



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



CAROLINA FERREIRA GUARNIERI CÂNDIDO

ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS E ADERÊNCIA AO
TRATAMENTO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO
CIRÚRGICO DA OBESIDADE

Orientadora: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Juiz de Fora
2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



CAROLINA FERREIRA GUARNIERI CÂNDIDO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS E ADERÊNCIA AO
TRATAMENTO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO
CIRÚRGICO DA OBESIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por CAROLINA FERREIRA GUARNIERI CÂNDIDO.

Orientadora: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Co-orientador: Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

Juiz de Fora
2015

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

CANDIDO, CAROLINA.

ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS E ADERÊNCIA AO TRATAMENTO EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE / CAROLINA CANDIDO. -- 2015.
77 p. : il.

Orientadora: FABIANE GRINCENKOV

Coorientador: FRANCISCO DELGADO

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2015.

1. CIRURGIA BARIÁTRICA. 2. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS. 3. ADEÇÃO. I. GRINCENKOV, FABIANE, orient. II. DELGADO, FRANCISCO, coorient. III. Título.

Carolina Ferreira Guarnieri Cândido

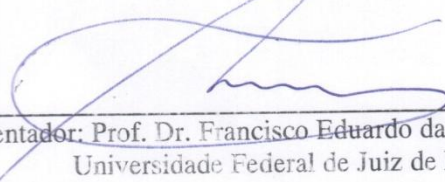
ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS E ADERÊNCIA AO TRATAMENTO EM
PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia por Carolina Ferreira Guarnieri Cândido

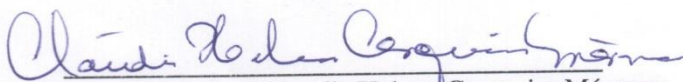
Dissertação defendida e aprovada em 10 de fevereiro de dois mil e quinze, pela banca constituída por:



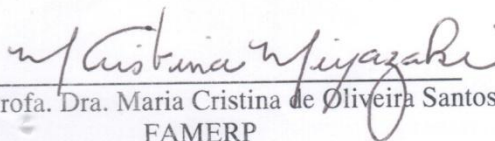
Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov
Universidade Federal de Juiz de Fora



Co-orientador: Prof. Dr. Francisco Eduardo da Fonseca Delgado
Universidade Federal de Juiz de Fora



Presidente: Profa. Dra. Claudia Helena Cerqueira Marmora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki
FAMERP

AGRADECIMENTOS

À Deus, senhor de todas as coisas, mesmo que nos falte compreensão;

À minha mãe, companheira de jornada, por todo apoio, carinho e estímulo;

Ao Junior, pelo carinho, dedicação e incentivo;

À meu pai e à minha avó, alicerces na caminhada;

À Fabiane, pela postura séria e acolhedora no desenvolvimento deste projeto e pela compreensão dos percalços do caminho;

Aos professores e convidados do PPGPSI e, em especial, às professoras Cláudia e Maria Cristina, pelas valiosas contribuições, e ao professor Francisco, contribuição imprescindível na análise estatística;

À Lilianny, pela amizade e apoio nas orientações emprestadas;

Aos colegas do PPGPSI, por tornarem mais leve e divertida a caminhada;

Aos funcionários e participantes do SCHDO;

À CAPES pelo apoio financeiro,

Muito obrigada!

Para Vera, minha mãe.
(*in memoriam*)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	iiix
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE APÊNDICES.....	x
LISTA DE ANEXOS.....	xi
 RESUMO.....	 xii
ABSTRACT.....	xiii
 INTRODUÇÃO.....	 1
 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	 3
1.1 Obesidade.....	4
1.2 Cirurgia bariátrica.....	5
1.2.1 Técnicas cirúrgicas.....	6
1.2.2 Resultados esperados.....	7
1.2.3 Aspectos psicológicos.....	8
1.3 Aderência ao tratamento.....	9
1.3.1 Definição do termo.....	11
1.3.2 Multidimensionalidade na aderência terapêutica.....	12
1.3.3 Formas de avaliar a aderência.....	12
1.3.4 Aderência em cirurgia bariátrica.....	13
1.4 Fatores psicossociais associados a aderência.....	14
1.4.1 Resiliência.....	15
1.4.2 Auto-eficácia.....	16
1.4.3 Suporte social.....	17
 2 OBJETIVOS	
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
 3 MÉTODO	
3.1 Delineamento.....	20

3.2	População.....	20
3.3	Amostra.....	20
3.3.1	Critérios de inclusão.....	21
3.3.2	Critérios de exclusão.....	21
3.4	Instrumentos.....	21
3.5	Procedimentos.....	22
3.6	Análise dos dados.....	22
3.7	Implicações éticas.....	23
3.8	Limitações.....	23
4	RESULTADOS.....	25
4.1	Descrição das variáveis sociodemográficas.....	25
4.2	Descrição das variáveis clínicas.....	26
4.3	Descrição das variáveis comportamentais.....	28
4.4	Descrição das variáveis psicossociais.....	29
4.5	Associação entre as variáveis.....	29
5	DISCUSSÃO.....	35
	CONCLUSÃO.....	43
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICES.....	51
	ANEXOS.....	53
	LISTA DE ABREVIATURAS.....	63

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Dados sociodemográficos.....	25
TABELA 2 – Dados clínicos.....	26
TABELA 3 – Comorbidades associadas.....	27
TABELA 4 – Medidas de sucesso do tratamento.....	27
TABELA 5 – Dados comportamentais – Aderência ao tratamento proposto.....	28
TABELA 6 - Características psicossociais.....	29
TABELA 7 – Atividade física regular e presença em consultas.....	31
TABELA 8 – Presença em consultas e realização de exames.....	31
TABELA 9 – Hábito alimentar e presença em consultas.....	31
TABELA 10 – Atividade física regular e hábito alimentar.....	32
TABELA 11 – Auto-eficácia e depressão.....	32
TABELA 12 – Suporte social prático e emocional.....	32
TABELA 13 – Auto-eficácia e realização de exames.....	33
TABELA 14 – Atividade física regular e depressão.....	33
TABELA 15 – Atividade física regular e resiliência.....	33
TABELA 16 – Tratamento psicológico e hábito alimentar.....	34
TABELA 17 – Atividade física regular e reganho de peso.....	34

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Resultados da Mineração de Dados (<i>Data Mining</i>).....	30
---	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	51
APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico, clínico e comportamental.....	52

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Escala de resiliência.....	53
ANEXO B – Escala de Percepção de Suporte Social.....	55
ANEXO C – Escala de auto-eficácia geral percebida.....	57
ANEXO D – Escala PHQ-2.....	58
ANEXO E – Parecer consubstanciado – Comitê de ética.....	59
ANEXO F – Termo de autorização da instituição.....	61
ANEXO G – Comprovante de submissão de artigo.....	62

RESUMO

Introdução: A cirurgia bariátrica é um tratamento legítimo da obesidade na atualidade e para sua eficácia é indispensável a aderência às modificações alimentares, comportamentais e de estilo de vida, a qual pode estar também associada a fatores psicossociais. **Objetivo:** Avaliar a aderência ao tratamento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e sua associação com aspectos psicossociais (resiliência, auto-eficácia, suporte social). **Métodos:** Estudo transversal, realizado com 39 pacientes do Serviço de Controle da Hipertensão, Obesidade e Diabetes da cidade de Juiz de Fora, submetidos à cirurgia bariátrica, através de quatro instrumentos validados e entrevista. **Resultados:** A auto-eficácia e a resiliência se mostraram variáveis importantes frente ao estilo comportamental necessário para o sucesso do tratamento, para a adequação alimentar e aderência à atividade física. A atividade física ganha destaque frente às várias correlações obtidas, com variáveis clínicas, psicossociais e comportamentais. A atividade física e a alta auto-eficácia mostraram-se fatores de proteção em relação a um quadro depressivo. **Conclusão:** Faz-se necessário o acompanhamento de qualidade a longo prazo, assim como o desenvolvimento de mediadores importantes na manutenção dessas mudanças comportamentais, tais como a resiliência e a auto-eficácia.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica, fatores psicossociais, adesão.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, bariatric surgery is a legitimate obesity treatment and for real effectiveness is essential the adherence to dietary changes, behavioral changes and lifestyle, which can be associated with psychosocial factors. **Objective:** To evaluate the adherence to treatment of patients undergoing bariatric surgery and its association with psychosocial factors (resilience, self-efficacy, social support). **Methods:** Cross-sectional study with 39 patients, from Serviço de Controle da Hipertensão, Diabetes e Obesidade of Juiz de Fora, who are going through the process of bariatric surgery. For the study, four validated instruments were applied and the patients were interviewed. **Results:** Self-efficacy and resilience were important variables in the behavioral style for a successful treatment along with appropriate diet and adherence to physical activity. Physical activity is highlighted across the various correlations obtained with clinical, psychosocial and behavioral variables. Physical activity and high self-efficacy proved to be preventive factors to depression. **Conclusion:** It is necessary to make a quality monitoring in the long-term and also the development of important mediators in the maintenance of these behavioral changes, such as resilience and self-efficacy.

Keywords: bariatric surgery, psychosocial factors, adherence.

INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica vem ganhando destaque no tratamento de pacientes com obesidade grave, que não obtiveram sucesso com tratamentos clínicos. No Brasil, a cirurgia está disponível aos usuários do Sistema único de Saúde (SUS), e a estimativa é de que em 2010 tenham sido realizadas 60.000 cirurgias bariátricas no país, e atualmente são 65.000 por ano.

Apesar de o procedimento ter se tornado muito popular, não constitui cura para a obesidade, e uma porcentagem dos pacientes apresenta perda de peso aquém do esperado e dificuldade de manutenção do peso perdido a longo prazo; Fato atribuído a não modificação no estilo de vida após a intervenção cirúrgica.

Diante do grande mito existente de que a cirurgia bariátrica é a solução para o emagrecimento sem o esforço da mudança de hábitos alimentares, há um ideal do emagrecimento rápido e sem sacrifícios relacionados às dietas. Assim, é necessário implicar estes pacientes no processo de reconhecimento da necessidade da mudança de hábitos alimentares e a prática de atividade física. Para que o tratamento seja eficaz é imprescindível a aderência do paciente às modificações alimentares, comportamentais e de estilo de vida.

A aderência ao tratamento, por sua vez, tem sido considerada um problema de saúde pública, visto a grande taxa de não aderência aos tratamentos propostos. Alguns fatores psicossociais podem estar diretamente associados à aderência ao tratamento, seja na dedicação da pessoa para cumprir o regime terapêutico, na permanência em tratamento ou na prevenção. Dentre eles destaca-se a resiliência, a auto-eficácia e o suporte social. A presença de depressão também é apontada como fator dificultador da aderência.

Estes fatores são relacionados à aderência terapêutica, sobretudo através da capacidade de enfrentamento positivo a eles associado. Dessa forma, são determinantes para a aderência em comportamentos de saúde.

Diante do exposto, é de grande relevância identificar os possíveis complicadores, especialmente os que se relacionam com o estilo de vida, na busca de esclarecimentos sobre os aspectos que possam ter relevância no tratamento e na prevenção da obesidade. Sabemos que a maioria das doenças crônicas resulta de uma interação de acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos, e a compreensão dos mecanismos subjacentes a essa interação

oferece muito no que se refere a esforços preventivos necessários para a mudança de crenças de saúde, atitudes e comportamentos. Destaca-se, também, a escassez de estudos brasileiros direcionados a fatores psicológicos e aderência em cirurgia bariátrica.

Assim, a relevância deste estudo se faz a partir da necessidade em se buscar observar fatores individuais relacionados ao comportamento de aderência ao tratamento em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, para que futuras intervenções possam ser traçadas, direcionadas ao desenvolvimento de habilidades específicas com foco no melhor enfrentamento do tratamento e consequente mudança comportamental.

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com a redução da incidência de doenças infecciosas e o aumento do número de doenças crônicas, cujas causas têm sido apontadas como diversos fatores relacionados ao estilo de vida, destacam-se as considerações dos aspectos psicológico e social para a área da saúde. A psicologia, por sua vez, têm oferecido contribuições teóricas específicas ou aplicáveis à área da saúde. Consonante com essas tendências surgem, nos últimos anos, diversos trabalhos buscando explicar o papel de variáveis e de processos psicossociais na prevenção, tratamento e manutenção de comportamentos de saúde (Dela Coleta, 2010).

Dentre as várias abordagens, são de especial interesse modelos teóricos aplicáveis à compreensão de comportamentos de saúde. Publicações designadas como “Psicologia da saúde” ganham destaque no desenvolvimento destes modelos (Dela Coleta, 1999).

Dela Coleta (2010) destaca o Modelo de Crenças em Saúde como importante ferramenta para compreensão dos comportamentos relacionados à saúde. Desenvolvido inicialmente por psicólogos americanos, o modelo é baseado em quatro crenças relacionadas com os comportamentos de saúde, para prevenção ou tratamento da doença. A Susceptibilidade Percebida refere-se à percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença; a Severidade Percebida diz respeito à gravidade ou seriedade da doença, que pode ser avaliada pelo grau de perturbação emocional criada ao pensar na doença e/ou tipos de consequências causadas pela doença; os Benefícios Percebidos referem-se à crença na efetividade da ação e à percepção de suas consequências positivas; e as Barreiras Percebidas são os aspectos negativos da ação, avaliados em uma análise do tipo custo-benefício.

O potencial para a realização de comportamentos é resultado dos níveis combinados de susceptibilidade e de severidade percebidas na doença, enquanto a modalidade de implementação destes comportamentos é escolhida de acordo com a percepção dos benefícios e barreiras percebidas nas alternativas comportamentais. Também fazem parte do modelo alguns estímulos determinantes no processo de tomada de decisão, tanto de origem “interna” (como um sintoma, por exemplo) quanto “externa” (como influência da família, dos amigos, dos meios de comunicação); E ainda fatores biográficos, psicossociais e estruturais que

podem afetar a percepção individual influenciando indiretamente a ação final (Dela coleta, 2010).

O Modelo de Crenças em Saúde tem sido aplicado em estudos sobre prevenção e controle do câncer, comportamento sexual e AIDS, adesão ao tratamento de diversas enfermidades, tais como diabetes e hipertensão, e a comportamentos de saúde diversos relacionados a tabagismo, obesidade, sedentarismo, dieta, entre outros (Dela Coleta, 2004).

Dessa forma, o estudo da relação entre as atitudes e seus componentes cognitivos, as crenças, e os comportamentos tem acompanhado o desenvolvimento da psicologia social cognitiva desde o seu início, constituindo-se em desafio para a explicação e predição da complexidade dos comportamentos humanos. O Modelo de Crenças em Saúde tem mostrado sua relevância para tais objetivos ao se tratar de cuidados com a saúde e merece maior investimento em pesquisas que visem a intervenção nas crenças com finalidade de modificação do comportamento (Dela Coleta 2010).

1.1 Obesidade

A obesidade é uma doença epidêmica mundial, com aproximadamente 300 milhões de obesos no início do século XXI, e deve ser encarada mais efetivamente tendo em vista ser uma das patologias que mais matam no mundo, ter alto índice de incidência na população infantil e as evidentes consequências na saúde da pessoa obesa. Juntamente com o tabagismo, é a principal causa de morte precoce no mundo, e favorece o risco de aparecimento de doenças crônicas e de sofrimento psicossocial. O crescimento do número de pessoas obesas tem sido considerado um problema de saúde pública, sobrecarregando os sistemas de saúde com o tratamento do excesso de peso e doenças ligadas a esse problema (Benotti, 2004; Peixoto & Ganem, 2010; Marcelino & Patrício, 2011).

No Brasil, a estimativa é de quatro milhões de pessoas com obesidade grave na atualidade (Brasil, 2005). O excesso de peso é uma condição crônico-degenerativa e complexa, um fenômeno multifatorial em que se pode destacar a genética, a ausência de atividades físicas, além de componentes psicológicos e sociais como fatores determinantes de sua ocorrência, e que pode gerar ou intensificar o desenvolvimento de outras doenças, como problemas cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial, distúrbios do sono e câncer. A obesidade grave é acompanhada de diversas complicações que comprometem a saúde de maneira geral e põe em risco a vida do indivíduo e, em sua manifestação mais grave, está sujeita a recidivas e insucessos terapêuticos (WHO, 1998).

A classificação desta condição crônica de saúde se dá pelo Índice de Massa corpórea (IMC), que é calculado pela razão entre o peso corporal em quilogramas e a altura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2), sendo considerada obesa a pessoa com acima de 30 kg/m^2 . De acordo com a gravidade, um IMC entre 30 kg/m^2 e $34,9 \text{ kg/m}^2$ é considerado obesidade grau 1, entre 35 e $39,9 \text{ kg/m}^2$ obesidade grau 2, e acima de 40 kg/m^2 obesidade grau 3 ou grave. Essa última frequentemente apresenta comorbidades ou morbidades associadas (OMS, 1997).

Além dos prejuízos físicos e custos relacionados, a obesidade pode causar alterações comportamentais. A discriminação e o preconceito geralmente direcionados às pessoas obesas contribuem para o desenvolvimento de distúrbios psicossociais (Teichmann, Olinto, Costa & Ziegler, 2006).

Cabral (2002) e Fujioka (2002) destacam a ausência de estudos que demonstrem que reeducação alimentar, atividade física regular, terapia comportamental e medicamentos antiobesidade contribuam de forma significativa na redução da morbimortalidade e melhora na qualidade de vida de obesos graves. Segal & Fandino (2002) consideram que o tratamento convencional para obesidade grau 3 produz resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando o peso corporal em até dois anos.

A gravidade do problema deu origem a um número significativo de pesquisas que abordam a prevenção e o tratamento da obesidade. Considerando as dificuldades das pessoas de seguirem o tratamento habitual e terem sucesso, foi desenvolvido um tratamento via intervenção cirúrgica. O tratamento considerado atualmente mais eficaz na perda de peso corporal é a cirurgia bariátrica (Segal & Fandino, 2002).

1.2 Cirurgia bariátrica

A cirurgia bariátrica é definida por um conjunto de técnicas cirúrgicas, destinadas à perda de peso e ao tratamento de doenças associadas e/ou agravadas pela obesidade (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica et al., 2006). Indicada para obesidade grau 3 ou grau 2 com comorbidades, exige análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos do doente. A avaliação desses pacientes no pré e no pós-operatório deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar composta por endocrinologista, nutricionista, cardiologista, pneumologista, psiquiatra, psicólogo e cirurgião (Coutinho, 1999). Também imprescindível é assumir requisitos de estabilidade psicológica e comprometimento por parte do paciente para obter sucesso a longo prazo (Sociedad Española para el Estudio de La Obesidad, 2007).

Alguns critérios são apontados para seleção ao tratamento cirúrgico além do IMC, tais como ter entre 18 e 60 anos, histórico de obesidade há pelo menos cinco anos sem sucesso

com tratamentos convencionais, ausência de causalidade endócrina da obesidade, estabilidade psicológica no que se refere a psicose, dependência química e transtornos alimentares. Com igual importância está a compreensão do processo pós-cirúrgico e esclarecimento sobre riscos, da possibilidade de resultados insatisfatórios, ser indispensável a adesão ao tratamento e às mudanças comportamentais e, por fim, que o objetivo não é alcançar o peso ideal (SEEDO,2007).

1.2.1 Técnicas cirúrgicas

O controle da obesidade através do procedimento cirúrgico se dá por um mecanismo de restrição e/ou mal-absorção dos alimentos ingeridos. Segundo o Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica et al., 2006), atualmente várias técnicas são reconhecidas e recomendadas, e podem ser realizadas também por laparoscopia. São classificadas pelo mecanismo de funcionamento, as que limitam a capacidade do reservatório gástrico, chamadas restritivas; as que interferem na digestão, denominadas mal-absorativas; e a combinação de ambos, mista. A indicação de cada técnica depende do quadro clínico.

Os métodos restritivos diminuem o reservatório gástrico, contribuindo para uma menor ingestão de alimentos e saciedade precoce. A gastroplastia vertical com bandagem é uma cirurgia restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago através de uma sutura, gerando um compartimento fechado. A utilização de um anel de contenção resulta em um esvaziamento mais lento do estômago reduzido. Com este procedimento, os pacientes experimentam uma redução em média de 30% do peso total nos primeiros anos (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004).

A “Lap Band” é uma técnica cirúrgica restritiva, que consiste na implantação videolaparoscópica de uma banda regulável na porção alta do estômago. Este artefato fica conectado a um dispositivo colocado sob a pele, o que permite o ajuste volumétrico do reservatório gástrico criado (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004).

Outra técnica restritiva é o balão intragástrico, método que não implica em cirurgia e tem efeito temporário, devendo ser retirado em até seis meses. O balão intragástrico pode ser uma opção para pacientes com indicação de cirurgia, mas que não tenham condições clínicas para se submeter ao procedimento de imediato. Com esta técnica eles podem perder peso antes de realizar o procedimento cirúrgico (Zilberstein, Neto, & Ramos, 2002).

Técnicas de restrição mecânicas podem não ser suficientes para atingir os objetivos propostos com a cirurgia. Com o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas foram

desenvolvidas técnicas mal-absortivas, que reduzem acentuadamente a capacidade de absorção do intestino, o que contribui para uma diminuição do aproveitamento calórico dos alimentos ingeridos (Segal & Fandiño, 2002). As Derivações biliopancreáticas de Scopinaro e Duodenal Switch (modificação da técnica Scopinaro) consistem na redução da capacidade gástrica, eliminação do controle pilórico do esvaziamento gástrico e em mal-absorção proporcionada pelo bypass de parte do intestino delgado (Zeve, Novais & Oliveira, 2012).

Nos últimos anos, entretanto, vem predominando uma terceira técnica que reúne a restrição à disabsorção, chamada de cirurgia de Fobi- Capella, em que a gastroplastia está associada a uma derivação gastrojejunal (chamada de Y de Roux), que consiste na restrição do estômago. A redução de volume da cavidade é obtida através da colocação de um anel de contenção na saída do compartimento formado e conexão com uma alça intestinal. Com esta técnica, a ingestão de carboidratos simples pode ocasionar a chamada síndrome de “dumping” (náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica, sintomas de hipoglicemia), complicação pós-cirúrgica de grande incidência. Esta síndrome pode também, em decorrência de inibir a ingestão de carboidratos simples que causariam mal-estar nestes casos, desempenhar importante papel na manutenção da perda de peso. Com este procedimento, os pacientes obtêm perdas médias na ordem de 35% a longo prazo. É uma técnica segura e com uma baixa morbidade (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004).

1.2.2 Resultados esperados

Apesar de sua natureza invasiva, a cirurgia bariátrica tem mostrado taxa de sucesso consistente promovendo, em média, redução de 50% do peso corporal e manutenção da redução a longo prazo. A indicação dessa intervenção vem crescendo nos dias atuais e é realizada com base em análise abrangente de vários aspectos do paciente. Se tratando de um procedimento cirúrgico de grande porte em pacientes que apresentam riscos aumentados de complicações, é imprescindível que a seleção seja cuidadosa e embasada em critérios que avaliem os riscos e os benefícios da intervenção cirúrgica (Segal & Fandino, 2002).

Os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem perda de peso significativa e sustentada, melhora das comorbidades relacionadas e da qualidade de vida (Fandiño, Benchimol, Coutinho & Appolinário, 2004). Os pacientes apresentam melhora na qualidade de vida, nos parâmetros cardiorrespiratórios e metabólicos associados a perda de peso induzida pela cirurgia (Sjostrom, L. et al., 2007). Há significativa redução na mortalidade associada a fatores cardiovasculares, câncer e principalmente diabetes (Steinbrook, 2004).

A maioria dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica obtêm efetiva melhora de suas condições clínicas e funcionais. Contudo, Garrido (2002) destaca que 5 a 10% dos pacientes não obtêm sucesso com o procedimento cirúrgico; com perspectiva mais pessimista, Meguid, Glade & Middleton (2008); Oliveira, Siqueira, Alvarez, Laitano, Pires & Martins (2012) estimam que 20% dos pacientes falham no tratamento e recuperam peso em até 2 anos de pós-operatório; havendo ainda estimativas de até 40% de insucesso (Teixeira & Maia, 2011). Zilberstein, Neto & Ramos (2002) ressaltam ainda a possibilidade de aumento de peso após dois anos de cirurgia. As causas são atribuídas à pouca aderência às dietas pós-operatórias e /ou às alterações psicológicas (Oliveira, Siqueira, Alvarez, Laitano, Pires & Martins, 2012).

Do ponto de vista psicossocial parte deles também apresenta evolução bem menos benéfica (Gordon, Kaio & Sallet, 2011), como em relação à alta incidência de suicídio (Steinbrook, 2004; Sjostrom, L. et al., 2007; Adams, Gress & Smith, 2007), depressão, ansiedade, alcoolismo e gastos excessivos (Leal & Baldin, 2007). A cirurgia tem efeito positivo a curto prazo no funcionamento psicossocial, mas a medida que a perda de peso vai diminuindo esses problemas tendem a ressurgir. Para a eficácia do tratamento é exigido do paciente em pós-operatório uma adequada adesão às modificações alimentares, comportamentais e de estilo de vida (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004).

O sucesso/insucesso da cirurgia bariátrica é um tema controverso, pouco discutido e pouco consensual (Teixeira & Maia, 2011). A avaliação positiva dos resultados da cirurgia para a vida dos pacientes nem sempre acompanha a perda ponderal. Aspectos não cirúrgicos, como os fatores psicológicos, tem sido considerados relevantes, visando investigar a estrutura e o funcionamento da personalidade, tendo como foco a identificação de variáveis internas do paciente que podem ser preditoras de sucesso ou fracasso no tratamento cirúrgico (Ribeiro, Santos & Loureiro, 2011).

1.2.3 Aspectos psicológicos

Segal & Fandiño (2002) ressaltam que não há consenso sobre os critérios psicológicos e psiquiátricos de exclusão à cirurgia, ficando a cargo da equipe multidisciplinar. Estes autores apontam que comumente são considerados contraindicações os transtornos de humor, ansiosos e psicóticos. Na portaria do Ministério da Saúde sobre gastroplastia os critérios de exclusão à cirurgia são a dependência química e outros transtornos mentais (Brasil, 2000).

Apesar da preocupação comum dos profissionais com os sintomas psicológicos e os quadros psiquiátricos no processo bariátrico, observa-se grande divergência de opiniões sobre

esses critérios na literatura especializada, e escassez de pesquisas que demonstrem fatores preditivos de bom ou mau prognóstico. Segal & Fandiño (2002) apontam o abandono de critérios psicológicos na seleção de candidatos ao procedimento, e o atribuem à ausência de instrumentos que permitam adequada acurácia prognóstica, levando a um julgamento clínico baseado em evidências, cada vez menos objetivo.

Toussi, Fujioka & Coleman (2009) apontam características individuais que devem ser avaliadas ao longo do processo de intervenção bariátrica, a saber, um histórico familiar de transtorno psiquiátrico, história de abuso, dependência química, apoio social e estratégias de enfrentamento.

Castro (2009) destaca o impacto da mudança brusca de peso na saúde psicológica do indivíduo. A existência de alterações psicopatológicas e de personalidade com significado clínico podem comprometer o tratamento, nomeadamente através da não adesão (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004). Além dos aspectos psicopatológicos, outras características estruturais, que informam o modo típico do indivíduo enfrentar as dificuldades, precisam ser melhor investigadas (Oliveira & Yoshida, 2009).

Construir uma vida mais saudável, resultado esperado após a realização da cirurgia bariátrica, é um processo complexo, que demanda inter-relação com aspectos físicos, psíquicos e sociais (Marcelino & Patrício, 2011). O fortalecimento de mecanismos psicossociais individuais favorece a adaptação e o enfrentamento frente à doença ou eventos traumáticos (Figueroa & Tamayo, 2008).

A cirurgia bariátrica requer modificações significativas no estilo de vida, quer pela mudança no comportamento alimentar, quer pela introdução do exercício físico ou pelo longo acompanhamento pós-cirúrgico, sendo essencial um grande esforço e adesão terapêutica para que o processo resulte em sucesso a longo prazo (Teixeira & Maia, 2011).

1.3 Aderência ao tratamento

Aderência ao tratamento refere-se a um comportamento consonante com a abordagem de tratamento proposta pela equipe de saúde. Embora comumente seja relacionado à aderência medicamentosa, o termo se refere a numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos e envolve aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, e também aspectos relacionados ao tratamento, ao paciente e à própria doença (OMS, 2003).

A OMS (2003) define aderência terapêutica como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa, tais como tomar os medicamentos, realizar mudanças alimentares e de hábitos de vida, e as prescrições da equipe de saúde.

Na atualidade, a não aderência ao tratamento, a dificuldade do paciente usar a medicação prescrita, seguir a dieta ou modificar seu estilo de vida de acordo com as orientações da equipe multidisciplinar, é considerada um problema pelos profissionais de saúde (Souza, Silva, Fonenele, Araújo & Carvalho, 2014; Camargo-Borges & Japur, 2008). Embora seja necessária, a aderência a tratamentos para condições crônicas não é um comportamento fácil de adquirir (Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2008). O modo como o paciente lida com a enfermidade, o regime terapêutico e as necessidades de mudanças em seus hábitos de vida representam importante papel no curso da doença e na evolução do tratamento (Martín Alfonso, Bayarre Veá & Grau Abalo, 2008).

Em condições crônicas de saúde, aderir ao tratamento é fundamental para o sucesso da terapia proposta e considera-se que há aderência quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições (Leite & Vasconcelos, 2003). Contudo, para Jordan (2000), algum grau de não aderência é universal, e Vermeire, Hearnshaw, VanRogen & Denekens (2001) estimam que 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico. Dados Brasileiros com populações de diferentes faixas etárias mostram porcentagens de adesão entre 67% a 76% aos tratamentos de saúde, variando conforme o método de avaliação e a região do país (Brasil, 2014).

Martín Alfonso (2003) aponta comportamentos que caracterizam os problemas de aderência ao tratamento, tais como dificuldades para seu início e suspensão prematura do tratamento, cumprimento incompleto ou deficiente das indicações, omissão ou esquecimento de medicamentos, faltas às consultas ou retornos agendados, automedicação, ausência de modificação no estilo de vida ou hábitos necessários para a recuperação da enfermidade.

A aderência à terapêutica é expressão da responsabilidade dos indivíduos com os cuidados e a manutenção da saúde. É o paciente quem executa ou não o consumo dos medicamentos e de outras indicações médicas, e é ele quem decide, em última instância, sobre a realização da prescrição (Martín Alfonso, 2006).

Trata-se de um processo que envolve muito mais que a simples ingestão de medicamentos, e deste modo, precisa ser compreendida de forma mais ampla. É importante considerar o vínculo entre usuário e equipe de cuidado, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial e a adequação do tratamento a hábitos e necessidades individuais. A relação de confiança e o uso de linguagem acessível e individualizada facilitam

melhor interação e comunicação. A escuta dos contextos individuais é fundamental neste processo, favorecendo uma abordagem mais resolutiva.

A organização do serviço por si só pode ser um fator de promoção da adesão. De forma ideal, a equipe deve ser constituída por profissionais das áreas médica, de enfermagem, do serviço social, psicologia, farmácia e nutrição. A articulação e interface com outros profissionais e serviços são essenciais para a garantia da qualidade do atendimento. (Brasil, 2014).

De Geest & Sabate (2003) relatam que recursos psíquicos, conhecimento e atitudes, percepção das crenças e expectativas do paciente em relação à doença e ao tratamento tem forte relação com o grau de aderência. Ungari (2007) acrescenta que a motivação para aderir ao tratamento prescrito tem relação com as atitudes, conhecimentos, crenças, percepções e expectativas do paciente, influenciada pelo valor que eles possuem em seguir o tratamento e o grau de confiança em ser capaz de segui-lo.

1.3.1 Definição do termo

Aderência ao tratamento (em inglês: *adherence*) é definida como a medida em que o comportamento do doente corresponde às recomendações concordadas com o prescritor. Este termo foi implementado como alternativa ao vocábulo inglês *compliance*, numa tentativa de realçar a liberdade de decisão do doente em aderir às recomendações médicas e de que o doente não deve ser culpabilizado pela falha na aderência. No fundo, *adherence* expande a definição de *compliance* por relevar a necessidade de concordância entre as duas partes, e não a imposição de uma sobre a outra (Silva, Livramento, Pereira & Neto (2009).

Cardoso & Galera (2006) acrescentam a conotação coercitiva que o termo *compliance* possui na língua inglesa, sendo considerada a postura do paciente frente ao tratamento como passiva. *Adherence* ressalta uma postura mais ativa do doente em seu tratamento.

Em português não há consenso sobre o termo empregado – adesão ou aderência. Há possibilidade de uso das duas palavras, visto significarem a mesma coisa. Contudo, ao classificar pacientes, o termo aderência se mostra mais plausível (aderente e não aderente) do que adesão (adesivo e não adesivo), apesar da utilização do termo adesão na indexação, considerando que aderência possui conotação de maior envolvimento ativo do paciente no processo de tratamento.

Dessa forma, neste trabalho a opção foi pelo termo aderência ao tratamento.

1.3.2 Multidimensionalidade na aderência terapêutica

Para a OMS (2003), a aderência é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco dimensões, que afetam mutuamente o comportamento e a capacidade da pessoa aderir a seu tratamento. Além dos fatores individuais, ao avaliar aderência se faz necessário considerar os fatores socioeconômicos, os relacionados ao tratamento e à doença, e ao sistema e equipes de saúde.

Turk & Meichenbaum (1991, apud Costa & Leal, 2005) ressaltam que os indivíduos não devem ser classificados como aderentes ou não, pois cada paciente pode apresentar diferentes níveis de aderência em diferentes aspectos do tratamento ou manifestar aderência variável em diferentes momentos de sua vida. Assim, os níveis de aderência se alteram de acordo com a circunstância. Bugalho & Carneiro (2004) enfatizam que a presença de comorbidades, especialmente a depressão, também são intervenientes no comportamento de aderência.

Notadamente a relação entre o profissional de saúde e o paciente, o regime terapêutico, as características da doença e aspectos psicossociais do paciente são decisivos na aderência à terapêutica (Ginarte Arias, 2001; Martín Alfonso, Bayarre Vea & Grau Abalo, 2008). A aderência tende a diminuir ao longo do tempo e em tratamentos que exijam grande frequência. Também as características da equipe de saúde, a atitude dos profissionais, influenciam a aderência. As características do próprio paciente ganham destaque no que se refere à aderência, especialmente fatores sócio-cognitivos como a auto-eficácia e o suporte social (Ginarte Arias, 2001; Costa & Leal, 2005).

1.3.3 Formas de avaliar aderência

A avaliação da aderência terapêutica, sobretudo em tratamentos complexos e de longa duração, ou em enfermidades crônicas, é realizada através de duas abordagens metodológicas distintas, acompanhadas de suas devidas ressalvas e dificuldades: Métodos diretos ou objetivos e métodos indiretos ou subjetivos (Delgado & Lima, 2001).

Os métodos diretos ou objetivos relacionam-se a medições clínicas, como por exemplo a utilização de exames laboratoriais, tomando por base valores de referência padrão para caracterização da aderência terapêutica; dependem de aparelhagem cara, sendo de difícil execução sem financiamento. Não são mediados pela subjetividade do profissional ou do paciente, minimizando os vieses relacionados, mas também não apresentam uma relação direta entre aderência e os resultados encontrados (Martín Alfonso, Bayarre Vea & Grau Abalo, 2008).

Já os métodos indiretos ou subjetivos, representados pelo autorrelato do paciente e uso de entrevistas, são sujeitos ao viés do entrevistador ou à imprecisão deliberada ou não do relato do paciente (Martín Alfonso, Bayarre Vea & Grau Abalo, 2005). Os métodos indiretos são mais utilizados, incluindo informação por parte do paciente e do cuidador, comparecimento às consultas, frequência de retirada de medicamentos em farmácia, contagem de pílulas, questionários. A entrevista é um dos métodos mais comuns e mais simples para avaliar a aderência, por sua aplicação mais acessível e de menor custo (Ungari, 2007).

Para Ungari (2007), métodos para avaliação da aderência terapêutica apresentam muitas limitações. Apesar dos métodos diretos serem mais exatos, requerem equipamentos sofisticados, tornando-se pouco úteis em saúde pública. Dentre os métodos indiretos, embora tendam a superestimar a aderência, representam maior aplicabilidade em saúde pública, podendo ser aplicados em todos os níveis de atenção à saúde.

1.3.4 Aderência em cirurgia bariátrica

No que se refere à cirurgia bariátrica, a aderência ao tratamento pós-operatório é condição importante para o sucesso da intervenção (Barbee, 2010). As razões para a recuperação de peso após o tratamento cirúrgico da obesidade são numerosas e individualizadas, incluindo desde problemas fisiológicos decorrente do procedimento até a não modificação dos hábitos alimentares anteriores, manutenção do sedentarismo e não cumprimento do acompanhamento multidisciplinar após a cirurgia. Fatores como não comparecimento em consultas, compulsão alimentar e depressão são associados a pior perda de peso (Toussi, Fujioka & Coleman, 2009).

Toussi, Fujioka & Coleman (2009) caracterizaram a aderência após o tratamento cirúrgico como a presença de comportamentos condizentes com os objetivos do plano de tratamento estabelecido pela equipe multidisciplinar e pela presença de estratégias individuais para melhoria de sua saúde.

Para McAllen (2009), aderência às modificações alimentares, aderência à atividade física, o acompanhamento continuado com a equipe de saúde e a participação em grupos de apoio são imperativos para a manutenção da perda de peso após a cirurgia bariátrica.

A aderência às prescrições de alteração na dieta é a mudança de vida chave na obtenção da perda de peso após a cirurgia bariátrica. As modificações alimentares são específicas e devem ser seguidas meticulosamente. Necessidades dietéticas incluem mudanças nas quantidades e tipos de alimentos consumidos, quando e quanto os fluidos podem ser consumidos, assim como a ingestão de vitaminas e suplementos (Dowd, 2005).

Aderir à atividade física é outro fator fundamental para o sucesso à longo prazo da cirurgia. A aderência ao exercício físico consiste em um padrão regular de atividade física que coincide com a prescrição de um profissional de saúde. Contudo, após a cirurgia bariátrica é comum a não aderência à atividade física (Elkins et al., 2005).

Junto com a restrição dietética e aderência ao exercício, a participação em consultas de seguimento é outro componente essencial na prescrição dos pacientes bariátricos para manutenção bem sucedida da perda de peso. Como o regime pós-operatório é complexo, consultas de acompanhamento servem como um importante mecanismo de educação do paciente nas modificações comportamentais (Dowd, 2005).

Elkins et al. (2005) enfatizam que a mudança de comportamento é a chave para o sucesso da intervenção cirúrgica e a superação da obesidade. Assim, é necessário identificar os fatores que influenciam a mudança de comportamento e consequente perda de peso nesta população (McAllen, 2009).

A participação ativa do paciente bariátrico é crucial para chegar a um resultado bem-sucedido. Dessa forma, o envolvimento de fatores psicossociais na dedicação da pessoa para cumprir o regime terapêutico, na permanência em tratamento e na prevenção são determinantes na aderência terapêutica.

1.4 Fatores psicossociais associados à aderência

McAllen (2009) destaca a importância de se investigar o impacto de fatores psicossociais na evolução dos pacientes submetidos ao tratamento bariátrico. Uma cirurgia bariátrica bem sucedida requer mudanças significativas no estilo de vida e mudanças de comportamento, que são influenciados por fatores psicossociais (Bagdade, 2012).

Para Collins & Bentz (2009), um importante aspecto psicológico a ser considerado no processo bariátrico, que muitas vezes fica em segundo plano devido a priorização de psicopatologia, se refere a abordagem de características do paciente sobre o enfrentamento do processo, tais como o entendimento do processo cirúrgico, a resiliência, a auto-eficácia.

Para Landeiro (2013), as diferenças individuais relacionadas à capacidade de enfrentamento em obesos devem ser investigadas, principalmente no que se refere às qualidades positivas auxiliares no convívio com a obesidade e na adaptação às mudanças necessárias à manutenção da perda de peso pós-cirúrgica.

Dentre as várias dimensões sócio-cognitivas associadas ao termo aderência, destaca-se a resiliência, a auto-eficácia e o suporte social.

1.4.1 Resiliência

Dentre os fatores psicossociais que podem estar diretamente associados à aderência ao tratamento destaca-se a resiliência, que se refere a um processo de adaptação positiva diante de um contexto tipicamente desfavorável, no qual o indivíduo demonstra uma notável capacidade de superação de condições adversas que representariam uma ameaça significativa ao seu bem-estar, desenvolvimento ou saúde mental (Rutter, 2006).

Nos domínios das Ciências Humanas e da Saúde, o conceito de resiliência faz referência à capacidade do ser humano responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, mesmo quando estas comportam risco potencial para sua saúde e/ou desenvolvimento (Silva, Elsen & Lacharité, 2003).

Resiliência é um processo, que não é ativado para toda situação nem a todo momento. Suas bases são tanto constitucionais quanto ambientais; assim, o processo resiliente não é somente uma característica do indivíduo, inata, mas também parte da interação dinâmica existente entre as características individuais e o ambiente (Souza & Cervený, 2006; Carvalho, Moraes, Koller & Piccinini, 2007).

A resiliência representa um dos caminhos possíveis para que os profissionais da área possam trabalhar a saúde, dando ênfase às potencialidades dos seres humanos. O trabalho na área representa uma possibilidade de quebra de previsões e de expectativas de continuidade dos problemas (Silva, Elsen & Lacharité, 2003). Nesta perspectiva, o desenvolvimento de capacidades resilientes nos indivíduos passa pela mobilização e ativação de suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, ou seja, pela sua própria capacidade de autorregulação e autoestima (Pinheiro, 2004).

Embora o conceito de resiliência comporte expectativas promissoras em termos de promoção e de prevenção da saúde, ele é relativamente recente como área de estudo na psicologia e, dessa forma, permeado por muitos vazios e incertezas. Mais pesquisas sobre o tema se tornam imprescindíveis para os avanços neste campo.

Bianchini & Dell'Áglio (2006) afirmam que o sujeito passa por diversas situações na vida em que deve apresentar a resiliência, mas a principal delas é a situação de doença. No contexto de enfermidade, a resiliência seria a capacidade de um indivíduo lidar com a doença aceitando as limitações que lhe são impostas diante de sua nova condição, colaborando com a aderência ao tratamento e readaptando-se de forma positiva.

Rezende (2011), utilizando como referência a importância do desenvolvimento do processo de resiliência como prevenção aos agravos de saúde, considera a possibilidade de aplicação do conceito no contexto de obesidade.

Segundo Sarvey (2009), a resiliência é um importante fator de suporte para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, tendo em vista que eles enfrentaram uma adversidade significativa que demanda adaptação.

1.4.2 Auto-eficácia

Entre os constructos cognitivos que podem mediar a utilização de estratégias de enfrentamento está a auto-eficácia percebida (Medina & Medina, 2007). Bandura (2001) desenvolveu o conceito de auto-eficácia, sendo esta caracterizada pelas crenças que o indivíduo possuiu sobre as suas capacidades para planejar e executar tarefas. Tais crenças são importantes para a autorregulação e motivação em direção a mudanças de objetivos e expectativa de resultados.

De acordo com Bandura (2001) há um conjunto de determinantes da saúde, que incluem os conhecimentos de risco e benefícios das diferentes práticas de saúde, auto-eficácia percebida, crença de que se pode exercer controle sobre os hábitos de saúde, expectativa de resultados sobre custos e benefícios para evitar comportamentos de risco, os objetivos de saúde das pessoas e os planos concretos e estratégias para realizá-los, além dos facilitadores e impedimentos sociais e estruturais percebidos para mudar o que almejam.

A percepção de eficácia influencia a escolha das atividades e dos ambientes ou situações; determina, igualmente, quanto esforço o indivíduo vai despendar, e durante quanto tempo persistirá diante de um obstáculo e experiências desagradáveis (Ribeiro, 2004). Os indivíduos tendem a evitar situações que creem exceder suas capacidades, e a enfrentar aquelas com que se julgam capazes de lidar. Quanto mais forte for a percepção de auto-eficácia, mais vigoroso e persistente o esforço (Bandura, 2001).

A crença na auto-eficácia contribui para a autorregulação do comportamento, facilita os processos cognitivos, o desempenho, o enfrentamento a situações adversas, e deixa o indivíduo menos vulnerável ao estresse e depressão (Griva, Myers & Newman, 2000).

Sendo assim a auto-eficácia é um determinante central para aderência em comportamentos de saúde, pois acaba por formar os objetivos, modelar os resultados esperados, os esforços para alcançá-los e os possíveis impedimentos e as formas de vê-los (Cardoso, 2006).

Para Teixeira, Going, Sardinha & Lohman (2005) a auto-eficácia ajuda no início e manutenção da mudança de comportamento voltada para a saúde, e proporciona uma estrutura útil para a promoção de resultados positivos em programas voltados para a perda de peso.

Obesos tem baixa auto-eficácia percebida sobre o controle de sua alimentação, assim a auto-eficácia é um importante preditor de comportamentos de perda de peso. Verifica-se associação positiva entre perda de peso e auto-eficácia, o que indica que este constructo desempenha importante papel na capacidade dos pacientes bariátricos para adotar mudanças de comportamento, indispensável para a manutenção da perda de peso. (McAllen, 2009).

1.4.3 Suporte Social

Outro fator importante no contexto da aderência é o suporte social. O suporte social (laços sociais ou apoio social) que envolve as pessoas e as relações que estabelecem com os outros têm sido considerados como componentes positivos da sua vida emocional e têm sido estudados como fatores atenuantes do stress e importante estratégia de enfrentamento (Almeida, 2003; Mongé & Almagiá, 2008).

O suporte social é um constructo complexo, multidimensional, que abrange a família nuclear e os amigos, e inclui também relações informais de vizinhança e os serviços comunitários (Almeida, 2003). Trata-se de um conceito que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais a pessoa tem acesso através de suas redes sociais (Siqueira, 2008).

O suporte social é uma variável importante na prevenção da doença, na promoção da saúde, na aderência terapêutica ou recuperação de uma doença. Assim, pessoas com elevados níveis de suporte social percebido são mais aderentes ao regime terapêutico (Almeida, 2003).

Embora os mecanismos específicos pelos quais o suporte social influencia a saúde não estejam completamente elucidados, a literatura aponta que a disponibilidade de suporte social percebido está positiva e significativamente relacionada com a efetividade do enfrentamento utilizado, incrementando a capacidade das pessoas lidarem com situações difíceis, podendo inibir o desenvolvimento de doenças e ter um papel positivo na recuperação quando um indivíduo está doente (Ribeiro, 1997 citado por Amorim, 2009).

Siqueira (2008) acrescenta que o suporte social positivo gera efeitos benéficos para a saúde tanto física quanto mental, e tem estreita relação com o bem-estar. Neste sentido, tem-se tentado clarificar o efeito do apoio social no bem-estar, distinguindo duas dimensões do constructo: o apoio percebido, referente a percepção de que o apoio social estará disponível caso um indivíduo necessite de lhe aceder) e o apoio recebido, que se refere ao apoio social realmente fornecido pelos outros (Samssudim, 2009).

Deste modo, o apoio social percebido representa a componente cognitiva do apoio social. Pelo contrário, o apoio social recebido pode ser visto como uma componente comportamental, requerendo relações interpessoais particulares (Lakey & Cassady, 1990,

apud Samssudim, 2009). Samssudim acrescenta que a maioria dos estudos desenvolvidos nesta perspectiva privilegia a percepção que os indivíduos tem e a crença generalizada por eles desenvolvida de que são estimados, que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando precisam e, por outro lado, a satisfação com as relações que têm.

O apoio social percebido inclui tanto a avaliação como a satisfação com o apoio social, podendo influenciar fatores como a autoestima, o sentimento de controle perante o ambiente e o otimismo. Um apoio social percebido mais baixo relaciona-se com atribuições externas, insatisfação com a vida e dificuldade em persistir face a tarefas com difícil resolução (Sarason & Sarason, 2009).

Pessoas com elevados níveis de suporte social percebido parecem vir a ser mais aderentes ao regime terapêutico (Almeida, 2003). Segundo Sarason e Sarason (2009) existe uma relação entre o suporte social, a adoção de estratégias eficazes de enfrentamento e a manutenção de comportamento adequado de resolução de problemas. Este tipo de apoio é preditivo da eficácia do enfrentamento e do bem-estar físico/psicológico; Comportamentos decisivos para uma bem-sucedida mudança de estilo de vida após a cirurgia bariátrica.

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Ao desenvolver este trabalho objetivou-se avaliar a presença de comportamentos relacionados à aderência ao tratamento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e sua associação com aspectos psicossociais, sendo objeto de estudo os constructos resiliência, crença de auto-eficácia e percepção de suporte social.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar o nível de resiliência de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica;
- Investigar a crença de auto-eficácia da amostra;
- Investigar a percepção de suporte social desses pacientes;
- Rastrear sintomas depressivos na amostra;
- Relacionar esses fatores psicológicos a comportamentos relacionados à aderência ao tratamento.

CAPÍTULO 3: MÉTODO

3.1 Delineamento

Estudo do tipo exploratório, quantitativo, correlacional, de corte transversal.

3.2 População

Os sujeitos-alvo da pesquisa foram pacientes que passaram pelo tratamento cirúrgico da obesidade há, no mínimo, seis meses.

A coleta foi realizada no serviço de referência em cirurgia bariátrica do SUS em Juiz de Fora, Serviço de Controle da Hipertensão, Obesidade e Diabetes (SCHDO). O SCHDO caracteriza-se por ações assistenciais, como acolhimento, pesagem, medida de cintura abdominal, agendamento de consultas subsequentes, consultas de enfermagem, aderência medicamentosa, insulinoterapia, exame dos pés, para pacientes em tratamento de diabetes, hipertensão e obesidade grave; assim como ações educativas como reuniões em sala de espera para pacientes e familiares e treinamento e capacitações para profissionais de saúde. Conta atualmente com nutricionista, enfermeiro, técnico de enfermagem e cardiologista para acompanhamento desses pacientes. Os pacientes de bariátrica são atendidos semanalmente pela equipe, nas manhãs de quinta-feira. O acompanhamento psicológico estava vinculado a uma instituição particular de ensino de Juiz de Fora, entretanto, no período de coleta não havia atendimento psicológico no local.

Neste serviço não são realizadas cirurgias há um ano e meio, diante da dificuldade de absorver nova demanda e, principalmente, após aposentadoria do cirurgião responsável. Os novos pacientes são encaminhados para o serviço de cirurgia do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, também situado em Juiz de Fora.

3.3 Amostra

Participaram da coleta de dados 39 pacientes em acompanhamento no Serviço de Controle da Hipertensão, Obesidade e Diabetes (SCHDO) da cidade de Juiz de Fora. A seleção da amostra foi por conveniência, sendo convidados a participar do estudo os pacientes que estavam na sala de espera, antes ou após consulta com a equipe multidisciplinar, entre os meses de abril e julho de 2014.

3.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram pacientes com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, que tinham sido submetidos à cirurgia bariátrica há no mínimo seis meses.

3.3.2 Critérios de não-inclusão

Os critérios de não-inclusão por sua vez foram pacientes que não conseguiram responder as perguntas e preencher as escalas, e aqueles que, após aceitarem o convite para participar, não permaneceram no local para a coleta.

3.4 Instrumentos

A avaliação foi realizada através de cinco instrumentos de coleta de dados:

Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild & Young (1993, apud Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004), adaptada para o português por Pesce, Assis, Avanci, Malaquias & Oliveira (2004). Com esta escala, pretendeu-se investigar a capacidade resiliente desses pacientes. Ela é composta por 25 itens, com resposta que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores variam de 25 a 175 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a resiliência (Anexo A).

A avaliação da percepção de suporte social se deu através da Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS), adaptada e validada para a população brasileira por Siqueira (2008), possui 29 itens que abordam as dimensões de suporte prático e de suporte emocional, numa escala de quatro pontos para as respostas (1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = muitas vezes; 4 = sempre) com a qual os participantes relatam a frequência com que percebem a possibilidade de contar com o apoio de alguém (Anexo B).

A avaliação da crença de auto-eficácia foi realizada por meio da Escala de Auto-eficácia Geral Percebida, validada para amostras brasileiras por Souza & Souza (2004), que avalia a percepção de auto-eficácia do indivíduo. É constituída por 10 itens sobre opiniões que as pessoas podem ter a respeito de si mesmas. Cada frase deve ser avaliada de 1 (não é verdade) a 4 (é sempre verdade). O número máximo de pontos é 44 e traduz uma auto-eficácia geral alta; o escore mínimo obtido através da escala é 11 e reflete uma auto-eficácia geral baixa. (Anexo C).

O rastreio da presença de sintomas depressivos na amostra se deu através da escala Patient Health Questionnaire – versão breve (PHQ-2), desenvolvida por Spitzer, Williams, Kroenke, Linzer, Gruy & Hahn (1994) e adaptada para o Brasil por Lima Osório, Vilela Mendes, Crippa & Loureiro (2009). Constituída por dois itens, objetiva aferir as frequências

de humor nas duas últimas semanas, podendo variar de 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias). O ponto de corte estabelecido é 3. (Anexo D)

A coleta de dados foi iniciada com uma entrevista estruturada (desenvolvida pelas autoras) para coleta de dados comportamentais, sociodemográficos e clínicos, caracterizada pelo autorrelato. O objetivo não foi classificar os entrevistados em aderentes ou não aderentes, mas obter dados sugestivos de comportamento de aderência ao tratamento (Apêndice B).

3.5 Procedimentos

Os participantes foram voluntários, orientados sobre a pesquisa e assinaram o ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’ (TCLE) (Apêndice A). A coleta foi realizada no local de tratamento dos sujeitos, antes ou após consulta com a equipe multidisciplinar.

Após convite da pesquisadora, o participante era acompanhado a uma sala reservada para a coleta. Primeiramente o TCLE era preenchido e assinado em duas vias (sendo uma via entregue ao sujeito), e eventuais dúvidas sanadas. O participante era orientado sobre a importância da veracidade dos dados coletados para o sucesso da pesquisa, e que as informações eram confidenciais, não interferindo em nenhuma hipótese no seu tratamento na instituição.

Cada instrumento foi apresentado ao participante, com esclarecimento de seu objetivo e funcionamento. A entrevista estruturada era realizada primeiramente, em seguida as escalas de resiliência e auto-eficácia, a de suporte social, e o rastreio de sintomas depressivos ao final. A duração da coleta foi, em média, de 40 minutos com cada participante da amostra.

3.6 Análise dos dados

Após a coleta, as informações foram inseridas em banco de dados e em seguida, pela tabulação e codificação dos mesmos, foram então analisados pelo programa SPHINX LEXICA & EURECA V. 5. Para realizar a montagem do banco de dados, foi necessário proceder às seguintes etapas: determinação da correspondência entre os dados e a variável; codificação das variáveis; categorização dos resultados; formação do banco de dados e análise estatística descritiva.

Posteriormente aplicou-se a técnica de mineração de dados (*Data mining*) procurando padrões, tendências e verificando as associações estatísticas significativas no nível de significância de 5% (IC 95%) entre as variáveis do estudo segundo metodologia descrita por Berry e Linoff (1997) e Ham e Jamber (2001).

3.7 Implicações éticas

Após autorização da responsável pela instituição (Anexo F), o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF (Universidade Federal de Juiz de Fora), conforme a Resolução 196/96 (Parecer 482.278) (Anexo E).

No TCLE (Apêndice A), está esclarecido o aspecto do risco mínimo à integridade do participante, considerando que o estudo não envolve nenhum dano físico, psíquico e moral, assim como nenhum ônus ou ganho financeiro e garante o tratamento de todas as informações sob caráter absolutamente confidencial, de forma a não interferir no tratamento na instituição pesquisada. É garantido aos participantes o direito à sua autonomia de forma que sua retirada do estudo pode ser feita no momento em que ele assim optar. A questão da devolução para os sujeitos fica também acordada, de forma que possam pedir esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa. A aplicabilidade social dos resultados é prevista, de forma que nos resultados esperados o conhecimento acerca da questão possa servir de base para proposições futuras visando uma melhor abordagem do problema.

Um participante relatando sintomas depressivos e um participante com indícios de transtorno alimentar foram orientados a procurar o serviço de psicologia da UFJF (CPA/UFJF), visto a instituição não contar atualmente com profissional psi e ambos não estarem em tratamento fora do SCHDO.

Por ocasião da apresentação da pesquisa (defesa), participantes, pacientes e profissionais foram convidados a assistir, via telefone (aqueles que solicitaram essa informação no momento da entrevista), por e-mail (os funcionários da prefeitura e os profissionais do SCHDO) e por convite exposto na sala de espera da instituição.

3.8 Limitações

Faz-se necessário apontar algumas limitações do estudo. Não é possível generalizar os resultados, visto o número de participantes e a coleta em instituição específica. Também deve ser mencionado o fato de que a análise estatística ficou limitada à realidade do tamanho da amostra e aos tipos de variáveis estudadas.

Outro fator a ser considerado é que a coleta se deu na instituição em que esses pacientes ordinariamente fazem acompanhamento, alguns deles há vários anos.

Além disso, os instrumentos utilizados para coleta de dados são de autorrelato, o que representa uma limitação à veracidade dos fatos relatados, visto que a percepção do sujeito da realidade poder ser distorcida por sua subjetividade.

Por fim, na avaliação da aderência neste trabalho, diante da ausência de instrumentos validados para este tipo de avaliação, os parâmetros foram estabelecidos através da literatura, e podem ser considerados somente como indicativos da aderência destes pacientes ao tratamento proposto após o procedimento cirúrgico.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

Conforme exposto, a amostra compõe-se por 39 adultos, com tempo mínimo de dois anos de procedimento bariátrico, em acompanhamento no SCHDO.

4.1 Descrição das variáveis sociodemográficas

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos da amostra:

TABELA 1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS				
Variável	Categoria	N	%	
Sexo	Feminino	33	84,6	
	Masculino	6	15,4	
Idade (anos)	18-30	2	5,1	
	31-50	23	59	
	Mais de 50	14	35,9	
Estado civil	Casado	21	53,8	
	Solteiro	11	28,2	
	Viúvo	5	12,8	
	separado/divorciado	2	5,1	
Mora com quem	Cônjuge	8	20,5	
	Filhos	4	10,3	
	Sozinho	5	12,8	
	Família	22	56,4	
Condição ocupacional	Empregado	14	35,9	
	desempregado	5	12,8	
	Aposentado	12	30,8	
	licença INSS	5	12,8	
	do lar	3	7,7	
Grau de escolaridade	fundamental incompleto	21	53,8	
	fundamental completo	3	7,7	
	Médio	11	28,2	
	Técnico	2	5,1	
	Superior	2	5,1	
Cidade de origem	Juiz de Fora	25	64,1	
	Região	14	35,9	

Fonte: A autora

No que se refere aos dados sociodemográficos, destacam-se a composição da amostra ser em sua maioria de mulheres (84,6%) e a predominância de baixa escolaridade entre os entrevistados (61,5%).

4.2 Descrição das variáveis clínicas

A Tabela 2 apresenta as variáveis clínicas da amostra, apresentando ampla variabilidade no tempo decorrido pós tratamento cirúrgico.

TABELA 2 - DADOS CLÍNICOS	
Variável	média±desvio padrão
Idade (anos)	45,8±9,5
Tempo de cirurgia (meses)	55,7±35,2
Peso inicial (kg)	144±27
Peso atual (kg)	90±23
Perda ponderal (kg)	61±16
Comorbidades (n°)	2,7±2

Fonte: A autora

Com relação às doenças associadas ao estado clínico pós-cirúrgico, dentre as comorbidades mais citadas estão a hipertensão (19 pacientes), a artrose (14 pacientes), o refluxo (12 pacientes) e doença vascular (12 pacientes). A Tabela 3 apresenta todas as comorbidades relatadas.

A Tabela 4 apresenta os indicadores de sucesso do tratamento cirúrgico na amostra pesquisada. Observa-se que pequena parte da amostra não obteve a perda ponderal esperada de 40% com o tratamento (5,1%). Relativamente ao reganho de peso após cirurgia, nove (23,1%) dos pacientes relataram ter recuperação significativa de peso (mais de 15%), 17 (43,6%) sujeitos apresentaram reganho de peso não-significativo (abaixo de 15%). Com relação ao outro parâmetro para avaliação do sucesso do tratamento, a presença de comorbidades, 33 (84,6%) dos participantes relataram presença de doença associada.

TABELA 3 – COMORBIDADES ASSOCIADAS

Comorbidade	N	%
Diabetes	6	15,4
Hipertensão	19	48,7
problema respiratório	9	23,1
Artrose	14	35,9
Apneia	4	10,3
Dislipidemia	2	5,1
Refluxo	12	30,8
doença Vascular	12	30,8
Infertilidade	3	7,7
alteração menstrual	10	25,6
Alcoolismo	3	7,7
Tabagismo	3	7,7
Colesterol	1	2,6
Hipotireoidismo	2	5,1
Glaucoma	1	2,6
Hemangioma	1	2,6
Labirintite	1	2,6
HIV	1	2,6
Insônia	1	2,6
Reumatismo	1	2,6
Dumping	1	2,6
Alergia	2	5,1
Anemia	2	5,1
transtorno alimentar	1	2,6
dificuldades digestivas	1	2,6

Fonte: A autora

TABELA 4 – MEDIDAS DE SUCESSO DO TRATAMENTO

Variável	Categoria	N	%
Perda de peso total (%)	21-30	2	5,1
	31-40	13	33,3
	41-50	17	43,6
	mais de 50	7	17,9
Reganho de peso	Significativo	9	23,1
	não-significativo	17	43,6
	Sem reganho	13	33,3
Presença de comorbidades	sim	33	84,6
	não	6	15,4

Fonte: A autora

4.3 Descrição das variáveis comportamentais

A Tabela 5 apresenta os dados comportamentais utilizados neste trabalho como parâmetros para avaliar a presença de comportamentos sugestivos de aderência dos pacientes ao tratamento proposto. A respeito do uso de medicamentos somente um sujeito (2,6%) declarou não fazer uso de nenhum medicamento. Os medicamentos mais citados incluem vitaminas, psicotrópicos, antiulceroso, broncodilatador e anti-hipertensivo. Também foram citados anticonvulsivante e medicamentos para tratamento do diabetes, da tireoide, de doenças vasculares e para HIV. Outro dado em destaque refere-se a somente 12 (30,8%) pacientes entrevistados estarem realizando atividade física regular. No que diz respeito à alimentação, 21 participantes (53,8%) afirmam não possuir alimentação de acordo com proposta terapêutica. Quando questionados sobre tratamento com psicólogo 28 (71,8%) alegaram ter passado por este profissional em algum momento do tratamento, incluindo para parecer, pessoas em tratamento no momento e acompanhamento anterior. Em relação a acompanhamento psiquiátrico, 23 sujeitos (59%) relataram nunca ter consultado com médico psiquiatra.

**TABELA 5 – DADOS COMPORTAMENTAIS-
ADERÊNCIA AO TRATAMENTO PROPOSTO**

Variável	Categoria	N	%
Uso de medicação	Sim	38	97,4
	Não	1	2,6
Medicação conforme prescrição	Sim	34	87,2
	Não	5	12,8
Prática de atividade física	Sim	12	30,8
	Não	27	69,2
Atividade física conforme prescrição	Sim	15	38,5
	Não	24	61,5
Comparecimento às consultas	Sim	33	84,6
	Não	6	15,4
Realização de exames prescritos	Sim	36	92,3
	Não	3	7,7
Alimentação conforme prescrição	Sim	18	46,2
	Não	21	53,8
Tratamento psicológico	Sim	28	71,8
	Não	11	28,2
Tratamento psiquiátrico	Sim	16	41
	Não	23	59

Fonte: A autora

4.4 Descrição das variáveis psicossociais

A Tabela 6 apresenta os dados coletados através das escalas psicológicas, 56,4% apresentam alta auto-eficácia; 41% alta resiliência. Na escala para rastreio de sintomas depressivos, somente 25,6% dos pacientes não relataram nenhum sintoma depressivo.

TABELA 6 – CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS			
Variável	Categoria	N	%
Auto-eficácia	baixa	17	43,6
	alta	22	56,4
Resiliência	baixa	8	20,5
	moderada	15	38,5
	alta	16	41
Suporte social prático*	nunca	1	2,6
	poucas vezes	9	23,1
	muitas vezes	23	59
	sempre	6	15,4
Suporte social emocional*	nunca	2	5,1
	poucas vezes	4	10,3
	muitas vezes	22	56,4
	sempre	11	28,2
Suporte social	nunca	3	7,7
	poucas vezes	13	33,3
	muitas vezes	21	53,8
	sempre	2	5,1
Depressão	sem sintomas	10	25,6
	1-3 pontos	17	43,6
	4-6 pontos	12	30,8

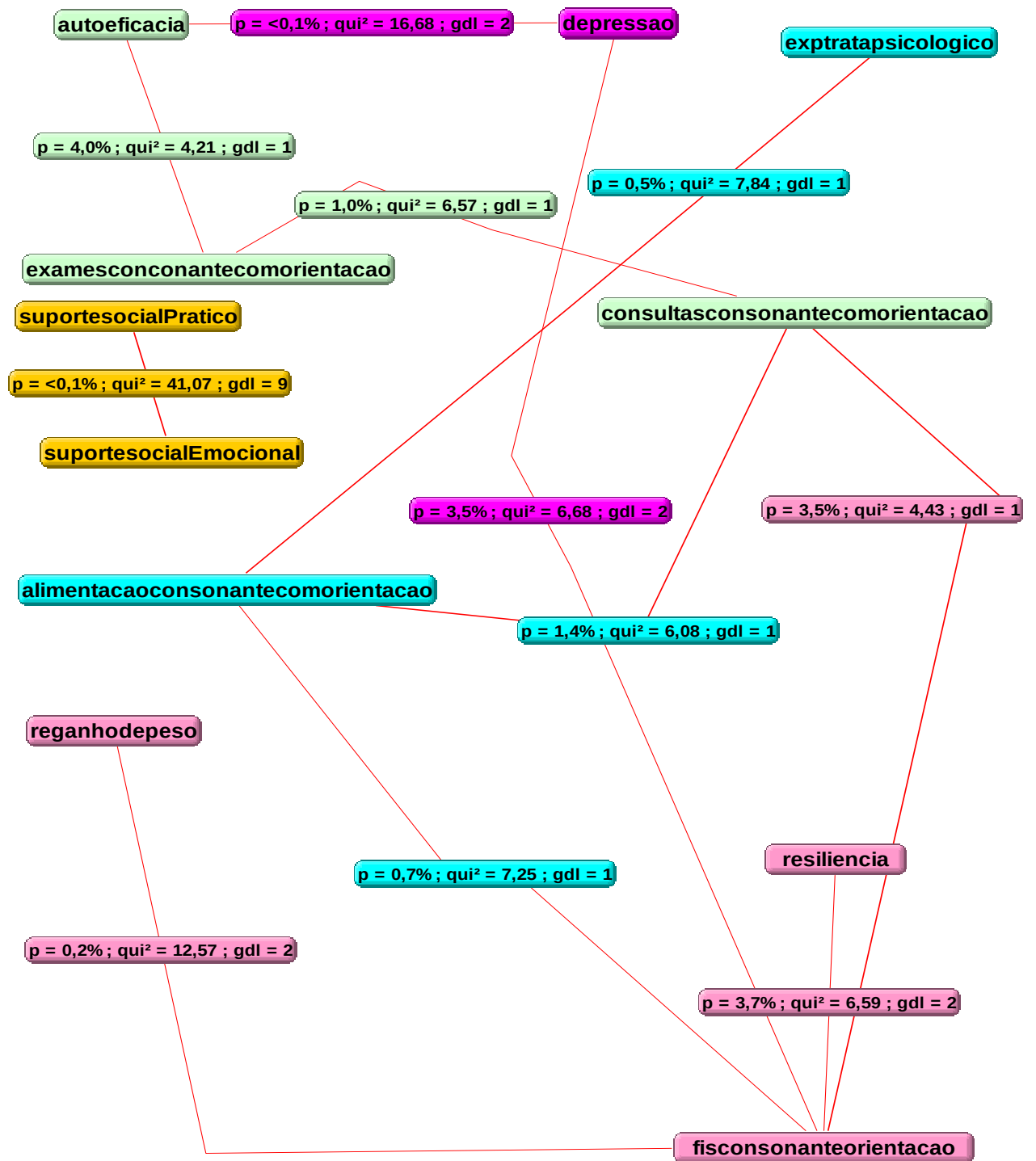
Fonte: A autora

4.5 Comparação entre as variáveis comportamentais e psicossociais

O objetivo deste trabalho foi investigar alguns fatores psicossociais relacionados à aderência de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Dessa forma as variáveis psicossociais foram relacionadas às variáveis comportamentais em uma rede neural para avaliação de correlações estatisticamente significativas entre elas.

A figura 1 apresenta as correlações entre variáveis destacadas (estatisticamente significativas) na rede neural.

FIGURA 1 – RESULTADOS DA MINERAÇÃO DE DADOS (DATA MINING)



Foram encontrados resultados estatisticamente significativos em onze associações das variáveis, a saber:

1- Entre as variáveis comportamentais:

- A Tabela 7 apresenta os dados da associação entre as variáveis *Atividade física regular* e *Presença em consultas como indicado*, com dependência significativa $\text{Qui}^2 = 4.43$, $\text{gl} = 1$, $1-p = 96.47\%$, nos dados em destaque.

TABELA 7 - ATIVIDADE FÍSICA REGULAR E PRESENÇA EM CONSULTAS			
	Presença em consultas	Ausência em consultas	N
Atividade física consonante com orientação	+9	-52	15
Atividade física em desacordo com orientação	-6	+33	24
N	33	6	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

- A Tabela 8 apresenta os dados da associação entre as variáveis *Presença em consultas como indicado* e *Realização de exames como indicado*, com dependência significativa $\text{Qui}^2 = 6.57$, $\text{gl} = 1$, $1-p = 98.96\%$, para o dado em destaque.

TABELA 8 - PRESENÇA EM CONSULTAS E REALIZAÇÃO DE EXAMES			
	Presença em consultas	Ausência em consultas	N
Exames conforme orientação	+1	-7	36
Exames em desacordo com orientação	-14	+78	3
N	33	6	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior à frequência teórica.

- Os dados da Tabela 9 referem-se às variáveis *Presença em consultas como indicado* e *Hábito alimentar em consonância com orientação terapêutica*, com dependência significativa $\text{Qui}^2 = 6.08$, $\text{gl} = 1$, $1-p = 98.63\%$, nos dados em destaque.

TABELA 9 - HÁBITO ALIMENTAR E PRESENÇA EM CONSULTAS			
	Presença em consultas	Ausência em consultas	N
Alimentação consonante com orientação	+8	-46	18
Alimentação em desacordo com orientação	-7	+39	21
N	33	6	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

• A relação entre as variáveis *Atividade física regular* e *Hábito alimentar em consonância com orientação terapêutica* é apresentada na Tabela 10, com dependência muito significativa $\chi^2 = 7.25$, gl = 1, 1-p = 99.29%, em destaque.

TABELA 10 - ATIVIDADE FÍSICA REGULAR E HÁBITO ALIMENTAR			
	Alimentação consonante com orientação	Alimentação em desacordo com orientação	N
Atividade física consonante com orientação	+33	-21	15
Atividade física em desacordo com orientação	-28	+18	24
N	18	21	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

2- Entre as variáveis psicossociais:

• A Tabela 11 destaca a associação entre as variáveis *Auto-eficácia* e *Depressão*, com dependência muito significativa $\chi^2 = 16.68$, gl = 2, 1-p = 99.98%.

TABELA 11- AUTO-EFICÁCIA E DEPRESSÃO				
	Sem sintomas	Sintomas indicativos de disforia	Sintomas indicativos de depressão	N
Baixa auto-eficácia	-3	-16	+38	17
Alta auto-eficácia	+2	+12	-29	22
N	10	17	12	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

• Na Tabela 12 foram destacados os dados da relação entre as variáveis *Suporte social prático* e *Suporte social emocional*, apresentando dependência muito significativa $\chi^2 = 41.07$, gl = 9, 1-p = >99.99%, entre elas.

TABELA 12- SUPORTE SOCIAL PRÁTICO E EMOCIONAL					
	Nunca percebe suporte social prático	Poucas vezes percebe suporte social prático	Muitas vezes percebe suporte social prático	Sempre percebe suporte social prático	N
Nunca percebe suporte social emocional	+43	+2	-3	-1	2
Poucas vezes percebe suporte social emocional	+0	+25	-6	-1	4
Muitas vezes percebe suporte social emocional	-1	-1	+2	-1	22
Sempre percebe suporte social emocional	-1	-6	+0	+8	11
N	1	9	23	6	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior à frequência teórica.

3- Entre variável comportamental e variável psicossocial:

- Em relação à Tabela 13, os dados da associação entre *Realização de exames como indicado* e *Auto-eficácia* são apresentados, com dependência significativa $\text{Qui}^2 = 4.21$, $\text{gl} = 1$, $1-p = 95.97\%$.

TABELA 13 - AUTO-EFICÁCIA E REALIZAÇÃO DE EXAMES			
	Baixa auto-eficácia	Alta auto-eficácia	N
Exames conforme orientação	-4	+3	36
Exames em desacordo com orientação	+52	-40	3
N	17	22	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

- A Tabela 14 apresenta os dados relativos às variáveis *Atividade física regular* e *Depressão*, destacando dependência significativa $\text{Qui}^2 = 6.68$, $\text{gl} = 2$, $1-p = 96.46\%$.

TABELA 14- ATIVIDADE FÍSICA REGULAR E DEPRESSÃO				
	Sem sintomas	Sintomas indicativos de disforia	Sintomas indicativos de depressão	N
Atividade física consonante com orientação	+39	-1	-22	15
Atividade física em desacordo com orientação	-24	+0	+14	24
N	10	17	12	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

- Para as variáveis *Atividade física regular* e *Resiliência*, a associação é destacada na Tabela 15, com dependência é significativa. $\text{Qui}^2 = 6.59$, $\text{gl} = 2$, $1-p = 96.29\%$.

TABELA 15 - ATIVIDADE FÍSICA REGULAR E RESILIÊNCIA				
	Baixa resiliência	Moderada resiliência	Alta resiliência	N
Atividade física consonante com orientação	-47	+13	+2	15
Atividade física em desacordo com orientação	+29	-8	-1	24
N	8	15	16	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

4- Entre variável comportamental e histórico clínico:

- No que se refere às variáveis *Experiência com tratamento psicológico* x *Hábito alimentar em consonância com orientação terapêutica*, destaca-se na Tabela 16 a relação entre elas, apresentando dependência muito significativa $\text{Qui}^2 = 7.84$, $\text{gl} = 1$, $1-p = 99.49\%$.

TABELA 16 - TRATAMENTO PSICOLÓGICO E HÁBITO ALIMENTAR

	Alimentação consonante com orientação	Alimentação em desacordo com orientação	N
Experiência com tratamento psicológico	-15	+13	28
Sem experiência com tratamento psicológico	+39	-33	11
N	18	21	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

• A Tabela 17 apresenta a relação entre as variáveis *Atividade física regular* e *Reganho de peso*, destacando dependência muito significativa $\chi^2 = 12.57$, gl = 2, 1-p = 99.81%, entre elas.

TABELA 17 - ATIVIDADE FÍSICA REGULAR E REGANHO DE PESO

	Reganho significativo	Sem reganho	Reganho não- significativo	N
Atividade física consonante com orientação	-14	+40	-8	15
Atividade física em desacordo com orientação	+9	-25	+5	24
N	9	13	17	39

Fonte: A autora

*As células marcadas em azul (rosa) são aquelas para as quais a frequência real é claramente superior (inferior) à frequência teórica.

CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO

Os dados apresentados em nosso estudo apontam a crescente demanda por pesquisas quando se fala em tratamento cirúrgico da obesidade, proporcional ao ascendente aumento no número de procedimentos e à publicidade cada vez maior da cirurgia bariátrica (Fonseca-Junior, Sá, Rodrigues, Oliveira, Fernandes-Filho, 2013). Todavia, são escassos e recentes os trabalhos relacionando constructos psicológicos e comportamentais nesta população.

O perfil sociodemográfico da amostra, apesar do pequeno número de participantes, aponta consonância com outras pesquisas realizadas com pacientes da rede pública (SUS). Diniz, Moura, Kelles & Diniz (2013), em pesquisa sobre mortalidade após um ano de cirurgia bariátrica, descrevem grande parcela da amostra como sendo do sexo feminino (75%) e jovem (média de idade de 39,7 anos). Antonini et al. (2014), em estudo sobre comportamentos associados a manutenção da perda de peso, também apontam amostra em sua maioria do sexo feminino (87%) e média de idade de 49 anos.

Como no presente estudo, os dados mencionados demonstram que a população que se submete ao tratamento cirúrgico da obesidade é predominantemente feminina e entre a quarta e quinta década de vida, provavelmente quando se agravam as complicações do excesso de peso, do ponto de vista clínico. Frente à pressão social e estética, parece haver maior motivação para perder peso em mulheres obesas do que em homens obesos e, conseqüentemente, maior procura pelo procedimento.

A condição ocupacional após o procedimento cirúrgico foi abordada por Mariano, Monteiro & Paula (2013), que observaram 63% dos pacientes em acompanhamento realizavam atividade remunerada. Estes autores apontam mudança de função no trabalho após a cirurgia (13%) e retorno ao mercado de trabalho por parte da amostra (7%); além de 17% que deixaram de trabalhar. Os dados diferem dos encontrados neste trabalho, considerando que, apesar de somente 12,8% dos entrevistados relatarem desemprego, 43,6% da amostra estava aposentada ou em de licença médica e 43,6% realizavam atividade remunerada ou no lar.

No estudo de Mariano, Monteiro & Paula (2013) acima referido, 57% da amostra era casada, e percebeu-se que o excesso de peso não interferia no relacionamento com parceiros. A pesquisa realizada por estes autores não aborda a presença de familiares no cotidiano desses

indivíduos, indicativo de disponibilidade de suporte social. Na pesquisa atual, no que se refere a residência, 12,8% dos entrevistados relataram morar sozinho e o restante residir com algum familiar ou cônjuge.

No grupo pesquisado constata-se maior frequência de pacientes com baixa escolaridade (61,5% com ensino fundamental), dado associado ao perfil da instituição, voltada exclusivamente para os pacientes acompanhados no SUS. Pesquisa realizada por Oliveira, Lima, Leite & Primo (2013) apresenta resultados diferentes, tendo sido constatada maior presença de participantes com ensino médio (37%), e somente 29,6% com ensino fundamental.

O perfil clínico da amostra não apresenta discrepância em relação a outros estudos. Bastos, Barbosa, Soriano, Santos & Vasconcelos (2013) relatam pesquisa em que avaliaram fatores determinantes para reganho ponderal. A amostra, que possuía tempo de pós-operatório médio de 53,4 meses, média de peso inicial 127,48kg e de peso atual 73kg, apresentou reganho de peso significativo em 28,1% dos casos, diretamente proporcional ao tempo de cirurgia.

Em outra pesquisa, com objetivo de analisar o tratamento medicamentoso na abordagem da perda insatisfatória de peso e de reganho ponderal, Pajewski et al. (2012) selecionaram pacientes com reganho de peso significativo ou perda de peso abaixo do esperado, tempo médio de procedimento de 67 meses, peso inicial 120,8kg e peso atual 86,7kg. Os autores relataram resultados positivos no uso de medicamentos dirigidos ao controle de saciedade frente ao reganho de peso após a cirurgia, especialmente quando nenhum problema técnico tinha sido identificado. Estes dados reforçam a importância do acompanhamento multidisciplinar destes pacientes a longo prazo.

Conforme descrito por Odom et al. (2010), considera-se reganho significativo de peso quando a razão entre o peso mínimo e o atual é maior que 15%. Além da presença/retorno de comorbidades, o reganho de peso é parâmetro para avaliação do sucesso da intervenção cirúrgica. Diversos fatores são apontados como preditivos do reganho de peso nesses pacientes, incluindo sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, baixa aderência ao acompanhamento pós-operatório, IMC inicial muito elevado (Odom et al., 2010).

No que se refere às variáveis psicossociais abordadas, a média de pontos na escala de auto-eficácia foi de 31,5, considerada como baixa auto-eficácia, apesar de próximo ao limite para alta auto-eficácia (acima de 32). Pesquisa realizada por Andaki, Vieira & Oliveira (2013) sobre auto-eficácia em obesos enfatiza a influência deste constructo para essa população. Apesar de não ter sido utilizada escala validada (as autoras desenvolveram o instrumento

utilizado), os dados apontam grande diferença no escore de auto-eficácia em obesos e não obesos (não obesos registraram o dobro de pontos na escala).

Em um estudo de base populacional (n=236) realizado por Batsis et al. (2009) teve-se por objetivo comparar a auto-eficácia em pacientes em fase de espera pela cirurgia e após procedimento bariátrico. Os dados encontrados apontam maior auto-eficácia em pacientes que já passaram pelo procedimento cirúrgico do que naqueles em fila de espera. E ainda, em follow up, foi observada associação positiva entre maior perda ponderal e maior auto-eficácia. Esses mesmos autores apontam a auto-eficácia como variável imprescindível na mudança de comportamento em longo prazo, indicando o valor deste constructo no sucesso do procedimento e do tratamento subsequente.

Os dados obtidos neste trabalho apontam relação significativa entre auto-eficácia e realização de exames ($\text{Qui}^2 = 4.21$, gl = 1, 1-p = 95.97%), sendo que pacientes com baixa auto-eficácia tendem a não realizar os exames de acompanhamento. Em consonância, Batsis et al. (2009) sugerem que uma maior auto-eficácia é determinante também no tempo de acompanhamento desses pacientes (maior follow up).

Assim como sugerem esses resultados, no já citado estudo de McAllen (2009) sobre a influência da auto-eficácia após a cirurgia bariátrica, a autora ressalta que os pacientes se comprometem mais com todos os aspectos de orientações pós-operatórias durante o primeiro ano após a cirurgia. Este comportamento começa a diminuir aos 24 meses, o que coincide também com relatos de pacientes que começam a recuperar o peso perdido.

Outro dado relacionado encontrado neste estudo refere-se a correlação significativa entre presença em consultas e realização de exames ($\text{Qui}^2 = 6.57$, gl = 1, 1-p = 98.96%), sendo que pacientes que não realizam as consultas propostas também não executam exames de acompanhamento. Menegotto, Cruz, Soares, Nunes & Branco-Filho (2013) apresentam pesquisa cujo objetivo foi avaliar a presença em consultas nutricionais de seguimento após a bariátrica, em que foi observada redução progressiva da assiduidade dos pacientes em relação ao tempo pós operatório, com redução de até 85% após dois anos. Apontam ainda ser este um dado preocupante, associado a retomada de hábitos anteriores, retorno de comorbidades e reganho de peso.

No que se refere à alimentação, Menegotto, Cruz, Soares, Nunes & Branco-Filho (2013) destacam a relevância do acompanhamento nutricional periódico e a longo prazo garantindo alimentação adequada em quantidade e qualidade, especialmente quando se considera casos de carência nutricional e de reganho de peso. Estes autores enfatizaram a alta

evasão dos pacientes ao acompanhamento nutricional no pós-operatório de cirurgia bariátrica, principalmente após dois anos de procedimento.

Semelhantemente, neste trabalho a associação entre as variáveis alimentação consonante com orientação e presença em consultas apresentou dependência significativa ($Qui^2 = 6.08$, $gl = 1$, $1-p = 98.63\%$), de forma que a realização de consultas tem relação positiva com alimentação adequada e a não-realização de consultas com alimentação inadequada. Antonini et al. (2014), com objetivo de avaliar comportamentos associados a manutenção dos resultados após procedimento bariátrico, encontraram resultados semelhantes e enfatizaram alimentação inadequada, sedentarismo e falha no acompanhamento especializado após a cirurgia como fatores determinantes no reganho de peso a longo prazo.

O fator psicológico também se mostrou importante dado nas análises realizadas. A correlação muito significativa encontrada entre alimentação consonante com orientação e tratamento psicológico ($Qui^2 = 7.84$, $gl = 1$, $1-p = 99.49\%$) foi inesperada, visto que os resultados apontam que pacientes que não tem experiência com tratamento psicológico tendem a alimentação apropriada, assim como é improvável a associação entre alimentação inadequada e ausência de acompanhamento psicológico. Esta informação, como não foi abordada em profundidade, demanda novas pesquisas direcionadas a este fator, para melhor compreensão da relação apresentada. Acrescente-se a isso a alta taxa de participantes em uso de medicação psicotrópica, indicativo de patologia, que demandariam tratamento especializado.

Este resultado vai de encontro à literatura da área, considerando que fatores psicossociais e comportamentais tem papel fundamental no efeito a longo prazo da cirurgia e a participação ativa da psicologia visando melhor prognóstico (Murguía, 2013), assim como a importância do seguimento psicológico, além de clínico, desde o pré-operatório (Diniz, Moura, Kelles & Diniz, 2013) ressaltados de forma recorrente pelos pesquisadores em cirurgia bariátrica.

Os resultados obtidos na análise da resiliência, outro constructo alvo deste trabalho, apresentam média de 137 pontos na amostra estudada, o que representa resiliência moderada (entre 121 e 137 pontos). Rezende (2011), avaliando resiliência em uma amostra brasileira ($n=100$) de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica obteve resultado semelhante, com média de 139,22 pontos. Outro trabalho, um survey ($n=1722$) realizado por Stewart-Knox et al. (2012) em países europeus utilizando a mesma escala para avaliação do constructo, ressalta a forte relação entre a resiliência e a perda de peso na população obesa.

Neste trabalho obteve-se correlação significativa entre as variáveis resiliência e atividade física regular ($\text{Qui}^2 = 6.59$, $\text{gl} = 2$, $1-p = 96.29\%$), sendo a baixa resiliência relacionada à prática inadequada de atividade física e a prática adequada improvável diante de baixa resiliência. Stewart-Knox et al. (2012) apontam a resiliência como fator de promoção de comportamentos de saúde e obesidade. Diante da reiterada importância da atividade física no contexto da perda/manutenção do peso, a resiliência surge como mediador a ser valorizado e estimulado para manutenção das mudanças comportamentais para o sucesso do procedimento cirúrgico. Neste contexto, a prática de atividade física, juntamente com a mudança de hábito alimentar, se torna imprescindível.

A variável atividade física regular teve destaque na análise dos dados em estudo, tendo correlação significativa com variáveis de ordem comportamental, psicossocial e clínica. A relação entre a prática de atividade física e alimentação adequada apresenta-se como significativa ($\text{Qui}^2 = 7.25$, $\text{gl} = 1$, $1-p = 99.29\%$), com tendência à prática de atividade física em pessoas com alimentação coerente com a orientação pós-cirurgia, e, entre aqueles que não praticam atividade física, seria improvável um hábito alimentar apropriado.

Para Ortega, Juan & García (2014), pouco se sabe sobre a influência da atividade física regular na modificação dos hábitos alimentares na obesidade. Estes autores realizaram estudo que visava avaliar as consequências de um programa de atividade física na perda de peso e estado clínico de obesos, e constataram a influência positiva da prática de exercícios na amostra estudada. Comprovadamente, a prática de atividade física tem se apresentado como um importante componente, tanto no que se refere ao controle de peso quanto na redução de fatores de risco na obesidade (Marcelino, 2014).

A correlação entre as variáveis atividade física e reganho de peso se mostrou muito significativa ($\text{Qui}^2 = 12.57$, $\text{gl} = 2$, $1-p = 99.81\%$) neste trabalho, apontando relacionamento positivo entre a prática de atividade física e a manutenção da perda ponderal, e também a improvável possibilidade de manutenção do peso perdido em pacientes que não se exercitam regularmente. Segundo Bastos, Barbosa, Soriano, Santos & Vasconcelos (2013), diversos fatores são apontados como preditivos da ocorrência de reganho ponderal, principalmente a ausência de atividade física e hábitos alimentares inadequados. Estes autores afirmam ainda o peso eliminado após a cirurgia bariátrica poderá ser recuperado se não forem efetuadas mudanças no estilo de vida.

McAllen (2009) evidenciou resultados semelhantes em seu estudo, apontando a aderência à atividade física como indispensável para a manutenção da perda de peso.

Acrescenta-se que a aderência dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica após dois anos diminui consideravelmente em todos os aspectos das orientações pós-operatórias.

Diante da dependência significativa entre as variáveis atividade física e presença em consultas ($Qui^2 = 6.08$, $gl = 1$, $1-p = 98.63\%$), onde pacientes que não realizam acompanhamento adequado também não praticam exercícios físicos e aqueles que não consultam dificilmente fazem atividade física, cabe reiterar que a obesidade é uma doença crônica, progressiva, que não tem cura, necessita de tratamento específico e acompanhamento contínuo (Bastos, Barbosa, Soriano, Santos & Vasconcelos, 2013). O procedimento cirúrgico não deve ser visto como resposta final ao problema, sendo indispensável a intervenção multiprofissional a longo prazo (Antonini et al., 2014).

A outra variável psicossocial analisada neste trabalho, o suporte social, apresentou correlação muito significativa ($Qui^2 = 41.07$, $gl = 9$, $1-p = >99.99\%$) entre dois sub-itens dentro da escala – prático e emocional, especialmente em relação à ‘nunca percebe suporte social’ e ‘poucas vezes percebe suporte social’. Assim, aqueles que relatam nunca ter suporte social prático, tendem a ter a mesma percepção do suporte emocional, e se se percebe poucas vezes suporte prático, também percebe-se poucas vezes o suporte social emocional.

Apesar de ser uma relação esperada, é digno de nota que os outros dois sub-itens não apresentam correlação semelhante. Tampouco, neste estudo, houve correlação do suporte social com outra variável. Entre as possíveis contra-indicações para a realização da cirurgia, Murguía (2013) destaca transtornos psiquiátricos, adicção e pouco apoio social. Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso (2009) acrescentam que o papel da família nuclear é relevante ao tratamento, antes e após o procedimento cirúrgico. Neste trabalho investigou-se a percepção desses pacientes sobre o suporte social, o que não necessariamente aponta a não disponibilidade deste suporte, mas uma limitação decorrente das crenças desse sujeito.

Guimarães, Dutra, Ito & Carvalho (2010), em pesquisa com objetivo de analisar a aderência a um programa de aconselhamento nutricional para obesos, sugerem que a aderência ao tratamento da obesidade pode ser facilitada com o envolvimento do grupo, familiar e social do paciente, em função do seu contexto e do suporte necessários ao manejo da obesidade. Este envolvimento seria prejudicado sem a participação ativa do paciente, mobilizando essas pessoas a ajudá-lo, considerando que sua crença é de que não dispõe de suporte social.

O suporte social é associado a competência pessoal, comportamentos de aderência a tratamentos de saúde, estratégias de enfrentamento, além de reduzir os impactos de

transtornos emocionais, tais como a depressão e a ansiedade (Baptista, Baptista & Torres, 2006).

A escala de rastreio de sintomas depressivos foi incluída neste estudo considerando a interferência da depressão na aderência aos comportamentos necessários para o sucesso do procedimento cirúrgico. Chama atenção o fato de somente 25,6% da amostra não ter relatado nenhum sintoma. Delloso, Silva & Cunha (2013) destacam a importância do acompanhamento pós-cirúrgico, especialmente no que se refere a transtornos de humor, visto que existe a possibilidade de recidiva de quadros depressivos anteriores e do desencadeamento de crise depressiva após a cirurgia bariátrica.

Observa-se correlação positiva entre atividade física e a ausência de sintomas indicativos de depressão ($Qui^2 = 6.68$, $gl = 2$, $1-p = 96.46\%$) nos dados analisados, considerando que aqueles que praticam atividade física tendem a não apresentar sintomas e que seria improvável que pacientes que não praticam exercícios não apresentassem sintomas. Em consonância, Souza (2010) enfatiza que entre benefícios psicológicos do exercício prolongado, pode-se destacar o impacto no bem-estar, na autoestima, na depressão e ansiedade.

Houve correlação também entre as variáveis sintomas indicativos de depressão e auto-eficácia com uma presumível dependência muito significativa ($Qui^2 = 16.68$, $gl = 2$, $1-p = 99.98\%$) entre elas, sendo a baixa auto-eficácia associada ao relato de sintomas depressivos e a relação entre alta auto-eficácia e sintomas depressivos improvável. Este dado pode ser entendido a partir dos sintomas característicos do quadro depressivo, por exemplo a falta de motivação, que podem ter seus efeitos minimizados em pessoas com elevada auto-eficácia.

Rodríguez, Puig & Elías-Calles (2013); Nascimento, Bezerra & Angelim (2013) afirmam que as alterações psiquiátricas, em especial a depressão, podem prejudicar a aderência terapêutica. Transtornos depressivos presentes no pré-operatório apresentam melhora nos primeiros meses de pós-operatório, mas podem adquirir maior gravidade ao longo do tempo, incluindo com risco de suicídios (Diniz, Moura, Kelles & Diniz, 2013).

Na pesquisa de Antonini et al. (2014) observou-se que a aderência ao tratamento era inversamente proporcional ao tempo de cirurgia, assim, um menor tempo decorrido após o procedimento foi determinante para maior aderência. Toledo, Abreu & Lopes (2013) em pesquisa sobre aderência à alimentação saudável e prática de atividade física após aconselhamento de profissionais de saúde relataram que as principais barreiras citadas para aderência foram a dificuldade para mudar os hábitos, falta de tempo e dificuldades financeiras.

Dessa forma, para a aderência do paciente submetido à cirurgia bariátrica às modificações alimentares, à atividade física e ao acompanhamento multiprofissional, considerados indispensáveis para que o tratamento seja eficaz, faz-se necessário o acompanhamento adequado e de qualidade a longo prazo, assim como o estímulo ao desenvolvimento de mediadores importantes na manutenção dessas mudanças comportamentais, tais como a resiliência e a auto-eficácia.

CONCLUSÃO

Conforme exposto, trabalhos que avaliam a influência de características psicossociais no tratamento de pacientes de cirurgia bariátrica são escassos. Especialmente no Brasil, observa-se grande número de pesquisas direcionadas para outras áreas, como a medicina, a nutrição e a enfermagem. Na psicologia/psiquiatria, contudo, a referência ainda é um trabalho de Segal & Fandino, realizado há mais de dez anos (2002).

Os resultados obtidos na realização deste trabalho apontam a urgência do desenvolvimento de pesquisas, especialmente na psicologia, direcionadas aos pacientes de cirurgia bariátrica. Muito se discute, mas pouco se sabe sobre os efeitos psicológicos do procedimento cirúrgico a longo prazo. Constructos como a auto-eficácia, a resiliência e o suporte social tem destaque na área da saúde, no tratamento de pacientes em condições crônicas de saúde. Entretanto, são poucos os trabalhos realizados com pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

A auto-eficácia e a resiliência se mostraram variáveis importantes frente ao estilo comportamental necessário para o sucesso do tratamento, especialmente em relação à adequação alimentar e aderência à atividade física. Outra questão relevante seriam as várias correlações obtidas com a atividade física, no que se refere a variáveis clínicas (reganho), psicossociais (resiliência, depressão) e comportamentais (realização de consultas, alimentação adequada), reforçando o valor da aderência à prática de atividade física como indispensável para o sucesso da intervenção.

Alguns autores destacam a ocorrência/retorno de psicopatologia, como a depressão, após os primeiros meses da realização da cirurgia bariátrica, o que teria interferência negativa na adaptação desses pacientes ao novo estilo de vida. Apesar de não ser objetivo neste estudo avaliar os aspectos psicopatológicos dos sujeitos da pesquisa, não tendo sido feita avaliação de transtorno depressivo na amostra, a escala de rastreio de sintomas depressivos foi incluída considerando a possível interferência dos sintomas na aderência aos comportamentos analisados. Os resultados obtidos sugerem que a prática de atividade física e a alta auto-eficácia podem ser fatores de proteção em relação a um quadro depressivo nesta amostra.

Apesar de não se poder afirmar sobre a aderência, visto que os dados coletados não foram padronizados e os meios de avaliação são alvo de bastante controvérsia, é interessante

notar que vários indicadores comportamentais propostos neste trabalho apresentaram correlação entre si. Este resultado seria sugestivo de que os pacientes que aderiram a uma das propostas de mudança comportamental tendem a realizar mais de uma delas, aumentando as chances de se ter um tratamento bem sucedido.

A aderência do paciente ao tratamento no pré e pós-operatório, inclusive tardio, como agente ativo no tratamento, tem sido apontada como o diferencial das intervenções bem sucedidas. A equipe de saúde tem papel fundamental também neste aspecto, nas orientações e suporte ao paciente durante todo o processo. Dessa forma, a organização e o cuidado prestado pelos membros da equipe de saúde são pilares de sustentação de um tratamento eficaz e seguro.

O tratamento cirúrgico da obesidade interfere em apenas um dos fatores associados à obesidade (o metabólico). Quanto ao aspecto psicológico, o paciente deve ser esclarecido pela equipe multidisciplinar a respeito das mudanças decorrentes do tratamento. Reforça-se a importância do trabalho ser realizado por uma equipe completa (mínima, nos padrões do SUS), que conte com a contribuição da enfermagem, nutrição, educação física, serviço social e psicologia, além dos profissionais médicos, devidamente preparada para atender esta população.

Assim, não há dúvidas sobre a necessidade da realização de novas pesquisas, preferencialmente, estudos longitudinais, com metodologias bem definidas, a fim de conhecer melhor o fenômeno. A partir destes, almeja-se que sejam criados planejamentos específicos para acompanhamento destes pacientes. Urge a criação de protocolos de triagem e acompanhamento destes pacientes e sua divulgação.

A cirurgia bariátrica é só mais um dos passos para o tratamento bem sucedido da obesidade e, frente aos desafios propostos aos profissionais, aos pesquisadores e aos pacientes, faz-se necessário acompanhamento especializado contínuo e de qualidade para que tal resultado seja alcançado.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, T. D., GRESS, R. E., SMITH, S. C. (2007) Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England Journal of Medicine*, 357, 753–761.
- ALMEIDA, J. P. C. (2003) *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Tese de doutorado. Universidade do Minho, Braga.
- AMORIM, M. I. S. P. L. (2009). *Para lá dos números... Aspectos psicossociais e qualidade de vida dos indivíduos com diabetes mellitus tipo 2*. Tese de doutorado. Universidade do Porto, Porto.
- ANDAKI, A. C. R., VIEIRA, D. M. & OLIVEIRA, M. C. F. (2013) Auto-eficácia para redução de gordura nas dietas e estágios de mudanças de comportamento para perda de peso entre funcionários de escolas viçosenses. *Nutrire*, 38(2), 134-143.
- ANTONINI, V. D. S., HINTZE, L. J., SILVA, D. F., HERMOSO, D. A. M., CAROLINO, I. D. R. & NARDO JR, N. (2014) Comportamentos associados à manutenção dos resultados após cirurgia bariátrica. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 47(2), 149-156.
- BAGDADE, P. (2012) Psychosocial evaluation, preparation, and follow-up for bariatric surgery patients. *Diabetes Spectrum*, 25(4), 211.
- BANDURA, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- BAPTISTA, M. N., BAPTISTA, A. S. D. & TORRES, E. C. R. (2006) Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC*, 7(1), 39-48.
- BARBEE, K. G. (2010) Application of an integrated model to predict behavior in the bariatric surgery population. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 5(4), 289.
- BASTOS, E. C. L., BARBOSA, E. M. Q. G., SORIANO, G. M. S., SANTOS, E. A. & VASCONCELOS, S. M. L. (2013) Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 26(suplemento 1), 26-32.
- BATIS, J. A., CLARK, M. M., GROTHE, K., LOPES-GIMENEZ, F., COLLAZO-CRAVEL, M. L., SOMRES, V. K. & SARR, M. G. (2009) Self-efficacy after bariatric surgery for obesity. A population-based cohort study. *Appetite*, 52, 637-645.
- BENOTTI, P. N. Obesity. *Archives of surgery*, 139 (4), 214 8.
- BERRY, M. J., & LINOFF, G. (1997). *Data Mining Techniques: For Marketing, Sales, and Customer Support*. New York, USA: John Wiley & Sons.
- BIANCHINI, D. C. S. & DELL'AGLIO, D. D. (2006) Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia*, 35, 427-436.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS); 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria 196/2000. *Alta complexidade – gastroplastia*. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_gastro/>. Acesso em: 6 janeiro de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes*. Brasília, DF, 2014.

- Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt/pediatrico/6>. Acesso em 02 novembro de 2014.
- BUGALHO, A. & CARNEIRO, A. V. (2004) *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Disponível em www.ispa.pt. Acesso em 13 junho de 2013.
- CABRAL, M. D. (2002) Tratamento clínico na obesidade mórbida. In: Garrido, A. B. Jr. *Cirurgia da obesidade*. (pp. 35-44) São Paulo: Atheneu.
- CAMARGO-BORGES, C. & JAPUR, M. (2008) Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto e contexto enfermagem*, Florianópolis, 17(1), 64-71.
- CARDOSO, C.M. (2006). *A Influência da autoeficácia na adesão aos comportamentos de saúde*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- CARDOSO, L. & GALERA, S. A. F. (2006) Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(3), 343-348.
- CARVALHO, F. T., MORAIS, N. A., KOLLER, S. H. & PICCININI, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de saúde pública*, 23(9), 2023-2033.
- CASTRO, M. R. (2009) *Imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- COLLINS, J. C. & BENTZ, J. E. (2009) Behavioral and psychological factors in obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital*, 4(4), 124-127.
- COSTA, E. & LEAL, I. P. (2005) Dimensões sócio-cognitivas na adesão das mulheres à contracepção. *Análise psicológica*, 3(23), 247-260.
- COUTINHO, W. (1999) Consenso Latino Americano de Obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 43, 21-67.
- DE GEEST, S. & SABATE, E. (2003) Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(4), p. 323.
- DELA COLETA, M. F. (2010) Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 18(1-2), 69-78.
- DELA COLETA, M. F. (2004) *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de Saúde*. Taubaté: Cabral Editora.
- DELA COLETA, M. F. (1999) O modelo de crenças em saúde (HBM): Uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em psicologia*, 7(2), 175-182.
- DELGADO, A. B. & LIMA, M. L. (2001) Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(2), 81-100.
- DELLOSSO, A. C. A., SILVA, M. F. F. & CUNHA, M. C. (2013) Aspectos orgânicos, psíquicos e nutricionais em pacientes bariátricos. *Distúrb Comum*, 25(2), 277-283.
- DINIZ, M. F. H. F., MOURA, L. D., KELLES, S. M. B. e DINIZ, M. T. C. (2013) Mortalidade no pós-operatório tardio da derivação gástrica em pacientes do Sistema Único de Saúde: Elevada frequência de cirrose alcoólica e suicídios. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 26(suplemento 1), 53-56.
- DOWD, J. (2005). Nutrition management after gastric bypass surgery. *Diabetes Spectrum*, 18(2), 82-84.
- ELKINS, G., WHITFIELD, P., MARCUS, J., SYMMONDS, R., RODRIGUEZ, J., & COOK, T. (2005). Noncompliance with behavioral recommendations following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15, 546-551.

- 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.
- FIGUEIROA, J. C. R. & TAMAYO, R. M. (2008) Prevalencia y determinación de los factores de riesgo asociados con psicopatología en los candidatos a cirugía bariátrica en la Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatria*, 37(3).
- FONSECA-JUNIOR, S. J., SÁ, C. G. A. B., RODRIGUES, P. A. F., OLIVEIRA, A. J. & FERNANDES-FILHO, J. (2013) Exercício Físico e obesidade mórbida: Uma revisão sistemática. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 26(suplemento 1), 67-73.
- FUJIOKA, K. (2002) Management of obesity as a chronic disease: nonpharmacologic, pharmacologic, and surgical options. *Obesity Research*, 10 (Suppl 2), 116S–123S.
- GARRIDO, A. B. Jr. (2002) *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- GINARTE ARIAS, Y (2001) La adherencia terapêutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
- GORDON, P. C.; KAIO, G. H. & SALLET, P. C. (2011) Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: Revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 148 – 54.
- GRIVA, K., MYERS, L. B., & NEWMAN, S. (2000). Illness perception and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology & Health*, 15, 733-750.
- GUIMARÃES, N. G., DUTRA, E. S., ITO, M. K. & CARVALHO, K. M. B. (2010) Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Revista de Nutrição*, 23(3), 322-333.
- HAN, J., & KAMBER, M. (2001). *Data Mining: Concepts and Techniques*. San Francisco, CA, USA: Morgan Kaufmann.
- JORDAN, M. S. et al. (2000) Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: Revisão da literatura médica. In Teixeira, P. R. et al. *Tá difícil engolir?* Editora Nepaids, São Paulo.
- LANDEIRO, F. (2013) *Aspectos psicológicos do paciente obeso: Um estudo dos sintomas depressivos em portadores de obesidade classes II e III e suas relações com o grau de resiliência*. Disponível em www.maximoravenna.com.br/wp-content/themes/ravenna/pdf/fernanda-landeiro. Acesso em 01 novembro de 2013.
- LEAL, C. W. & BALDIN, N. (2007) O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 324-327.
- LEITE, S. N. & VASCONCELOS, M. P. C. (2003) Adesão à terapêutica medicamentosa: Elementos para a discussão de conceitos e pressupostos dotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.
- LIMA OSÓRIO, F.; VILELA MENDES, A., CRIPPA, J. A. & LOUREIRO, S. R. (2009) Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*, 45, 216-227.
- MARCELINO, F. C. (2014) Avaliação das práticas de atividade física em pacientes obesos mórbidos submetidos à operação de bypass gástrico com reconstrução em y de roux com anel. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 8(43), 24-30.
- 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 e Saúde Coletiva*, 16, 4767-4776.
- MARIANO, M. L. L., MONTEIRO, C. S. & PAULA, M. A. B. (2013) Cirurgia bariátrica: Repercussões na vida laboral do obeso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 38-45.

- MARTÍN-ALFONSO, L. (2003) Aplicaciones de la psicología em el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 3(29), 275-281.
- MARTÍN-ALFONSO, L. (2006) Repercusiones para la salud pública de la Adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3).
- MARTÍN-ALFONSO, L.; BAYARRE VEA, H & GRAU ABALO, J. A. (2008) Validation of MBG Questionnaire (Martin Bayarre Grau) for the evaluation of therapy adherence in blood hypertension patients. *Revista Cubana de Salud Publica*, 34(1).
- MCALLEN, P. A. B. (2009) *The relationship of self-efficacy and weight loss maintenance in post-operative bariatric patients*. Tese de doutorado. Kent State University, Kent.
- MEDINA, C. O. & MEDINA, E. U. (2007) Autoeficacia y conductas de salud. *Ciência y enfermería*, 13(1), 9-15.
- MEGUID, M. M., GLADE, M. J. & MIDDLETON, F. A. (2008) Weight regain after Roux-en-Y: A significant 20% complication related to PYY. *Nutrition*, 24, 832-842.
- MENEGOTO, A. L. S., CRUZ, M. R. R., SOARES, F. L., NUNES, M. G. J. & BRANCO-FILHO, A. J. (2013) Avaliação da frequência em consultas nutricionais dos pacientes após cirurgia bariátrica. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 26(2), 117-119.
- MONGÉ, M. J. A., & ALMAGIÁ, E. B. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida em adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.
- MURGUÍA, M. A. S. (2013) El Rol Del Psicólogo Em El Equipo Interdisciplinario de Cirugía Bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2), 191-199.
- NASCIMENTO, C. A. D., BEZERRA, S. M. M. S. & ANGELIM, E. M. S. (2013) Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-201.
- ODOM, J., ZALESTIN, K. C., WASHINGTON, T. L., MILLER, W. W., HALMEH, B., ZAREMBA, D. L. et al. (2010) Behavioral predictors of weight regain after after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20(3), 349-356.
- OLIVEIRA, J. H. A. & YOSHIDA, E. M. P. (2009) Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 12-19.
- OLIVEIRA, M. P., SIQUEIRA, E. J., ALVAREZ, G. S., LAITANO, F. F., PIRES, F. K. S. & MARTINS, P. D. E. (2012) Aspectos psicológicos do paciente pós-bariátrico. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 41 (sup 1), 173-175.
- OLIVEIRA, M. S., LIMA, E. F. A., LEITE, F. M. C. e PRIMO, C. C. (2013) Perfil do paciente obeso submetido à cirurgia bariátrica. *Cogitare enfermagem*, 18(1), 90-94.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Obesity*, Geneva, 1997. Disponível em: www.who.int/topics/obesity/en/. Acesso em 1 de junho de 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2003) Poor adherence to long term treatment of chronic diseases in a worldwide problem. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 14(3), 218-221.
- ORTEGA, L. S., JUAN, C. S. & GARCÍA, A. A. (2014) Valoración de um programa de ejercicio físico estructurado em pacientes com obesidad mórbida pendientes de cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, 29(1), 64-72.
- PAJECKI, D., HALPERN, A., CERCATO, C., MANCINI, M., CLEVA, R. & SANTOS, M. A. (2012) Tratamento de curto prazo com liraglutide no reganho de peso após cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 40(3), 191-195.
- PEIXOTO, J. S. & GANEM, K. M. G. (2010) Prevalência de transtornos alimentares pós-cirurgia bariátrica. *Revista Saúde e Pesquisa*, 3(3), 353-358.
- PESCE, R. P., ASSIS, S. G., AVANCI, J. Q., SANTOS, N. C., MALAQUIAS, J. V. & CARVALHAES, R. (2005) Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.

- PESCE, R. P., ASSIS, S. G., SANTOS, N. & OLIVEIRA, R. V. C. (2004). Risco e proteção: E busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 20 (2), 135-143.
- PINHEIRO, D. P. M. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em estudo*, 9 (1), 67-75.
- REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; VIEIRA, M. A. & ARRUDA, A. N. G. (2008) Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (sup 2), 2299-2306.
- REZENDE, F. F. (2011) *Percepção da imagem corporal, resiliência e estratégias de coping em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- RIBEIRO, G. A. N. A., SANTOS, J. E. & LOUREIRO, S. R. (2011) Perfil psicológico de mulheres e a cirurgia bariátrica: Estudo exploratório. *Revista Interamericana de psicologia*, 45(2), 169-176.
- RIBEIRO, J. L. P. (2004) *Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-eficácia Geral*. Disponível em www.Fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/eficacia. Acesso em 01 novembro de 2013.
- RODRÍGUES, J. H., PUIG, M. E. L. & ELIÁS-CALLES, L. C. (2013) Respuestas para algunas preguntas sobre obesidad y cirugía bariátrica. *Revista Cubana de Endocrinologia*, 24(1), 70-93.
- RUTTER, M. (2006) Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094.1, 1-12.
- SAMSSUDIN, S. (2009) *Relação entre as crenças de auto-eficácia e apoio social na transição para o trabalho em estudantes finalistas do ensino superior*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- SARASON, I. G. & SARASON, B. (2009). Social support: mapping the construct. *Journal of social and personal relationships*, 26(1), 113-120.
- SARVEY, S. L. (2009) Psychosocial support after bariatric surgery: Fostering Resilience. *Bariatric Nursing*, 4(4).
- SEGAL, A. & FANDIÑO, J. (2002) Indicações e contra indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (supl.III), 68-72.
- SILVA, D. S.; LIVRAMENTO, M. L.; PEREIRA, L. M. & NETO, E. D. (2009) Adesão ao tratamento imunossupressor no transplante renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 31(2), 139-146.
- SILVA, I., PAIS-RIBEIRO, J. & CARDOSO, H. (2009) Cirurgia da obesidade: Qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2), 196-210.
- SILVA, M. R. S., ELSÉN, I. & LACHARITÉ, C. (2003). Resiliência: Concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, 13(26), 147-156.
- SIQUEIRA, M. M. M. (2008) Construção e Validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- SJOSTRON, L.; NARBRO, K.; SJOSTRON, C. D.; KARASON, K.; LARSSON, B.; WEDEL, H.; LYSTIG, T.; SULLIVAN, M.; BOUCHARD, C.; CARLSSON, B.; BENGTTSSON, C.; DAHLGREN, S.; GUMMERSON, A.; JACOBSON, P.; KARLSSON, J.; LINDROOS, A.K.; LONROTH, H.; NASLUND, I.; OLBERS, T.; STENLOF, K.; TORGERSON, J.; AGREN, G. & CARLSSON, L. (2007) "Swedish obese subjects Study: Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects". *New England Journal of Medicine*, 357 (8), 741-752.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA (SBCB), COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES (CBC), COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA (CBCD), SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA (SBCL), ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE (ABESO) & SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). (2006) *Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade*. Disponível em www.sbc.org.br. Acesso em 16 de junho de 2013.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA OBESIDAD (SEEDO) (2007). Consenso SEEDO 2007 para La evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (versión íntegra). *Revista Española de obesidad*, Madrid.
- SOUZA, I. & SOUZA, M. A. (2004) Validação da Escala de Auto-eficácia Geral Percebida. *Revista da Universidade Rural - EDUR*, 26 (1-2), 12-17.
- SOUZA, M. T. S. & CERVENY, C. M. O. (2006). Resiliência: Introdução à compreensão do conceito e suas implicações no campo da psicologia. *Revista Ciências Humanas, Taubaté*, 12(2), 21-29.
- SOUZA, M. T. S. R. (2010) *Preditores psicossociais do controlo do peso na obesidade*. Monografia. Universidade do Porto, Porto.
- SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B., KROENKE, K. LINZER, M., GRUY, F. V. & HAHN, S. R. (1994) Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272, 1749-1756.
- STEINBROOK, R. (2004) Surgery for severe obesity. *New England Journal of Medicine*, 350, 1075-1079.
- STEWART KNOX, B., DUFFY, M. E., BUNTING, B., PARR, H., ALMEIDA, M. D. V. & GIBNEY, M. (2012) Associations between obesity (BMI and waist circumference) and socio-demographic factors, physical activity, dietary habits, life events, resilience, mood, perceived stress and hopelessness in healthy older Europeans. *BMC public health*, 12 :424.
- TEICHMANN, L.; OLINTO, M. T. A.; COSTA, J. S. D. & ZIEGLER, D. (2006) Fatores de risco associados ao sobrepeso e à obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9, 360-373.
- TEIXEIRA, F. & MAIA, A. (2011). Factores preditores do insucesso na gastrobandoplastia: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12 (2), 212-223.
- TEIXEIRA, P.J., GOING, S.B., SARDINHA, L.B., & LOHMAN, T.G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Reviews* 6(1), 43-65.
- TOLEDO, M. T. T., ABREU, M. N. & LOPES, A. C. S. (2013) Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 47(3), 540-548.
- TOUSSI, R., FUJIOKA, K. & COLEMAN, K. J. (2009) Pre and postsurgery behavioral compliance, patient health, and postbariatric surgical weight loss. *Obesity*, 17(5), 996-1002.
- TRAVADO, L., PIRES, R., MARTINS, V., VENTURA, C. & CUNHA, S. (2004) Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação. *Análise psicológica*, 3 (22), 533-550.
- VERMEIRE, E., HEARNshaw, H., VANROGEN, P. & DENEKENS, J. (2001) Patient adherence to treatment: Three decades of research. *Journal of Clinical Pharmacy and therapeutics*, 26(5), 178-183.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998) Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Genebra: WHO. Disponível em

www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em 13 outubro de 2013.

ZEVE, J. L. M., NOVAIS, P. O. & OLIVEIRA, N. Jr. (2012) Técnicas em cirurgia bariátrica: Uma revisão da literatura. *Revista Ciência & Saúde*, 5(2), 132-140.

ZILBERSTEIN, B.; NETO, M. G. & RAMOS, A. C. (2002) O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, 59 (4), 258-264.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Associação entre fatores psicossociais e aderência ao tratamento de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade”. Nesta pesquisa pretendemos avaliar se você consegue seguir as orientações recebidas pela equipe de saúde (aderência ao tratamento) e o que pode ajudar ou dificultar este seguimento, para que se possa prevenir e evitar complicações após a cirurgia.

Ao participar desse estudo, você contribuirá para o conhecimento na área e para que possamos pensar em intervenções psicológicas, sendo que a sua participação implicará em risco mínimo à sua integridade. Você irá responder a um questionário anônimo e a instrumentos que avaliam alguns recursos individuais para enfrentamento de seu tratamento, se você considera possuir apoio por parte de sua família e amigos, se acha que é capaz de realizar as mudanças necessárias, além de avaliação de sua evolução clínica.

Todas as informações serão tratadas sob caráter absolutamente confidencial e não irão interferir no seu tratamento na instituição. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável no SCHDO e a outra será fornecida a você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por cinco anos e posteriormente serão destruídos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Associação entre fatores psicossociais e aderência ao tratamento de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2014.

Assinatura participante

Data

Assinatura pesquisador

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: CAROLINA FERREIRA GUARNIERI CÂNDIDO
ENDEREÇO: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA - CAMPUS - UFJF
CEP: 36036-330 – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32) 9931-5847 / E-MAIL: SUPERALTINHA@YAHOO.COM.BR

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E COMPORTAMENTAL

Data da entrevista:

Entrevistador:

Tempo de cirurgia:

Nome:

Data de nascimento:

Telefone:

Cidade:

Sexo – Feminino () Masculino ()

Idade: 18-30 anos () 31-50 anos () 51 anos ou mais ()

Estado civil – casado () solteiro () viúvo () separado/divorciado () outros ()

Mora com quem – cônjuge () filhos () sozinho () família ()

Condição ocupacional – empregado () Desempregado () Aposentado () Licença INSS ()

Grau de escolaridade:

Peso inicial:

Peso atual:

Perda ponderal no período:

Perda ponderal após um ano de cirurgia:

Complicações pós-cirúrgicas () qual:

Doenças associadas – Diabetes ()

Hipertensão ()

Dificuldade respiratória ()

Artrose ()

Apnéia ()

Dislipidemia ()

Refluxo ()

Doença vascular ()

Infertilidade ()

Alteração menstrual ()

Alcoolismo ()

Tabagismo ()

Uso de drogas () qual:

Outro:

Uso de medicação? Sim () Não () qual:

Se sim, faz uso sempre de acordo com orientação terapêutica? Sim () Não ()

Atividade física regular? Sim () Não ()

Hábito em consonância com orientação médica? Sim () Não ()

Presença em consultas como indicado? Sim () Não ()

Realização de exames como indicado? Sim () Não ()

Hábito alimentar em consonância com orientação terapêutica? Sim () Não ()

Número de refeições ao dia:

Experiência com tratamento psicológico? Sim () Não ()

Experiência com tratamento psiquiátrico? Sim () Não ()

Se sim, qual foi o diagnóstico:

ANEXO A – ESCALA DE RESILIÊNCIA (Wagnild & Young, 1993)

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva	1	2	3	4	5	6	7

a atravessar tempos difíceis.							
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso normalmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer tudo que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

SOMA DOS PONTOS: _____

ANEXO B – ESCALA DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL
(Siqueira, 2008)

Gostaríamos de saber com que FREQUÊNCIA você recebe apoio de outra pessoa quando precisa. Dê suas respostas anotando nos parênteses que antecedem cada frase, o número (de 1 a 4), que melhor representa sua resposta, de acordo com a escala abaixo:

1= NUNCA 2= POUCAS VEZES 3= MUITAS VEZES 4= SEMPRE

QUANDO PRECISO, POSSO CONTAR COM ALGUÉM QUE...

1. () Ajuda-me com minha medicação se estou doente
2. () Dá sugestões de lugares para eu me divertir
3. () Ajuda-me a resolver um problema prático
4. () Comemora comigo minhas alegrias e realizações
5. () Dá sugestões sobre cuidados com minha saúde
6. () Compreende minhas dificuldades
7. () Consola-me se estou triste
8. () Sugere fontes para eu me atualizar
9. () Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos
10. () Dá atenção às minhas crises emocionais
11. () Dá sugestões sobre algo que quero comprar
12. () Empréstima-me algo de que preciso
13. () Dá sugestões sobre viagens que quero fazer
14. () Demonstra carinho por mim
15. () Empréstima-me dinheiro
16. () Esclarece minhas dúvidas
17. () Está ao meu lado em qualquer situação
18. () Dá sugestões sobre meu futuro
19. () Ajuda-me na execução de tarefas
20. () Faz-me sentir valorizado como pessoa
21. () Fornece-me alimentação quando preciso
22. () Leva-me a algum lugar que eu preciso ir
23. () Orienta minhas decisões
24. () Ouve com atenção meus problemas pessoais

- 25. () Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim
- 26. () Preocupa-se comigo
- 27. () Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento
- 28. () Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me
- 29. () Toma conta de minha casa em minha ausência

ANEXO C – ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA GERAL PERCEBIDA (Schwarzer & Jerusalém, 1995)

Deve ser lida a afirmação e o entrevistado deve discordar totalmente (1) ou concordar totalmente (5), utilizando para níveis médios de concordância os demais números como se dispostos em pólos (níveis médios de concordância mais próximos de concordo totalmente, discordo totalmente ou equidistante).

1. Eu consigo resolver problemas difíceis, se eu me esforçar o suficiente.
2. Se alguém se opõe a mim, eu consigo encontrar meios e formas de obter o que quero.
3. Tenho certeza que posso atingir meus objetivos.
4. Estou convicto que posso lidar eficientemente com acontecimentos inesperados.
5. Graças a minha versatilidade (jogo de cintura), posso lidar bem com situações imprevistas.
6. Eu consigo resolver a maioria dos meus problemas, se eu investir o esforço necessário.
7. Eu consigo manter a calma frente a dificuldades porque posso contar com as minhas habilidades de lidar com elas.
8. Quando sou confrontado com um problema, consigo encontrar várias soluções.
9. Se estou com problemas, consigo pensar em uma boa solução.
10. Eu consigo lidar com tudo que vier pelo meu caminho.

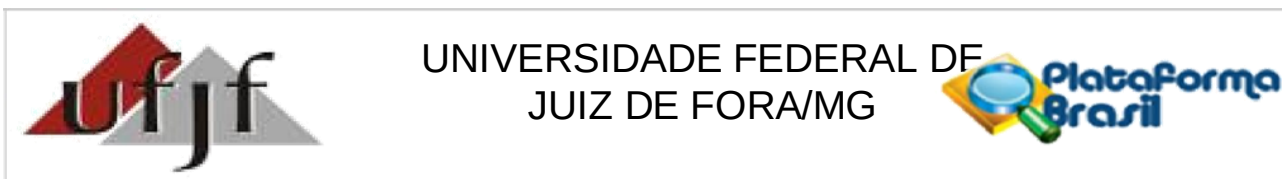
	DISCORDO TOTALMENTE		CONCORDO TOTALMENTE	
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	1	2	3	4
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4
10	1	2	3	4

SOMA DOS PONTOS: _____

ANEXO D - ESCALA PHQ-2
(Spitzer, Kroenke & Williams et al., 1994)

Ao longo das duas últimas semanas, com que frequência você foi incomodado por alguns dos seguintes problemas:				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Pouco Interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
Sentindo-se triste ou deprimido	0	1	2	3

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO – COMITÊ DE ÉTICA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Associação entre fatores psicossociais e aderência ao tratamento em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade.

Pesquisador: CAROLINA FERREIRA GUARNIERI CANDIDO

Área

Temático

a:

Versão:

1

CAAE: 22864313.2.0000.5147

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 454.810

Data da Relatoria: 07/11/2013

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Continuação do Parecer: 454.810

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

- na apresentação do resumo consta que os participantes serão menores de 18 anos e na descrição do projeto o critério de inclusão é maiores de 18 anos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- ajustar a questão dos participantes.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela PENDÊNCIA do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador providenciar as correções listadas, em um prazo máximo de 60 (sessenta) dias, para que possamos liberar o parecer.

JUIZ DE FORA, 12 de Novembro de 2013

Assinador por: Paulo Cortes Gago

(Coordenador)

ANEXO F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Serviço de Controle da Hipertensão Arterial, Diabetes e Obesidade
Rua Marechal Deodoro, 496/ 8º Andar Tel: (32) 3690-7516
email: schdo@pjf.mg.gov.br



JUIZ DE FORA
P R E F E I T U R A

DECLARAÇÃO

Na qualidade de responsável pelo Serviço de Controle da Hipertensão, Diabetes e Obesidade – SCHDO, autorizo a realização da pesquisa intitulada 'Associação entre fatores psicossociais e aderência ao tratamento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica' a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Carolina Ferreira Guarnieri Cândido, referente à dissertação de mestrado na Universidade Federal de Juiz de Fora; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Juiz de Fora, 20 de outubro de 2013.

Kelly Marcia Fernandes Oliveira
Chefe de Serviço
SCHDO

ANEXO G – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

Submissões Ativas

<http://submission.scielo.br/index.php/paideia/author/index>
[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#)
Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas****Submissões Ativas**[ATIVO](#) [ARQUIVO](#)

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
145590	02-09	PESQ	CANDIDO, Grincenkov, Delgado	FATORES PSICOSSOCIAIS E ADERÊNCIA AO TRATAMENTO APÓS...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.**Revista Paidéia**

Departamento de Psicologia
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 03 - Sala 22
Monte Alegre - Ribeirão Preto-SP, Brasil
14040-901

Contato: paideia@usp.br / **tel. (16) 3315.3829**OPEN JOURNAL
SYSTEMS[Ajuda do sistema](#)**USUÁRIO**Logado como:
carolinacandido

- Meus
periódicos
- Perfil
- Sair do
sistema

AUTOR

Submissões

- Ativo (1)
- Arquivo (0)
- Nova
submissão

IDIOMASelecione o
idioma

Português (Brasil)

[Submeter](#)**TAMANHO DE
FONTE****NOTIFICAÇÕES**

- Visualizar
- Gerenciar

LISTA DE ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade
CBC	Colégio Brasileiro de Cirurgiões
CBCD	Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva
EPSS	Escala de Percepção de Suporte Social
et al.	E colaboradores
gl	Grau(s) de liberdade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corpórea
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
Kg	Kilogramas
n	Número de participantes
nº	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ-2	Patient Health Questionnaire – versão breve
SBCB	Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica
SBCL	Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia & Metabologia
SCHDO	Serviço de Controle da Hipertensão, Diabetes e Obesidade
SEEDO	Sociedad Española para el Estudio de La Obesidad
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHO	World Health Organization