (n=62) e o psicólogo (n=65). Com o endocrinologista a frequência foi menor, uma ou duas consultas no pré-operatório (n=58). Outros profissionais citados foram: pneumologista, cardiologista, psiquiatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, anestesista, ortopedista, ginecologista e dermatologista.

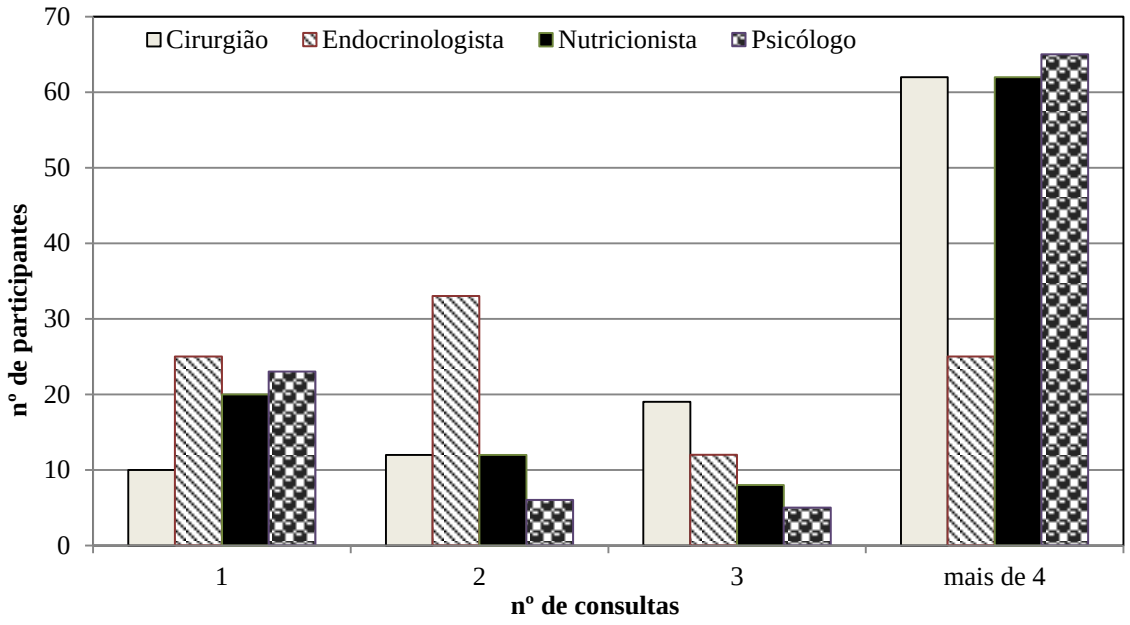

Figura 4. Frequência de consultas com a equipe multidisciplinar no pré-cirúrgico.

Os resultados obtidos, além de atenderem às orientações da SBCBM e das legislações vigentes, eram esperados, pois o paciente nessa fase tende a seguir o acompanhamento corretamente por sofrer com as limitações físicas e psicológicas da obesidade (Benedetti, 2009; Franques, 2006; Molliner & Rabuske, 2008), almejando ser liberado para a cirurgia rapidamente. Um dos perigos dessa urgência é faltar tempo para paciente perceber a importância das mudanças no comportamento alimentar e no estilo de vida exigidas pelo tratamento cirúrgico como um todo e, consequentemente, não engajar-se nelas, o que pode comprometer o sucesso do procedimento a longo prazo (Ximenes & Oliveira, 2012).

Destaca-se que o acompanhamento multiprofissional no pré-operatório possui dois grandes focos: a) avaliar, diagnosticar, tratar as doenças associadas para sucesso no tratamento com menor risco; b) orientar o paciente sobre cuidados pós-operatórios e mudanças necessárias após a realização da cirurgia (Portaria n. 425, 2013; Repetto & Rizzolli, 2006).

A Figura 5 apresenta as diretrizes gerais do Ministério da Saúde para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica no que diz respeito à Fase Inicial do Pré-operatório. Todavia, nem esta legislação nem outras da área evidenciam o número de que consultas devem ocorrer com cada especialista no pré-operatório e o tempo de preparo desse paciente.

Pré-operatório/Fases	Avaliações
Fase inicial	Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.
	Indivíduos com IMC ³ 50 kg/m² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do sobrepeso no pré-operatório.
	Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.

Figura 5. Assistência pré-operatória – Fase inicial (Diretrizes Gerais para o tratamento cirúrgico da Obesidade e acompanhamento pré e pós-Cirurgia Bariátrica).
Fonte: Brasil. Portaria n. 425 (2013, 19 de março).

Destaca-se, ainda, que não há na literatura um protocolo de atendimento definido de atuação do psicólogo, o que dificulta a prática desse profissional. Alguns dos poucos autores encontrados na literatura brasileira (Arruda, 2003; Franques & Arenales-Loli, 2006, 2011; Segal & Franques, 2012; Ximenes, 2009) - que descrevem os protocolos a serem seguidos - evidenciam a necessidade de mais de uma sessão com o psicólogo, a fim de preparar o paciente para o pós-cirúrgico imediato e tardio por meio da avaliação e intervenção psicológica.

Refletindo esse contexto, os dados da Figura 4 apontaram que 23 participantes (22,3%) responderam que realizaram somente uma consulta com o psicólogo. Diante desse dado, algumas hipóteses foram levantadas: a) os pacientes podem desconhecer o papel da psicologia na cirurgia bariátrica e, consequentemente, considerá-lo desnecessário, o que impacta diretamente na quantidade de consultas; b) a própria natureza do acompanhamento que não se configura em psicoterapia (Franques, 2009) pode desencorajar os pacientes a continuarem o acompanhamento; c) parte dos pacientes pode acreditar que não necessita do acompanhamento, caso não possuam ou identifiquem problemas psicológicos (como transtornos de personalidade, compulsão alimentar, alcoolismo, problemas de relacionamento); d) os pacientes podem deixar de ir ao psicólogo quando receberem o laudo decorrente da avaliação psicológica e requisito para a realização da cirurgia; e) a assistência psicológica pode ser prestada por profissional não especializado ou sem experiência em cirurgia bariátrica, o que pode limitar o trabalho e a avaliação psicológica.

Outra hipótese que merece destaque está relacionada à crença dos pacientes de já estarem preparados para a cirurgia, como foi evidenciada na pesquisa de Marchesini (2010). Entrevistando 46 participantes para avaliar as condições pós-operatórias mediatas

e tardias de pacientes bariátricos, a autora verificou que a maioria dos pacientes (89%) respondeu que na primeira entrevista psicológica já se sentiam preparados para a cirurgia.

De maneira geral, as hipóteses apontadas evidenciaram algumas das resistências e desafios que os psicólogos podem encontrar na assistência ao paciente bariátrico na fase pré cirúrgica. A seguir serão apresentados aspectos referentes ao pós cirúrgico.

A Figura 6 apresenta a frequência de acompanhamento dos participantes com a equipe multiprofissional no pós cirúrgico. Com o cirurgião: 37 pacientes fizeram acompanhamento trimestral e 36, semestral. Com o nutricionista: 33 mensal e 37 trimestral. Em relação ao psicólogo, grande número de participantes (n=30) respondeu que não mantém nenhum acompanhamento psicológico. Dado semelhante ao acompanhamento com o endocrinologista (n=32). Outros profissionais citados foram: psiquiatra, fisioterapeuta, hematologista, cardiologista, ortopedista, ginecologista e dermatologista.

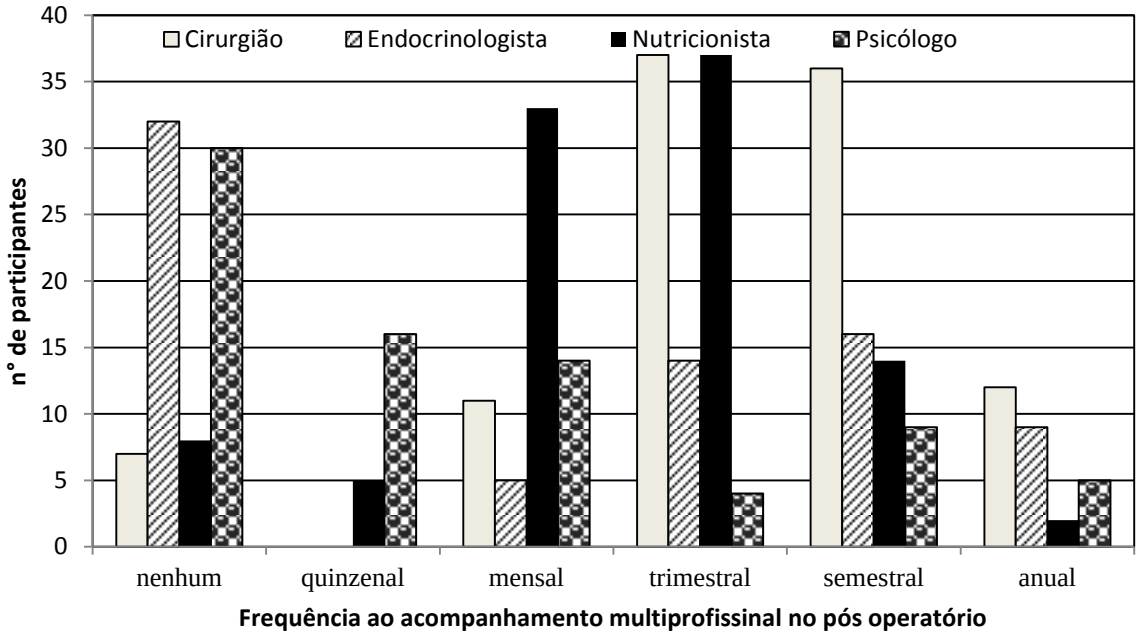

Figura 6. Frequência de acompanhamento com a equipe multidisciplinar no pós-cirúrgico.

Ao comparar o resultado apresentado na Figura 6 com o que é estabelecido pela Portaria n. 425(2013) (Figura 7), observa-se que é grande o número de pacientes que se declarou sem nenhum acompanhamento com o endocrinologista (n=32) e o psicólogo (n=30). Essa informação merece ser destacada, tendo em vista a recomendação de que, após a cirurgia, o acompanhamento continua a ser multidisciplinar.

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO E EXAMES PÓS-OPERATÓRIOS
Entre 15 a 30 dias (1º mês) Consulta com cirurgião e nutricionista.
No 2º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 3º mês Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.
No 4º mês Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 9º mês Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
Entre 12º e 15º meses Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18º mês Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

Figura 7. Consultas de Acompanhamento no período pós-operatório (Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica).
Fonte: Portaria n. 425. (2013, 19 de março).

O cirurgião intervém sobre os cuidados comuns em uma cirurgia: bem-estar, alimentação, eliminações fisiológicas, pontos cirúrgicos e complicações. O clínico ou endocrinologista dá seguimento à prevenção e tratamento das comorbidades, complicações clínicas, suplementação de nutrientes, vitaminas. O nutricionista promove a adaptação à dieta e à nova forma de comer por meio de orientações diversas, que englobam preparações, suplementações, adequações calórico-proteicas, aferição de medidas antropométricas (Cotta-Pereira & Benchimol, 2006).

O psicólogo, por sua vez, auxilia o paciente na adaptação ao novo estilo de vida e às mudanças no padrão alimentar, na forma corporal, na vida social; assim como favorece o manejo de demandas relacionadas ao emagrecimento, como lidar com problemas relacionados à autoestima, autoimagem, assertividade e colabora para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para lidar com problemas e dificuldades relacionadas ou não ao tratamento cirúrgico (Arruda, 2003; Carmo et al., 2008; Segal & Franques, 2012; Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004).

De acordo coma literatura, o acompanhamento multiprofissional após a cirurgia pode evitar ou enfraquecer complicações clínicas, como graus variados de desnutrição proteica e calórica, anemias, hipovitaminoses diversas; quadros psiquiátricos graves e crônicos, como depressão, alcoolismo, comportamentos impulsivos; transtornos alimentares como TCAP[3] e *grazing*[4]*;* que podem dificultar a adaptação às mudanças do

[2]Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica: Episódio no qual o indivíduo ingere uma grande quantidade de comida em um curto intervalo de tempo, seguido de uma sensação de perda de controle.

comportamento alimentar exigidas pela cirurgia, interferir na perda de peso, além de proporcionar o reganho de peso (Gleiser, 2011; Fandiño & Appolinário, 2006). Assim, enfatiza-se a necessidade do adequado adesão ao acompanhamento multidisciplinar com equipe especializada e bem treinada (Repetto & Rizzolli, 2006).

No tocante ao acompanhamento psicológico após a cirurgia, o resultado obtido reflete o que aponta a literatura com relação aos baixos níveis de adesão ao tratamento de modo geral (Franques, 2009). Segundo Ximenes (2009), em 2004 o retorno pós-operatório ao ambulatório de psicologia do Serviço de Cirurgia Geral do HC-UFPE era de 30%, percentual que, segundo a autora, manteve-se nos últimos anos, apesar de toda a informação fornecida pela equipe e pela mídia. Os motivos levantados relatados pelos pacientes para justificar a baixa adesão em Ximenes (2009) foram: a) não sentiram necessidade, tendo em vista o bem-estar vivenciado após a cirurgia; b) desejariam seguir as recomendações, mas não o fizeram devido a problemas financeiros; c) desejariam seguir as recomendações, mas não tiveram tempo para fazê-lo.

Outra hipótese apontada na literatura, que pode estar relacionada à baixa adesão ao acompanhamento psicológico após a cirurgia, é a vivência por parte dos pacientes de uma fase de lua-de-mel, um período experienciado com grande alegria devido à melhora no funcionamento psicológico e também fisiológico ocasionado pela perda de peso (Oliveira, 2006; Pacheco, 2006). Assim, diante dessa experiência, o paciente, entusiasmado com o seu emagrecimento e a recuperação do controle da alimentação, pode excluir da percepção aspectos desagradáveis para evitar qualquer tipo de angústia que atrapalhe sua alegria. O que, por sua vez, justifica evitar o acompanhamento psicológico, tanto pela avaliação de que não é necessário, uma vez que o paciente está se sentindo bem, como pela possibilidade de o próprio atendimento revelar tais angústias e aspectos desagradáveis (Oliveira, 2006; Pacheco, 2006).

Outro dado importante evidenciado no QE foi que 32% (n=33) dos participantes referiu ter dificuldade em manter o acompanhamento multiprofissional. Entre os motivos relatados, destacaram-se questões financeiras – custos com profissionais e exames, que não são cobertos pelo convênio de saúde – e de tempo – indisponibilidade de tempo para as consultas, horários dos atendimentos coincidirem com o do expediente de trabalho, disponibilidade de agenda do médico cirurgião. Os seguintes relatos ilustram tais

---

[3]Ingestão de pequenas quantidades de alimento, continuamente, durante um longo período de tempo (Fandiño & Appolinário, 2006).

dificuldades: "*Profissionais não aceitam o plano de saúde e é difícil manter particular*"; "*O tempo com trabalho, não dá para dar continuidade*", "*Já obtive o resultado desejado*", "*Não gosto de ter que ir todo mês ou semana, vou se realmente houver necessidade*".

Não foram encontrados estudos empíricos que apresentassem dados semelhantes no Brasil, mas diversos autores dissertam sobre fatores que podem influenciar negativamente na adesão ao acompanhamento multidisciplinar no pós-operatório: a) serviços não estruturados para esse seguimento (Repetto & Rizzolli, 2006); b) dificuldade de adesão ao tratamento, comum em doenças crônicas (Franques, 2009); c) grande distância entre o local de trabalho ou da residência e o local onde ocorrem as consultas (Pacheco, 2006); d) problemas financeiros (Ximenes, 2009).

Padrão de Uso da Internet

A Figura 8 apresenta a porcentagem da frequência de uso da internet. De acordo com os dados apresentados, 51,5% (n=53) dos participantes responderam que acessam a internet em busca de informações sobre saúde e cirurgia bariátrica todos os dias e 1,9% (n=2) se declararam sem acesso.

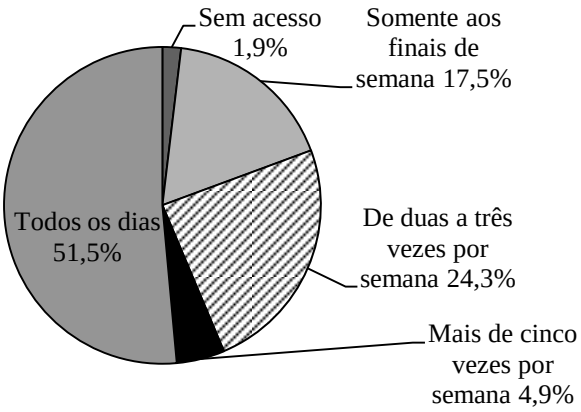

Figura 8. Frequência de uso da internet

É provável que essa alta frequência de uso da internet pela maioria dos participantes tenha impacto negativo na adesão ao acompanhamento multiprofissional, uma vez que o acesso diário coloca o paciente em contato com uma grande quantidade de informações e ele pode passar a considerar desnecessário o atendimento por um profissional. No estudo o comentário de uma participante fez aponta tal perigo: "*As pessoas acabam deixando de ir para o acompanhamento médico e ficando só com o apoio da internet*".

Destaca-se que a literatura também aponta o aumento da procura de informações *online*, em detrimento das consultas médicas (Silva & Castro, 2008) e a substituição dos cuidados médicos ou das informações fornecidas pelos profissionais de saúde pelas informações da internet (Silva & Castro, 2008; Rodrigues, 2011). Diante dessa realidade, defende-se o posicionamento de Benedetti (2009) que indica que "paciente informado não é sinônimo de paciente preparado" (p.81), pois muitas vezes a informação, por si só, não é suficiente para promover as mudanças de comportamento necessárias.

Assim, enfatiza-se a necessidade dos profissionais explorarem o uso da internet de seus pacientes a fim de facilitar a comunicação profissional-paciente e estimular um maior engajamento nas mudanças exigidas pelo tratamento. Para isso, sugere-se: a) inclusão, nas entrevistas, de perguntas como *Principais fontes de informação em saúde e cirurgia bariátrica*, *Frequência de busca sobre informações na internet*, *Confiabilidade das informações acessadas na internet*, *Participa de alguma rede social de cirurgia bariátrica*, *Benefícios do uso das informações obtidas na internet;* b) recomendação de sites confiáveis; c) fornecimento de informações e esclarecimentos complementares às informações relatadas pelos pacientes; d) validação dos sentimentos e comportamentos que os levaram a buscar informações na internet.

Conforme demonstrado na Tabela 5, o *facebook* (n=83) e as ferramentas de pesquisa (n=72) foram apontados como os locais de busca de informações mais utilizados. Bancos de artigos científicos, comunidade (*Orkut*), grupos criados por pacientes após cirurgia bariátrica, jornais e revistas, *Pubmed* foram outros locais de busca citados.

Tabela 5

Locais de Busca de Informações na Internet

	f (n=103)	%
Facebook	83	80,6
Ferramentas de pesquisa (google, yahoo)	72	69,9
Sites do serviço no qual é assistido	39	37,9
Sites que centralizam informações sobre CB	37	35,9
Sites de outros serviços que prestam assistência a pacientes bariátricos	35	34
Blogs/fotologs	33	32
E-mail de profissionais que acompanharam o paciente no pré-cirúrgico	15	14,6
Sites com menos termos técnicos	6	5,8

No QE, 84% dos participantes (n=86) declararam que participaram de alguma rede social relacionada à cirurgia bariátrica, e citaram como benefícios a troca de experiências, o contato e a interação com outros pacientes bariátricos, apoio, o acesso à informações, o esclarecimento de dúvidas. Provavelmente esse resultado pode seja reflexo do papel que a rede social tem assumido na vida dos pacientes como destacado por Jacopetti (2011): "(...) um meio no qual os pacientes buscam não somente por informações e interações com pessoas semelhantes, mas também por esperança e qualidade de vida." (p.88).

A Figura 9 representa a correlação entre a participação em redes sociais e o acompanhamento com nutricionista.

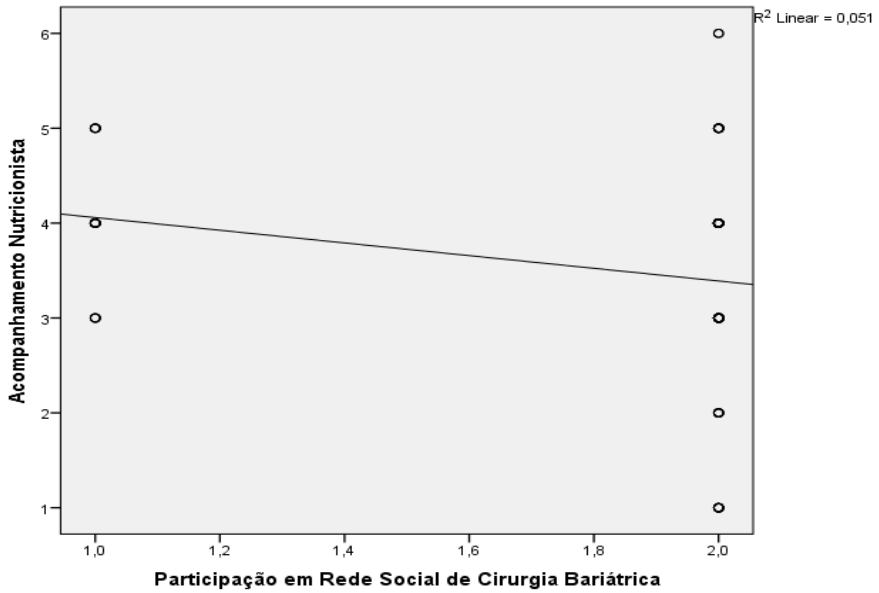

Figura 9. Correlação entre a Participação em Redes Sociais e o Acompanhamento com Nutricionista

Identificou-se uma correlação negativa (r = -0,23, *p*=0,024) que evidenciou uma tendência dos pacientes que participam de redes sociais diminuírem a freqüência ao acompanhamento com nutricionista. Esse dado é representado na resposta de dois participantes à pergunta De que modo o seu uso da internet influencia o seu seguimento do acompanhamento multiprofissional?: *"Às vezes não vejo necessidade de ir na nutricionista por exemplo"; "Como não consulto mais com a nutricionista, tenho gostado de acompanhar cardápios e pratos de outros pacientes. Bem como algumas dicas de nutrição saudável em sites de saúde e boa forma"* .

À pergunta do QE Possui outras fontes de informações sobre cirurgia bariátrica (além da internet)?, 74% (n=74) responderam "Não" e 26% (n=27) "Sim". Assim, levanta-se a hipótese de que esses pacientes avaliem que suas necessidades de

informações estão satisfeitas, uma vez que por meio da internet eles têm a possibilidade quase ilimitada de acesso às informações das mais diversas fontes, científicas ou não, assim como à sua divulgação (Rodrigues, 2011). Esse resultado reforça a necessidade de mudança na postura dos profissionais no que diz respeito ao uso da internet por parte de seus pacientes. Entre outras fontes de informações citadas encontram-se: palestras da equipe do cirurgião, consultas com profissionais, conversas outros operados, leitura de livros, revistas e jornais, programas de televisão.

A respeito do uso de ferramentas de pesquisa na busca por informações na internet, o resultado foi semelhante ao de outros estudos (Makar et al., 2008; Rodrigues, 2011). Os *sites* das instituições em que o paciente é assistido e aqueles que centralizam as informações sobre cirurgia bariátrica como da SBCBM não são tão utilizados como apontado na Tabela 5. Entre as possíveis explicações para esse fato estão a falta de recomendação dos profissionais do próprio serviço, a desatualização no conteúdo e ou a baixa atratibilidade dos *sites* institucionais em comparação com outros espaços, como as redes sociais de grupos de pacientes. Algo que chama atenção, visto que as instituições investem financeiramente na criação desses veículos, mas demonstram dificuldades em mantê-los atualizados e atraentes. Assim, destaca-se a necessidade dos profissionais participarem mais ativamente na atualização desses *sites*, pesquisando com os próprios pacientes como deixá-los mais interessantes.

A Tabela 6 apresenta as informações que os participantes costumam buscar na internet. De acordo com a tabela, as informações mais acessadas pelos respondentes foram: Emagrecimento pós-cirurgia bariátrica (n=79), Alimentação saudável (n=79) e Reganho de peso (n=71). Supõe-se que a preferência por essas temáticas pode estar associada ao fato de proporcionarem estímulos positivos aos pacientes, ao incentivarem o tratamento e também auxiliarem na prevenção do reganho de peso. Por outro lado, as menos acessadas foram sobre as últimas pesquisas sobre cirurgia bariátrica (n=36), complicações após cirurgia bariátrica (n=29). É provável que essas informações sejam avaliadas pelos pacientes como menos estimulantes, de difícil compreensão, chatas e até desagradáveis, como no caso de complicações, e por isso eles prefiram evitá-las.

Tabela 6

Informações na Internet

	f (n=103)	%
Emagrecimento pós cirurgia bariátrica	79	76,7
Alimentação Saudável	79	76,7
Reganho de peso	71	68,9
Cuidados pós operatórios	66	64,1
Atividade física	64	62,1
Cirurgia Plástica	62	60,2
Espaços para interagir com outros pacientes bariátricos	61	59,2
Últimas pesquisas sobre Cirurgia Bariátrica	36	35
Complicações após Cirurgia Bariátrica	29	28,2

Dentro desse contexto, o QE apontou que 60% (n=62) dos respondentes apontaram que consultas, recebimento de exames laboratoriais e contatos em redes sociais desencadeiam buscas por informações e esclarecimentos na internet. Entre as situações e motivos citados, destacaram-se: dificuldades de entendimento, não compreensão de termos técnicos¸ acesso a informações novas, tentar compreender resultados dos exames e alterações dos mesmos. Como benefícios adquiridos com o uso dessas informações são citados: esclarecimento de dúvidas, aquisição de informações, atualização, troca de experiências.

Além disso, o QE revelou que a maioria dos participantes (72%) comenta com os profissionais que busca informações sobre cirurgia bariátrica na internet. Por outro lado, apontam Bastos e Ferrari (2011), é possível que os pacientes que não comentam sobre o uso da internet com os profissionais tenham receio de que isso abale a relação entre eles , caso o profissional interprete esse comportamento como falta de confiança no cuidado prestado.

Observou-se, então, evidências de que os paciente bariátricos em geral utilizam a internet como fonte de informações e comentam com os profissionais sobre esse comportamento, assim como em outros contextos de saúde. Por esse motivo, a forma como os profissionais reagem quando o paciente comenta a esse respeito é uma importante variável a ser considerada.

A Figura 11 apresenta as reações dos profissionais ante o relato dos pacientes. Como pode ser visto 45% (n=46) indicaram que a reação dos profissionais costuma ser favorável e muito favorável; 23%, (n=24) que os profissionais não emitem comentários a

respeito; 13% (n=13) que a reação costuma ser desfavorável. Alguns relatos sobre as reações foram: *"Alertam sobre a importância de buscar informações de sites confiáveis", "Sempre têm algo a discordar", "Aprovam meu interesse em me manter informada", "Pedem cautela, e que cada uma pessoa é uma, possui sua individualidade, mas que é sempre bom atualizar-se sobre a Bariátrica".*

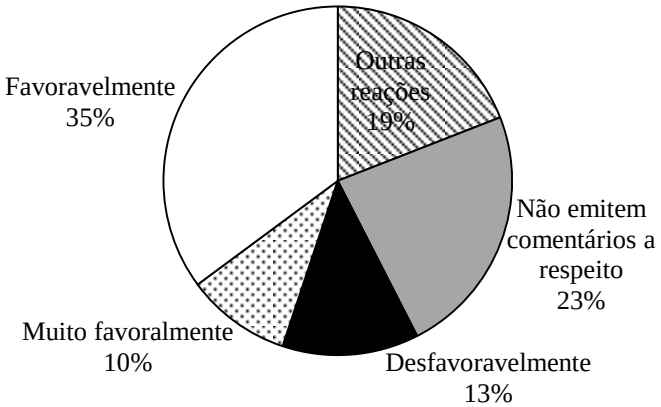

Figura 11. Reação dos profissionais quando o paciente comenta que busca informações pela internet.

Silvestre et al. (2012) encontraram dados semelhantes, com 16% dos pacientes relatando que houve reação negativa por parte do médico quando foi mencionada a busca de informações na internet. Talvez essas reações relacionem-se ao fato dos profissionais preocuparem-se com: a confiabilidade das informações obtidas na rede; a possibilidade de ocorrer substituição dos cuidados médicos ou das orientações pelas informações da internet; a ocorrência de possíveis somatizações de sintomas por compreensão errônea da informação ou por informações falsas; a possibilidade de estarem sendo testados ou desconhecerem algumas informações e, até mesmo, o risco que a consulta se estenda mais do que o previsto (Cabral & Trevisol, 2010; Garbin et. al., 2008; Jacopetti, 2011; Silva & Castro, 2008; Silvestre et al., 2012; Rodrigues, 2011).

Face ao exposto, é notório o potencial que o uso da internet em saúde tem para modificar a relação entre profissional e paciente. No estudo realizado por Cabral e Trevisol (2010) com 116 médicos docentes em uma universidade de Santa Catarina, verificou-se que 56,9% dos entrevistados acreditavam que a Internet ajudava na relação médico-paciente, 27,6% achavam que não interferia e 15,5% acreditavam que a Internet atrapalhava. Para os entrevistados favoráveis ao uso adequado da internet, as informações encontradas podem facilitar o conhecimento do paciente sobre a doença e melhorar sua adesão ao tratamento dividir a responsabilidade pela tomada de decisão, auxiliar no

desenvolvimento de uma comunicação eficaz entre o profissional e o paciente melhorando a relação entre eles. Para as desfavoráveis, o uso inadequado das informações obtidas na internet pode prejudicar a relação médico-paciente, caso os pacientes tenham acesso a informações incorretas ou de difícil interpretação, apresentem somatizações de sintomas ou interferências psicológicas por má compreensão da informação ou por informações falsas, e, até mesmo, se automediquem. Os autores também descreveram os sentimentos dos médicos quando os pacientes mencionavam informações adquiridas na internet durante a consulta: 14% disseram ter sentimentos contraditórios, 11% afirmaram sentir-se incomodados.

A Figura 12, que representa a correlação entre as reações dos profissionais e os comentários sobre a busca de informações na internet, mostrou uma correlação negativa (r = -0,71, *p*=0,001), evidenciando que as pessoas que comentaram busca por informações na internet observam uma pior reação por parte do profissional. Verificou-se, assim que os profissionais ainda não estão preparados para discutir com os pacientes sobre as informações que acessam, tal dado demonstra a importância de os profissionais se prepararem para discutir as informações que os pacientes adquirem na internet e refletirem sobre a influência de suas reações na construção de um bom vínculo com os pacientes, o que lhes permitiria tanto reforçar a participação ativa do paciente, quanto esclarecer ou orientar quando necessário.

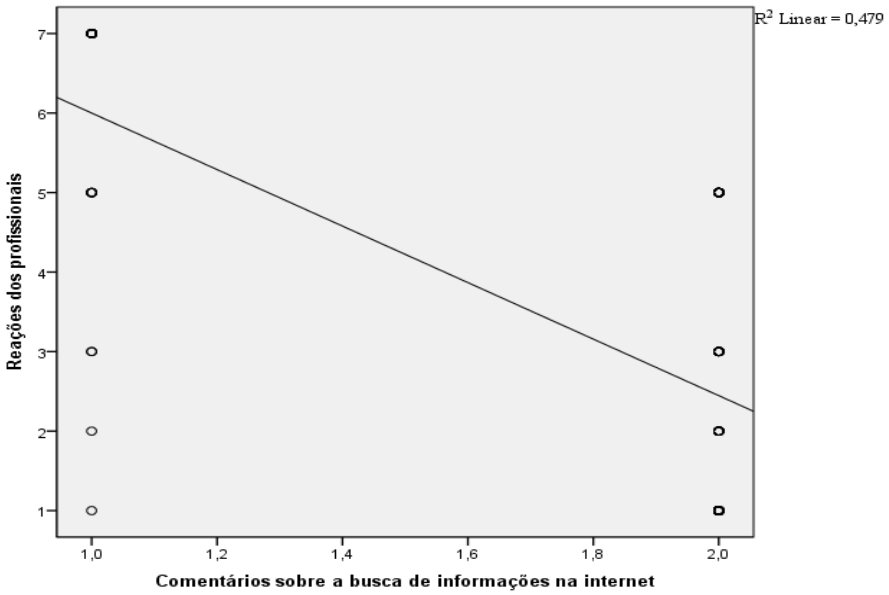

Figura 12. Correlação entre as reações dos profissionais e os comentários sobre a busca de informações na internet.

Houve pouca variabilidade de resposta para a pergunta Você acredita que seu uso da internet influencia o seguimento do acompanhamento multiprofissional?. Destaca-se que quase metade dos pacientes (48%) responderam que a internet exerce algum tipo de influência no seu seguimento do acompanhamento pós cirurgia bariátrica. Nesse contexto, as informações buscadas na internet pelos pacientes podem levá-los a acreditar que possuem conhecimentos suficientes sobre o tratamento substituindo a orientação para manter o acompanhamento multiprofissional após a cirurgia. O paciente que busca na internet informações sobre saúde e cirurgia bariátrica todos os dias tende a reduzir sua frequência ao acompanhamento multiprofissional por considerar que dispõe de grande quantidade de informações e, até mesmo, ter atendidas outras necessidades; como a de sentir-se acolhido e compreendido, manter interação social e receber elogio antes o emagrecimento.

Dentre os relatos que ilustram as respostas dos pacientes diante da pergunta De que modo o uso da internet influencia o acompanhamento multiprofissional?, destaca-se: *"É um subsídio a mais para esclarecimentos nos momentos de dúvida, os quais são frequentes, e além do que não podemos ficar 24 horas em contato com um profissional médico", "As pessoas acabam deixando de ir ao acompanhamento médico e ficando só como o apoio da internet", "Não vejo que me influencia, pois somente após a cirurgia comecei a entrar em páginas voltadas a cirurgia, e prefiro confiar nas informações da equipe que me acompanha desde o início", "Saber a importância do acompanhamento", "Você passa a questionar mais", "Sana dúvidas", "Favoravelmente", "Incentiva"*.

O perfil dos participantes do estudo convida os profissionais de saúde a refletirem sobre a importância de adotarem intervenções sobre o uso adequado das informações em saúde obtidas na internet, que contemplem tanto as exigências do tratamento (adaptação à cirurgia, mudança de hábitos e estilo de vida) quanto às diversas necessidades (cognitivas, sociais, motivacionais e emocionais) dos pacientes, facilitando assim uma postura mais ativa no tratamento, o desenvolvimento de estratégias adaptativas e, consequentemente, o aumento das suas chances de sucesso e bem-estar (Benedetti, 2009).

Os participantes foram questionados, ainda, sobre os serviços que poderiam ser oferecidos pelos profissionais para estimular o acompanhamento no pós-cirúrgico e a frequência dos mesmos. Segundo o QE, a maioria respondeu: reuniões mensais para orientações – 58% (n=56); grupos mensais de apoio presencial – 52% (n=54); grupos de apoio virtual – 41% (n=42) semanal, 27% (n=26) mensal; caminhadas – 27% (n=28)

semanal, 27% (n=28) mensal; terapia ocupacional – 17% (n=18) semanal, 33% (n=34) mensal. Na opção “Outros” um respondente apontou fóruns de discussão na internet.

Esses dados reforçam a necessidade de os profissionais adotarem estratégias diversas para estimular a participação dos pacientes no acompanhamento após a cirurgia – aliadas à busca ativa por meio de telefonemas, cartas e *e-mails* – como a criação de grupos de apoio (Franques, 2009). Para Bagdade e Grothe (2012) os grupos podem desempenhar um papel fundamental no sucesso a longo prazo do tratamento de pacientes bariátricos, por auxiliarem na identificação e resolução de problemas, na educação, no aumento da motivação e na prestação de apoio específico para essa população. Segundo Moorehead (2011) outra função significativa do grupo envolve a interação suportiva entre pares, possibilitando comportamentos de apoio, encorajamento e troca de informações.

> “Os pacientes experimentam um aumento da autoestima pela mera devolução ao grupo, compartilhando suas histórias pessoais de triunfo e sofrimento. Por meio dessa confiança e desse compartilhamento das experiências em grupo, as pessoas podem aprender que deslizes e lapsos no protocolo do programa de acompanhamento são naturais e não precisam terminar em abandono ou fracasso” (Moorehead, 2011, p.197).

Ressalta-se também a necessidade de realização de busca ativa dos pacientes, tanto para reforçar a necessidade do seguimento ao acompanhamento multiprofissional para o sucesso da cirurgia, como para estimular o paciente a ser mais participativo no tratamento. Manter o paciente motivado e favorecer constantemente sua participação ativa no tratamento é extremamente importante, considerando-se as características dessa população e que seu histórico de insucesso em tratamentos anteriores para perder peso deve-se, principalmente, às dificuldades em realizar mudanças significativas e duradouras no estilo de vida.

Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivo identificar e analisar o padrão de uso da internet dos pacientes bariátricos após realização da cirurgia e investigar sua influência no seguimento do acompanhamento multiprofissional, especificamente no comparecimento às consultas com os profissionais da equipe. Os resultados apontaram para a possibilidade de redução da frequência do paciente às consultas por dispor de grande quantidade de informações e até mesmo ter atendidas outras necessidades, como a de acolhimento, escuta, interação e de elogio ante o emagrecimento pela internet.

Como contribuição, o estudo confirmou a influência das informações contidas na internet, evidenciando a necessidade de a equipe considerar o uso da internet como variável que interfere e deve ser manejada durante o acompanhamento do paciente bariátrico. Tanto a quantidade como a qualidade desse uso devem ser avaliados e melhor direcionados devido o impacto que pode causar não só na relação médico-paciente, mas no seguimento do acompanhamento multiprofissional, posto que a perda de seguimento com as equipes de saúde está comprovadamente envolvida no reganho de peso (Bastos, et al., 2013; Silva, 2012; Reis, et al., 2012).

Diante dos dados coletados sugere-se aos profissionais que explorem o uso da internet de seus pacientes a fim de facilitar a comunicação profissional-paciente e estimular um maior engajamento nas mudanças exigidas pelo tratamento – recomendando sites confiáveis e uso adequado da internet –, que participem ativamente nos *sites* e redes sociais (*Facebook*) institucionais – principalmente aos quais estão ligados –, para que os mesmos se tornem fontes confiáveis de informações e meios efetivos de suporte aos pacientes. Também indica-se a diversificação de intervenções e serviços, implantando oficinas educativas, grupos de apoio e organizando caminhadas para estimular o acompanhamento após a cirurgia (Franques, 2009).

Entre as limitações do estudo destaca-se: a) o tamanho da amostra, considerando o número de pacientes bariátricos; b) a forma de divulgação e de coleta de dados, recrutamento de participantes e acesso ao questionário eletrônico somente via internet, ou seja, a amostra necessariamente contou com usuários da internet; c) número limitado de estudos nacionais sobre o tema,optou-se pela literatura nacional devido diferenças significativas entre o perfil de uso da internet entre pacientes de outros países, principalmente os mais desenvolvidos; d) curto tempo de duração da pesquisa, o que dificultou a coleta de dados com um maior número de participantes. Assim, sugerem-se

mais pesquisas sobre o tema com a população de pacientes bariátricos em serviços públicos e privados, como também em outros contextos de saúde.

Referências Bibliográficas

Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidade e indagações. *Psicologia USP*, 13 (1), 197-216.

Almeida, S.S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos em Psicologia, 17*(1), 153-160.

Arruda, R.T.C. (2003). Obesidade mórbida e intervenção. In Brandão, M. Z. da S., Conte, F. C. de S., Brandão, F. S., Ingberman, Y. K., Moura, C. B. de, Silva, V. M.da, & Oliane, S. M. (Orgs.). (2003). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 12. Clínica, pesquisa e aplicação*. Santo André: Esetec.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2012). *OMS: Obesidade Mata 2,8 milhões por Ano. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO).*

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2013). Cirurgia bariátrica: técnicas cirúrgicas avançam, mas abordagem multiprofissional continua sendo aspecto mais importante. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO).

Bagdade, P.S., & Grothe, K.B. (2012). Psychosocial Evaluation, Preparation, and Follow-up for Bariatric Surgery Patients. *Diabetes Spectrum 25*(4) 211-216.

Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., Soriano, G. M. S., Santos, E. A., & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, *26*(1), 26-32.

Bastos, G.B., & Ferrari, D.V. (2011). Internet e educação ao paciente. *Arquivos Internacionais deOtorrinolaringologia*, *15*(4), 515-522.

Benedetti, C. (2003). *De obeso a magro: a trajetória psicológica.* São Paulo: Vetor.

Benedetti, C. (2006). Funcionamento familiar e cirurgia da obesidade. Em A. R. M. Franques & M. S. Arenales-Loli (Orgs.), *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade* (pp. 105-123). São Paulo, SP: Vetor.

Benedetti, C. (2009). Preparo psicológico em grupo para cirurgia da obesidade. Em E. Ximenes, *Cirurgia da Obesidade: Um enfoque psicológico* (pp.79-89). São Paulo, SP: GEN.

Benedetto, C. di (2009). Avaliação psicológica comportamental na cirurgia bariátrica: Aspectos teórico-técnicos. Em E. Ximenes, *Cirurgia da Obesidade: Um enfoque psicológico* (pp.69-78). São Paulo, SP: GEN.

Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2008). *Cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade mórbida*. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS). Ano III nº 5.

Brasil. Portaria n. 425 (2013, 19 de março). *Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Buchwald, H., & Oien, D.M. (2013). *Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011*. O*besity Surgery*. , *23*(4) 427- 436. doi: 10.1007/s11695-012-0864-0

Cabral, R.V., & Trevisol, F.S. (2010). A influência da Internet na relação médico-paciente na percepção do médico. *AMRIGS Revista da Associação Médica Rio Grande do Sul*, *54*(4), 416-420.

Carmo, I. do, Fagundes, M. J., & Camolas, J. (2008). Cirurgia bariátrica. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, *2*(4), 43-50.

Costa, A.C.C., Ivo, M.L., Cantero, W. de B.,& Tognini, J.R.F (2009). Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, *22*(1), 55-59.

Cotta-Pereira, R., & Benchimol, A.K. (2006). Cirurgia bariátrica: aspectos cirúrgicos. Em M.A. Nunes, J.C. Appolinario, A.L. Galvão, & W. Coutinho, (Cols.), *Transtornos Alimentares e obesidade* (pp.353-366). 2a ed. Porto Alegre, RS: Artmed.

Coutinho, W., & Dualib, P. (2006). Etiologia da obesidade. Em M.A. Nunes, J.C. Appolinario, A.L. Galvão & W. Coutinho, (Cols.), *Transtornos Alimentares e obesidade* (pp.265-272). 2a ed. Porto Alegre, RS: Artmed.

Empresa Brasil de Comunicação, Agência Brasil (2013a). Número de cirurgias bariátricas cresce 90% em cinco anos. Empresa Brasil de Comunicação (EBC).

Empresa Brasil de Comunicação, Agência Brasil (2013b). Mulheres de 35 a 45 anos são maioria entre pacientes de cirurgia bariátrica. Empresa Brasil de Comunicação (EBC).

Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 26* (1), 47-51.

Fandiño, J., & Appolinário, J. C. (2006). Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. Em M.A. Nunes, J.C. Appolinario, A.L. Galvão & W. Coutinho, (Cols.), *Transtornos Alimentares e obesidade* (pp.367-374). 2a ed. Porto Alegre, RS: Artmed.

Franques, A.R.M. (2006). A entrevista psicológica. Em A.R.M. Franques & M.S. Arenales-Loli (Orgs.), *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade* (pp. 55-62). São Paulo, SP: Vetor.

Franques, A.R.M. (2009). Adesão ao tratamento pós-operatório: Por que é tão difícil. Em E. Ximenes, *Cirurgia da Obesidade: Um enfoque psicológico* (pp.99-108). São Paulo, SP: GEN.

Garbin, H.B.R., Pereira Neto, A.F., & Guilan, M.C.R. (2008). A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface Comunicação, Saúde, Educação, 12*(26), 579-588.

Gleiser, D. (2011). A equipe na cirurgia bariátrica. Em A. R. M. Franques & M.S. Arenales-Loli (Orgs.), *Novos corpos, novas realidades. Reflexões sobre o pós operatório da cirurgia da obesidade* (pp.273-284). São Paulo, SP: Vetor.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).*

Jacopetti, A. (2011). Práticas sociais e de comunicação de pacientes renais no *Facebook* da Fundação Pró-Rim. *Revista de Estudos da Comunicação, 12*(27), 81-89.

Keher, G. M., Souza, V. F. M., Vágula, S., Fiorese, L.V., Nardo Júnior, N., & Pereira, V. R. (2007). Prevenção e tratamento da obesidade: indicativos do sul do Brasil. *Ciência Cuidado e Saúde, 6*(2), 427- 432.

Marcelino, L.F., & Patrício Z.M. (2011). A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva, 16*(12), 4767 - 4776.

Marchesini, S.D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 23*(2), 108-113.

Martins, M.V.D.C. (2005). Porque o "by-pass" gástrico em y de roux é atualmente a melhor cirurgia para tratamento da obesidade. *Revista Brasileira Videocirurgia, 3*(2), 102-104.

Martínez, B.P.R., & Rentería, M.S. (2011). Acompanhamento psicológico após a cirurgia bariátrica. Em A. R. M. Franques & M. S. Arenales-Loli (Orgs.). *Novos corpos, novas realidades. Reflexões sobre o pós operatório da cirurgia da obesidade* (pp.155-170). São Paulo, SP: Vetor.

Makar, B., Quilliot, D. Zarnegar, R., Levan, T., Ayav, A., Bresler, L., Boissel, P., Brunaud, L. (2008).*What is the quality of information about bariatric surgery on the internet? Obesity Surgery, 18*(11),1455-1459. doi: 10.1007/s11695-008-9507-x

Moorehead, M.K. (2011). A cirurgia bariátrica é uma cirurgia comportamental e um milagre terrestre: perspectiva de uma psicóloga clínica. Em A.R.M. Franques & M. S. Arenales-Loli (Orgs.). *Novos corpos, novas realidades. Reflexões sobre o pós operatório da cirurgia da obesidade* (pp.155-170). São Paulo, SP: Vetor.

Moreno, C., Silva, A., Cecato, J., Bartholomeu, D., & Montiel, J. (2011). Caracterização das mudanças psicológicas ocasionadas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *Encontro: Revista De Psicologia, 14*(20), 99-116.

Molliner, J., & Rabuske, M. M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática, 10*(2), 44-60.

Oliveira, J.H.A. (2006). *Aspectos psicológicos de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica.* (Tese de Doutorado), PUC – Campinas, SP, Brasil.

Pacheco, E. S. (2006). Uma palavra sobre a dificuldade da adesão do paciente. Em Franques, A. R. M., & Arenales-Loli, M. S. (2006). *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade.* (pp.205-217). São Paulo: Vetor.

Reis, T.N., Silva, M.M.F., Silveira, V.F.B., & Andrade, R.D. (2012). Resultados da cirurgia bariátrica a longo prazo. *Ciência et Praxis*, *6*(10), 43-52.

Repetto, G. & Rizzoli, J. (2006). Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. Em M.A. Nunes, J.C. Appolinario, A.L. Galvão & W. Coutinho, (Cols.), *Transtornos Alimentares e obesidade* (pp.343-352). 2a ed. Porto Alegre, RS: Artmed.

Rodrigues, M. P. C. (2011). *Reabilitação de pessoas com lesão medular: relevância, aplicações e desafios relacionados ao uso da internet.* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para a realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(Sup III), 68-72.

Segal, A., & Franques, A. R. M. (Coords.). (2012). *Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica*. São Paulo, SP: Miró Editorial.

Silva, E.V., & Castro, L.L.C. (2008). A internet como forma interativa de busca de informação sobre saúde pelo paciente. *Revista TEXTOS de La CiberSociedad*, 16. Monográfico: Internet, sistemas interativos e saúde. Disponível em http://www.cibersociedad.net.

Silva, F.B.L. (2012). *Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em Y-de-Roux*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Silvestre, J.C.C., Rocha, P.A.C., Silvestre, B.C., Cabral, R.V., & Trevisol, F.S. (2012). Uso da internet pelos pacientes como fonte de informação em saúde e a sua influência na relação médico-paciente. *AMRIGS Revista da Associação Médica Rio Grande do Sul*, *56*(2), 149-155.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). (2008). *Consenso Bariátrico Brasileiro*. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM).

Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, *3* (XXII), 533-550.

Ximenes, E.G. (2009). *Cirurgia da Obesidade: um enfoque psicológico*. São Paulo, SP: GEN.

Ximenes, E.G., & Oliveira, L.P.A. (2012). Preparo psicológico pré-operatório e o termo de consentimento informado. Em A. Segal & A. R. M. Franques (Coords.), *Atuação multidisciplinar na cirurgia bariátrica* (pp.139-148). São Paulo, SP: Miró Editorial.

Wadden, A.T., & Sarwer,D.B. (2006). Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-orientated approach. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 2* (2), 171-179.

Zeve, J.L.M., Novais, P. O., & Oliveira Júnior, N. (2012). Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. *Revista Ciência e Saúde, 5*(2),132-140.

Anexos

Anexo 1 - Questionário Eletrônico

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Participantes

Prezado (a) Senhor (a),

Estou estudando o uso da internet pelos pacientes bariátricos e sua influência no acompanhamento multiprofissional. Assim convido o (a) senhor (a) para participar, como voluntário, deste trabalho, respondendo ao questionário eletrônico por aproximadamente quinze minutos. Para isto, o (a) senhor (a) deve ter idade entre 18-65 anos e ter realizado cirurgia bariátrica há no mínimo 3 (três) meses e no máximo 2 anos (24 meses).

Ressalto que os resultados desta pesquisa poderão ser úteis na melhoria da assistência prestada às pessoas submetidas a este tratamento. Não haverá ganhos financeiros para nenhuma das partes ou benefícios diretos e individuais. O anonimato dos participantes será garantido, as informações fornecidas serão tratadas com sigilo e utilizadas para a realização desta pesquisa.

A sua participação é voluntária, sendo que o (a) senhor (a) poderá interromper ou se retirar do estudo, a qualquer momento, se assim desejar, bastando não concluir o preenchimento do questionário, selecionando a opção Desejo sair da pesquisa.

A pesquisa é vinculada ao IBAC - Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento; está sendo coordenada pela psicóloga e especializanda Michele Pereira Martins, sob a orientação da professora Msc. Marcela Abreu Rodrigues e da Msc. Marinna Simões Mensório; e foi aprovada pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF, no dia 08 de Julho de 2013(CAAE: 15920513.0.0000.5553, Número do Parecer: 328.626).

Eu sou a pesquisadora responsável, me chamo Michele Pereira Martins e poderei ser contactada por meio do e-mail mpereira1606@yahoo.com.br ou pesquisawebcirurgiabariatrica@gmail.com. Mais informações podem ser obtidas pelo telefone (061) 3325-4955, e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br ou Site www.fepecs.edu.br.

Conto com a sua participação e agradeço antecipadamente pela valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,

Michele Pereira Martins CRP 01/13019

***1. 1. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do presente estudo, pois ficaram claros para mim quais são seus propósitos. Confirmo a informação de que eu tenho idade entre 18 e 65 anos e de que fui submetido a cirurgia bariátrica.**
Assim concordo em participar deste estudo voluntariamente e estou ciente de que posso interromper minha participação a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

- ○ CONCORDO
- ○ NÃO CONCORDO

Instruções Gerais

Prezado participante,

Obrigada pelo seu interesse em participar desta pesquisa!

Por favor, antes de começar a responder ao questionário que compõe esta pesquisa, leia atentamente as informações abaixo:

- O questionário é composto por questões sobre: Dados sociodemográficos, Dados referente à cirurgia bariátrica e Uso da internet;

- Antes de marcar as suas respostas, leia atentamente a questão e todas as opções de respostas;

- Ao terminar de responder a todas as questões de uma página, clique em PRÓXIMA PÁGINA para avançar;

- A qualquer momento você pode interromper e recomeçar a responder novamente ao questionário. Para recomeçar, basta clicar no endereço eletrônico da pesquisa, localizado no e-mail enviado para você. É preciso que, ao responder o questionário, você utilize sempre o mesmo computador, aquele no qual estava desde quando abriu pela primeira vez o link da pesquisa;

- Para rever ou alterar suas respostas, volte às páginas anteriores, clicando em PÁGINA ANTERIOR;

- Caso você não consiga avançar para a próxima página, observe se não há nenhuma mensagem em vermelho na página que aparece na tela. As mensagens em vermelho sinalizam o que faltou ser respondido;

- Ao terminar de responder o questionário, clique em CONCLUIR na última página;

- Após ter finalizado sua participação nesta pesquisa, caso você receba um novo link sobre ela, por favor não responda.

ATENÇÃO: ESTE QUESTIONÁRIO ESTARÁ DISPONÍVEL ATÉ O DIA 10/08/2013.

Mas uma vez, obrigada por sua colaboração!

I. Dados sociodemográficos

Por favor informe seu dados pessoais

***2. Idade (anos):**

***3. Sexo:**

- ◯ Feminino
- ◯ Masculino

***4. Estado civil:**

- ◯ Casado
- ◯ Solteiro(a)
- ◯ Separado(a)
- ◯ Divorciado(a)
- ◯ Viúvo(a)
- ◯ União estável

***5. Filhos:**

- ◯ Não
- ◯ Sim

Quantos?

***6. Escolaridade:**

- ◯ Ensino Fundamental
- ◯ Ensino Médio incompleto
- ◯ Ensino Médio
- ◯ Ensino Técnico
- ◯ Ensino Superior incompleto
- ◯ Ensino Superior completo
- ◯ Pós Graduação
- ◯ Mestrado
- ◯ Doutorado
- ◯ Pós Doutorado

7. Situação de emprego atual:

- ◯ Servidor ou empregado público.
- ◯ Trabalho em emprego fixo, com todos os direitos trabalhistas.
- ◯ Trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas.
- ◯ Trabalho por conta própria, regularmente.
- ◯ Trabalho por conta própria, às vezes.
- ◯ Estou desempregado (a)/ não estou trabalhando.
- ◯ Nunca trabalhei.
- ◯ Estou aposentado (a).
- ◯ Tenho benefício continuado.

Outro (especifique)

***8. Profissão:**

***9. Renda familiar mensal (Salário mínimo R$ 678,00):**

- ◯ Menos de 1 Salário Mínimo
- ◯ De 1,1 a 4 Salários Mínimos
- ◯ De 4,1 a 8 Salários Mínimos
- ◯ Mais de 8,1 Salários Mínimos

***10. Cidade/estado onde reside:**

11. Deseja continuar na pesquisa?

- ◯ Desejo continuar na pesquisa.
- ◯ Desejo sair da pesquisa.

II. Dados referente à cirurgia bariátrica

***12. Data da cirurgia:**

	DD	MM	AAAA
Data	/	/	

***13. Técnica:**

- ◯ By pass gástrico em Y de Roux - Fobi-Capella
- ◯ Gastrectomia Vertical - Sleeve/Manga Gástrica
- ◯ Banda Gástrica - Anel

Outro (especifique)

***14. Local da cirurgia:**

- ◯ Hospital do SUS
- ◯ Hospital Indicado pelo Convênio
- ◯ Hospital Particular pago com recursos próprios

***15. Faz acompanhamento pós-cirúrgico em qual serviço?**

- ☐ Hospital do SUS
- ☐ Clínica/Hospital pelo convênio
- ☐ Clínica/Hospital Particular pago com recursos próprios

16. Quais profissionais lhe acompanharam antes da cirurgia? E quantas consultas?

	1	2	3	4	5	Mais de 5
Cirurgião	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Endocrinologia	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Nutrição	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Psicologia	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Outro (especifique)

***17. Teve alguma complicação física ou psicológica no pós-cirúrgico tardio que o (a) levou a procurar a equipe?**

- ◯ Não
- ◯ Sim

Qual complicação?E quanto tempo após a cirurgia?

18. A complicação que fez você procurar a equipe foi resolvida?

- ◯ Não
- ◯ Sim

***19. Com quais especialidades mantém atualmente o acompanhamento multiprofissional? E com qual periodicidade?**

	nenhum	quinzenal	mensal	trimestral	semestral	anual
Cirurgião	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Endocrinologia	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Nutrição	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Psicologia	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Outro (especifique)

***20. Os profissionais que o acompanham atualmente são os mesmos do pré-cirúrgico?**

- ◯ Sim
- ◯ Não

Em caso negativo, qual (is) profissional (is) mudaram? E qual o motivo?

***21. Possui dificuldades em manter o acompanhamento multiprofissional?**

- ◯ Não
- ◯ Sim

Quais dificuldades?

22. Deseja continuar na pesquisa?

- ◯ Desejo continuar na pesquisa.
- ◯ Desejo sair da pesquisa.

III. Sobre o uso da internet

***23. Você utiliza a internet para acessar informações sobre saúde e cirurgia bariátrica?**

- ◯ Sim
- ◯ Não

***24. Com que frequência você acessa a internet em busca de informações sobre saúde e cirurgia bariátrica?**

- ◯ Sem acesso à internet
- ◯ Todos os dias
- ◯ De duas a três vezes por semana
- ◯ Mais de cinco vezes por semana
- ◯ Somente aos finais de semana

Outra (especifique)

***25. A frequência dos acessos à internet depois da cirurgia?**

- ◯ Aumentou
- ◯ Diminuiu
- ◯ Se manteve na mesma frequência

***26. Onde e ou como você costuma buscar essas informações:**

- ☐ Ferramentas de pesquisa (google, yahoo)
- ☐ Site do serviço de saúde ou da equipe que lhe assiste
- ☐ Sites de outros serviços que prestam assistência a pacientes submetidos a cirurgia bariátrica
- ☐ Sites que centralizam informações sobre o tema
- ☐ Sites com menos termos técnicos
- ☐ Blogs/fotologs
- ☐ Facebook
- ☐ Twitter
- ☐ E-mail de profissionais da equipe que te acompanhou no pré cirúrgico
- ☐ E-mail de outros profissionais de saúde que possam responder rapidamente questões sobre saúde e autocuidado

Outro (especifique)

***27. Sobre cirurgia bariátrica, quais informações você costuma buscar?**

- [ ] Últimas pesquisas sobre Cirurgia Bariátrica
- [ ] Cuidados pré operatórios
- [ ] Cuidados pós operatórios
- [ ] Emagrecimento pós cirurgia bariátrica
- [ ] Complicações após cirurgia bariátrica
- [ ] Cirurgia Plástica
- [ ] Reganho de peso
- [ ] Alimentação saudável
- [ ] Atividade física
- [ ] Comportamento alimentar
- [ ] Espaços para interagir com outros pacientes bariátricos (grupos de apoio online)
- [ ] Contato de profissionais de saúde especializados na área

Outro Qual (is)?

***28. Situações como consultas, recebimento de exames laboratoriais, contatos em rede sociais influenciam a sua busca por informações na internet?**

- ◯ Não
- ◯ Sim

Descreva as situações e os motivos que influenciam a sua busca por informações?

***29. Qual (is) é (são) os benefícios que você tem com o uso das informações sobre saúde e cirurgia bariátrica obtidas na internet?**

***30. Você comenta com o(s) profissional(is) de saúde que lhe acompanham que busca informações sobre cirurgia bariátrica na internet?**

- ◯ Não
- ◯ Sim

***31. Em geral como o(s) profissional(is) de saúde reage(m) quando você comenta com ele que busca informações sobre cirurgia bariátrica na internet?**

- ◯ Favoravelmente
- ◯ Muito favoravelmente
- ◯ Desfavoravelmente
- ◯ Muito desfavoravelmente
- ◯ Não emitem comentários a respeito
- ◯ Não informo aos profissionais de saúde que busco informações sobre saúde e ou cirurgia bariátrica na internet

Outra(s) reação(ões):

***32. Você costuma fazer contato pela internet com profissionais que prestam assistência à pacientes bariátricos?**

- ◯ Não
- ◯ Sim

***33. Participa de alguma rede social de cirurgia bariátrica?**

- ◯ Não
- ◯ Sim

Qual (is)?

***34. Qual (is) é (são) os benefícios de participar de uma rede social de cirurgia bariátrica?**

***35. Possui outras fontes de informações sobre cirurgia bariátrica?**

- ◯ Não
- ◯ Sim

Qual(is)?

***36. O quanto você segue as orientações que recebe sobre cirurgia bariátrica?**

	Nada	Pouco	Muito	Totalmente
Fornecida por profissionais de saúde	○	○	○	○
Fornecidas em sites na internet	○	○	○	○
Fornecidas por outras fontes como Programas de TV, revistas, jornais	○	○	○	○
Fornecidas por outros pacientes submetidos a cirurgia bariátrica	○	○	○	○

Outras (especifique)

***37. Você acredita que seu uso da internet influencia o seu seguimento do acompanhamento multiprofissional?**

○ Não

○ Sim

De que modo?

38. Qual (is) o(s) serviços que os profissionais de saúde podem oferecer para estimular o acompanhamento dos pacientes no pós-cirúrgico? E em qual frequência?

	semanal	quinzenal	mensal	bimenstral	trimestral	semestral
Reuniões para orientações	○	○	○	○	○	○
Grupos de apoio presencial	○	○	○	○	○	○
Grupos de apoio virtual	○	○	○	○	○	○
Caminhadas	○	○	○	○	○	○
Terapia ocupacional	○	○	○	○	○	○

Outro (especifique)

39. Utilize o espaço abaixo para fazer comentários, críticas e ou sugestões sobre a pesquisa.

Desejo sair da pesquisa.

***40. Caro participante você tem certeza que deseja sair da pesquisa? Por favor informe o(s) motivo(s).**

Fim do Questionário

Agradeço por ter participado da pesquisa e desejo-lhe sucesso em seu tratamento cirúrgico.

Atenciosamente,

Michele Martins
CRP 01/13019
mpereira1606@yahoo.com.br

Anexo 2 - Texto Convite Enviado por E-mail aos Pacientes da Rede da Pesquisadora

Caros pacientes,

Estou estudando o uso da internet pelos pacientes bariátricos e sua influência no acompanhamento multiprofissional e venho por meio deste grupo divulgar meu Projeto de Pesquisa: A INFLUÊNCIA DO USO DA INTERNET NO ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA, assim como convida-los a participar, como voluntários, deste trabalho.

Para isso, basta clicar no endereço eletrônico do questionário, que poderá também ser enviado para pessoas da sua rede de contatos. Link: https://www.surveymonkey.com/s/MDG8KHG .

A pesquisa é vinculada ao IBAC - Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento e foi aprovada pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF, no dia 08 de Julho de 2013 (CAAE: 15920513.0.0000, Número do Parecer: 328.626).

Qualquer dúvida, dificuldade, sugestão ou comentário, por favor, entre em contato comigo pelos e-mails: mpereira1606@yahoo.com.br ou pesquisawebcirurgiabariatrica@gmail.com.

Muito obrigada pela sua atenção e valiosa colaboração!

Atenciosamente,

Michele Pereira Martins - CRP 01/13019

Anexo 3 - Texto Convite Postado nos Grupos da Rede Social *Facebook*

Prezados Membros do Grupo,

Primeiramente venho parabenizar: o administrador do grupo, pela iniciativa e trabalho e os demais membros pelas contribuições e trocas proporcionadas; e em seguida venho pedir-lhes autorização para divulgar meu Projeto de Pesquisa: A INFLUÊNCIA DO USO DA INTERNET NO ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA.
Estou estudando o uso da internet pelos pacientes bariátricos e sua influência no acompanhamento multiprofissional e venho por meio deste grupo divulgar a pesquisa, assim como convidar os membros a participarem, como voluntários, deste trabalho conforme Questionário Eletrônico em anexo.
Para isso, basta clicar no endereço eletrônico do questionário, que poderá também ser enviado para pessoas da sua rede de contatos.
Link: https://www.surveymonkey.com/s/MDG8KHG .

Qualquer dúvida, dificuldade, sugestão ou comentário, por favor, entre em contato comigo pelos e-mails: mpereira1606@yahoo.com.br ou pesquisawebcirurgiabariatrica@gmail.com.

Muito obrigada pela sua atenção e valiosa colaboração!

Atenciosamente,

Michele Pereira Martins
CRP 01/13019

Anexo 4 - Texto Convite Enviado aos Profissionais e às Instituições de Saúde do DF

Prezado (a) Senhor (a)

Estou estudando o uso da internet pelos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e sua influência no acompanhamento multiprofissional. Por terem suas atividades relacionadas ao tema da pesquisa, convido o (a) senhor (a) a participar, como voluntário, deste trabalho, com a divulgação desta pesquisa de duas formas, isoladas ou conjuntas:

- Enviando o endereço eletrônico do questionário para os *e-mails* de pacientes (entre 18-65 anos) que realizaram a cirurgia bariátrica há no mínimo 3 (três) meses e no máximo 2 anos (24 meses) e para outros profissionais da sua rede de relacionamentos que atuam na área. Link: https://pt.surveymonkey.com/s/MDG8KHG
- Disponibilizando o endereço eletrônico do questionário Link: Clique aqui para responder ao questionário no website e redes sociais da sua instituição.

Ressalto que os resultados desta pesquisa poderão ser úteis na melhoria da assistência prestada às pessoas submetidas ao tratamento cirúrgico e que não haverá ganhos financeiros para nenhuma das partes ou benefícios diretos e individuais. O anonimato dos participantes assim como das instituições de saúde na qual realizaram e ou realizam o tratamento cirúrgico será garantido. As informações fornecidas serão tratadas com sigilo e utilizadas para a realização desta pesquisa. A sua participação é voluntária, sendo que o (a) senhor (a) poderá não participar do estudo, se assim desejar, bastando não enviar ou disponibilizar o questionário eletrônico.

A pesquisa é vinculada ao IBAC - Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento; está sendo coordenada pela psicóloga e especializanda Michele Pereira Martins, sob a orientação da professora Msc. Marcela Abreu Rodrigues e participação da Msc. Marinna Simões Mensório; e foi aprovada pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF, no dia 08 de Julho de 2013 (CAAE: 15920513.0.0000, Número do Parecer: 328.626).

Eu sou a pesquisadora responsável, me chamo Michele Pereira Martins e poderei ser contactada por meio do e-mail mpereira1606@yahoo.com.br ou pesquisawebcirurgiabariatrica@gmail.com. Mais informações podem ser obtidas pelo telefone (061) 3325-4955, e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br ou Site www.fepecs.edu.br.

Conto com a sua participação e agradeço antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,

Michele Pereira Martins

CRP 01/13019