

Construção e validação de instrutivo para o cuidado nutricional da pessoa com obesidade grave no Sistema Único de Saúde

Construction and validation of an instruction manual of nutritional care for severely obese people in the Unified Health System

Construcción y validación de instructivos para el cuidado nutricional en la obesidad severa en el Sistema Único de Salud

Mariana de Moura e Dias (<https://orcid.org/0000-0003-0822-0721>)¹

Olívia Gonçalves Leão Coelho (<https://orcid.org/0000-0002-8819-6305>)¹

Flávia Galvão Cândido (<https://orcid.org/0000-0001-7687-6189>)¹

Helen Hermana Miranda Hermsdorff (<https://orcid.org/0000-0002-4441-6572>)^{1,2}

Resumo O artigo descreve a construção e a validação de um instrutivo destinado ao cuidado nutricional de pessoas com obesidade grave no Sistema Único de Saúde (SUS). Na construção do instrutivo, uma ampla revisão de literatura foi realizada para identificação e discussão dos tópicos a serem abordados. As validações de conteúdo e aparente se deram mediante técnica Delphi e grupos focais, respectivamente, com juízes nutricionistas especialistas e práticos de todas as regiões do Brasil. De acordo com a técnica Delphi, os atributos do instrutivo e seu conteúdo como um todo foram avaliados como adequadamente e suficientemente abordados, mediante valores obtidos para o índice de validade de conteúdo (IVC > 0,8). Nos grupos focais, atingiu-se a saturação de conteúdo. Além disso, discussões alinhadas com a realidade do SUS foram conduzidas e, posteriormente, incorporadas ao instrutivo, para adequar a versão final às necessidades dos profissionais do SUS. Em conclusão, o instrutivo construído para preencher uma lacuna sobre o cuidado nutricional da pessoa com obesidade grave apresenta conteúdo adequado em qualidade e tópicos de interesse (validação de conteúdo), aplicável dentro da realidade do(s) nutricionistas do SUS (validade aparente).

Palavras-chave Validação, Profissional de saúde, Nutricionista, Serviço de saúde, Sistema Único de Saúde

Abstract This article describes the construction and validation of an instruction manual geared toward nutritional care (NC) for people with severe obesity in the Brazilian Unified Health System (SUS). In the production of this instruction manual, a broad literature review was conducted for the identification and discussion of topics to be treated. The content and appearance validity were conducted according to the Delphi technique and to focus groups, respectively, with evaluators who were nutritionists and practitioners, from different regions of Brazil. According to the Delphi technique, the instruction attributes and their content as a whole were properly and sufficiently evaluated according to values obtained for the Content Validity Index (CVI > 0.8). In the focus groups, the saturation of content was reached. Furthermore, discussions considering the reality of SUS were conducted and subsequently incorporated into the instructions in order to adequate the final version of the instructions to SUS professionals' needs. In conclusion, the instruction manual produced to fill the gap regarding nutritional care for people with severe obesity presents an adequate content in terms of both quality and topics of interest (content validation), and is applicable within the reality of SUS nutritionists (appearance validity).

Key words Validation, Health professional, Nutritionist, Health service, Unified Health System

Resumen Este artículo describe la construcción y validación de una instrucción orientada a la atención nutricional de personas con obesidad severa en el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño. Al construir la instrucción se realizó una amplia revisión de la literatura para identificar y discutir los temas a tratar. Las validaciones de contenido y aparente fueron realizadas mediante la técnica Delphi y grupos focales, respectivamente, con jueces expertos y prácticos nutricionistas de todas las regiones de Brasil. Según la técnica Delphi, se evaluaron los atributos de la instrucción y su contenido en su conjunto como adecuados y suficientemente abordados, con base en los valores obtenidos para el índice de validez de contenido (IVC > 0,8). Se alcanzó la saturación de contenidos en los grupos focales. Además, se realizaron discusiones alineadas con la realidad del SUS y posteriormente incorporadas a la instrucción, para adaptar la versión final de la instrucción a las necesidades de los profesionales del SUS. En conclusión, la instrucción creada para cubrir un vacío en el cuidado nutricional de personas con obesidad severa presenta contenidos adecuados en términos de calidad y temas de interés (validación de contenido) y aplicables dentro de la realidad de los nutricionistas del SUS (validez aparente).

Palabras clave Validación, Profesional de la salud, Nutricionista, Servicio de salud, Sistema Único de Salud

¹ Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa MG Brasil.

² Instituto de Políticas Públicas e Desenvolvimento Sustentável, Universidade Federal de Viçosa. Avenida P.H. Rolfs s/n, Campus Universitário. 36570-900 Viçosa MG Brasil. helenhermana@ufv.br

Introdução

A obesidade grave, caracterizada pelo índice de massa corporal (IMC) $\geq 35 \text{ kg/m}^2$, com comorbidades, ou IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, independentemente de comorbidades, é uma doença crônica e progressiva, com risco elevado de complicações, comprometendo a qualidade e reduzindo a expectativa de vida do indivíduo. Impacta diretamente nos gastos com saúde e também gera custos devido à perda de produtividade^{1,2}. Sua etiologia resulta da interação entre múltiplos fatores³, o que indica que o cuidado com as pessoas com obesidade grave (PCOG) deve abranger intervenções políticas e estratégias de saúde, executadas por equipe multiprofissional capacitada¹.

As diretrizes atuais de tratamento da obesidade grave definem uma abordagem abrangente, incluindo dieta, atividade física e estratégias comportamentais, e recomendam que o indivíduo receba acompanhamento nutricional durante pelo menos dois anos antes da realização da cirurgia⁴. Logo, a organização do cuidado nutricional (CN) da PCOG deve considerar o contexto em que essas pessoas estão inseridas, visando a melhor adesão e o sucesso do tratamento⁵.

Apesar dos recentes documentos destinados ao cuidado da pessoa com obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶⁻¹¹, ainda há uma lacuna de documentos oficiais específicos para o tratamento da obesidade grave.

Para garantir a construção de um material de qualidade e que alcance seus objetivos, é essencial que o mesmo seja avaliado quanto à sua efetividade e aplicabilidade, passando pela validação com profissionais e especialistas. Esse processo permite mensurar a qualidade de suas informações, bem como estabelecer sua aplicabilidade nos serviços de saúde¹². Logo, este estudo objetiva descrever o processo de elaboração e validação de um instrutivo para o CN da PCOG no SUS.

Métodos

Construção do instrutivo

Para elaborar um material robusto e que atenda às necessidades dos nutricionistas, envolvidos no cuidado da PCOG, a construção do instrutivo ocorreu em seis etapas (Figura 1).

Um levantamento dos principais aspectos do CN da PCOG foi realizado e um sumário executivo foi elaborado. Os tópicos foram cria-

dos após revisão de literatura exploratória nas bibliotecas eletrônicas do Ministério da Saúde (MS), em *sites* de instituições como Organização Mundial da Saúde (OMS) e World Obesity Federation (<https://www.worldobesity.org>) e busca em bases de dados eletrônicas de relevância científica na área de saúde. Os termos utilizados foram: “obesidade grave”, “obesidade”, “sobrepeso”, “cirurgia bariátrica”, “diretrizes”, “recomendação”, “diretrizes práticas” e “tratamento nutricional”, isolados ou de forma combinada.

Visto que o material aborda o CN de usuários do SUS, o instrutivo foi baseado em recomendações específicas ou adaptadas para a população brasileira. Na insuficiência de informações ou quando a pertinência do material justificasse, diretrizes e artigos científicos internacionais foram utilizados com adaptações.

Feita a seleção dos documentos e artigos, efetuou-se a extração do conteúdo. A partir disso, o instrutivo foi redigido, seguido de revisões e correções pelos pesquisadores responsáveis, até a versão preliminar do instrutivo, que foi encaminhada para o processo de validação.

Procedimentos de validação

A validação ocorreu em etapas. A primeira, de conteúdo, foi por meio da técnica Delphi¹³, com especialistas em tratamento nutricional da obesidade, cirurgia bariátrica e saúde coletiva. A segunda foi a validação aparente, constituída pela realização de grupo focal com especialistas na área e nutricionistas da Rede de Atenção à Saúde (RAS)^{14,15}.

A validação de conteúdo ocorreu entre janeiro e maio de 2022, e a validação aparente entre abril e maio de 2022. Compuseram a amostra 35 nutricionistas, sendo 15 na validação de conteúdo e 20 na validação aparente. Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (CAAE: 50925321.8.0000.5153 – Parecer: 4.992.877).

Seleção dos juízes

Os juízes foram selecionados a partir de análise do currículo Lattes, busca em prefeituras municipais, conselhos regionais de nutrição (CRN) e hospitais e por indicação dos próprios convidados já confirmados, utilizando-se da metodologia de bola de neve¹⁶. Considerou-se como especialistas nutricionistas e professores do ensino superior de universidades públicas federais com experiência em obesidade. Como profissionais, foram convidados nutricionistas

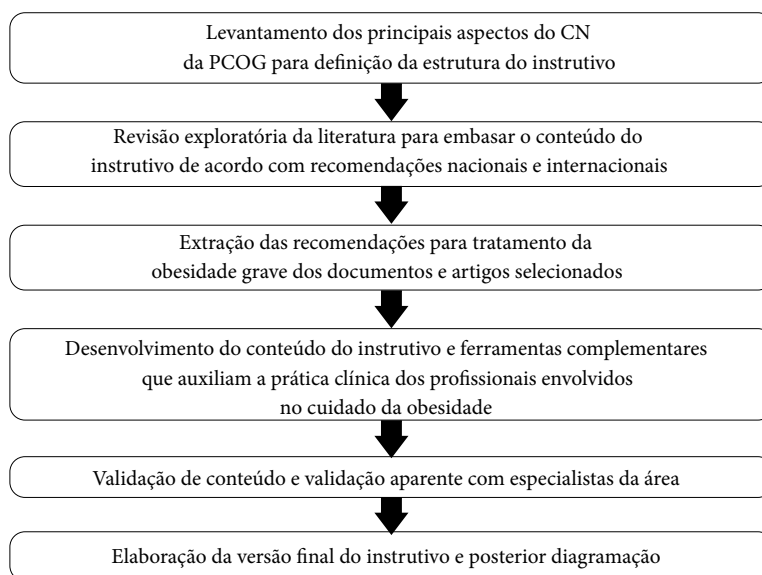


Figura 1. Etapas do processo de construção do instrutivo.

Fonte: Autores.

que trabalham na atenção primária e especializada. Contataram-se nutricionistas de todas as regiões do país, de forma que a amostra fosse representativa da realidade brasileira.

O contato com os participantes foi através de correio eletrônico e/ou aplicativo móvel (WhatsApp). Contudo, todas as informações oficiais foram enviados via correio eletrônico. Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa e à natureza da coleta de dados e assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nas duas etapas. Durante a realização do grupo focal, todos os participantes declararam verbalmente que tinham conhecimento do TCLE e que concordavam com a gravação da reunião.

Validação do conteúdo

Para a validação de conteúdo, uma versão completa (e não diagramada) do instrutivo e um sumário executivo diagramado (para validação da aparência) foram enviados aos juízes, juntamente com o TCLE e o questionário de avaliação.

O questionário de avaliação apresentava afirmativas que deveriam ser julgadas com base em escala do tipo Likert com pontuação de 1 a 5, em que “1” significa discordo totalmente, “2” discordo parcialmente, “3” indiferente, “4” concordo parcialmente e “5” concordo totalmente.

E para cada afirmativa os juízes podiam fazer comentários em campos abertos. Os atributos contemplados no questionário foram usabilidade, funcionalidade, conteúdo, relevância e aparência do instrutivo¹⁷⁻¹⁹.

A partir dessas respostas foram calculados os índices de validade de conteúdo de cada item (IVCi) e da escala (IVCt). Para cada atributo foi calculada a proporção de juízes que consideraram notas máximas (4 e 5) para cada item, sendo que a média dos itens foi o IVCi. Já o IVCt foi gerado a partir da média de todos os IVCis para cada atributo. Em ambos os casos foram considerados adequados os IVCs $\geq 0,80$ ¹⁵.

A avaliação pelos juízes aconteceu em duas rodadas de avaliação do conteúdo, até que o IVC atingisse um valor acima de 0,80 em todas as questões. Como na segunda rodada esse valor foi atingido, não houve necessidade de uma terceira rodada²⁰.

Validação aparente

A validação aparente visa avaliar a aplicabilidade do material construído¹⁴. Para isso, foram utilizadas oficinas de escuta, o que favorece o aprofundamento da discussão. Três grupos focais foram realizados pelo Google Meet, em dois dias e horários distintos, definidos em comum acordo entre os participantes e a equipe organizadora. Cada grupo teve um mediador, respon-

sável pela elaboração do instrutivo, e um observador, responsável pelo apoio técnico e pela elaboração da síntese das discussões realizadas pelo grupo. O mediador e o observador foram o mesmo para todos os grupos. Assim como na validação de conteúdo, os participantes receberam o material para avaliação e leitura, juntamente com um questionário de avaliação. A sistematização das respostas dos questionários foi colocada em discussão em uma perspectiva interativa, favorecendo a retroalimentação dos resultados produzidos para a obtenção do consenso. A partir dos temas de maior discordância do questionário, avaliados pelo IVCi, um roteiro foi elaborado para nortear a discussão nos grupos²¹. Ao longo da discussão, cada grupo estabeleceu seu consenso sobre as questões apresentadas.

Análise dos grupos focais

O *software* IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) foi utilizado para fazer uma análise textual dos dados, cujo método usa cálculos estatísticos para analisar variáveis qualitativas, superando a dicotomia entre dados quantitativos e qualitativos²². Trata-se de um *software* gratuito que utiliza o ambiente estatístico do *software* R e da linguagem python (www.python.org).

O uso do IRaMuTeQ permitiu a realização de cálculo de frequência de palavras, classificação hierárquica descendente (CHD), análise de similitude e nuvem de palavras. Na CHD, os resultados são expressos em dendrogramas, que são formados a partir de classes determinadas por testes estatísticos²². Nesse, os títulos das classes são gerados a partir de segmentos de texto do corpus textual²³, e quanto mais próximas as classes no dendrograma, maior a afinidade entre si²⁴. Todas as palavras do dendrograma se relacionam com o corpus textual (p -valor < 0,05) e estão em ordem decrescente de conexão, ou seja, quanto maior o valor de qui-quadrado, maior a associação entre a palavra e o restante do corpus. A análise de similitude identificou graficamente as ocorrências entre as palavras e a conexão entre elas. O tamanho de cada palavra indica sua importância no corpus, e a espessura das linhas que ligam os agrupamentos indica o grau de associação entre eles. Logo, quanto mais espessa a linha, maior a intensidade da associação. Os núcleos ou agrupamentos indicam as semelhanças entre os vocábulos^{22,25}. Por fim, a nuvem de palavras identifica graficamente os

principais elementos do corpus. A disposição e o tamanho das palavras na nuvem são proporcionais à sua frequência no corpus, ou seja, quanto mais central e maior a palavra, mais prevalente ela foi nas discussões²².

Para inserir o material textual no IRaMuTeQ, foi feita uma preparação prévia. Primeiro identificou-se quais textos formaram o corpus de análise, que apresenta um conteúdo textual homogêneo²². Logo, os grupos focais foram transcritos e os arquivos divididos em quatro temáticas, trabalhadas em cada uma das questões expostas para a discussão. Assim, foram organizados quatro corpus, dois para a CHD, um para similitude e outro para a nuvem de palavras. Após a definição do texto que compõe o corpus, seguiu-se para a organização do arquivo em documento de Word, com as respostas da questão referente à temática de cada um dos grupos focais, com a inserção de uma linha de codificação com informações do texto na linguagem que o *software* reconhece.

Com os textos no mesmo arquivo, a etapa seguinte foi a de organização do conteúdo. Por fim, o arquivo foi convertido ao formato .txt (texto sem formatação) com a seleção de outra codificação via opção UTF-8. O corpus formatado foi inserido e lido pelo *software*, com posterior realização das análises citadas.

Resultados

Construção do instrutivo

O instrutivo foi estruturado em nove tópicos, para contemplar os principais aspectos do CN nos três níveis de atenção do SUS, e apêndices contendo ferramentas inéditas e de extrema relevância que irão auxiliar o nutricionista no trabalho cotidiano (Quadro 1). A escolha desses tópicos está de acordo com a necessidade do público-alvo do instrutivo, haja vista que foi legitimado pela fala dos juízes durante a realização dos grupos focais.

O tópico “Cuidado nutricional” aborda as bases para promover o CN da PCOG, incluindo a avaliação, o diagnóstico nutricional e a construção de metas para acompanhamento e avaliação da adesão ao tratamento. Também se enfatiza a importância da visão integral do indivíduo durante o acolhimento e o estabelecimento de vínculo, que melhoram a adesão e o sucesso no tratamento. Pela fala dos juízes, observa-se que o profissional deve ter “escuta ativa, identificando as peculiaridades de cada

Quadro 1. Conteúdo do Instrutivo para o cuidado nutricional da pessoa com obesidade grave no SUS.

Capítulos	Conteúdo	Objetivos
Apresentação	- Autores do Instrutivo - Objetivo do Instrutivo	- Contextualizar o processo de construção do Instrutivo, apresentando as Instituições envolvidas, a população assistida e os objetivos propostos.
Introdução	- Complexidade do tratamento - Cuidado interdisciplinar - Organização da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade	- Apresentar desafios e perspectivas no tratamento da obesidade grave, tais como estigma, ausência de responsividade aos tratamentos convencionais e ambiente alimentar; - Valorizar o impacto positivo do cuidado multiprofissional; - Conscientizar sobre a integralidade e a longitudinalidades das ações em alimentação e nutrição.
Cuidado nutricional	- Avaliação e diagnóstico nutricional - Visão integral do indivíduo - Estabelecimento de vínculos - Estabelecimento de metas para mudança de hábitos - Avaliação da adesão ao acompanhamento nutricional - Abordagens individuais e coletivas	- Descrever a atuação do nutricionista em particularidades como estigma da obesidade, carências nutricionais, sarcopenia e perda do controle da fome e da saciedade; - Apresentar os principais distúrbios da pessoa com obesidade grave (PCOG) com sugestões de condutas; - Abordar o impacto do comportamento alimentar sobre o controle da ingestão alimentar; - Descrever as particularidades e os indicadores na avaliação nutricional da PCOG; - Valorizar a busca por uma visão integrativa da PCOG através de uma anamnese detalhada; - Apresentar estratégias para auxiliar nas mudanças no estilo de vida, segundo o estágio de prontidão; - Discutir como criar metas factíveis de serem realizadas pela PCOG; - Apresentar estratégias e instrumentos para facilitar o acompanhamento nutricional.
Recomendações para a alimentação adequada e saudável	- Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) - Protocolos de uso do GAPB na orientação alimentar da pessoa com obesidade grave - Alimentação cardioprotetora - O ato de comer - Contraindicações	- Valorizar as recomendações do GAPB, aplicando essas recomendações às PCOG; - Descrever a classificação NOVA dos alimentos; - Apresentar publicações e protocolos que orientem a alimentação adequada e saudável da PCOG; - Descrever a alimentação cardioprotetora e sua utilização no CN da PCOG; - Discutir condutas que não devem ser realizadas no CN da PCOG.
Planejamento alimentar	- Organização da alimentação - Necessidades energéticas e nutricionais - Restrição calórica - Micronutrientes com risco de deficiências na PCOG - Fontes alimentares	- Apresentar as recomendações gerais para a alimentação e comensalidade da PCOG; - Explicitar diferentes modalidades de restrição calórica, de acordo com suas limitações e possíveis indicações; - Descrever diferentes formas de se realizar o cálculo das necessidades energéticas diárias; - Apresentar os valores de referência e fontes alimentares de macro e micronutrientes.
Organização do cuidado nutricional na atenção primária à saúde (APS)	- Apoio matricial em alimentação e nutrição - Organização do cuidado da PCOG na AEA - Abordagem nutricional longitudinal - Encaminhamento para AEA	- Discutir a APS como porta de entrada preferencial do indivíduo no SUS; - Apresentar atividades que possam ser realizadas na APS para acompanhamento da PCOG; - Identificação, abordagem, acolhimento, avaliação inicial e encaminhamento para a AEA da PCOG; - Atendimento nutricional individualizado.
Organização do cuidado nutricional na atenção especializada ambulatorial (AEA)	- Organização do cuidado da PCOG na APS - Acompanhamento nutricional - Elegibilidade para cirurgia bariátrica	- Descrever a abordagem nutricional a ser aplicada na AEA; - Apresentar o cálculo da perda de excesso de peso durante o CN; - Detalhar condutas nutricionais a ser realizadas na primeira consulta e nas consultas de acompanhamento; - Discutir como investigar os critérios de elegibilidade para a cirurgia bariátrica.

continua

Quadro 1. Conteúdo do Instrutivo para o cuidado nutricional da pessoa com obesidade grave no SUS.

Capítulos	Conteúdo	Objetivos
Organização do cuidado nutricional na atenção especializada hospitalar	- A elaboração do laudo nutricional - Acompanhamento nutricional - Conduta nutricional no pré-cirúrgico - Conduta nutricional no pós-cirúrgico - Conduta nutricional nas complicações pós-cirúrgicas - Alta para a APS	- Contextualizar os critérios de indicação e as modalidades de cirurgia bariátrica no Brasil; - Apresentar modelo para realização de laudo nutricional; - Abordar as particularidades da conduta nutricional no pré-cirúrgico; - Indicar os exames a serem realizados durante o preparo da cirurgia bariátrica; - Apresentar as 5 fases da alimentação após a cirurgia bariátrica; - Fornecer orientações sobre os hábitos no período do pós-cirúrgico tardio; - Explicitar as deficiências nutricionais mais prevalentes no pós-cirúrgico, bem como os suplementos mais indicados; - Abordar manejo e conduta em caso de possíveis complicações pós-cirúrgicas.
Apêndices	- Teor proteico e medidas caseiras de alimentos in natura - Proposta de atividade de educação alimentar e nutricional no pré-cirúrgico da cirurgia bariátrica - Lâminas educativas - Modelo de laudo nutricional	- Construir e disponibilizar materiais adequados para o tratamento da PCOG.

AEA: atenção especializada ambulatorial; APS: atenção primária à saúde; GAPB: Guia Alimentar para a População Brasileira.

Fonte: Autores.

[usuário], interagindo, sendo empático”, haja vista que o usuário “já tentou mil vezes dieta e aquilo não funcionou, então ela [o usuário] se sente incompetente, ela [o usuário] se sente um fracassado porque ela [o usuário] não tem disciplina, não tem força de vontade”.

Logo, o instrutivo aborda que o foco do tratamento precisa ser repensado pelos nutricionistas, como validado pela explanação: “Às vezes a gente até tira um pouco o foco do peso, pra eles conseguirem entender quais são os parâmetros de saúde deles”. As metas de tratamento não devem ser restritas à perda de peso e o nutricionista deve estar preparado para lidar com oscilações durante o tratamento, auxiliando o usuário nos diferentes momentos.

O tópico “Recomendações para alimentação adequada e saudável” orienta o nutricionista a como aplicar o conceito de alimentação adequada e saudável no atendimento à PCOG. Discute-se as recomendações do *Guia alimentar para a população brasileira* e da alimentação cardioprotetora, bem como reflexões sobre o ato de comer.

Uma alimentação adequada e saudável envolve mudança de comportamento. Para que isso aconteça de forma efetiva, é necessário

que o nutricionista faça um acompanhamento do PCOG com maior regularidade, tanto antes quanto após a cirurgia bariátrica. Como dito pelos juízes, o nutricionista deve “ajudar o paciente a entender a necessidade de uma mudança, do antes e do depois da cirurgia bariátrica, para que o pós-cirurgia bariátrica seja mais fácil”. Afinal, “esses hábitos [que contribuíram para o desenvolvimento da obesidade grave] são adquiridos desde muito longe, então é difícil [o usuário] chegar agora num ambulatorio, na frente do nutricionista, e mudar da água para o vinho”.

Em seguida, no item “Planejamento alimentar”, apresentam-se as recomendações nutricionais para a PCOG, as razões para indicação da restrição calórica e fatores para auxiliar na escolha quanto à modalidade de restrição a ser utilizada. Durante o planejamento alimentar, o nutricionista também deve estar atento às deficiências nutricionais características do PCOG, o que vai ao encontro das falas dos juízes, como observado em “[es]tá caindo cabelo, [es]tá quebrando unha, quer dizer, o exame clínico, o exame físico e a observação dos sintomas na consulta são fundamentais para nos dar esta pista”. Nesse trecho do material, enfatiza-se os alimentos e as formas de preparo, para capaci-

tar os nutricionistas a tratar essas deficiências nutricionais. Afinal, como abordado pelos juízes “para o paciente em pós-cirurgia bariátrica imediata, é necessário o uso desse suplemento. [Porém], esses pacientes que não têm condições de comprar esses suplementos, [...] o que é bem complicado e bem arriscado”.

Como observado na fala “[...] nunca fiz tanta receita com clara de ovo [...]”. Nunca trabalhei tanto com clara de ovo e leite em pó desnatado”, a prescrição de “receitas práticas” pelos nutricionistas é uma estratégia necessária aos profissionais que acompanham PCOG. Logo, o instrutivo apresenta uma tabela com as principais fontes de proteína, bem como informações sobre esses alimentos em medidas caseiras, gramas de alimentos e gramas de proteínas, a fim de aumentar as opções de fontes proteicas a serem utilizadas e facilitar a orientação ao usuário.

Os tópicos posteriores abordam as peculiaridades da organização do CN em cada componente da rede de atenção do SUS. O item “Organização do cuidado nutricional na atenção primária à saúde” enfatiza APS como ordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do indivíduo no SUS.

Em seguida, no tópico “Organização do cuidado nutricional na atenção especializada ambulatorial”, aborda-se a atenção especializada, local de referência preferencial para a investigação inicial dos critérios de elegibilidade para a cirurgia bariátrica e realização do tratamento não cirúrgico por período mínimo de dois anos. O CN intensivo deve ser praticado considerando os desafios enfrentados pela PCOG.

O último tópico, “Organização do cuidado nutricional na atenção especializada hospitalar”, discute a conduta nutricional nos períodos pré e pós-cirúrgicos, a conduta após a alta para a APS, a fim de garantir a manutenção do sucesso da cirurgia, e um modelo semiestruturado de laudo nutricional.

Por fim, o instrutivo traz apêndices com ferramentas que possibilitam um manejo dinâmico da obesidade grave e promovem mudanças comportamentais que devem ser mantidas por toda vida.

Processo de validação

Validação do conteúdo

Na primeira etapa, 13 questões não obtiveram o IVC adequado. Já na segunda, em que foram avaliadas apenas as questões cujo IVC não atingiu o mínimo desejável na primeira rodada, houve concordância em todos os itens avalia-

dos. Portanto, essa versão do instrutivo foi utilizada na fase de validação aparente.

Validação aparente

As falas dos juízes foram semelhantes entre si, ou seja, a saturação do conteúdo foi atingida, como observado através do coeficiente de hápax de 3,56%. Isso significa que apenas 3,56% das palavras do corpus tiveram uma única ocorrência, ressaltando a similaridade das falas.

Visto que a obesidade é uma doença multifatorial, com manejo complexo e desafiador, abordou-se a necessidade de avaliação da disposição para as mudanças de comportamento. O conteúdo referente a essa temática foi transcrito no corpus “disposição de mudança de comportamento”, que apresentou 8.567 ocorrências de palavras, com 1.447 distintas e uma frequência média de 34,96 formas por segmento de texto (ST). Esse corpus foi submetido à CHD, obtendo-se 205 ST, o que corresponde a 83,67% de retenção.

Na CHD, um dendrograma foi gerado com cinco classes. A classe 4 apresentou o maior número de ST, correspondente a 23,9%, seguida pelas classes 1 e 3, com 21,46% cada. As classes 5 e 2 apresentaram 17,07% e 16,1% dos ST, respectivamente. Devido à proximidade, as classes 2 e 3 e as classes 4 e 5 têm grande afinidade entre si (Figura 2).

O segundo tópico abordado no grupo focal foi a necessidade de suplementação de proteínas e micronutrientes após a cirurgia bariátrica. O conteúdo dessa questão foi transcrito no corpus “necessidade de suplementação”, apresentando 4.523 ocorrências de palavras, com 1.072 palavras distintas e uma frequência média de 34,96 formas por ST.

Uma dúvida frequente dos profissionais de saúde é a organização do CN entre os diferentes setores do SUS. Para auxiliar nessa temática, foram criados capítulos referentes às especificidades de cada um dos níveis de atenção do SUS. Para analisar essa temática, confeccionou-se um gráfico de similitude (Figura 3), que obteve cinco núcleos temáticos, destacando-se dois deles, cujas palavras-chave são “atenção primária” (n = 50) e “paciente” (n = 34). Por fim, discutiu-se o sucesso no tratamento da obesidade (Figura 4).

Discussão

Em primeiro lugar, o presente estudo apresenta a construção de um documento instrutivo para o CN da PCOG no SUS. A obesidade grave está

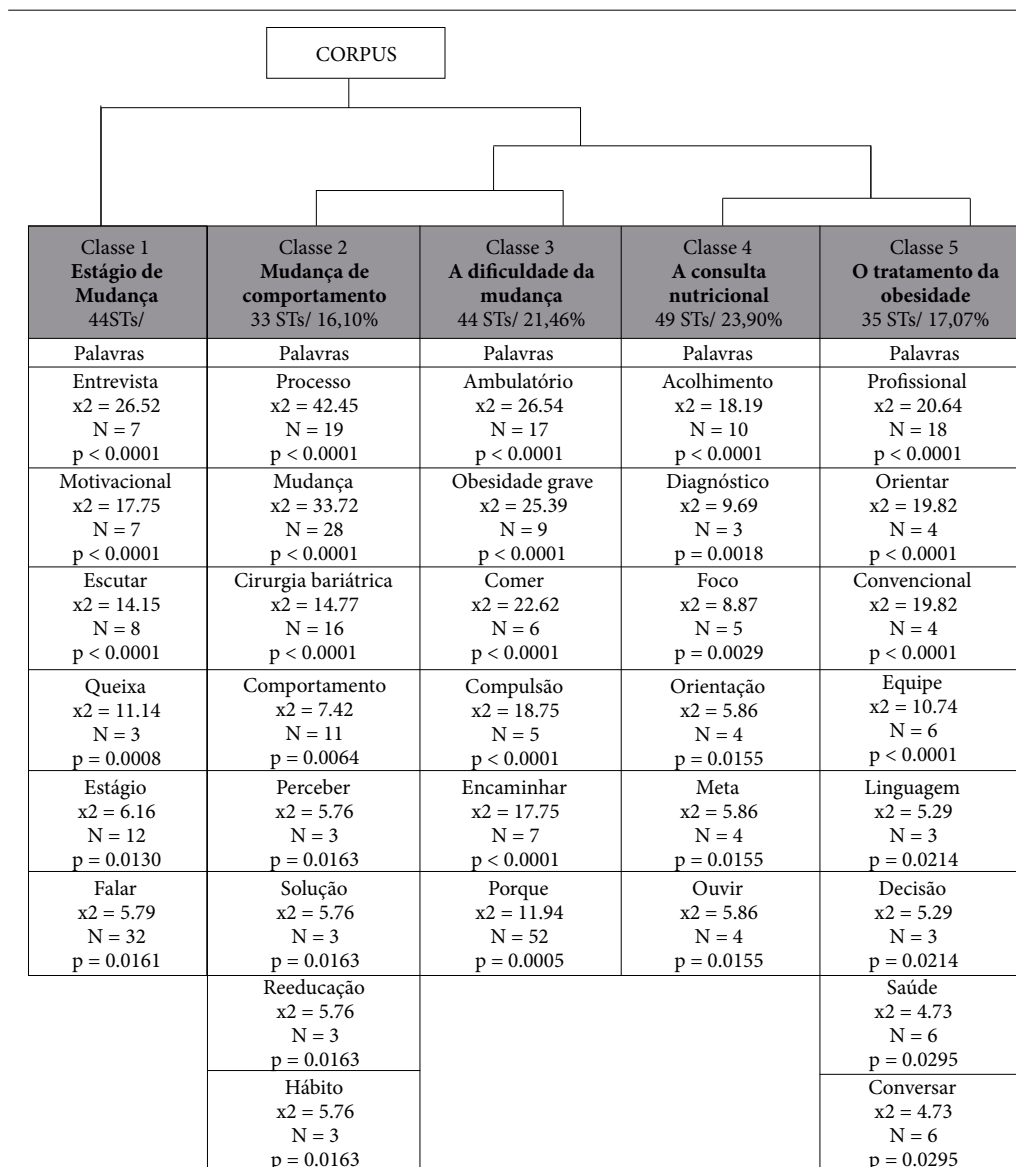


Figura 2. Dendrograma da CHD relativa ao corpus “disposição de mudança de comportamento”.

Fonte: Autores.

associada à multimorbidade e à incapacidade, com consequente redução da qualidade e da expectativa de vida^{1,2,26}. Por sua vez, essa carga de doença produz demandas multifacetadas nos serviços de saúde, elevando custos diretos e indiretos^{1,2,27}.

Em relação ao cuidado da PCOG, as estratégias que visam somente a redução da ingestão calórica e o aumento do gasto energético têm eficácia reduzida nas PCOG, devido aos sistemas complexos de adaptação hormonal,

metabólica e neuroquímica que defendem o indivíduo contra a perda de peso e promovem o ganho ponderal^{3,28}. Além da necessidade de intervenções multiprofissionais, é importante a adoção de novos hábitos de vida, de alimentação e atividade física, bem como compreender aspectos sociais e econômicos que possam ser integrados à atenção prestada às PCOG, a fim de compor um conjunto de estratégias promissoras para o cuidado^{8,9,29-31}. Por sua vez, a cirurgia bariátrica, apesar de eficaz na perda de peso

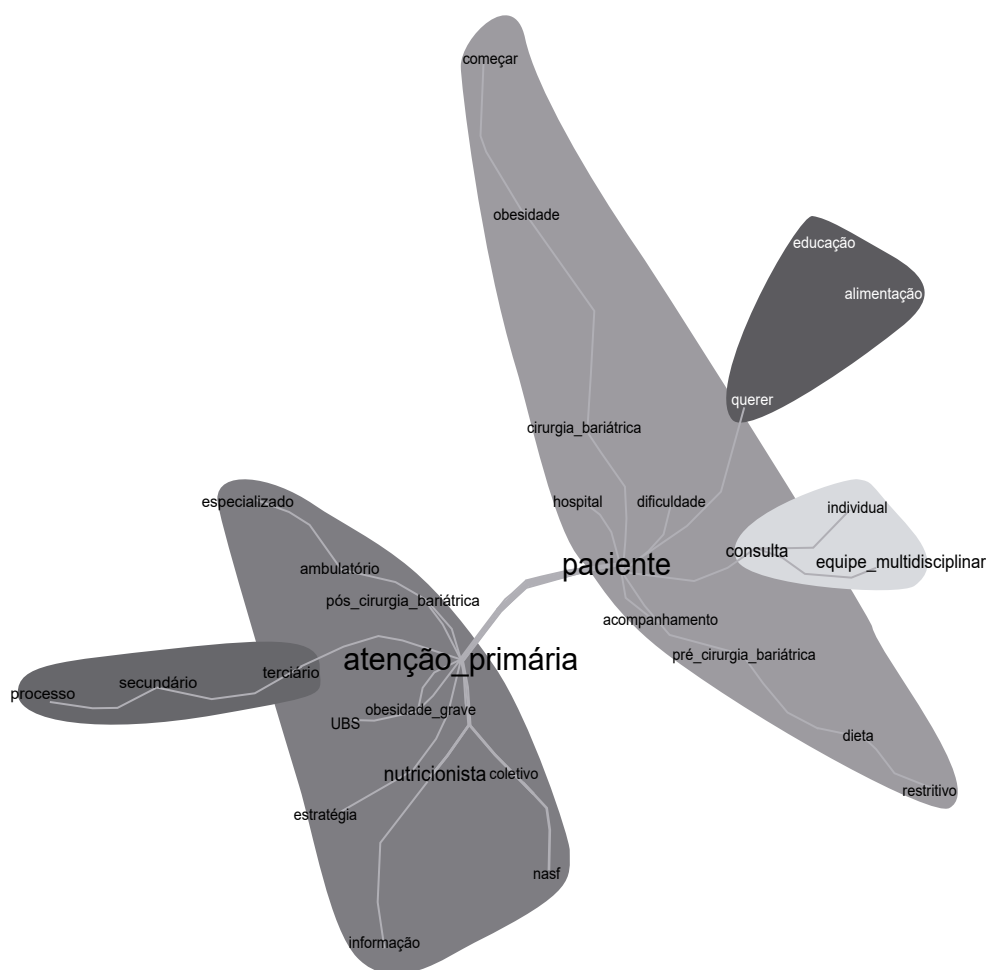


Figura 3. Análise de similitude do corpus “atenção primária e especializada”.

Fonte: Autores.

na PCOG, tem importante repercussão nutricional no pré, peri e pós-cirúrgico, além da necessidade de mudança de hábitos de vida para a manutenção da perda de peso pós-operatório em longo prazo^{32,33}. Nesse contexto de muitos desafios no cuidado nutricional da PCOG, este instrutivo pode qualificar os/as nutricionistas que atuam nos três componentes da atenção (APS, AEA e AEH) no SUS – na identificação de obstáculos durante o CN, no aconselhamento nutricional que atenda às demandas individuais e na promoção da alimentação adequada e saudável, englobando aspectos nutricionais, ambientais e comportamentais.

Outro ponto de discussão relevante é o resultado satisfatório quanto à validação de conteúdo e à validade aparente do instrutivo, que

reforçam a qualidade do conteúdo e sua aplicabilidade. Após duas etapas de validação de conteúdo, houve concordância em relação a todos os itens avaliados, ou seja, em relação à usabilidade, à funcionalidade, ao conteúdo, à relevância e à aparência, o que permitiu que o material fosse utilizado na validação aparente.

Por meio de grupo focal, avaliou-se como os possíveis usuários do material interpretariam os itens para sua aplicação na prática³⁴. Observou-se que, dada sua complexidade, é necessária a construção de materiais que capacitem os nutricionistas para lidar com os desafios e as particularidades da obesidade grave, sendo a dificuldade de mudança de comportamento um dos tópicos discutidos no grupo focal. Para conseguir auxiliar melhor o usuário nessa fase

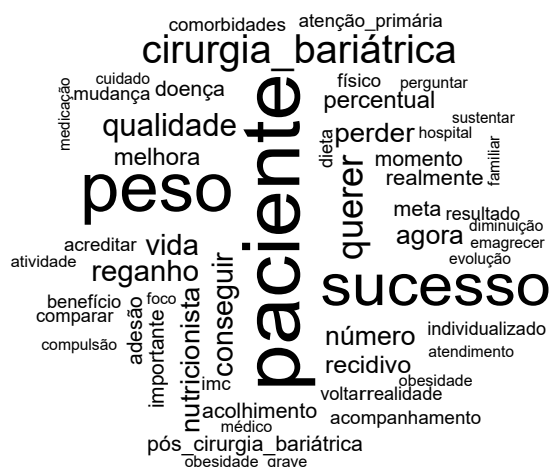


Figura 4. Nuvem de palavras representando o corpus “sucesso”.

Fonte: Autores.

de mudança, diferentes técnicas podem ser utilizadas, como entrevista motivacional, modelo transteórico, terapia cognitivo-comportamental, abordagem crítico-reflexiva e autocuidado apoiado⁸. Logo, durante o CN é fundamental que o nutricionista esteja capacitado para utilizar diferentes estratégias que viabilizem as mudanças de hábitos de vida, evitando o tratamento exclusivo da obesidade grave através de cirurgia bariátrica^{35,36}.

O CN da PCOG deve incluir o diagnóstico alimentar e nutricional baseado nas particularidades de cada usuário, abrangendo desde equipamentos adequados até uma visão integrativa do indivíduo, que deve ser atendido de forma sensível, empática e amistosa^{10,37}. É importante que o nutricionista crie vínculos com a PCOG, o que permitirá a identificação tanto das queixas mais comuns quanto de sua disposição para mudar³⁸. Documentos oficiais descrevem estratégias que podem ser utilizadas para criar esse vínculo^{7,8}. Contudo, é necessário que os profissionais tenham um treinamento para executar essas estratégias.

Outra temática discutida foram as deficiências nutricionais após a cirurgia bariátrica. Elas são esperadas dada a redução do consumo alimentar devido à sensação de plenitude gástrica; à diminuição da tolerância a alimentos fonte; à redução do tempo de trânsito intestinal; à diminuição de produção do fator intrínseco e à alteração do pH. O tipo de cirurgia realizada e os efeitos colaterais, como diarreia, também po-

dem contribuir para esse desfecho^{32,39}. O instrutivo recomenda que o exame físico feito durante a avaliação antropométrica da PCOG busque identificar deficiências de vitaminas e minerais na pele, na unha, no cabelo e na mucosa³⁷.

Haja vista o preço dos suplementos e a vulnerabilidade econômica dos usuários, são sugeridas estratégias nutricionais como modificação da consistência e fracionamento da dieta, bem como orientações nutricionais como ausência de líquidos durante as refeições e aumento da mastigação³², a fim de facilitar e aumentar o consumo de micronutrientes e proteínas necessárias para esse público. Porém, nos casos em que isso não for possível, a equipe multiprofissional deve avaliar o usuário e verificar a necessidade de consumo de suplementos ofertados pelo RENAME/SUS^{39,40}.

Como discutido no grupo focal e abordado no instrutivo, a APS é a porta de entrada preferencial dos usuários no SUS, devendo contar com profissionais qualificados para atuar no manejo da obesidade grave. No *Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS no SUS*¹¹ são apresentadas ações para auxiliar as PCOG, como formação e educação permanente, promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade. Acredita-se que a implementação dessas estratégias pode auxiliar a superar alguns desafios encontrados no tratamento da obesidade grave, como baixa adesão ao protocolo terapêutico, baixa atuação em equipe multidisciplinar e busca dos serviços de saúde mais relacionados às complicações da obesidade do que à obesidade em si¹¹.

Destaca-se que a APS será o local em que o usuário será acompanhado durante a maior parte do tratamento da obesidade grave. O usuário tem papel central no seu tratamento, como pode ser observado na estratégia do autocuidado apoiado^{7,8}. Nessa abordagem, o nutricionista deve auxiliar o usuário a aumentar sua confiança, de forma que se perceba como protagonista de seu próprio tratamento. Ou seja, o nutricionista passa a ser parceiro do usuário, deixando de assumir uma postura apenas prescritiva e de orientação⁴¹.

Esse foco no usuário faz-se ainda mais essencial devido ao estigma a que a PCOG está suscetível. Preconceito, discriminação, marginalização e culpabilização impactam negativamente no sucesso do tratamento da obesidade, pois impedem que os usuários desenvolvam autoestima e autoconfiança^{7,8,11}. Por consequência, indivíduos que sofrem estigmatização pelo peso corporal desenvolvem aumento do ganho

de peso, piora nos parâmetros bioquímicos relacionados à obesidade e desordens psicológicas. Esse estigma também desencoraja os usuários a procurar ajuda profissional, o que contribui para o desenvolvimento da obesidade^{5,42}.

Por fim, discutiu-se o sucesso no tratamento da obesidade. Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), sucesso no tratamento da obesidade é uma perda de peso de 5% a 10%, estimativa suficiente para impactar positivamente na melhora de doenças associadas à obesidade, como a diabetes tipo 2, hipertensão e dislipidemia^{43,44}. Destaca-se que o peso foi um indicador importante, uma vez que essa palavra foi mencionada 32 vezes no corpus. Contudo, os próprios juízes relatam a necessidade de valorizar as conquistas além do peso. Esse foco mais amplo foi vastamente abordado no instrutivo, ao afirmar que o tratamento não deve se restringir à perda de peso, incluindo também aspectos relacionados a bem-estar, autoestima, autoimagem corporal, mobilidade, convívio social, relações amorosas, produtividade laboral, função intestinal, função cognitiva, disposição, qualidade do sono, pressão arterial e exames laboratoriais^{5,9}.

Limitações e pontos fortes

Como limitação deste estudo, o desenho gráfico (*layout*/visual) do instrutivo foi avaliado apenas na primeira etapa da técnica Delphi. Como o material seria diagramado apenas após a versão final concluída, era inviável que os juízes julgassem a aparência do mesmo. Contudo,

as respostas e os comentários para aprimorar essa avaliação apoiaram as decisões de formato, número de páginas e composição visual final do instrutivo. Outra limitação foram a baixa representatividade de participantes da região Norte e a maior presença de profissionais especialistas no tema do que de profissionais práticos. Porém, atingiu-se a saturação de conteúdo com as falas, o que é um ponto forte no processo de validação, indicando que todas as questões mais relevantes foram discutidas até seu esgotamento. Também como ponto forte, a validação foi composta por duas técnicas, Delphi e Grupo Focal, observando-se concordância unânime entre todos os participantes em ambas as técnicas.

Conclusão

A metodologia utilizada permitiu a elaboração de um material adequado ao CN da PCOG e aplicável à realidade do SUS. O conteúdo abordado no instrutivo é suficiente e apropriado, de acordo com a validação de conteúdo, bem como alinhado à realidade prática (validação aparente), resultando em um material coerente com as necessidades dos nutricionistas do SUS.

Acredita-se que a publicação do instrutivo fornecerá suporte técnico aos nutricionistas do SUS, permitindo que o CN da PCOG seja realizado de forma mais efetiva e adequada. Também espera-se um aprimoramento das intervenções nutricionais com o PCOG e um maior embasamento para a criação de políticas públicas de saúde específicas para esse grupo.

Colaboradores

MM Dias participou da concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. OGL Coelho colaborou na concepção e delineamento, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. FG Cândido participou da concepção e delineamento. HHM Hermsdorff colaborou na concepção e delineamento, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

HM Hermsdorff é bolsista de produtividade CNPq – 1D level – 308772/2017-2. Carta Acordo entre a Fundação Arthur Bernardes e a Organização Panamericana de Saúde – SCON2021-00201.

Referências

1. Hassan Y, Head V, Jacob D, Bachmann MO, Diu S, Ford J. Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clin Obes* 2016; 6(6):395-403.
2. Williamson K, Nimegeer A, Lean M. Rising prevalence of BMI ≥ 40 Kg/m²: A high-demand epidemic needing better documentation. *Obes Rev* 2020; 21(4):e12986.
3. Bluher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol* 2019; 15(5):288-298.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 3, Anexo IV – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Capítulo II – Das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. *Diário Oficial da União* 2017; 28 set.
5. Durrer-Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, Widmer D, Yumuk V, Schutz Y. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts* 2019; 12(1):40-66.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de sobrepeso e obesidade em adultos*. Brasília: MS; 2020.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Universidade Federal de Minas Gerais. *Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS*. Brasília: MS; 2021.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Universidade Federal de Minas Gerais. *Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2021.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira. Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade*. Brasília: MS; 2022.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Instrutivo de abordagem individual para o manejo da obesidade no SUS*. Brasília: MS; 2022.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2022.
12. Cruz FOAM, Ferreira EB, Vasques CI, Mata LRF, Reis PED. Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to radiation therapy. *Rev Latino-Am Enferm* 2016; 24:e2706.
13. Powell C. The Delphi technique: myths and realities: Myths and realities of the Delphi technique. *J Adv Nurs* 2003; 41(4):376-382.
14. Loch MR, Lemos EC, Jaime PC, Rech CR. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar intervenções em relação aos princípios da promoção da saúde. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30(3):e2020627.
15. Rubio DC, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work. *Soc Work Res* 2003; 27(2):94-104.
16. Biernacki P, Waldorf D. Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociol Methods Res* 1981; 10(2):141-163.

17. Silva ASR, Gubert FA, Lima ICV, Rolim RM, Tavares DR, Silva DA, Almeida WAF. Validação de conteúdo e aparência de um curso online para a vigilância da influenza. *Rev Ibero-Am Estud Edu* 2017; 12(2):1408-1420.
18. Leite SS, Áfio ACE, Carvalho LV, Silva JM, Almeida PC, Pagliuca LMF. Construction and validation of an educational content validation instrument in health. *Rev Bras Enfer* 2018; 71(Supl. 4):1635-1641.
19. Ribeiro ZMT, Spadella MA. Validação de conteúdo de material educativo sobre alimentação saudável para crianças menores de dois anos. *Rev Paul Pediatr* 2018; 36(2): 155-163.
20. Osborne J, Collins S, Ratcliffe M, Millar R, Duschi R. What "ideas-about-science" should be taught in school science? A Delphi study of the expert community. *J Res Sci Teach* 2003; 40(7):692-720.
21. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* 2009; 19(3):777-796.
22. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito de análise de dados textuais. *Temas Psicol* 2013; 21(2):513-518.
23. Amaral-Rosa MP, Candaten AE. Análise qualitativa mediada pelo software IRaMuTeQ: Interpretações a partir do ontem e do hoje no Sistema Único de Saúde do Brasil. *New Trends Qualitative Res* 2021; 8:505-513.
24. Ramos MG, Lima VMR, Amaral-Rosa MP. IRAMUTEQ software and discursive textual analysis: interpretive possibilities. In: Costa A, Reis L, Moreira A, editors. *Computer supported qualitative research*. London: Springer; 2019.
25. Veras RM, Passos VBC, Feitosa CCM, Fernandes SCS. Diferentes modelos formativos em saúde e as concepções estudiantis sobre atendimento médico humanizado. *Cien Saude Colet* 2022; 27(5):1781-1792.
26. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(3):359-366.
27. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:e32.
28. Leal ACG, Balbino KP, Bressan J, Hermsdorff HHM. Fisiopatologia e dietoterapia na Obesidade. In: Rosa COB e Hermsdorff HHM, organizadores. *Fisiopatologia da nutrição e dietoterapia*. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2021. p. 217-254.
29. Goodman M, Thomson J, Landry A. Food Environment in the Lower Mississippi Delta: Food Deserts, Food Swamps and Hot Spots. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(10):3354.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia alimentar para a população Brasileira*. Brasília: MS; 2014.
31. Streb AR, Del Duca GF, Silva RP, Benedet J, Malta DC. Simultaneidade de comportamentos de risco para obesidade em adultos das capitais do Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(8):2999-3007.
32. Pereira SP, Andrade PA. Fisiopatologia e dietoterapia na cirurgia bariátrica. In: Rosa COB, Hermsdorff HHM, organizadores. *Fisiopatologia da nutrição e dietoterapia*. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2021. p. 255-270.
33. Pinto SL, Costa AJRB. Prescrição dietética no pós-operatório. In: Pinto SL, organizadora. *Nutrição e cirurgia bariátrica: um guia para nutricionistas*. Belo Horizonte: IACI; 2021. p. 249-270.
34. Nunally JC. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1994.
35. Lordani CRF. Representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave: trajetórias de vida e Itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) [tese] São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2019.
36. Conz CA, Jesus MCP, Kortchmar E, Braga VAS, Machado RET, Merighi MAB. Path taken by morbidly obese people in search of bariatric surgery in the public health system. *Rev Latino-Am Enferm* 2020; 28:e3294.
37. Ricci MA, De Vuono S, Scavizzi M, Gentili A, Lupattelli. Facing morbid obesity: how to approach it. *Angiology* 2016; 67(4):391-397.
38. Hartmann-Boyce J, Johns DJ, Jebb SA, Aveyard P. Effect of behavioural techniques and delivery mode on effectiveness of weight management: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Obes Rev* 2014; 15(7):598-609.
39. Parrot J, Frank L, Rabena R, Craggs-Dino L, Ison KA, Greiman L. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Integrated Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2016 Update: Micronutrients. *Surg Obes Relat Dis* 2017; 13(5):727-741.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Renome* 2022. Brasília: MS; 2022.
41. Wadden TA, Webb VL, Moran CH, Bailer BA. Lifestyle modification for obesity. *Circulation* 2012; 125(9):1157-1170.
42. Hermsdorff HHM, Castro LCV, Borges LD, Comini LO. Prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade [Internet]. 2020. [acessado 2023 jun 11]. Disponível em: <https://www.ippds.ufv.br/2021/05/06/prevencao-diagnostico-e-tratamento-da-obesidade/>
43. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016*. São Paulo: ABESO; 2016.
44. Halpern B, Mancini MC, Melo ME, Lamounier RN, Moreira RO, Carra MK, Kyle TK, Cercato C, Boguszewski CL. Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). *Arch Endocrinol Metab* 2022; 66(2):139-151.

Artigo apresentado em 07/05/2023

Aprovado em 16/10/2023

Versão final apresentada em 18/10/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva