



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Programa de Mestrado em Psicologia

**Análise sobre Fatores de Influência
para Adesão aos Cuidados Pós-Operatórios em Cirurgia Bariátrica**

Sara Juliana Bulgarelli Guadanhim Gonçalves

Brasília

Outubro de 2020



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Programa de Mestrado em Psicologia

**Análise sobre Fatores de Influência
para Adesão aos Cuidados Pós-Operatórios em Cirurgia Bariátrica**

Sara Juliana Bulgarelli Guadanhim Gonçalves

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Psicologia da Saúde do Centro Universitário de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicologia e Saúde.

Professora-Orientadora: Dra. Marina Kohlsdorf.

Brasília

Outubro de 2020



Folha de Avaliação

Autora: Sara Juliana Bulgarelli Guadanhim Gonçalves.

Título: Análise sobre fatores de influência para adesão aos cuidados pós-operatórios em cirurgia bariátrica.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Marina Kohlsdorf

Profa. Dra. Manuela Ramos Caldas Lins

Prof. Dr. Sérgio Henrique de Souza Alves

Brasília

Outubro de 2020

Sumário

Agradecimentos.....	vi
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Resumo.....	x
Abstract.....	xi
Introdução	1
Fundamentos Teóricos: Obesidade, Cirurgia Bariátrica e Adesão aos Cuidados Prescritos Pós-Operatórios	3
Processos crônicos e obesidade	3
Cirurgia bariátrica.....	7
Adesão aos cuidados pós-operatórios.....	14
Definições conceituais.....	14
Fatores moderadores da adesão.	17
Adesão aos cuidados pós-operatórios, dificuldades e papel da equipe de saúde.....	18
Dificuldades na avaliação da adesão.	29
Revisão de literatura sobre a adesão aos cuidados após a cirurgia bariátrica.....	32
Problema de Pesquisa	39
Justificativa/Relevância do estudo.....	39
Objetivos	41
Objetivo geral	41
Objetivos específicos	41
Método	42
Participantes	42

Instrumentos.....	44
Questionário sociodemográfico.	44
Questionário MBG (Martin-Bayarre-Grau, 2008).....	44
Materiais	46
Contexto de coleta de dados	46
Cuidados éticos.....	47
Procedimentos para coleta de dados	47
Análise de dados.....	48
Resultados.....	50
Análise qualitativa	554
Suporte familiar.....	55
Suporte social.....	56
Expectativas.....	56
Discussão.....	59
Considerações Finais	721
Referências.....	74
Anexos	865
Anexo A – Questionário Sociodemográfico	87
Anexo B – Questionário MBG (Martín-Bayarre-Grau).....	93
Anexo C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	96

Agradecimentos

À minha família pelo apoio e ajuda nos momentos difíceis.

Ao Marcelo, meu amor, por continuamente postergar os momentos e planos conjuntos para que eu pudesse alcançar e finalizar este meu objetivo. Por me ouvir, fazer críticas, me fazer pensar, obrigada. Por todas as vezes que pedi que adiasse os momentos em família, por sua paciência, meu profundo e eterno agradecimento. Obrigada por acreditar em mim!

À minha filha, Letícia, que continuamente solicitava minha presença, meu colo, meu afago, minha companhia, mas que, do jeitinho dela, entendia que a mamãe precisava estudar.

À minha mãe, Julia, pela paciência e enorme incentivo para esta gigante jornada. Obrigada por crer que eu poderia avançar.

Ao meu pai, Luis, pelas trocas, pensamentos, críticas, conhecimento e incentivo também.

À minha orientadora, Marina Kohlsdorf, pelos ensinamentos e paciência de me explicar questões tão corriqueiras, mas que ao mesmo tempo eram muito novas pra mim.

Aos professores do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, pelo aprendizado.

Aos amigos e colegas da Secretaria de Orientação e Ética – SOE: Dani, Patrícia, Ana Clara, Ed e Júnia, pelo apoio e incentivo nos momentos mais críticos.

Ao Dr. Sérgio Arruda, por proporcionar a realização da pesquisa em sua clínica e pela ajuda e sabedoria no assunto.

Agradeço também à Jadna e à Fabi, que trabalham na Clínica e me ajudaram a verificar os participantes da pesquisa. Obrigada, meninas, pela disposição em ajudar!

A todos os participantes que responderam voluntariamente e de bom grado a minha pesquisa e contribuíram para a efetivação deste trabalho.

A todos que, de alguma forma contribuíram, direta ou indiretamente, para a concretização desse objetivo.

Muito obrigada!

Lista de Figuras

<i>Figura 1</i> – Mapeamento das filtragens de verificação dos trabalhos.....	34
<i>Figura 2</i> – Nuvem das 25 palavras mais utilizadas no quesito Expectativas dos participantes.....	57

Lista de Tabelas

Tabela 1 – <i>Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.....</i>	43
Tabela 2 – <i>Correlações entre variáveis de sucesso pós-operatório (doenças pós-cirurgia, consumo de álcool, complicações pós-cirúrgicas e peso ponderal) e score MBG de adesão.....</i>	54
Tabela 3 – <i>As 25 palavras mais utilizadas quando os participantes relatavam suas expectativas.....</i>	58

Resumo

A presente pesquisa teve por objetivo analisar a adesão aos cuidados pós-operatórios em pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica. A WHO (2003) reconheceu que adesão ao tratamento compreende um conjunto de ações que podem incluir tomar medicamentos, obter imunização, comparecer ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida. Participaram do estudo 76 pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica, com tempo mínimo de cirurgia de seis meses, sendo 63 do sexo feminino e 13 do sexo masculino, com idade entre 18 e 65 anos. A coleta de dados se deu entre os meses de agosto e dezembro de 2019, em clínica especializada neste tipo de tratamento. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Questionário MBG (Martín-Bayarre-Grau). Os resultados demonstraram que a suplementação é mais fácil de aderir (83%), seguida do comparecimento às consultas pós-operatórias (79%), da execução da atividade física (64%) e da dieta (60%), bem como o Suporte Familiar (84,72%) e o Suporte Social (72,85%) no sucesso pós-operatório, apontando que os fatores de influência possuem influxo sobre a adesão aos cuidados pós-operatórios em cirurgia bariátrica. Reforçou-se, então, a importância da realização de estudos englobando outras variáveis sobre a temática, como adesão e compulsão alimentar, acometimento de transtornos psicológicos após a cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Saúde, Doença, Obesidade, Cirurgia bariátrica, Adesão aos cuidados pós-operatórios.

Abstract

This research aimed to analyze adherence to postoperative care in people who underwent bariatric surgery. WHO (2003) recognized that adherence to treatment comprises a set of actions that may include taking medications, obtaining immunization, attending appointments and adopting healthy lifestyle habits. The study included 76 people who underwent bariatric surgery, with a minimum time of surgery of six months, both sexes, aged between 18 and 65 years. Data collection was carried out between the months of August and December 2019, in a clinic specialized in this type of treatment. The instruments used were: Sociodemographic Questionnaire and MBG (Martín-Bayarre-Grau) Questionnaire. 76 patients were surveyed, 63 of whom were female and 13 were male. The results showed that supplementation is easier to adhere to (83%), followed by attendance at postoperative consultations (79%), physical activity (64%) and diet (60%). Still, they demonstrated the importance of Family Support (84.72%) and Social Support (72.85%) in postoperative success, which denotes that the influencing factors have an influence on adherence to postoperative care in surgery bariatric. Therefore, the importance of carrying out studies encompassing other variables on the theme was reinforced, such as adherence and binge eating, involvement of psychological disorders after bariatric surgery.

Keywords: Health, Disease, Obesity, Bariatric surgery, Adherence to postoperative care.

Introdução

A obesidade é uma doença que está tomando caráter epidêmico não só em países industrializados, mas especialmente neles e com alta prevalência de seu surgimento na infância (Rosa & Campos, 2009). A WHO destacou que existem pelo menos 300 milhões de pessoas obesas no mundo, o que, de certa forma, justifica a maior procura pela cirurgia bariátrica como forma de tratamento diante da dificuldade em obter bons resultados nos tratamentos clínicos de redução de peso (Tae et al., 2014). Diante disto, acredita-se que sejam relevantes maiores discussões interdisciplinares em torno desse assunto em que a problemática da obesidade possa ser tratada.

A cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. Resulta em uma perda de peso significativa e melhoria das comorbidades e da qualidade de vida do indivíduo. A indicação desta intervenção vem crescendo nos dias atuais e se baseia numa análise abrangente de aspectos físicos, psicológicos, sociais, emocionais do paciente (Garrido, Ferraz, Barroso, Marchesini, & Szego, 2003).

Por ser uma cirurgia de grande porte com risco de complicações em longo prazo, o paciente deve estar ciente de que será necessário o acompanhamento contínuo e efetivo multidisciplinar pós-operatório. A prevalência do comportamento de adesão ao seguimento pós-operatório tem sido considerada um importante critério para avaliação do sucesso do procedimento e a recidiva ou não da obesidade. A adesão aos cuidados se destaca pelo comprometimento do próprio paciente, sua família e equipe de saúde para que o processo de emagrecimento acarretado pela cirurgia bariátrica seja efetivo (Camargo-Borges & Japur, 2008). O sucesso pode ser mensurado com a perda de peso, aquisição de hábitos saudáveis e melhora na qualidade de vida.

Como destacaram Svarstad, Chewning, Sleath e Claesson (1999), avaliar a adesão não é uma tarefa fácil em função da complexidade dos aspectos envolvidos e da inexistência de metodologia padronizada ideal. Embora ainda se busque compreender as causas dessa dificuldade e propor métodos e formas de atuação, a literatura, apesar de todas as publicações existentes, ainda não atingiu tal objetivo, justamente pelo caráter complexo de mensuração da adesão, e por não existir um instrumento que meça a adesão às recomendações pós-cirurgia bariátrica.

Dessa forma, na expectativa de auxiliar na melhor compreensão do fenômeno da adesão aos cuidados pós-cirúrgicos em cirurgia bariátrica, as características individuais, sociais, relacionais e culturais que promovem a adesão ou não e ampliar os conhecimentos científicos sobre o assunto, apresenta-se este trabalho. Nesse sentido, acredita-se que com o estudo dos fatores de influência possa haver maior abrangência na proposição de métodos e aprimoramento do manejo das intervenções, buscando reduzir as dificuldades inerentes a esta questão.

A coleta de dados ocorreu em uma clínica particular especializada no atendimento multidisciplinar e interdisciplinar aos pacientes antes e após a cirurgia bariátrica. A clínica conta com a participação de uma equipe multidisciplinar, onde é oferecido atendimento psicossocial e nutricional continuado pré e pós-operatório. As atividades desenvolvidas pela equipe têm como objetivo a atenção integral e interdisciplinar voltada à qualidade da assistência ao paciente obeso e pós-bariátrico.

Neste propósito, com a presente pesquisa, dada a relevância do tema, objetivou-se analisar a adesão aos cuidados pós-operatórios em pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica, além de identificar os elementos constituintes da adesão e correspondência entre o comportamento de adesão e os fatores de influência.

Fundamentos Teóricos: Obesidade, Cirurgia Bariátrica e Adesão aos Cuidados Prescritos Pós-Operatórios

Processos crônicos e obesidade

O tema da saúde tem aparecido com frequência em diferentes campos de atuação psicológica como nos hospitais, organizações, na área social, dos esportes. A saúde reflete-se como um processo que permite pensar sobre o aspecto social e o aspecto individual na sua constituição, numa visão sistêmica e processual.

Saúde significa o estado de funcionamento do organismo humano. Ter saúde é viver com boa disposição física e mental. Além da boa disposição do corpo e da mente, a *World Health Organization* – WHO (em português, Organização Mundial da Saúde – OMS), em 2016, segundo Borges (2017), incluiu na definição de saúde, o bem-estar social entre os indivíduos. A saúde de um indivíduo pode ser determinada pela própria biologia humana, pelo ambiente físico, social e econômico a que está exposto e pelo seu estilo de vida, isto é, pelos hábitos de alimentação e outros comportamentos que podem ser benéficos. Uma boa saúde está associada ao aumento da qualidade de vida. E, pode ser vista como um recurso para a vida diária. A saúde deve ser considerada um processo permanente que expressa a qualidade do desenvolvimento do sistema, a qual estará referida tanto aos elementos biológicos, como aos elementos subjetivos, culturais e sociais (Garrido et al., 2003).

Contrapondo-se ao conceito de saúde, há o de doença. A doença (do latim *dolentia*, padecimento) é um distúrbio das funções de um órgão, da psique ou do organismo como um todo, que está associado a sinais e sintomas específicos. A doença pode ser causada por fatores externos, como outros organismos ou por disfunções ou mau funcionamento interno, como as doenças autoimunes (Garrido et al., 2003).

Dentro do contexto da doença há que se considerar a obesidade, pois é considerada doença. Na Psicologia, o tema obesidade tem sido amplamente discutido devido a crescente população que se tornou e se tornará obesa e suas implicações nas questões sociais, emocionais, culturais e psíquicas destes indivíduos.

Segundo a WHO (1998), a obesidade é uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Pelos riscos associados, a obesidade vem sendo considerada um grande problema de saúde pública em todos os países. Estima-se que de 2% a 8% dos gastos em tratamentos de saúde em vários países do mundo sejam destinados a essa condição clínica.

Pesquisa realizada no Brasil pelo Ministério da Saúde (2020) apontou que, em 10 anos, a prevalência da obesidade passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, atingindo quase um em cada cinco brasileiros. Segundo a pesquisa, o crescimento da obesidade é um dos fatores que pode ter colaborado para o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Foi também encontrado que a obesidade aumenta com o avanço da idade e que houve aumento no sobrepeso, que passou de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016.

No Brasil há cerca de 30 milhões de obesos, o que representa 18% da população brasileira, sendo que 3% são obesos grau III, com Índice de Massa Corporal – IMC >40. Segundo dados da WHO (2020), 12% da população mundial são obesos e 35% apresentam sobrepeso. Segundo projeções da WHO, o Brasil será o quinto país do mundo a apresentar mais problemas de obesidade em 2025. Estima-se que uma boa porcentagem dos gastos em tratamentos de saúde em vários países do mundo seja destinada à obesidade (Sarwer & Fabricatore, 2008).

Atualmente, a obesidade representa uma doença universal de prevalência crescente e que vem adquirindo proporções epidêmicas nas sociedades modernas. A WHO (2020) classifica a obesidade baseando-se no IMC e no risco de mortalidade associada. Assim,

considera-se obesidade quando o IMC se encontra acima de 30 kg/m². Quanto à gravidade, a WHO (2020) define obesidade grau I quando o IMC se situa entre 30 e 34,9 kg/m², obesidade grau II quando IMC está entre 35 e 39,9 kg/m² e obesidade grau III, também chamada de obesidade mórbida, quando o IMC ultrapassa 40 kg/m².

De acordo com Gilman (2004), embora existam conjuntos de definições médicas contemporâneas sobre a obesidade e essas definições mudem de uma cultura para outra com o passar do tempo, ela é mais que um índice de massa corpórea. O excesso de peso corporal é uma condição que sempre acompanhou a história da humanidade e foi avaliado de modo diferente de acordo com cada período histórico e cultural. Durante muito tempo o ganho de peso e o acúmulo de gordura representaram saúde e prosperidade. Ao contrário hoje, a gordura é considerada uma doença crônica que afeta todas as faixas etárias, sem distinção de nível socioeconômico e tem sido considerada uma condição estigmatizada pela sociedade e associada a características negativas e preconceituosas. Sob a ótica do conhecimento psicológico, o obeso é visto como um ser biopsicossocial e que essas dimensões não são independentes, isto é, elas se entrelaçam e se refletem mutuamente (Castro, Ferreira, Chinelato, & Ferreira, 2013).

As teorias e pesquisas atuais sobre obesidade abordam os aspectos biológicos e psicológicos. A maioria dos autores modernos vê, no entanto, a obesidade como um modelo prototípico do resultado de uma rede complexa de interações entre uma predisposição genética e a escolha do estilo de vida (Spiegel, Nabel, Volkow, Landis, & Li, 2005). As circunstâncias de vida e os fatores biológicos e culturais de cada pessoa podem definir as razões de um determinado indivíduo apresentar ou não peso excessivo (Rosa & Campos, 2009).

Sendo a obesidade uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, o seu tratamento envolve várias abordagens, como a nutricional, o uso de medicamentos

antiobesidade e a prática de exercícios físicos (Fandiño, Benchimol, Coutinho, & Appolinário, 2004). Zilberstein, Galvão e Ramos (2016) destacam que a reeducação alimentar, a atividade física regular, a terapia comportamental e os medicamentos antiobesidade contribuem de alguma forma na redução da morbimortalidade e na melhora da qualidade de vida de obesos graves. Entretanto, a gravidade do problema deu origem a um número significativo de pesquisas que abordam a prevenção e o tratamento da obesidade.

Apesar de se tratar de um problema físico, de excesso de gordura corporal, não deixa de ser um fenômeno multivariado com significativa participação de fatores psíquicos e sociais, cuja explicação e definição não são simples. A obesidade não pode ser reduzida a um sintoma, seja de uma disfunção genética, seja de maus hábitos alimentares, ou ainda do estilo de vida contemporâneo, mas se constitui como um sinal ainda maior, sinal do mundo interno e privado da própria pessoa, que faz do seu corpo lugar privilegiado de expressão. Em suma, a dinâmica social e familiar e a história íntima, singular, dão contornos próprios e específicos à obesidade (Rosa & Campos, 2009).

A obesidade não pode ser estudada estritamente como uma enfermidade física. A dinâmica familiar, a dinâmica da história íntima dá contornos próprios e específicos à obesidade. O sofrimento psíquico não pode ser reduzido ao fato de ser gordo, nem que dificuldades de ordem psicológica causam a obesidade (Rosa & Campos, 2009).

Considerando as dificuldades das pessoas de seguirem o tratamento habitual e terem sucesso, já que a incidência de recidiva da obesidade é grande, foi desenvolvido o tratamento cirúrgico. O tratamento considerado atualmente mais eficaz na perda de peso corporal é a cirurgia bariátrica (Garrido et al., 2003).

Cirurgia bariátrica

A cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. Resulta em uma perda de peso significativa e melhoria das comorbidades e da qualidade de vida do indivíduo. A indicação desta intervenção vem crescendo nos dias atuais e se baseia numa análise abrangente de aspectos físicos, psicológicos, sociais e emocionais do paciente (Garrido et al., 2003).

A intervenção cirúrgica da obesidade é indicada, principalmente, entre os chamados obesos mórbidos, que são pouco responsivos ao tratamento convencional baseado na mudança nutricional e nos hábitos de vida, ou mesmo a medicamentos. O argumento mais forte para indicar um procedimento invasivo e agressivo, como a cirurgia bariátrica, é a evolução desfavorável dos pacientes obesos de grau III para quadros metabólicos como hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e outras complicações médicas que ameaçam a vida (Guerra, 2014). Ao lado de orientações de dieta, de atividade física, de uso de medicamentos anorexígenos e de apoio psicológico complementar, a cirurgia bariátrica despontou como um recurso indicado para o controle do peso excessivo na década de 1950 (WHO, 2020).

A questão da cirurgia bariátrica não pode ser entendida como uma simples técnica operatória. Não se trata apenas de mais um procedimento técnico disponível para o tratamento da obesidade. Como fenômeno, ou conjunto de fenômenos, a obesidade é atravessada por duas questões que não podem ser tratadas tecnicamente, que englobam questões ético-valorativas, e que são significadas nos adjetivos sociais, e pontos de confrontação entre diferentes concepções de ciência e entre disciplinas científicas. A primeira questão refere-se ao conceito de saúde, sua relação com a subjetividade do indivíduo e a

qualidade de vida. A segunda questão é relativa à superação do dualismo mente e corpo (Dolto, 1984).

Em alguns casos, as pessoas podem buscar a cirurgia bariátrica como uma forma de emagrecer, com as vantagens e desvantagens de todo processo cirúrgico invasivo, mais ainda como forma de adquirir ou retornar a um corpo magro e belo, significativamente aceito pela sociedade.

A primeira técnica cirúrgica para o tratamento da obesidade foi proposta em 1954 por Kremem, para reduzir a capacidade absorptiva do intestino com sua redução (Garrido et al., 2003). A gastroplastia vertical com bandagem foi desenvolvida em 1982 por Mason (Rosa & Campos, 2009). O aprimoramento das técnicas sedimentou a cirurgia bariátrica como um método terapêutico eficaz e preciso que favorece a perda de até 40% do peso corpóreo, por meio de interferências no processo absorptivo e restritivo do estômago. O procedimento Y de Roux, proposto por Capella, é uma das técnicas cirúrgicas mais usadas atualmente (Guerra, 2014).

Até os dias atuais as técnicas cirúrgicas foram aperfeiçoadas e o aprimoramento crescente consagrou a cirurgia bariátrica como um método terapêutico com ótimos resultados, e devido a esses resultados, as chamadas cirurgias bariátricas estão sendo mais divulgadas e aceitas, tanto no meio médico, quanto entre os pacientes (Garrido et al., 2003). São candidatos para a cirurgia bariátrica pessoas com IMC maior que 40 Kg/m^2 ou maior que 35 Kg/m^2 associado à comorbidades, como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo II, apneia do sono e problemas na coluna (Garrido et al., 2003).

Alguns critérios são requeridos para indicação ao tratamento cirúrgico além do IMC, tais como: idade entre 18 e 60 anos, histórico de obesidade há pelo menos cinco anos sem sucesso com tratamentos convencionais, ausência de causalidade endócrina da obesidade e estabilidade psicológica no que se refere à psicose, dependência química e transtornos

alimentares. Igualmente relevante é a compreensão pelo paciente do processo pós-cirúrgico e dos riscos, da possibilidade de resultados insatisfatórios, da necessidade da adesão aos cuidados pós-operatórios e das mudanças comportamentais requeridas, visando o alcance do peso ideal, e melhorar a saúde e a qualidade de vida (Salas-Salvadó, Rubio, Barbany, Moreno, & Grupo Colaborativo de la SEEDO, 2007).

As cirurgias são classificadas como disabsortivas, restritivas e mistas. As técnicas utilizadas incluem três procedimentos mais conhecidos, a gastroplastia vertical com bandagem desenvolvida em 1982 por Mason. É uma cirurgia restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago através de uma sutura, gerando um compartimento fechado. A *Lap Band* é outra técnica restritiva, relativamente recente, datada da década de 1980. Consiste na implantação videolaparoscópica de uma banda regulável na porção alta do estômago. E a terceira técnica reúne a restrição e a disabsorção, chamada de cirurgia de Capella, no qual ocorre derivação gastrojejunal em formato da letra Y, chamada de Y de Roux (Zeve, Novais, & Oliveira, 2012).

A opção pelo tipo de cirurgia bariátrica ideal será feita pelo cirurgião bariátrico e sua equipe transdisciplinar, levando em conta o histórico e as necessidades do paciente. Submeter-se a um bom preparo pré-operatório com equipe multidisciplinar (psicólogos, nutricionistas, endocrinologistas, preparadores físicos e outros) possibilitará a definição da escolha da técnica cirúrgica ideal de forma individualizada e conseqüentemente, aumentará as chances de bons resultados em médio e longo prazo, tendo em vista maior entendimento e adesão do paciente às mudanças comportamentais propostas pela intervenção cirúrgica (Zeve, Novais, & Oliveira, 2012).

A decisão de fazer uma cirurgia se inscreve na história de cada sujeito, se apresenta como anseio. Há que se pesar os prós e contras que devem exaustivamente ser considerados. O indivíduo deve ponderar sobre as tristezas, inseguranças e o anseio por ter mais saúde e há

a necessidade de uma conscientização pelo menos mínima do significado da cirurgia na vida do sujeito, o período de adaptação, recuperação, o que ela acarretará fisicamente e emocionalmente para o resto da vida.

Seguindo-se critérios adequados de avaliação para a cirurgia, esse procedimento passa a ser a única intervenção eficaz, em longo prazo, no tratamento da obesidade grau III, mas, geralmente, pacientes com obesidade grave apresentam um aumento de distúrbios emocionais associados. Sendo assim, é de extrema importância uma avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando a redução de possíveis complicações pré e pós-operatórias (Rosa & Campos, 2009). Apesar da avaliação psiquiátrica dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica fazer parte da rotina pré-operatória ela não deve restringir-se a um rastreamento de transtornos mentais atuais e pré-existentes, deve abarcar as redes de apoio do paciente, bem como suas expectativas pós-cirurgia e a capacidade de adesão às orientações pós-operatórias.

Na cirurgia bariátrica, o indivíduo perde um objeto de satisfação privilegiado, que é a alimentação excessiva e pode deslocar seus investimentos a outro contexto, como compulsões, excesso de cuidado quanto à autoimagem ou bebida excessiva. Essa capacidade de novos investimentos pode tomar uma forma construtiva ou destrutiva (Dolto, 1984), como o desenvolvimento de uma compulsão alimentar, não adesão aos cuidados pós-operatórios, por exemplo.

O paciente no período pós-operatório também deve ser avaliado, a intervalos regulares, para o acompanhamento do seu funcionamento psicológico. Dentre os diagnósticos psiquiátricos mais observados nestes pacientes, estão os transtornos do humor e os transtornos do comportamento alimentar (Fandiño et al., 2004). Já considerando a influência mútua entre os aspectos psicológicos e orgânicos, as mudanças produzidas em qualquer um deles podem impactar ou produzir mudanças no outro, tanto de forma positiva, quanto de forma negativa.

Após a cirurgia, parte dos pacientes, emagrecendo ou não, desenvolvem uma série de problemas psicológicos, em parte relacionados com motivações de fundo antes da cirurgia. É comum o surgimento de quadros psiquiátricos, tais como compulsão, sintomas depressivos, ansiedade e uso de substâncias associados às mudanças emocionais que o paciente vivencia após a cirurgia, sobretudo em pacientes que apresentavam dificuldades de emagrecer (Figueiroa & Tamayo, 2008).

Como consequência, a mudança física imposta pela cirurgia exige uma resposta do aspecto psíquico que vai além da adaptação a uma nova rotina alimentar e suas restrições (Rosa & Campos, 2009). A mudança no corpo impacta a autoestima, a identidade, os mecanismos de defesa e a organização psíquica do indivíduo. A relação entre saúde e doença nesse contexto demanda uma discussão aprofundada que contemple o entendimento dos processos mentais e sua ligação com o corpo. A mudança física operada através da cirurgia modifica o desenvolvimento do sofrimento psíquico, mas não o aplaca (Rosa & Campos, 2009).

Segundo Sousa et al. (2014), a perda de peso para estes indivíduos não envolve apenas questões estéticas, mas sim a recuperação de funções corriqueiras da vida, a saúde e até mesmo a recuperação da própria dignidade, já que muitos obesos graves dependem de alguém para realizar suas necessidades fisiológicas. A expectativa com a cirurgia é o controle e até a cura da obesidade.

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 por período superior a 4 anos, que ocorre a incidência da recidiva da obesidade. A indicação dessa intervenção vem crescendo nos dias atuais e é realizada com base em análise abrangente de vários aspectos do paciente. Em se tratando de um procedimento cirúrgico de grande porte em pacientes que apresentam riscos aumentados de complicações, é

imprescindível que a indicação seja cuidadosa e embasada em critérios que avaliem os riscos e os benefícios da intervenção cirúrgica (Sousa et al., 2014).

A maioria dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica obtém efetiva melhora em suas condições clínicas e funcionais. Contudo, Garrido, Ferraz, Barroso, Marchesini e Szego (2003) destacam que 5 a 10% dos pacientes não obtém sucesso com o procedimento cirúrgico. Já Oliveira et al. (2011) estimam que 20% dos pacientes falham no tratamento e recuperam peso em até dois anos de pós-operatório. As causas do insucesso são atribuídas a pouca adesão às dietas pós-operatórias e /ou às alterações psicológicas.

O operado por obesidade pode apresentar complicações físicas e psicológicas. As físicas podem incluir vômitos, entallos, *dumping*. Este último é caracterizado pela passagem rápida, do estômago para o intestino, de alimentos com grandes concentrações de gordura e/ou açúcares como resultado da alteração anatômica do estômago. Esse processo, geralmente traz alguns desconfortos para o paciente, tais como: sudorese, taquicardia, queda da pressão arterial, tremores e diarreia. As complicações psicológicas podem envolver o desencadeamento de transtornos de ajustamento, de quadros psiquiátricos graves e crônicos e de transtornos alimentares (Marcelino & Patrício, 2011).

A cirurgia tem efeito positivo em curto prazo no funcionamento psicossocial, mas à medida que a perda de peso vai diminuindo esses problemas psicossociais, como angústia, ansiedade, comer compulsivo, 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 ou insucesso da cirurgia bariátrica é um tema controverso, pouco discutido e pouco consensual (Teixeira & Maia, 2011). A avaliação positiva dos resultados para a vida dos pacientes nem sempre acompanha a perda ponderal. Aspectos não cirúrgicos, como os fatores psicológicos, têm 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).

Estudos indicam que a cirurgia bariátrica promove o benefício da qualidade de vida atenuando os sintomas psiquiátricos, melhorando a esfera social, a autoestima e até mesmo condições financeiras do paciente. Entretanto, não há consenso sobre os critérios para avaliação psiquiátrica nos candidatos à cirurgia bariátrica. À medida que o número de pacientes submetidos a esse procedimento aumenta, também cresce a necessidade de compreender como os sintomas psiquiátricos podem influenciar nos resultados da operação (Tae et al., 2014).

Entretanto, tais estudos indicam também que existem pacientes que não conseguem perder quantia significativa de peso após a operação e este evento é frequentemente atribuído aos fatores psicológicos, à adesão aos cuidados pós-operatórios e não, necessariamente, aos fatores técnicos operatórios (Tae et al., 2014).

Apesar do sucesso terapêutico em muitos casos, vários estudos citados por Fandiño, Benchimol, Coutinho e Appolinário (2004) apontam que após dois anos da cirurgia alguns pacientes passam a apresentar reganho de peso e desenvolvem complicações emocionais. Diante destas questões, torna-se recomendável o acompanhamento psiquiátrico e psicológico de pacientes submetidos a técnicas de cirurgia bariátrica em todos os estágios do tratamento, devido às transformações psíquicas, sociais e físicas. A importância de se continuar com o acompanhamento psicológico e psiquiátrico impacta na adesão ou não aos cuidados pós-operatórios, no sentido de mobilizar o paciente a ser ativo e corresponsável pelo sucesso de seu tratamento, desenvolvendo estratégias que o ajudem a lidar com o tratamento e realizar mudanças de hábitos (Flores, 2014).

Ao mudar as dimensões corporais, muitas circunstâncias também mudam na vida de um indivíduo, como suas aptidões, sua forma de relacionar com o mundo e consigo próprio. No entanto, ter um corpo magro não é garantia de que essas relações sejam qualitativamente melhores, pois, o bem-estar psicossocial dependerá da capacidade do sujeito para lidar com a nova situação. Partindo-se dessa reflexão, pode-se inferir que o emagrecimento não implica necessariamente e naturalmente em uma imagem corporal positiva. Dessa forma, há a necessidade de atendimento multiprofissional pré e pós-operatório, o que impacta diretamente na adesão aos cuidados pós-operatórios (Castro et al., 2013).

Adesão aos cuidados pós-operatórios

Quando há referência à cirurgia bariátrica também há a referência ao termo “adesão” aos cuidados pós-operatórios. 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 em longo prazo (Teixeira & Maia, 2011).

Definições conceituais.

Em português não há consenso sobre o termo empregado – “adesão” ou “aderência”. Há possibilidade de uso das duas palavras, visto significarem a mesma coisa. Adesão aos cuidados com a saúde é um tema que sempre recebeu muita atenção por parte dos profissionais da saúde. Etimologicamente o termo “adesão” significa obediência, fidelidade, aprovação, solidariedade a uma ideia ou causa (Ferreira, 1999). Na literatura médica uma das

definições de adesão mais divulgadas foi formulada por Haynes (1979), na qual é enfatizada a extensão com a qual o comportamento de uma pessoa, o paciente ou seu cuidador, coincide com a orientação do profissional.

Embora muitos pesquisadores relacionem adesão ao tratamento com adesão à medicação, esse termo se refere a numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos e envolvem aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, ao paciente e à própria doença (Gusmão & Mion, 2006).

Miller, Hill, Kottke e Ockene (1997) conceituaram adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença. A adesão aos cuidados pode ser caracterizada como o grau de comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas de acompanhamento (Sarmiento, 2004).

A WHO (2003) reconheceu que adesão ao tratamento compreende um conjunto de ações que podem incluir tomar medicamentos, obter imunização, comparecer ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida, como reeducação alimentar, práticas de atividade física regular, prevenção ao consumo de álcool e tabaco, por exemplo. Toussi, Fujioka e Coleman (2009) caracterizaram a adesão 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 da saúde.

O conceito de adesão varia entre diversos autores, mas, de forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Entre os

pressupostos assumidos pelos diversos autores para o estudo da adesão, as diferenças mais evidentes encontram-se entre aqueles que focalizam o fenômeno no paciente e aqueles que procuram a compreensão em fatores externos ao paciente (Leite & Vasconcelos, 2003).

O termo a ser utilizado neste trabalho é adesão. Entretanto, existem diversos termos utilizados para definir a adesão e refletem a compreensão que os autores têm sobre o papel dos atores no processo. Segundo Brawley e Culos-Reed (2000), os termos mais utilizados na língua inglesa “*adherence*” e “*compliance*” têm significados diferentes. Para os autores, o termo “*compliance*”, que pode ser traduzido como obediência, pressupõe um papel passivo do paciente, e “*adherence*”, ou aderência como o termo utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação.

Gusmão e Mion (2006) enfatizam que, em medicina, *compliance* significa “concordância entre a prescrição e o comportamento do paciente”, e relatam que a WHO sugere o termo “observância”, que corresponderia quase na totalidade ao que se entende por *compliance*, mas omite a vontade do paciente em querer cumprir o que lhe foi prescrito. O uso do termo “complacência” também foi sugerido, mas por transmitir a ideia de passividade não foi adotado. Para esses autores, existem diferentes níveis de adesão. No nível mais elevado estão os aderentes, indivíduos que seguem totalmente o tratamento prescrito e, no lado oposto, estão os desistentes, que são aqueles que abandonam o tratamento. Há ainda os persistentes, dentro do grupo dos não aderentes, que são aqueles indivíduos que comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento. Para esses autores, adesão seria um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. A não adesão seria um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos podendo constituir fonte de frustração para os profissionais de saúde.

Mais recentemente, estudiosos tem destacado o aspecto multidimensional do termo “adesão”. Parte dessa mudança conceitual se deve à constatação de que as orientações para os cuidados em geral são complexas, envolvendo um amplo conjunto de recomendações que nem sempre tem relação direta entre si (Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda, 2008). Tais recomendações abrangem os aspectos físicos, emocionais, psíquicos e nutricionais.

Fatores moderadores da adesão.

Kidd e Altman (2000) citam que a adesão, como um dos critérios do uso de medicamentos e do cuidado de saúde como um todo, é afetada ou direcionada pelo meio social e cultural em que acontece. A influência social sobre o fenômeno é bastante citada, principalmente estratificando os dados por faixa salarial e escolaridade. A adesão como resultado de um processo racional, leva em consideração alguns determinantes, como a disponibilidade à crença aos cuidados, resultado da dinâmica de aprendizagem social vivida e da forma de construir seu enfrentamento à doença. Segundo os autores, essa construção deve ser compreendida não só no nível individual, mas também no meso e macro contexto, ou seja, nos níveis da comunidade e sociedade como um todo.

Leite e Vasconcelos (2003) apontam a necessidade de se compreender questões relacionadas ao paciente e ao meio sociocultural em que está inserido como importantes no procedimento de adesão. Para Tavares et al. (2013), os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos

indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde.

Embora o nível socioeconômico não seja índice independente de baixa adesão, alguns aspectos são significativos, como baixo nível socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de rede efetiva de suporte social, condições instáveis de moradia, longa distância do local de tratamento, alto custo do transporte, alto custo da medicação, mudanças no estado civil, cultura e crenças sobre a doença e o tratamento e desestrutura familiar (Gusmão & Mion, 2006). Entretanto, poucos trabalhos dão destaque aos fatores social e cultural relacionados ao uso de medicamentos levando em conta determinantes como a dinâmica de aprendizagem social vivida ou a forma como o paciente constrói seu enfrentamento da doença (Tavares et al., 2013).

Adesão aos cuidados pós-operatórios, dificuldades e papel da equipe de saúde.

Conforme dito anteriormente, vários fatores, que devem ser considerados, podem dificultar a adesão do paciente. Diante das questões sobre a adesão aos cuidados, tornou-se evidente a necessidade de participação de uma equipe multiprofissional como estabelecadora de acordos com o paciente para a realização do tratamento. Neste contexto, existem fatores que influenciam a adesão e podem ser relacionados ao paciente, à interação médico-paciente, à interação profissional-paciente, ao médico, à outros profissionais envolvidos nos cuidados, à organização dos serviços de saúde e à própria terapia (Logan, Milne, Achber, Campbell, & Haynes, 1979).

Dessa forma, segundo a WHO (2020), o novo conceito de adesão foi proposto como a extensão com a qual o comportamento de uma pessoa, tomando medicação, seguindo uma

dieta, e/ou executando mudanças no estilo de vida, corresponde às orientações que foram recomendadas em comum acordo com a equipe de saúde. Nota-se que esta nova definição da WHO (2020) atribui ao paciente um papel mais ativo no planejamento e na execução de seus cuidados, sendo de suma importância uma comunicação efetiva entre paciente e a equipe de profissionais.

O entendimento do papel do paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seus cuidados, que adere ou não, é defendido por outros autores, como Milstein-Moscati, Persano e Castro (2000) e Dowell e Hudson (1997). A forma como é visto o papel do paciente no seu tratamento é refletida também na forma como são discutidos os fatores relativos ao paciente na adesão, variando entre a tentativa de compreensão, por parte dos profissionais, dos valores e crenças dos pacientes em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até a identificação da não adesão como comportamento desviante e irracional. Neste último caso, a responsabilidade pela não adesão aos cuidados é definida como ignorância dos pacientes ou responsáveis sobre a importância do tratamento, a pouca educação da população, presumindo que seria um comportamento típico de classes menos privilegiadas, ou como simples desobediência de ordens médicas (Leite & Vasconcelos, 2003).

Apesar de Chaisson (1998) afirmar que “o normal é não aderir”, na população a adesão ao prescrito profissionalmente depende de uma série de fatores, uma espécie de triagem, para que venha a acontecer, enquanto as indicações populares, como as da vizinha ou família, são aceitas mais facilmente (Leite, 2000). Portanto, há o desejo de utilizar algum tipo de cuidado, de tratar os sintomas e obter alívio, mas há controvérsias quanto à compreensão desse fenômeno. A relevância da questão na terapêutica é indiscutível: da adesão aos cuidados depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica, a prevenção de uma patologia.

Estudos descritos por Teixeira, Paiva e Shimma (2000) relatam que o tipo de enfermidade tratada parece ter alguma relação com a adesão ou não ao tratamento, o que pode ser lido como a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua enfermidade. A ausência de sintomas, em algumas fases do processo de adoecimento, por exemplo, é um dos fatores citados para a não adesão à terapia da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* – AIDS (em português, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA).

Os mesmos autores referem como questão central a importância do profissional de saúde para a adesão, como se a adesão aos cuidados fosse determinada exclusivamente pelo poder do médico de fazer seu paciente obedecer a sua prescrição e dos meios que utiliza para tal. De qualquer forma, fica evidente, conforme os autores, que um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico pessoalmente.

Porém, embora seja um dos possíveis mediadores a serem trabalhados pela equipe de atenção à saúde, a relação médico-paciente não é suficiente para explicar o fenômeno da não adesão à terapêutica isoladamente (Tsai, 2009; Ogedegbe, Harrison, Robbins, Mancuso, & Allegrante, 2004). Certas atitudes do prescritor, tais como: linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações e questionamentos dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia são fatores citados na literatura como facilitadores para a adesão aos cuidados prescritos (Leite & Vasconcelos, 2003).

Notadamente, a relação entre o profissional de saúde e o paciente, o regime terapêutico, as características da doença e os aspectos psicossociais do paciente, são aspectos decisivos na adesão à terapêutica (Alfonso, Veia, & Abalo, 2008). A adesão tende a diminuir ao longo do tempo em tratamentos que exijam grande frequência de comparecimento a consultas, ingestão de medicamentos e suplementos. Também as características da equipe de

saúde, a atitude dos profissionais, influenciam nessa adesão aos cuidados. As características do próprio paciente ganham destaque no que se refere a essa questão (Rocha & Costa, 2012).

Na atualidade, a não adesão aos cuidados pós-operatórios, 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 (Camargo-Borges & Japur, 2008). Embora seja necessária, a adesão aos cuidados para condições crônicas não é um comportamento fácil de adquirir (Reiners et al., 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 dos respectivos cuidados (Alfonso et al., 2008).

Portanto, é o paciente, ou o responsável por ele, o objetivo e o objeto das investigações e das ações para promover a adesão. Nele estão centrados os fatores que interferem na adesão à terapêutica, refletindo o contexto individual, familiar e social. No entanto, a questão da adesão é discutida no nível profissional e reflete as expectativas e opiniões profissionais. No contraponto, o paciente não está preocupado em desobedecer ou não aderir ao receituário médico, mas sim em lidar com sua condição de vida da forma que lhe convenha e que lhe permita maior autocontrole e liberdade (Leite & Vasconcelos, 2003).

Pode-se observar que a própria doença é um fator interferente dependendo da forma como o paciente enfrenta a doença e seus sintomas, e que o profissional de saúde influenciará na adesão na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer com este comunicação e relacionamento efetivos, incluindo valorização do consumo como benefício em seu corrente cotidiano, quando este se fizer necessário (Leite & Vasconcelos, 2003).

A relação profissional-paciente deve ser de grande valia para o sucesso do tratamento e conseqüente adesão aos cuidados, tanto pela informação ao paciente, como em relação à prescrição do medicamento, seu uso, prática de atividades físicas, suplementação,

comparecimento às consultas multiprofissionais. O posicionamento e apoio da família também são fundamentais para as mudanças nos hábitos de vida do indivíduo, a realização de atividades físicas, a manutenção da dieta adequada e o uso correto dos medicamentos (Sarmiento, 2004). A participação ativa de vários profissionais da área da saúde, com abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão aos cuidados e, conseqüentemente, aumentar o controle de recaídas, dado a integralidade de cuidado de determinado indivíduo submetido a cirurgia bariátrica. (Pierin, Strelec, & Mion, 2004).

Em relação ao paciente, pesam a condição socioeconômica e cultural, o acesso aos serviços de saúde, a frequência às consultas e o grau de conhecimento a respeito da doença. Cabe salientar também que, muitas vezes, as crenças comportamentais, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos (Schoenthaler et al., 2009).

Com respeito à relação médico-paciente e profissional- paciente sobrevivem elementos de empatia, motivação e aspectos operacionais como carga de trabalho e remuneração que interagem de forma muito específica em cada cenário (Robinson, Segal, & Lopez, 2010). Sobre o médico e sobre o profissional, recai ainda o grau de conhecimento sobre a doença e a obediência às diretrizes clínicas preconizadas pelas sociedades especializadas no assunto. Com efeito, o atendimento médico na atenção primária no cenário da maioria dos países não desenvolvidos e, em alguns aspectos, também nos países desenvolvidos, é realizado por não especialistas, o volume de atendimento é grande, existe alta rotatividade de profissionais, as distâncias para os centros de referência são enormes, em muitos casos, e a disponibilidade de referência em tempo hábil é escassa.

Esses obstáculos podem funcionar como favorecedores de uma tolerância maior a resultados insatisfatórios (Robinson et al., 2010). Outro aspecto a abordar, no que tange à

adesão aos cuidados, é a assiduidade à consulta. Existe, inclusive, o aumento da adesão próximo ao período das consultas médicas, mostrando o efeito benéfico desse ato no processo de tratamento (Schoenthaler et al., 2009).

A adesão aos cuidados pós-operatórios é condição importante para o sucesso da intervenção cirúrgica na obesidade (Barbee, 2010). As razões para a recuperação de peso após o tratamento cirúrgico 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 às consultas, compulsão alimentar e depressão são associados a pior perda de peso (Toussi, Fujioka, & Coleman, 2009).

O conhecimento e as crenças dos pacientes sobre sua doença, a motivação para controlá-la, sua habilidade para associar seu comportamento com o manejo da doença e suas expectativas no resultado do tratamento podem influenciar negativamente na adesão (Gusmão & Mion, 2006). Para Barbee (2010), adesão às modificações alimentares, 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 adesão às prescrições de alteração na dieta é a mudança de vida requerida 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 (Bagdade & Grothe, 2012).

Aderir à atividade física é outro fator fundamental para o sucesso à longo prazo da cirurgia. A adesão 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 adesão à atividade física (Bagdade & Grothe, 2012), sob o subterfúgio de que a cirurgia bariátrica em si seria capaz de modificar os hábitos e proporcionar a requerida qualidade de vida.

Junto com a restrição dietética e adesão 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. A participação ativa do paciente bariátrico é crucial para chegar a um resultado bem-sucedido. Uma cirurgia bariátrica bem sucedida requer mudanças significativas no estilo de vida e mudanças de comportamento, que são influenciados por fatores psicossociais (Bagdade & Grothe, 2012).

É indispensável, para o sucesso da cirurgia em longo prazo, que haja modificação e readaptação a um estilo de vida saudável, o que inclui a modificação de diversos hábitos do paciente, tais como: horário fixo e tempo disponível para as refeições, atividade física, consultas médicas e exames regulares, de forma a não ter recidiva da obesidade e ter efetivo sucesso pós-cirúrgico (Jordan, Lopes, Okazaki, Komatsu, & Nemes, 2000).

É possível que o longo período de acompanhamento pós-cirúrgico contribua para o decréscimo efetivo da adesão. Embora o acompanhamento multidisciplinar, a indicação de exames e a ingestão de polivitamínicos tornem-se menos constantes após o primeiro ano da cirurgia, na maior parte dos casos, o paciente necessitará de acompanhamento por toda a vida (Bagdade & Grothe, 2012).

A experiência clínica revela que, após a cirurgia bariátrica, o paciente costuma desfrutar da equivocada sensação de que não precisa mais de auxílio médico, psicológico ou nutricional, talvez por considerar que a mera continuidade do processo de emagrecimento já

seja o suficiente. Além disso, os sintomas relacionados ao descuido físico e/ou psicológico do paciente tardam a surgir e, por vezes, quando surgem, o paciente não os percebe como graves, pois nada lhe parece pior do que a obesidade antes apresentada. Porém, todos esses fatores podem comprometer o sucesso do tratamento pós-cirúrgico (Bagdade & Grothe, 2012).

Entretanto, conforme postularam Fandiño et al. (2004), a continuidade do tratamento após a cirurgia bariátrica é necessária, com o propósito de maximizar o êxito do tratamento cirúrgico em longo prazo. Mesmo que o paciente se sinta bem, diferentes tipos de recursos profissionais, financeiros, sociais e psicológicos disponíveis podem ser úteis para que este se sinta capaz de lidar com as demandas específicas do período após a cirurgia bariátrica, sejam as demandas do dia a dia, sejam aquelas relacionadas a circunstâncias mais complexas.

O suporte social e o suporte familiar são fatores que auxiliam na adesão ao tratamento. Griep (2003) ressaltou que entre as possibilidades sociais que o paciente pode utilizar em seu benefício inclui-se o apoio social. De acordo com Sherbourne e Stewart (1991), o suporte social se mensura pela percepção do indivíduo quanto aos recursos postos à sua disposição, por outras pessoas, em situações de necessidade. Relataram que é diferenciado o grau com que relações interpessoais correspondem a determinados tipos de apoio, tais como os de cunho emocional, material e afetivo. A necessidade de distinguir entre tais modalidades de apoio está relacionada à possibilidade de possuírem intensidades diferentes em se tratando de circunstâncias de saúde diversas.

Rigotto (2006) enfatiza que a presença do suporte social por si só mostra-se bastante relevante, porém não basta o suporte social existir se ele não for percebido como satisfatório pelo indivíduo. A percepção e satisfação com o suporte social disponível são dimensões cognitivas importantes na redução do mal-estar psicológico. Nesse sentido, uma conceitualização ampla para suporte social pode ser feita como existência ou disponibilidade

de pessoas em que se pode confiar e pessoas que se mostram preocupadas com o indivíduo. O suporte social é enfaticamente mencionado como uma importante variável na manutenção da saúde.

Rigotto (2006) destacou que na literatura há diferentes definições acerca do construto suporte social, como, por exemplo, a divisão deste construto em emocional, instrumental ou tangível e suporte informativo. Por meio do suporte emocional, que se apresenta como um fator importante na manutenção da saúde e do bem-estar, o indivíduo pode desenvolver um sentimento de estima e de pertencimento a um determinado grupo. Enquanto que, a resolução de um problema prático, do tipo financeiro ou doméstico, torna-se demanda do suporte instrumental ou tangível. Ao suporte informativo instala-se a função de atender às expectativas do indivíduo frente às necessidades de informações ou orientações em contextos diversos.

Atualmente, a *internet* parece representar ferramenta útil na obtenção de suporte social para os pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica, na medida em que compartilham experiências e recebem apoio de grupos com o mesmo interesse. Além das redes sociais, também os *blogs* e os fóruns são espaços utilizados por quem já se submeteu à cirurgia bariátrica, no qual se inserem com o propósito de trocar experiências com o grupo virtual, o que pode ser um aliado na adesão aos cuidados pós-operatórios dos pacientes (Bruziguessi, 2010).

Griep (2003) referiu que o suporte social tem influência na manutenção da saúde, bem como favorece condutas adaptativas em situações de estresse. Efetivamente, a relação do indivíduo com o ambiente envolve processos dinâmicos que requerem adaptações contínuas, sobretudo no contexto posterior à cirurgia bariátrica. Nesse caso, não só os hábitos alimentares e a constituição corporal são obrigatoriamente modificados de maneira drástica;

na maior parte das ocorrências, o estilo de vida necessita ser alterado para que haja adaptação de maneira saudável à fase de vida iniciada com a cirurgia.

Além do suporte social há também o suporte familiar, que funciona como mediador entre o indivíduo e a sociedade e é essencial não apenas para a sobrevivência dos respectivos membros, mas também para a proteção mútua, a transmissão de cultura, de capital econômico, das relações de gênero e de solidariedade entre gerações. A família é composta por indivíduos ligados entre si por vínculos consanguíneos, consensuais ou jurídicos, que constituem complexas redes de parentesco, caracterizando-se como espaço de sociabilidade e socialização primária, solidariedade e proteção social (Baptista & Oliveira, 2004). Porém, nem sempre a família é capaz de prover o apoio necessário ao membro em crise (Féres-Carneiro, 1992).

O suporte familiar é qualificado como uma instância mediadora entre o indivíduo e a sociedade, tendo como algumas de suas funções reunir e distribuir recursos para a satisfação das necessidades básicas, além de funcionar como um amortecedor de impactos sociais na vida de seus integrantes. Em grande parte das sociedades, a família é a primeira referência para a criança e, a partir dessa interação, formam-se as primeiras regras, valorações e crenças do indivíduo. A família apresenta-se então, como um espaço de sociabilidade e socialização primárias, de solidariedade e de proteção social (Rigotto, 2006).

Berkman e Glass (2000) indicaram que a disponibilidade de apoio material e afetivo, além de outras dimensões do suporte social e do suporte familiar, como familiares e amigos, podem exercer papel importante no estímulo à adoção e à manutenção de hábitos de autocuidado. Dessa forma, parece que o autocuidado surge como ponto marcante, após a cirurgia bariátrica, para que o paciente obtenha êxito em relação à qualidade de vida em longo prazo e não a mera e momentânea diminuição do peso corpóreo. Precipuaemente, a reestruturação dos hábitos de vida, incluindo a adesão ao acompanhamento multidisciplinar,

médico, nutricional e psicológico, a adoção de dieta saudável, a prática continuada de exercícios físicos, a alocação de maior tempo para as refeições, entre outros cuidados, pode ser influenciada pela percepção do suporte social e do familiar (Bruziguessi, 2010).

Diante do exposto, a família do paciente em preparação para a cirurgia bariátrica pode tanto desempenhar função facilitadora para a saúde do indivíduo obeso, servindo, como sistema de suporte antes e após o procedimento cirúrgico, como também influenciá-lo negativamente a este respeito. À vista disso, Souza (2008) postulou que o suporte familiar pode ser entendido como importante componente do suporte social e abarcar questões relativas às complexas relações que se estabelecem entre os membros de uma família.

Gusmão e Mion (2006) citam que o comprometimento do cuidador, principalmente em pacientes idosos com várias comorbidades, pode influenciar a adesão aos cuidados, no sentido de quanto mais comprometido estiver o cuidador, mais fácil será o tratamento. Além disso, o cuidador tem de ser encorajado pela equipe de saúde a intervir no tratamento e, assim, se sentir elemento ativo neste processo. A influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento é aspecto a ser considerado no tratamento de pacientes com doenças crônicas, pois é na relação profissional-paciente que se inicia a conquista da adesão. Aspectos inerentes ao sistema de saúde e à instituição também podem prejudicar a adesão ao tratamento. Serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistema de distribuição de medicamentos ineficaz, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com conseqüente redução de tempo nas consultas e aumento no tempo de espera, dificuldade de acesso ao serviço e distância, falta de conhecimento e de treinamento de funcionários administrativos e de saúde, incapacidade do sistema para educar pacientes e prover seguimento são fatores que podem influenciar de forma negativa a adesão aos cuidados.

Portanto, acredita-se que a percepção dos suportes social e familiar possam interferir na recuperação do paciente após a cirurgia bariátrica, contribuindo, de alguma forma, para a sua adesão ao acompanhamento multidisciplinar.

Dificuldades na avaliação da adesão.

O fenômeno da adesão é determinado pela interação das seguintes dimensões: a) Fatores relacionados ao paciente; b) Fatores socioeconômicos; c) Sistema e equipe de saúde; d) Fatores relacionados aos cuidados; e, e) Fatores relacionados à doença (WHO, 2003). A adesão aos cuidados – aspecto proeminente no contexto da cirurgia bariátrica – expressa a compreensão e a cooperação do paciente em face do planejamento e da implantação dos próprios cuidados, o que pressupõe comportamento ativo por parte de quem adere. Consequentemente, o processo de avaliação da adesão aos cuidados é complexo.

Leite (2000) referiu que, entrevistando pacientes e profissionais de uma unidade de saúde de Itajaí, Santa Catarina, a questão da linguagem e questão cultural apareceu como um fator extremamente relevante. Os auxiliares de saúde – pessoas da própria comunidade, com baixo grau de especialização, que compartilhavam as mesmas crenças e costumes relativos à saúde da comunidade – logravam que a clientela da unidade aderisse às suas recomendações, mesmo entre aqueles pacientes que não costumavam aderir à prescrição dos médicos da unidade. As recomendações e receitas de vizinhos e parentes também eram facilmente atendidas. Dentre os profissionais de saúde, aqueles que usavam linguagem mais popular demonstravam mais respeito pelo paciente e suas crenças, assumiam atitude menos discriminadora e eram mais acreditados pelos clientes da unidade.

Entre os estudos de adesão disponíveis, o grau de adesão varia muito dependendo do método e do conceito de adesão utilizado (Jones, 1983), o que leva a acreditar que os fatores

relacionados ao paciente, mais dificilmente controlados, tenham sempre um peso grande na questão da adesão. Todos os fatores apontados para a adesão a um tratamento prescrito influenciam o modo pelo qual uma pessoa, na ocorrência de uma enfermidade, decidirá tratar-se.

Leite e Vasconcelos (2003) destacam que quando o foco do estudo é adesão aos cuidados, os métodos podem ser classificados em diretos e indiretos. Os métodos diretos são baseados em técnicas analíticas que verificam se o medicamento foi administrado ou tomado na dose e frequência necessária através da identificação de metabólitos do medicamento ou de marcadores químicos de maior permanência no organismo. Os métodos diretos eliminam a interferência do relato do paciente na avaliação da adesão a farmacoterapia, porém apresentam custo elevado. Os métodos indiretos incluem entrevistas, autorrelato, monitoramento eletrônico e a contagem das unidades de medicamentos que o paciente ainda possui. Um dos métodos indiretos mais utilizados é a entrevista estruturada, por sua aplicação mais acessível e de menor custo. O maior problema apontado para esse método é a superestimativa da adesão, pois, o paciente pode esconder do entrevistador ou do médico a forma como realizou o tratamento na realidade (Milstein-Moscati, Persano, & Castro, 2000).

Para Ungari (2007), os métodos para avaliação da adesão terapêutica apresentam muitas limitações. Apesar dos métodos diretos serem mais exatos, requerem equipamentos sofisticados, tornando-se pouco efetivos em saúde pública. Dentre os métodos indiretos, embora tendam a superestimar a adesão, representam maior aplicabilidade em saúde pública, podendo ser aplicados em todos os níveis de atenção à saúde. A imprecisão dos métodos é apontada como um elemento complicador para a comparabilidade de dados de diferentes estudos (Svarstad, Chewning, Sleath, & Claesson, 1999). Os métodos são empregados para avaliar a adesão ao tratamento, considerando aspectos relativos à medicação (adesão medicamentosa), à atividade física e aos hábitos alimentares (adesão não farmacológica).

É de extrema importância a adesão tanto medicamentosa, quanto não farmacológica na obtenção de resultados clínicos mais satisfatórios em pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2007). É imperativo que os profissionais de saúde saibam identificar as vantagens, limitações e aplicabilidade dos métodos disponíveis, para realizarem a escolha do(s) método(s) mais adequado ao seu local de trabalho, recursos e tecnologias disponíveis, e ao perfil dos pacientes atendidos.

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 posicionamento ativo frente à doença ou eventos traumáticos (Figueiroa & Tamayo, 2008).

Revisão de literatura sobre a adesão aos cuidados após a cirurgia bariátrica

Foi realizado levantamento bibliográfico a partir da busca eletrônica de trabalhos nacionais disponibilizados nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library On-line* – SciELO, Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde – LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME/BVS e Periódicos Eletrônicos de Psicologia – PePSIC, além de busca não sistemática em revistas nacionais indexadas no portal da Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e busca no *Google Scholar* e rede de *internet*, incluindo-se a busca em Dissertações e Teses. As palavras-chave foram: adesão, aderência, cuidados pós-operatórios, cirurgia bariátrica, obesidade. Inicialmente, foram combinadas as palavras adesão, aderência, cuidados pós-operatórios e cirurgia bariátrica e combinados também adesão, aderência, cuidados pós-operatórios e obesidade. Posteriormente as palavras-chave foram pesquisadas individualmente. As buscas foram realizadas na língua portuguesa. Os critérios para inclusão de dados foram: a) Trabalhos publicados entre 2009 e 2018, haja vista já haver revisão sistemática de literatura anterior sobre a temática e a necessidade de conceitos mais atualizados; b) Modalidade de produção (artigos de pesquisa, estudos de caso, revisões de literatura, Dissertações e Teses); e, c) Temática sobre adesão aos cuidados após a cirurgia bariátrica.

Após o filtro inicial, ou seja, a inserção da combinação das palavras-chave nas plataformas, foram selecionados 2.346 trabalhos que referiram sobre adesão em seu conteúdo. O segundo filtro foi realizado visando retirar os trabalhos duplicados, restando 1.184 trabalhos. Após, foi realizada a busca individual das palavras-chave, restando 323 trabalhos. Posteriormente, foram excluídos os trabalhos anteriores ao ano de 2009, restando 189. Em seguida foram lidos os títulos e resumos dos referidos trabalhos de forma a ser verificado o tema “adesão aos cuidados pós-operatórios em cirurgia bariátrica”, restando 74

trabalhos. Posteriormente os trabalhos, com o tema “adesão”, foram lidos por completo, restando amostra de 27 trabalhos. Os trabalhos foram categorizados segundo ano, tema principal, tipo de pesquisa (revisão de literatura, relato de experiência profissional, estudo de caso e pesquisas), tipo de análise de dados (qualitativa, quantitativa ou mista) e amostra, conforme evidenciado na Figura 1.

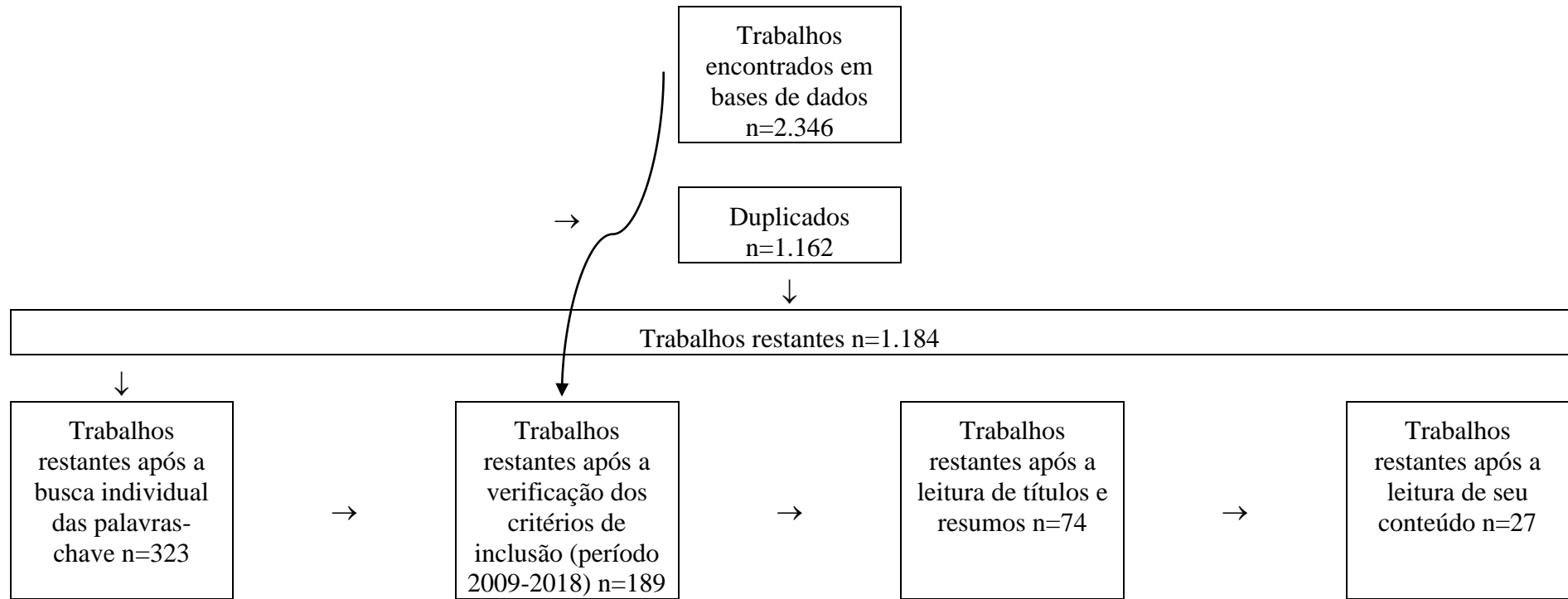


Figura 1. Mapeamento das filtragens de verificação dos trabalhos.

Foram localizados 27 trabalhos publicados, sendo cinco revisões de literatura, um estudo de caso e 21 relatos de pesquisa empírica. Os principais resultados encontrados fazem referência à prevalência do sexo feminino na realização das cirurgias bariátricas (86,43%) e consequente adesão aos cuidados pós-operatórios; média de idade de 28,66 anos (DP = 6,17), sendo a faixa etária de maior porcentagem a de 20 a 30 anos.

A adesão aos cuidados pós-operatórios no que se refere à frequência às consultas multiprofissionais, em sete dos trabalhos analisados, foi influenciada quanto à renda familiar, demonstrando que quanto menor a renda familiar, menor a adesão, haja vista que algumas consultas são pagas. A distância da moradia também tem referência na adesão, quanto mais perto o local de moradia, maior a adesão (Barros, Frota, Moreira, Brandão, & Caetano, 2018; Abreu-Rodrigues, 2014; Lima, 2012).

Quanto ao suporte social, 16 das pesquisas avaliadas (Barros et al., 2018; Santos, Orth, Prá, Ubeti, & Trevisol, 2018; Medeiros, 2017; Abreu-Rodrigues, 2014; Lima, 2012; Scabim, 2011; Teixeira & Maia, 2011; Marchesini, 2010) revelaram que quanto menor a percepção de suporte social afetivo, emocional/informacional e suporte social total por parte dos pacientes, maior foi a adesão ao tratamento médico. Apontaram também a importância do suporte familiar ao tratamento nutricional no período após a cirurgia bariátrica, sobretudo logo após o procedimento cirúrgico, quando o paciente ainda se encontra debilitado e, conseqüentemente, mais dependente da própria família. Cabe ressaltar que as dimensões apoio/suporte social e apoio/suporte familiar não foram categorizadas pela WHO.

Os autores supracitados indicaram, também, que as consultas com o nutricionista favoreceram sensivelmente a adesão do paciente às consultas médicas e com o psicólogo, concluindo-se que a assistência prestada por este profissional favoreceu a inclusão do paciente no acompanhamento multidisciplinar efetivo. Esse dado parece revelar o nutricionista como o profissional da equipe que adotou atitudes interdisciplinares mais

eficazes e/ou em maior quantidade, o que deve beneficiar o paciente na direção de melhor nível de saúde.

Por fim, os mesmos autores inferiram que a adesão aos cuidados após a cirurgia bariátrica aumentou o índice de satisfação com a autoimagem corporal e diminuiu significativamente os níveis de ansiedade, aumentando o retorno social e o desejo de mudança de vida. Ratificando o descrito pelo eixo ou dimensão A (fatores relacionados ao paciente) da WHO (2020).

Dessa forma, depreende-se que temas como adesão ao tratamento multidisciplinar após a cirurgia bariátrica, fatores de insucesso na cirurgia bariátrica, melhora na qualidade de vida, variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica e práticas alimentares foram os assuntos norteadores das produções teóricas brasileiras durante o período analisado.

Ressalta-se o predomínio de estudos descrevendo a adesão ao tratamento nutricional (n=19), seguido de adesão ao tratamento psicológico (n=8). A adesão à atividade física (n=6), suplementação (n=2) podem ser tidos como a dimensão A (fatores relacionados ao paciente) da categorização realizada pela WHO. Acompanhamento multidisciplinar – consulta com endocrinologista, cardiologista e pneumologista (n=7), e consulta com médico cirurgião (n=1), são descritos como a dimensão, ou eixo, C (sistema ou equipe de saúde) da WHO (2020). Estes resultados mostram a necessidade de maiores estudos sobre adesão aos cuidados pós-operatórios nas diversas áreas, de modo a propiciar ao paciente melhor entendimento de sua escolha e de suas consequências.

Houve grande incidência de trabalhos combinando os seguimentos de adesão (n=12). A prevalência de combinações foi quanto ao comportamento nutricional, observando-se 11 trabalhos combinando o seguimento nutricional com algum ou alguns outros seguimento(s), como acompanhamento multidisciplinar (eixo C da categorização da WHO (2020)), suplementação (eixo A da categorização da WHO (2020)), acompanhamento psicológico

(eixo A da categorização da WHO (2020)), renda familiar (eixo B da categorização da WHO (2020)), dentre outros. A maior incidência de combinações foi quanto ao comportamento nutricional e acompanhamento psicológico (n=9). Somente três trabalhos não indicaram o eixo nutricional em suas pesquisas (Santos et al., 2018; Fagundes, Caregnato, & Silveira, 2016; Marcelino, 2014).

Questões importantes como a comunicação médico-paciente, comunicação paciente com a equipe de saúde (destacados no eixo C da categorização da WHO (2020)) não foram destacados nos trabalhos pesquisados, demonstrando a importância de mais trabalhos que enfoquem o assunto.

Os autores utilizaram instrumentos para mensuração da adesão, como: Questionário sociodemográfico (n=11), Prontuários (n=5), Questionário BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting System*) (Nicareta et al., 2015) (n= 4), Entrevista (n=3), Questionário Holandês do Comportamento Alimentar – QHCA (Almeida, Loureiro, & Santos, 2001) com n=2, Fichas de cadastro, Recordatório de Consumo Alimentar Habitual e Questionário de Percepção de Risco (Prasad et al., 2014) com n=1 cada.

Alguns pesquisadores (Menegotto, Cruz, Soares, Nunes, & Branco-Filho, 2013; Ehrenbrink et al., 2009) relataram que o processo cirúrgico demanda uma intensa adesão dos pacientes no período pós-operatório, pois implica modificações de hábitos alimentares, comportamentais e de estilo de vida. Rocha, Hociko e Oliveira (2018) verificaram que dos que ganharam peso, 81,69% não fazem acompanhamento nutricional atualmente.

Medeiros (2017) e Soares, Micheletti, Oliveira, Silva e Cavagnari (2017) confirmaram que o acompanhamento nutricional no pós-operatório da cirurgia bariátrica pode favorecer a identificação e a intervenção precoce na perda de peso insuficiente ou na recidiva de peso, assim como em deficiências nutricionais, contribuindo favoravelmente para o sucesso do tratamento cirúrgico.

Marchesini (2010) destacou que a maioria dos pacientes bariátricos que se sentiu motivada a realizar a cirurgia são calcadas nos retornos sociais, nos padrões estéticos (estas duas não dimensionadas pela WHO (2020)) e no desejo psicológico de mudança de vida (eixo A da WHO (2020)). A importância do acompanhamento psicológico foi também ressaltada por Fagundes, Caregnato e Silveira (2016), Eduardo, Silva, Cruz, Viana e Rocha (2017) e Castanha et al. (2018), indicando a necessidade de um acompanhamento multiprofissional na melhoria da autoestima, possibilitando uma ressignificação desse novo corpo, trabalhando, por exemplo, alterações na percepção da imagem corporal e, assim, propiciando uma melhora nos relacionamentos sociais e no interesse sexual.

Dentre os 27 trabalhos analisados, verificou-se um estudo de caso, realizado em 2009, que abrangeu o tema dos transtornos alimentares, apresentando análise qualitativa, utilizando-se entrevista, com amostra de cinco pacientes (Ehrenbrink, Pinto, & Prando, 2009).

Problema de Pesquisa

Adesão ao tratamento refere-se a um comportamento consonante com a abordagem e o tipo de tratamento proposto pela equipe de saúde (Gusmão & Mion, 2006). Embora comumente seja relacionado à adesão medicamentosa, o termo se refere a numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos e envolvem aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, e também aspectos relacionados ao tratamento, ao paciente e à própria doença (Gusmão & Mion, 2006).

Diante da definição acima, torna-se importante responder aos seguintes problemas de pesquisa: de que forma os possíveis fatores de influência, tais como: suporte familiar, suporte social, aspectos financeiros, aspectos psicológicos, entre outros, contribuem para a adesão aos cuidados prescritos após realização da cirurgia bariátrica? Qual a importância da adesão ao tratamento no sentido de o procedimento ser bem sucedido ou não? Quais as dificuldades e os desafios indicados pelos participantes no processo de adesão aos cuidados prescritos?

Justificativa/Relevância do estudo

Apesar de a cirurgia bariátrica já ter sido amplamente estudada em todo o mundo, a avaliação da adesão ao tratamento pós-operatório ainda constitui um desafio tanto para os profissionais quanto para as pessoas operadas. Assim sendo, o tema merece ser estudado mais intensamente de forma a oferecer à sociedade um entendimento que favoreça a administração desse importante problema de saúde pública mundial.

Gusmão e Mion (2006) afirmam que ainda existe campo aberto para pesquisa em relação à adesão. Tal afirmação pode ser explicada pelos diferentes métodos aplicados,

diferentes pontos de corte, e pela ausência de um método que possa ser considerado padrão ouro e que represente as várias dimensões que envolvem o processo de adesão ao tratamento da cirurgia bariátrica.

Para Souza, Baptista e Alves (2008), o desenvolvimento de diferentes técnicas para medir a adesão é o indício de que nenhuma delas é a melhor, deixando-a como uma questão de difícil mensuração. Cada método de quantificação descrito na literatura apresenta limitações e não há um consenso que possa ser tomado como padrão ouro, apesar de existirem várias estratégias em uso. A grande maioria dos métodos atualmente usados para avaliar a adesão ao tratamento é focada somente na adesão ao tratamento farmacológico, não incluindo como um todo, deixando uma lacuna que necessita ser preenchida.

A adesão está relacionada a fatores como idade, sexo, situação conjugal, nível de escolaridade, estratégias para perda de peso no período pré-operatório, IMC antes da cirurgia, presença de comorbidades (Leite & Vasconcelos, 2003). A falta de adesão ao tratamento se aprofunda em complexidade, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais (Moreira & Araújo, 2002).

Considerando a crescente prevalência da obesidade em nosso meio e o número de cirurgias bariátricas realizadas, torna-se importante avaliar os resultados pós-operatórios a curto, médio e longo prazo. Nesse sentido, a adesão dos indivíduos operados à orientação multiprofissional torna-se variável relevante, considerando que o pouco conhecimento atual sobre a taxa de adesão aos cuidados prescritos pós-cirurgia bariátrica se torna um complicador quanto ao sucesso da intervenção.

Objetivos

Objetivo geral

Analisar a adesão aos cuidados pós-operatórios em pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica.

Objetivos específicos

- a) Descrever os elementos constituintes da adesão aos cuidados, entre prescrição medicamentosa e/ou suplementar, orientações para comportamento alimentar e dieta, orientações sobre prática de atividade física e prevenção ao reganho de peso, entre outros;
- b) Discorrer sobre as dificuldades referidas pelos participantes para a adesão aos cuidados prescritos pós-cirurgia bariátrica; e
- c) Relatar os aspectos psicossociais envolvidos nas dificuldades e fatores facilitadores à adesão, entre eles, o suporte social e familiar, as expectativas relacionadas à cirurgia, a história e comportamento alimentar posterior à cirurgia, entre outros.

Método

O presente trabalho realizou análise quantitativa e qualitativa quanto à adesão ao tratamento dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, com tempo de cirurgia de no mínimo seis meses de realização da operação. Trata-se de estudo transversal, descritivo-exploratório, a partir de metodologia quantitativa e qualitativa.

Participantes

Entre os meses de agosto e dezembro de 2019 foi pesquisada uma amostra por conveniência, composta de 76 participantes de ambos os sexos, entre 18 e 65 anos de idade, solteiros ou casados, que exercem ou não atividade remunerada, submetidos à cirurgia bariátrica, com tempo mínimo de cirurgia de seis meses e que tenham completado o ensino fundamental. Dois potenciais participantes foram abordados e perguntados do interesse em participar da pesquisa, não se mostraram interessados, alegando falta de tempo para responder ao que era solicitado. Esses dois potenciais participantes não foram contabilizados na amostra de 76 participantes.

A Tabela 1 apresenta uma síntese dos dados sociodemográficos, tempo de cirurgia, peso inicial, atual e perda ponderal.

Tabela 1

Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa

Características do Paciente ao Início do Tratamento	Proporção
Tempo de Cirurgia	
De 6 a 24 meses	47,37%
Entre 25 e 48 meses	22,37%
Entre 49 e 60 meses	1,31%
Entre 61 e 100 meses	13,16%
101 meses ou mais	15,79%
<i>MÉDIA (DP)</i>	48,66 meses (48,56 meses)
Renda	
Até 2 mil reais	6,38%
Entre 2 e 5 mil reais	36,17%
Entre 5 e 8 mil reais	23,40%
Entre 8 e 12 mil reais	17,02%
Entre 12 e 15 mil reais	8,51%
Entre 15 e 18 mil reais	4,26%
Acima de 18 mil reais	4,26%
<i>MÉDIA (DP)</i>	R\$ 8.336,17 (R\$ 7.704,95)
Peso	
Peso inicial – <i>MÉDIA(DP)</i>	113,88kg (17,18kg)
Peso atual – <i>MÉDIA(DP)</i>	75,33kg (12,78kg)
Peso ponderal – <i>MÉDIA(DP)</i>	38,63kg (11,18kg)

Dos 76 participantes pesquisados, 87,50% indicaram que não tiveram filho após a realização da cirurgia bariátrica e 12,50% relataram que tiveram filhos. A média de idade foi de 39,38 anos (DP 11,17 anos). 82,89% dos participantes são do sexo feminino e 17,10% do sexo masculino; 84,72% recebem Suporte Familiar e 72,85% recebem Suporte Social.

Instrumentos

Foram utilizados o Questionário Sociodemográfico (Anexo A) e o Questionário MBG (Martín-Bayarre-Grau) (Anexo B) para a análise sobre fatores de influência para adesão aos cuidados após cirurgia bariátrica.

Questionário sociodemográfico.

Contendo informações sobre idade, sexo, escolaridade, estado civil, com quem reside, renda familiar, problemas crônicos de saúde, tempo de cirurgia bariátrica, adesão ao tratamento nutricional, suplementar, prática de atividade física, motivação para a mudança, atendimento multiprofissional e estado autorreferido de saúde.

Questionário MBG (Martin-Bayarre-Grau, 2008).

O Questionário MBG foi desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba por Alfonso, Veá e Ábalo (2008), sendo elaborado a partir da definição de adesão terapêutica, que é a ação ativa e voluntária do usuário a adotar um comportamento relacionado com o cumprimento do tratamento acertado de mútuo acordo com o seu médico.

Este instrumento é autoaplicável, curto, de fácil aplicação. Encontra-se validado apenas em língua espanhola, cujo processo ocorreu em Havana, Cuba, em 2008. O questionário original possui 12 itens em forma de afirmações, com resposta gradual, com cinco possibilidades de resposta que vão de “sempre” a “nunca”. Para calcular a pontuação obtida por cada usuário, a resposta “nunca” tem valor zero, “quase nunca” tem valor um, “às vezes” corresponde a dois, “quase sempre” se refere a três e para a resposta “sempre” é atribuído valor quatro, sendo 48 a totalidade dos pontos possíveis de alcançar (Alfonso et al., 2008). Os autores classificaram os valores considerando as pontuações obtidas e consideraram como aderidos totais os que obtêm 38 a 48 pontos; aderidos parciais, de 18 a 37 pontos, e não aderidos, de 0 a 17 pontos, de modo que se possa quantificar com rapidez e determinar três tipos de níveis de adesão: total, parcial e não aderido. O questionário apresentou uma consistência interna *alfa de Cronbach* de 0,889 e a validação de conteúdo foi realizada por *experts* (Alfonso et al., 2008).

Por ser um instrumento desenvolvido em Cuba, foi necessário submetê-lo a um processo formal de adaptação para a realidade brasileira. Dessa forma, foram feitas duas traduções independentes do Questionário MBG da língua espanhola para a portuguesa, por brasileiros com bom domínio do espanhol, resultando em duas versões traduzidas para o português (Matta, Luiza, & Azeredo (2013).

O questionário utilizado nesta pesquisa foi o traduzido de forma independente por Matta, Luiza e Azeredo (2013). Como o original, possui 12 itens em forma de afirmações e a pontuação é distribuída como a escala original. As classificações dos valores foram feitas considerando-se as pontuações obtidas e obtiveram como aderidos totais os que obtêm 38 a 48 pontos; aderidos parciais, de 18 a 37 pontos, e não aderidos, de 0 a 17 pontos, de modo que se possa quantificar com rapidez e determinar três tipos de níveis de adesão: total, parcial e não aderido. O questionário traduzido para a língua portuguesa foi escolhido, pois

contempla o papel ativo do indivíduo no seu tratamento. Sua tradução foi realizada através de um processo formal de adaptação transcultural. Este processo seguiu a proposta de operacionalização de Reichenheim e Moraes (2007), cujas etapas são baseadas na avaliação de algum tipo de equivalência. Assim, foram feitos pré-testes e um piloto com a versão traduzida do instrumento. Com os resultados do piloto, foram analisadas as características psicométrica de confiabilidade do instrumento, através da investigação da consistência interna e da estabilidade teste-reteste. Com alfa de Cronbach do instrumento superior a 0,70 (0,78 no teste e 0,79 no re-teste) e um coeficiente de correlação intraclassa para o total do instrumento de 0,81 (indicando concordância “quase perfeita”), é possível afirmar que bons níveis de confiabilidade foram obtidos e que o instrumento é capaz de medir de modo reprodutível a adesão ao tratamento.

Materiais

Foram utilizados os seguintes materiais: 152 cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, 76 cópias do Questionário Sociodemográfico, 76 cópias do Questionário MBG, duas pranchetas e canetas para preenchimento dos instrumentos.

Contexto de coleta de dados

A coleta de dados deste estudo foi realizada em clínica especializada em cirurgia bariátrica na cidade de Brasília, Distrito Federal, que oferece atendimento multidisciplinar e interdisciplinar a pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica. A clínica possui equipe multidisciplinar composta de médico cirurgião, endocrinologista, nutricionistas, psicólogos,

cardiologista, pneumologista, enfermeiras e instrumentadoras. Além do acompanhamento médico é oferecido atendimento nutricional e psicossocial continuado pré e pós-operatório.

As atividades desenvolvidas pela equipe têm como objetivo a atenção integral e interdisciplinar voltada à qualidade da assistência ao paciente obeso e pós-bariátrico. Os serviços objetivam avaliação e acompanhamento do paciente antes e após a cirurgia bariátrica nos diversos aspectos nutricionais, sociais, culturais, familiares, psicossociais, de suporte psicológico, além de informações sobre o quadro clínico e estado de saúde dos pacientes.

Cuidados éticos

Para assegurar o cumprimento de normas éticas na condução de pesquisas com seres humanos constantes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n. 196, de 1996, o projeto de pesquisa foi, inicialmente, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, credenciado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS (Ministério da Saúde & Conselho Nacional de Saúde, 1996). O projeto foi aprovado em 09 de agosto de 2019, sob Registro n. 3.491.645/19, CAAE 17697819.3.0000.0023 (Anexo C). Os materiais relativos à execução da pesquisa são confidenciais e permanecem em arquivo ao qual somente a pesquisadora tem acesso.

Procedimentos para coleta de dados

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi iniciada a coleta dos dados em clínica especializada no assunto. A pesquisadora se dirigia à clínica, sempre nos dias úteis, no horário vespertino, conforme concordância prévia do dono da Clínica. Os participantes do presente estudo encontravam-se na sala de espera da Clínica, aguardando consulta com o

cirurgião, com nutricionista, psicóloga ou com o pneumologista. Foram abordados aleatoriamente (quanto a sexo, idade, condição demográfica e financeira) e convidados a participar de forma voluntária, com breve explicação sobre os objetivos da pesquisa e convite para assinatura do TCLE em duas vias, ficando uma via com o participante. Após a explicação dos objetivos da pesquisa, participante e pesquisadora se dirigiam à sala reservada, dada a confidencialidade dos dados.

Na sala reservada, o participante foi 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. Todos os questionamentos e dúvidas do participante foram esclarecidos e também foi informada a possibilidade de desistência do estudo e que tal desistência não acarretaria prejuízo a seu tratamento. Após tais informações, o TCLE foi assinado e procederam-se ao preenchimento dos Questionários Sociodemográfico e MBG. A coleta de dados deu-se de forma individual, com tempo médio de 30 minutos para sua execução.

Análise de dados

Os dados obtidos no estudo foram analisados de forma a investigar o processo individual dos participantes e também uma análise dos resultados globais indicados a partir da amostra estudada. Os dados quantitativos foram organizados levando-se em consideração a montagem da base de dados, com a determinação da correspondência entre os dados e a variável; codificação das variáveis; categorização dos resultados; formação da base de dados e análise estatística descritiva e inferencial. Os dados foram analisados a partir de banco de dados no software Excel e foram utilizadas as seguintes análises estatísticas: Teste de Friedman, para medidas pareadas; Teste de McNemar, para associações inferenciais entre

dados nominais; Análise de Variância – ANOVA, para analisar variações entre os grupos (entre variáveis categóricas e quantitativas); e, Correlações, para analisar associações entre variáveis quantitativas.

Para duas das análises qualitativas, Suporte Familiar e Suporte Social, foram utilizadas as seguintes categorizações definidas pela pesquisadora: Suporte Familiar (categorizações: Relacional, Operacional, Hábitos e Logística) e Suporte Social (categorizações: Relacional, Operacional, Hábitos e Confiança). As categorias temáticas foram definidas operacionalmente da seguinte forma: Relacional, compreende o apoio emocional, apoio psicológico, incentivo, apoio financeiro (para compra da medicação e da suplementação); Operacional, diz respeito a lembretes para uso da suplementação, prática de atividade física, facilitação da ida às consultas (por exemplo, levar ao médico, levar ao psicólogo), lembrete para utilização dos medicamentos, dieta; Hábitos, diz respeito à mudança ou não dos hábitos após a cirurgia bariátrica; Logística, diz respeito à compra dos alimentos e preparo destes; e, Confiança, diz respeito a compartilhar a sua condição de bariátrico.

Para a terceira análise qualitativa do quesito Expectativa utilizou-se uma nuvem de palavras com a incidência da repetição de palavras pelos participantes.

Resultados

O estudo foi realizado com uma amostra de 76 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com tempo mínimo de seis meses decorridos da cirurgia.

É possível observar que a maior parte dos pacientes que participaram da pesquisa é do sexo feminino (82,89%), constituindo 63 participantes, e os demais do sexo masculino (17,10%), com 13 participantes. A maior incidência quanto ao tempo foi de até 24 meses de cirurgia (47,37%), a menor de 49 a 60 meses, obtendo 1,31% dos casos, com média de 48,66 meses. A média de idade foi de 39,38 anos (DP 11,17 anos), sendo a menor idade de 19 anos e a maior de 65 anos. Sobre a renda familiar pode-se observar que a média da renda familiar é de R\$ 8.336,17 (oito mil e trezentos e trinta e seis reais e dezessete centavos), sendo a maior faixa compreendida entre R\$ 2.000,00 (dois mil reais) e R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), com 36,17%, seguida da faixa entre R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e R\$ 8.000,00 (oito mil reais), com 23,40%.

Os participantes apresentaram uma média de perda de peso ponderal de 38,63 kg (DP 11,18 kg), sendo a média de peso inicial de 113,88 kg (DP 17,18 kg) e a média do peso atual de 75,33 kg (DP 12,78 kg). Sobre os Suportes Familiar e Social, os resultados mostram que os participantes receberam tanto Suporte Familiar (84,72%) quanto Suporte Social (72,85%).

Os dados do Questionário MBG informam, de maneira rápida, a adesão aos cuidados após a cirurgia bariátrica. Utilizando-se os dados deste questionário, obtém-se que 46 pacientes são aderidos totais, representando 60,52%; 24 pacientes são aderidos parciais, cuja somatória dá 31,58%, e seis pacientes são não aderidos, atingindo 7,90%.

Utilizando-se um teste de Friedman, identificou-se que existem diferenças entre as proporções de adesão a depender do tipo de prescrição pós-operatória indicada (acompanhamento multidisciplinar, realização de atividade física, acompanhamento

nutricional, acompanhamento psicológico, dentre as outras pesquisadas), $\chi^2(3) = 18,40$, $p < 0,001$, o que pode denotar que alguns seguimentos podem ser melhor aderidos do que outros.

Testes *post-hoc* usando o Teste de McNemar mostraram que os pacientes têm mais facilidade de usar suplementação (83%) do que fazer atividade física (64%) e dieta (60%), respectivamente, $\chi^2(1) = 8,45$, $p = 0,003$; e $\chi^2(1) = 10,24$, $p = 0,001$, resultado este que indica a maior facilidade de se ingerir a suplementação do que efetivamente proporcionar uma mudança na rotina. No entanto, não se identificou uma diferença significativa entre usar suplementação e ir às consultas pós-operatórias (79%), $\chi^2(1) = 0,27$, $p = 0,606$, sejam elas multidisciplinares ou com o médico cirurgião. Também não se identificou uma diferença significativa entre fazer atividade física e fazer dieta, $\chi^2(1) = 0,15$, $p = 0,700$. Tais resultados apresentados nesta pesquisa nos permitem concluir que é mais fácil usar a suplementação e comparecer às consultas multidisciplinares pós-operatórias do que praticar atividade física e fazer dieta.

Usando um Teste ANOVA fatorial, testou-se também qual dos tipos de atividades pós-operatórias (acompanhamento nutricional, consultas multiprofissionais pós-operatórias, acompanhamento psicológico, realização de atividade física, ingestão de suplementação, realização de dieta) mais impactaram no *score* MBG de adesão. Observou-se, antes de tudo, haver um modelo de comparação significativo, $F(4,68) = 12,26$, $p < 0,001$. Em seguida, observou-se também que todas as atividades pós-operatórias tiveram um impacto significativo sobre o *score* MBG final: atividade física, $F(1,68) = 8,62$, $p = 0,004$, $\omega^2 = 0,029$; consultas pós-operatórias, $F(1,68) = 5,16$, $p = 0,026$, $\omega^2 = 0,027$; e dieta, $F(1,68) = 11,40$, $p = 0,001$, $\omega^2 = 0,112$. Estes resultados apresentados apontam que existem atividades pós-operatórias que possuem maior influência na adesão mensurada por meio do questionário MBG. São elas, indicadas na ordem de mais influente para menos influente: dieta ($\omega^2 = 0,112$); atividade física ($\omega^2 = 0,029$); e consultas pós-operatórias ($\omega^2 = 0,027$).

Um dos objetivos da presente pesquisa era averiguar como fatores de influência podem impactar na adesão aos cuidados pós-operatórios. Definiram-se como fatores de influência variáveis como: suporte familiar, suporte social, aspectos financeiros, sexo, grau de escolaridade, aspectos psicológicos, entre outros. Para se testar o efeito dessas variáveis sobre o *score* MBG de adesão foi utilizado um Teste ANCOVA fatorial. Observou-se não haver um modelo de comparação significativo entre os fatores de influência e o *score* MBG, $F(7,37) = 1,26, p = 0,294$. Então, diante dos resultados globais apresentados há a conclusão de os fatores de influência não afetam o *score* MBG de adesão.

Outro quesito importante considerado foi se a maior adesão impactaria no sucesso pós-operatório. Assim, foram utilizadas correlações para identificar se a adesão, mensurada pelo *score* MBG, estaria associada a sucesso pós-operatório. Sucesso pós-operatório foi relacionado à ausência de doenças pós-cirurgia, ausência de consumo de álcool, ausência de complicações pós-cirúrgicas e pela diminuição do peso ponderal.

Então, para se calcular a correlação entre o *score* MBG e o tempo de cirurgia foi utilizada a correlação de Pearson; para o cálculo das correlações entre o *score* MBG com as outras medidas ou do tempo de cirurgia com as outras medidas, foram usadas correlações bisseriais e no cálculo das correlações entre as medidas de sucesso pós-operatório foram usadas correlações tetracóricas. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Correlações entre variáveis de sucesso pós-operatório (doenças pós-cirurgia, consumo de álcool, complicações pós-cirúrgicas e peso ponderal) e score MBG de adesão

	Score MBG	Tempo de Cirurgia	Doença Pós-Cirurgia	Consumo de Álcool	Complicação Pós-Cirúrgica
Tempo de cirurgia	-0,42 ($p < 0,001$)	-	-	-	-
Doença pós-cirurgia	-0,34 ($p = 0,001$)	0,26 ($p = 0,989$)	-	-	-
Consumo de álcool	-0,35 ($p = 0,001$)	0,10 ($p = 0,808$)	0,05 ($p = 0,655$)	-	-
Complicação pós-cirúrgica	0,26 ($p = 0,989$)	-0,15 ($p = 0,095$)	-0,42 ($p < 0,001$)	-0,01 ($p = 0,473$)	-
Peso ponderal	-0,07 ($p = 0,284$)	0,01 ($p = 0,528$)	-0,10 ($p = 0,187$)	-0,31 ($p = 0,003$)	0,10 ($p = 0,814$)

Com os dados apresentados na Tabela 2 é possível observar que maiores *scores* MBG de adesão estão associados tanto com menor presença de doenças pós-cirurgia quanto com menor consumo de álcool e menos tempo de cirurgia. No entanto, não se observaram relações significativas entre maior *score* MBG de adesão e complicações pós-operatórias e entre maior *score* MBG de adesão e peso ponderal. Tal resultado é indicativo de que as correlações entre o *score* MBG e as variáveis podem ser consideradas ferramentas úteis para a verificação dos níveis de adesão e consequente sucesso do procedimento cirúrgico.

Análise qualitativa

Na pesquisa realizada foram perguntadas questões de ordem subjetiva que se seguem.

Suporte Familiar.

Foi realizada uma análise temática das respostas dadas pelos participantes ao questionamento “Você recebeu suporte familiar após a realização da cirurgia bariátrica? Descreva o porquê.” A partir disso, foram identificadas diferentes categorias temáticas, baseadas no conteúdo da fala. As categorizações foram feitas utilizando base teórica de Rigotto (2006). As categorias temáticas foram definidas operacionalmente anteriormente e são denominadas como: Relacional, Operacional, Hábitos e Logística. Exemplo das categorizações- Relacional: “*Estiveram comigo desde o início*”; Operacional: “*Auxiliam na adequação alimentar, no uso dos medicamentos indicados e na realização dos exercícios (academia)*”; Hábitos: “*A família toda aderiu à alimentação saudável*” e Logística: “*Minha mãe me cuidou e apoiou desde o início, principalmente no preparo dos alimentos e meu marido só compra as coisas que eu posso comer. Porém temos o dia do lixo*”.

Identificou-se que 45,45% das respostas foram categorizadas como Relacional; 22,73% como Hábitos; 18,18% como Operacional; e, 13,64% como Logística.

Suporte Social.

Foi realizada também uma análise temática das respostas dadas pelos participantes ao questionamento “Você recebeu suporte social (amigos, namorado/a, companheiros de trabalho, dentre outros) após a realização da cirurgia bariátrica? Descreva o porquê.” A partir disso, foram identificadas diferentes categorias temáticas, baseadas no conteúdo da fala. As categorizações foram feitas utilizando base teórica de Rigotto (2006). As categorias temáticas foram definidas operacionalmente anteriormente e são denominadas como: Relacional, Operacional, Hábitos e Confiança. Exemplos das categorizações- Relacional: “*Ajudam em tudo que é preciso*”; Operacional: “*Meus amigos ajudam bastante em relação à dieta e atividade física*”; Hábitos: “*Os amigos se oferecem pra fazer atividade*” e Confiança: “*Não falei para quase ninguém da cirurgia*”.

Identificou-se que 46,30% das respostas foram categorizadas como Relacional; 25,93% como Confiança; 18,51% como Operacional; e, 9,26% como de Hábitos.

Expectativas.

Para a análise do questionamento “Você tinha expectativas quanto à cirurgia? Explique” fez-se uma contagem da incidência de palavras nas respostas dos participantes ao Questionário Sociodemográfico. A Figura 2 representa uma nuvem de palavras com as 25 palavras mais comumente utilizadas pelos participantes.

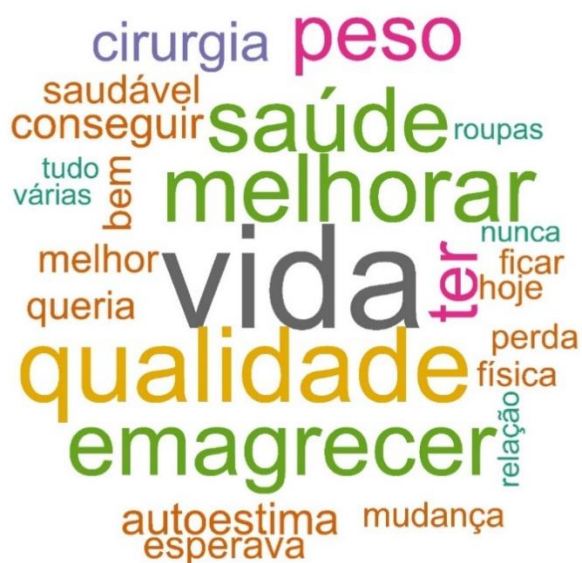


Figura 2. Nuvem das 25 palavras mais utilizadas no quesito Expectativas dos participantes.

Na Tabela 3 foram indicadas as 25 palavras mais referenciadas pelos participantes, seguidas de sua incidência quando da resposta ao Questionário Sociodemográfico. É possível observar as palavras mais frequentemente utilizadas: “Vida” (com frequência de 26); “Qualidade” (com frequência de 18); “Melhorar” (com frequência de 16); “Saúde” (com frequência de 15); e, “Emagrecer” (com frequência de 15).

Tabela 3

As 25 palavras mais utilizadas quando os participantes relatavam suas expectativas

Palavra	Quantidade
Vida	26
Qualidade	18
Melhorar	16
Saúde	15
Emagrecer	15
Peso	13
Ter	11
Cirurgia	8
Autoestima	6
Conseguir	6
Melhor	5
Bem	5
Esperava	5
Queria	5
Saudável	5
Mudança	4
Hoje	4
Física	4
Perda	4
Ficar	4
Acreditava	3
Nunca	3
Ver	3
Antes	3
Perder	3

De forma geral, é evidente a crença dos participantes de que as expectativas após a realização da cirurgia serão alcançadas, principalmente no que tange a ocasionar melhora nos aspectos qualidade de vida, saúde e emagrecimento.

Discussão

Considerando que a adesão aos cuidados pós-operatórios em cirurgia bariátrica envolve diversas questões multiprofissionais, serão discutidos os principais achados. A escala MBG demonstrou grande quantidade de aderidos totais aos cuidados pós-operatórios (60,52%) o que pode ser indicativo de que os participantes que se submetem a tal procedimento estão efetivamente preocupados com a saúde e qualidade de vida, o que está de acordo com pesquisas realizadas (Barros et al., 2018; Abreu-Rodrigues, 2014; Antonini et al., 2014; Lima, 2012; Bruziguessi, 2010; Kidd & Altman, 2000; Lucena, Hazboun, Martins, & Alchieri, 2010; Reiners et al., 2008).

Pelo exame dos dados coletados, constatou-se que pacientes do sexo feminino apresentaram maior realização da cirurgia bariátrica, com 82,89% de incidência, o que se pode inferir uma maior preocupação com o formato do corpo, com a estética. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados por Bruziguessi (2010), Lima (2012), Mota (2012) e Andriolli, Kuntz, Meurer e Gonçalves (2017), nos quais os autores concluíram que a procura pela cirurgia bariátrica é mais evidente no sexo feminino, facilmente justificada por ser este o sexo que mais sofre com a obesidade e por serem as mulheres as mais preocupadas com a saúde, a aparência e a estética. Marcelino (2014) destacou que a maior prevalência de mulheres nesse tipo de cirurgia pode ser considerada uma questão social, que envolve os padrões de beleza valorizados pela sociedade, mas, principalmente, está relacionada a questões hormonais onde as mulheres apresentam maior percentual de gordura quando comparadas aos homens.

Cândido (2015) observou que grande parcela da amostra era do sexo feminino (75%) e jovem (média de idade de 39,7 anos). Antonini et al. (2014), sobre os comportamentos associados à manutenção da perda de peso, também apontam amostra em sua maioria do sexo

feminino (87%) e média de idade de 39 anos. O estudo em tela destacou também a maior incidência do sexo feminino e a média de idade de 39,38 anos, sendo o paciente mais novo com 19 anos e o paciente mais velho a realizar a cirurgia, com 65 anos, coadunando com os trabalhos apontados.

Como no presente estudo, os dados mencionados pelos diversos autores 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. Dessa forma, nota-se que o sexo do paciente parece afetar a forma como este lida com o tratamento de doenças crônicas, como lida com a questão social e cultural, além de questões da própria fisiologia.

Levando-se em consideração os dados apontados acima, há que se mencionar que existem projetos próprios para pacientes do sexo masculino, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Homens (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2008), que tem como um dos principais objetivos a promoção de ações e estratégias de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina e propiciar e ampliar seu acesso aos serviços de saúde para tratamento de diversas doenças crônicas, com a expectativa de reduzir os índices de morbimortalidade, entretanto pelos dados colhidos, tal presença ainda não é frequente e nem uma constante. Talvez, com a desmistificação de fraqueza pela procura do sexo masculino pelo médico, os dados quanto à amostra de futuras pesquisas podem ser diferentes.

Os resultados informaram que a média da renda familiar foi de R\$ 8.336,17 (oito mil e trezentos e trinta e seis reais e dezessete centavos). Levando-se em consideração a quantidade de pessoas que dependem desta renda familiar, tal dado pode impactar negativamente na adesão aos cuidados após o procedimento cirúrgico, haja vista que algumas

consultas (médico cirurgião, nutricionista e psicólogo) são pagas. Na prática clínica quando a adesão não ocorre há risco de comprometimento em relação aos resultados esperados. Várias consequências negativas para o paciente submetido à cirurgia bariátrica poderiam ter sido evitadas caso o paciente tivesse aderido às recomendações pós-cirúrgicas. Consequências estas que conforme a sua severidade podem levar a óbito (Marcelino & Patrício, 2011).

Entretanto, os dados sobre o estado civil não se tornaram relevantes no estudo como um todo. Bruziguessi (2010) apontou uma inter-relação entre sexo e renda, verificando uma associação entre estas variáveis na adesão ao tratamento pós-operatório. Em contraponto, Pires e Mussi (2008), em seus estudos com pacientes hipertensos, constataram que indivíduos casados aderiram mais ao tratamento em relação aos solteiros, evitando comida gordurosa e praticando atividade física.

Na pesquisa em tela verificou-se que a maior incidência de pacientes quanto ao tempo de cirurgia foi de até 24 meses de sua realização (47,37%) e a menor incidência de 49 a 60 meses após o procedimento, obtendo 1,31% dos casos, com média de 48,66 meses de realização da operação. Levando-se em consideração que a pesquisa foi realizada em clínica multiprofissional, pode-se inferir que a adesão ao tratamento pós-operatório é maior durante os 24 meses pós-cirurgia.

Fazendo referência ao tempo de cirurgia e adesão pós-operatória, Lucena, Hazbou, Martins e Alchieri (2010), em sua pesquisa, demonstraram que quanto maior o tempo de pós-operatório do paciente, maior ocorrência na amostra estudada de ganho de peso, o que pode ser indicativo de uma diminuição da adesão ao longo do tempo, uma vez que este é um fenômeno múltiplo e complexo, com diversos fatores implicados, e que pode ocorrer de maneiras diferentes em diversos momentos do tratamento. Corroborando com os dados demonstrados, Andriolli et al. (2017) indicaram que a maior redução de excesso de peso dos

indivíduos submetidos à gastroplastia ocorre por volta de um ano após a cirurgia, chegando a média de 70 a 80% de perda de peso entre 12 a 24 meses.

A pesquisa em tela demonstrou que os pacientes possuem mais facilidade em usar suplementação (83%) e comparecer às consultas pós-operatórias (79%) do que fazer atividade física (64%) e dieta (60%). Pesquisas realizadas por Andriolli et al. (2017) indicaram a importância de utilizar a suplementação, destacando que o indivíduo submetido a esse procedimento cirúrgico pode desenvolver diversos quadros de deficiência nutricional em longo prazo se não utilizar a suplementação nutricional indicada. Por isso, a suplementação com polivitamínicos em todos os pacientes é de suma importância, sendo indispensável saber sobre a adesão do paciente ao uso dos suplementos prescritos pelo nutricionista, pois muitos deles interrompem a medicação após completar em média um ano de cirurgia e o atraso no diagnóstico pode trazer aumento de morbidades e até sequelas irreparáveis.

Neste mesmo viés, Barros et al. (2018) destacaram a questão da suplementação, demonstrando que a utilização regular do suplemento nutricional tem sido defendida quando utilizada de forma correta: pelo menos cinco vezes por semana. Reforçaram que é essencial que a avaliação dos hábitos saudáveis seja um aspecto importante a ser abordado durante as consultas de acompanhamento do pós-operatório com o intuito de verificar como está a efetividade das mudanças propostas associadas à cirurgia bariátrica no comportamento de vida dos indivíduos.

Junto com a restrição dietética e adesão 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. A participação ativa do paciente bariátrico é crucial para chegar a um resultado bem-sucedido. Uma cirurgia bariátrica bem sucedida

requer mudanças significativas no estilo de vida e mudanças de comportamento (Bagdade & Grothe, 2012).

Menegotto, Cruz, Soares, Nunes & Branco-Filho (2013) indicaram em seu estudo que a adesão às consultas foi maior no primeiro trimestre, decaindo significativamente até o primeiro ano de pós-operatório. Medeiros (2017) também demonstrou que a reeducação alimentar e o acompanhamento mensal com maiores frequências em consultas nutricionais no pós-operatório são eficientes para resultados mais duradouros de perda e manutenção de peso corporal.

Belo et al. (2018) destacaram que as taxas apresentadas quanto à adesão ao seguimento nutricional variaram, decaindo significativamente entre um ano (51% e 56%), dois anos (25,37%) e acima de dois anos (14,93%) do pós-operatório. Esses resultados chamam atenção à possibilidade dos pacientes estarem retomando os antigos hábitos de vida, principalmente com problemas associados ao peso.

Rocha et al. (2018) verificaram que quanto maior o tempo de realização da cirurgia bariátrica, menor a adesão ao acompanhamento nutricional. Além disso, dos que reganharam peso, 81,69% não fazem acompanhamento nutricional atualmente. Santana e Oliveira (2014) salientaram que pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no estudo tiveram 76% de disciplina no tocante às orientações nutricionais. Por sua vez, Soares et al. (2017) destacaram que a adesão ao tratamento nutricional no período pós-operatório é reduzida devido ao elevado percentual de desistência, que aumenta de forma significante ao longo dos anos que sucedem a cirurgia. O abandono do estilo de vida saudável pode significar que o paciente está retomando os antigos hábitos de vida, e essas práticas inadequadas são, muitas vezes, acompanhadas de crenças alimentares e costumam levar a deficiências nutricionais e ao reganho de peso após aproximadamente dois anos da realização da cirurgia.

Cândido (2015) indicou que para a adesão 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 em longo prazo. Abreu-Rodrigues (2014) esclareceu que para conquistar e manter a perda de peso após a cirurgia bariátrica, a adesão a um novo estilo de vida é crucial. A adesão inclui a adoção de uma dieta balanceada, com prática de atividade física regular e estruturada, manejo do estresse e busca de apoio social.

Rocha et al. (2018) mostraram que o hábito da atividade física regular é um fator de fundamental importância na perda e manutenção de peso e deve ser estimulado para os pacientes pós-bariátrica. No presente estudo, uma grande parte dos participantes não aderiu esse hábito o qual pode ser um fator para o insucesso da cirurgia com consequente reganho de peso. Sobre a redução das comorbidades, salientaram que a redução de peso se associou a uma redução estatisticamente significativa de comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica, as dislipidemias, a apneia do sono e a esteatose hepática não alcoólica, a diabetes *mellitus* tipo II, além de maior adesão à prática de atividade física.

Os dados apresentados pelos autores citados vêm ao encontro da pesquisa em tela, demonstrando uma maior preocupação dos pacientes no período inicial após o ato cirúrgico, onde a dieta possui características específicas e as complicações são maiores. Verificou-se alta evasão no acompanhamento nutricional e realização da atividade física no pós-operatório, sendo preocupante a alta desistência principalmente após dois anos, o que pode resultar em complicações metabólicas e recuperação do peso perdido. Especificamente o acompanhamento nutricional no pós-operatório da cirurgia bariátrica pode favorecer a identificação e a intervenção precoce na perda de peso insuficiente ou na recidiva de peso, assim como em deficiências nutricionais, contribuindo favoravelmente para o sucesso do tratamento cirúrgico.

Assim destaca-se que é de extrema importância a mudança dos comportamentos inadequados associados aos hábitos alimentares em pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica, e conseqüente adesão às prescrições nutricionais, prática de atividade física, acompanhamento multiprofissional e uso de suplementação adequada para que não haja comprometimento do sucesso do tratamento, e a garantia dos resultados esperados duradouros principalmente após um ano de cirurgia.

A pesquisa em questão demonstrou que tanto o suporte familiar, quanto o suporte social são importantes na adesão ao tratamento pós-operatório, com 84,72% e 72,85% respectivamente, o que denota que tanto o suporte familiar quanto o suporte social são importantes na adesão pós-operatória, com predomínio da categoria Relacional, o que leva à conclusão de que o apoio emocional, o apoio psicológico, o incentivo familiar e o incentivo da rede social possuem maior relevância e importância no suporte familiar e no suporte social dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Sobre tais fatores de influência, Sherbourne e Stewart (1991) definem o suporte familiar como sendo pertencente ao suporte social, que engloba os aspectos sociais, familiares e o suporte dado pela equipe multiprofissional. Todos estes suportes são chamados de apoio social que é mensurado pela percepção do indivíduo quanto aos recursos postos à sua disposição, por outras pessoas, em situações de necessidade, trazendo conseqüências positivas para seu bem-estar. No trabalho em tela discutir-se-á o suporte social e o suporte familiar em conjunto.

Bruziguessi (2010) destacou que a adesão é ainda afetada ou direcionada pelo meio social, familiar e cultural em que se situa o paciente, e pode exercer papel importante no estímulo à adoção e à manutenção de hábitos de autocuidado. Logo, pode-se inferir que a percepção de suporte familiar e suporte social significativo pode estar relacionada à capacidade individual para enfrentar as dificuldades que possam existir após a cirurgia, além

de reforçar a sensação de controle dos acontecimentos que rodeiam sua vida, com repercussão positiva em sua saúde, como a manutenção desta e a recuperação do indivíduo doente. Portanto, de acordo com a pesquisa em tela, acredita-se que a percepção do suporte social e do suporte familiar possa interferir na recuperação do paciente após a cirurgia bariátrica, contribuindo de alguma forma para a cooperação por parte do paciente em relação ao tratamento, sua adesão ao acompanhamento multidisciplinar, modificação de hábitos, sendo facilitador na adesão ao uso da suplementação e, efetivamente, funcionando como apoio emocional, financeiro, logístico na adesão ao tratamento pós-cirurgia e na manutenção do autocuidado.

Em levantamento de literatura executado por Budenz (2009), a família e o suporte social destacaram-se entre os fatores que contribuiriam para aumentar a adesão ao tratamento do paciente hipertenso. Neste mesmo sentido, Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2009) sugeriram que a família nuclear desempenha papel relevante no tratamento, seja antes da cirurgia (por exemplo, no acompanhamento dos doentes nas consultas ou no envolvimento com os cuidados recomendados pelos profissionais da área da saúde), seja depois do procedimento, sobretudo nos cuidados dispensados ao paciente, tais como com sua alimentação ou na forma de apoio à prática de exercícios físicos. Na presente pesquisa verificou-se correlação significativa entre a frequência às consultas e os suportes social e familiar de maneira geral, o que parece sinalizar a influência dos referidos constructos na terapêutica após a cirurgia bariátrica. Nesse sentido, a assistência e o suporte de familiares e de amigos (com incidência de 84,72% e 72,85% respectivamente) têm sido vistos como um dos fatores que mais influenciam a adesão por ser uma forma de estimular no paciente o otimismo e a melhora da autoestima (Lucena et al., 2010).

Neste contexto, Lima (2012) destacou que tanto o ambiente quanto todas as pessoas próximas ao obeso em processo de emagrecimento estão intimamente relacionadas com a

eficiência do tratamento. É importante que a pessoa receba o máximo de suporte social para suas metas de comportamento e perda de peso. É o paciente que assume grande papel no compromisso e em todo percurso terapêutico, sendo muitas vezes a sua família orientada e instruída para atuar como uma coterapeuta, auxiliando todo o processo fora do consultório. Então, mudar de atitudes nem sempre é tão fácil quanto parece. É necessário que se criem condições, estratégias e que se identifiquem todas as variáveis influentes em tal comportamento, porém isso exige tempo, paciência, vontade e determinação.

Abreu-Rodrigues (2014) destacou que o suporte social pode proteger as pessoas do agravamento de uma variedade de doenças, tais como artrite, tuberculose, depressão e alcoolismo. Além disso, afirmou que a disponibilidade do suporte social pode, em contextos de adoecimento crônico, acelerar processos de recuperação e facilitar a adesão a tratamentos medicamentosos. Assim, pode-se depreender que há relação positiva entre a disponibilidade de suporte social e familiar e melhora da saúde do paciente bariátrico com melhor adesão a comportamentos de saúde (prática de atividade física, alimentação saudável, redução de estresse).

Perri e Corsica (2003) examinaram efeitos do suporte social pós-tratamento para controle de peso de pacientes obesos. Os dados revelaram que após 18 meses do término do tratamento, a manutenção da perda de peso foi maior entre os pacientes que fizeram o tratamento juntamente com um apoio social, em comparação aos pacientes que realizaram o tratamento sozinhos.

Nesse mesmo contexto, Kierman et al. (2012) investigaram a relação entre percepção do suporte social de amigos e familiares e a adesão a comportamentos de alimentação saudável, além de prática de atividade física em mulheres com obesidade/sobrepeso. Esse estudo revelou a importância do papel do suporte de amigos e familiares na adesão a comportamentos de saúde relacionados à perda de peso.

Guimarães, Dutra, Ito e Carvalho (2010), em pesquisa com objetivo de analisar a adesão a um programa de aconselhamento nutricional para obesos, sugerem que a adesão 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.

Eduardo et al. (2017) realizaram estudo com 15 pacientes. Dividiram seu estudo em três quesitos: 1) A percepção do paciente sobre sua vida antes e após a cirurgia bariátrica; 2) O impacto do pós-operatório da cirurgia bariátrica: aspectos biopsicossociais; e, 3) A importância do apoio como estratégia de enfrentamento do processo de adaptação. Os participantes do estudo relataram que o suporte dos amigos e familiares foram fundamentais para a adaptação à nova fase da vida, uma vez que após a cirurgia bariátrica as mudanças são significativas e o suporte é definidor para o enfrentamento das transformações. A família possui um papel definidor na recuperação e adaptação às mudanças após a cirurgia bariátrica, sendo então essencial envolvê-la em todo processo. Soma-se a fé, a informação sobre o procedimento a ser realizado, bem como o acompanhamento da equipe multidisciplinar com apoio clínico e psicológico, na superação de dificuldades emocionais, ajuda na manutenção de peso e orientações.

Nesse contexto, a promoção do suporte social deve sempre levar em consideração as reais necessidades do paciente, estimulando a capacidade de autocuidado. Assim, o estímulo à autonomia e à independência funcional, ao lado do autocuidado, de pacientes bariátricos devem ser feitos juntamente com o suporte familiar e social, no intuito de melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dessas pessoas.

Dentro os fatores relacionados à cirurgia bariátrica, é importante também salientar a questão do sucesso da intervenção cirúrgica. Barbee (2010) salientou que a adesão aos

cuidados pós-operatórios é condição importante para o sucesso da intervenção cirúrgica na obesidade.

Neste contexto, pode-se associar sucesso à ausência de doenças pós-cirurgia, ausência de consumo de álcool, ausência de complicações pós-cirúrgicas e pela diminuição do peso ponderal. Sucesso também está relacionado à expectativa dos participantes em relação à cirurgia bariátrica e também à qualidade de vida. A expectativa com a cirurgia é o controle e até cura da obesidade (Sousa et al., 2014). A aquisição de novos hábitos alimentares é fruto de esforço, portanto mais uma conquista para o ex-obeso.

Os estudos de Lima (2012) e também de Mota (2012) chegaram à conclusão de que a cirurgia bariátrica promove a melhora da qualidade de vida, porém não deve ser o método de tratamento de primeira escolha, e sim quando esgotadas as tentativas de perda de peso através dos métodos não invasivos, pois uma intervenção cirúrgica sempre tem seu risco inerente.

Fagundes et al. (2016) identificaram em seu estudo que, após a realização da cirurgia bariátrica, houve melhora na qualidade de vida dos pacientes obesos. Nesta mesma linha, Eduardo et al. (2017) concluíram que para os pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica, mudanças em sua vida são significativas, tanto no âmbito físico, como emocional, pessoal, profissional e social. Apesar de todas as suas dificuldades e desconfortos, a percepção do paciente sobre a realização da cirurgia bariátrica e sobre o impacto em sua vida é positiva, considerando principalmente, as mudanças na qualidade de vida após o procedimento, que se revelam tanto pela melhora da saúde como autoestima.

Santos, Orth, Prá, Ubeti e Trevisol (2018) consideraram ainda em seu estudo que, apesar de a quantidade de peso perdido ser tida como o principal desfecho desejado no pós-operatório, a melhora das múltiplas condições médicas associadas deve ser valorizada, inclusive no que diz respeito à perspectiva do próprio paciente em relação à sua qualidade de vida. Além da redução da frequência das comorbidades associadas na população estudada, foi

possível observar uma autopercepção positiva dos pacientes em relação à melhora da qualidade de vida em um período de 60 meses após o procedimento cirúrgico.

Estudos realizados por Tae et al.(2014), indicam que a cirurgia bariátrica promove o benefício da qualidade de vida atenuando os sintomas psiquiátricos, melhorando a esfera social, autoestima e até mesmo condições financeiras do paciente. De forma geral, é evidente a crença dos participantes de que as expectativas após a realização da cirurgia serão alcançadas, principalmente no que tange a ocasionar melhora na qualidade de vida, saúde e emagrecimento. Segundo Garrido et al. (2003), uma boa saúde está associada ao aumento da qualidade de vida. Então, o paciente deve ter consciência de todo o processo pós-cirúrgico, da necessidade de adesão aos cuidados pós-operatórios e das mudanças comportamentais que serão necessárias, objetivando a mudança no estilo de vida e consequente melhora efetiva e permanente da qualidade de vida.

Por outro lado, na pesquisa em tela, verificou-se que a adesão à prática de atividade física (adesão de 64%) e realização de dieta (adesão de 60%), que seriam consideradas fatores para uma mudança dos hábitos e promoção da qualidade de vida, não foram considerados efetivos para as mudanças requeridas após a realização da cirurgia, apesar do resultado de 60,52% de aderidos totais constante do MBG, o que se mostra contraditório para o estabelecimento de efetivo sucesso pós-operatório, podendo ocasionar risco de comprometimento em relação aos resultados esperados.

Barros et al. (2018) destacaram que por ser um fenômeno multifatorial, faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar e minuciosa. A consciência da necessidade da mudança de comportamento e sua real efetivação estabelecem-se em longo prazo. Mudar o comportamento e alterar hábitos prejudiciais à saúde e à qualidade de vida não se faz instantaneamente ou pela simples vontade de mudar. É preciso ter disciplina, persistência,

determinação e isso inclui também o equilíbrio entre os estados físico, funcional, psicológico, social e os fatores econômicos.

Considerações Finais

Apesar de a cirurgia bariátrica ter sido amplamente estudada em todo o mundo, a avaliação da adesão ao tratamento ainda constitui um desafio tanto para os profissionais quanto para os pacientes que se submeteram a tal cirurgia, merecendo ser estudada mais intensamente de forma a ser oferecida à sociedade uma alternativa de entendimento e de combate deste importante problema de saúde pública mundial.

Gusmão e Mion (2006) afirmam que ainda existe campo aberto para pesquisa em relação à adesão. Tal afirmação pode ser explicada pelos diferentes métodos aplicados, diferentes pontos de corte, e pela ausência de um método que possa ser considerado padrão ouro e que represente as várias dimensões que envolvem o processo de adesão ao tratamento da cirurgia bariátrica.

Neste sentido e levando-se em consideração a complexidade de mensuração da adesão, a presente pesquisa contou com limitações quanto à amplitude da amostra e a impossibilidade de se abranger todos os fatores de influência na adesão aos cuidados pós-operatórios.

Destaca-se que há uma carência de publicações que abarquem efetivamente a adesão aos cuidados pós-operatórios em cirurgia bariátrica em todas as suas vertentes e, nesse sentido novos estudos devem ser realizados. Dessa forma, os resultados obtidos na realização deste trabalho apontam a urgência do desenvolvimento de pesquisas que abranjam os temas essenciais, como aconselhamento nutricional, aconselhamento psicológico, realização de atividade física, suplementação, além de temas ainda pouco ou nada explorados, como compulsão alimentar, transtornos psicossociais após a cirurgia, dentre outros, que possam contribuir de forma relevante para a compreensão sobre quais elementos estão funcionalmente envolvidos na adesão aos cuidados após a realização da cirurgia bariátrica.

Também, faz-se necessário fortalecer a base instrumental dos profissionais que lidam com a questão da adesão. O paciente também deve participar ativamente de todo o seu processo e ser capaz de realizar a continuidade do tratamento. É de extrema importância a identificação dos principais fatores que interferem na adesão e a adoção de procedimentos capazes de direcionar o tratamento objetivando o alcance do resultado esperado.

Assim, não há dúvidas sobre a necessidade da realização de novas pesquisas, com metodologias bem definidas, de preferência estudos longitudinais, considerando que a adesão aos cuidados pós-operatórios em cirurgia bariátrica envolve uma gama de procedimentos e de profissionais e se estendem ao longo de toda a vida. Tais pesquisas teriam como objetivo obter melhor compreensão de todo o processo, de conhecer melhor o fenômeno, principalmente no que concerne à exploração do papel que as expectativas parecem exercer em todo o processo e da sua influência sobre a adesão terapêutica dos sujeitos. A partir destas, almeja-se que sejam criados planejamentos específicos para acompanhamento destes pacientes.

Referências

- Abreu-Rodrigues, M. (2014). *Apoio social e reganho de peso pós-cirurgia bariátrica: Efeitos de intervenção comportamental com cuidadores* (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Alfonso, L. M., Vea, H. D. B., & Abalo, J. A. G. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica em hipertensión arterial. *Rev. Cubana Salud Pública*, 34(1).
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R., & Santos, J. E. (2001). Obesidade mórbida em mulheres – Estilos alimentares e qualidade de vida. *ALAN – Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 51(4), 359-365.
- Andriolli, C., Kuntz, M. G. F., Meurer, V., & Gonçalves, A. N. (2017). Avaliação da redução de excesso de peso e de carências nutricionais em pacientes pré e pós-cirurgia bariátrica. *RBONE – Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 11(68), 738-747.
- Antonini, V. D. S., Hintze, L. J., Silva, D. F., Hermoso, D. A. M., Carolino, I. D. R., & Nardo, N., Júnior. (2014). Comportamentos associados à manutenção dos resultados após cirurgia bariátrica. *Medicina*, 47(2), 149-156.
- Bagdade, P. S., & Grothe, K. B. (2012). Psychosocial evaluation, preparation, and follow-up for bariatric surgery patients. *Diabetes Spectrum*, 25(4), 211-216.
- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: Um estudo de correlação. *Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.*, 14(3), 58-67.
- 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), 289-292.

- Barros, L. M., Frota, N. M., Moreira, R. A. N., Brandão, M. G. S. A., & Caetano, J. A. (2018). Mudanças de hábitos de vida de pacientes em pós-operatório da cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(74), 812-819.
- Belo, G. Q. M. B., Siqueira, L. T., Melo, D. A. A., Fº., Kreimer, F., Ramos, V. P., & Ferraz, A. A. B. (2018). Fatores preditivos da perda de seguimento de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. Col. Bras.Cir.*, 45(2), 1-8.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. Em L. F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137-173). New York: Oxford University Press.
- Borges, L. (2017). *Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social*. Retirado de <http://autossustentavel.com/2017/06/o-que-e-saude.html>
- Brawley, L.R., & Culos-Reed, S. N. (2000). Studying adherence to therapeutic regimens: Overview, theories, recommendations. *Control. Clin. Trials.*, 21(5), 156-163.
- Bruziguessi, S. (2010). *Adesão ao tratamento multidisciplinar 6 meses após cirurgia bariátrica: Influência de fatores socioeconômicos, auto eficácia, suporte social, família e personalidade do paciente* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Budenz, D. L. (2009). A clinician's guide to the assessment and management of nonadherence in glaucoma. *Ophthalmology*, 116(11), 43-47.
- Camargo-Borges, C., & Japur, M. (2008) Sobre a (não) adesão ao tratamento: Ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enferm.*, 17(1), 64-71.
- Castanha, C. R., Ferraz, A. A. B., Castanha, A. R., Belo, G. Q. M. B., Lacerda, R. M. R., & Vilar, L. (2018). Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. Col. Bras. Cir* , 45(3), 1-9.

- Cândido, C. F. G. (2015). *Associação entre fatores psicossociais e aderência ao tratamento de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
- Castro, M. R., Ferreira, V. N., Chinelato, R. C., & Ferreira, M. E. (2013). Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. *Motricidade*, 9(3), 82-95.
- Chaisson, R. (1998). Manuseio de infecções oportunistas. Em II Brazil John Hopkins University Conference on HIV/AIDS. *Anais...* Retirado de <http://www.hopkins-aids.edu>
- Dolto, F. (1984). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.
- Dowell, J., & Hudson, H. (1997). A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Fam. Pract.*, 14(5), 369-375.
- Eduardo, C. A., Silva, A. A., Cruz, C. D., Viana, G. C. P., & Rocha, R. L. P. (2017). Cirurgia bariátrica: A percepção do paciente frente ao impacto físico, psicológico e social. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, (7), 1-11.
- Ehrenbrink, P. P., Pinto, E. E. P., & Prando, F. L. (2009). Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. *Psicologia Hospitalar*, 7(1), 88-105.
- Fagundes, M. A. B. G., Caregnato, R. C. A., & Silveira, L. M. O. B. (2016). Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica. *Aletheia*, 49(2), 47-54.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Cotinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia Bariátrica: Aspectos clínicos-cirúrgicos e psiquiátricos. *R. Psiquiatr. RS.*, 26(1):47-51.
- Féres-Carneiro, T. (1992). Família e saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, (8), 485-493.
- Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Figueiroa, J. C. R., & Tamayo, R. M. (2008). Prevalencia y determinación de los factores de riesgo asociados com Psicopatologia em los candidatos a cirurgia bariátrica em la Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia. *Rev. Colomb.Psiquiat.*, 37(3), 385-396.
- Flores, C. A. (2014). Avaliação psicológica para a cirurgia bariátrica: Práticas atuais. *ABCD – Arq. Bras. Cir.Dig.*, 27(1): 59-62.
- Garrido, A. B., Júnior, Ferraz, E. M., Barroso, F. L., Marchesini, J. B., Szego, T. (Orgs.). (2003). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Gilman, S. L. (2004). Obesidade como deficiência: O caso dos judeus. *Cadernos Pagu*, (23), 329-353.
- Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde* (Tese de Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Guerra, L. S. D. (2014). *Frequência de transtornos mentais em pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica por meio de Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do DSM (SCID-I/P)* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.
- 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. *Rev. Nutr.*, 23(3), 232-333.
- Gusmão, J. L., & Mion, D., Júnior. (2006). Adesão ao Tratamento – Conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1): 23-25.
- Haynes, R.B. (1979). *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Jones, J. G. (1983). Compliance with pediatric therapy. *Clinical Pediatrics*, (22), 262-265.

- Jordan, M. S., Lopes, J. F., Okazaki, E., Komatsu, C. L., & Nemes, M. I. B. (2000). Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: Revisão da literatura médica. Em P. R. Teixeira, V. Paiva, & E. Shimma (Orgs.), *Tá difícil de engolir?: Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo* (pp. 5-22). São Paulo: Nepaids.
- Kidd, K. E., & Altman, D. G. (2000). Adherence in social context. *Control.Clin. Trials*, 21(5), 184-187.
- Kierman, M., Moore, S. D., Schoffman, D. E., Lee, K., King, A. C., ..., & Perri, M. G. (2012). Social support for healthy behaviors: Scale psychometrics and prediction of weight loss among women in a behavioral program. *Obesity*, 20(4), 756–764.
- Leite, S. N. (2000). *Além da medicação: A contribuição da fitoterapia para a saúde pública* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: Elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.
- Lima, L. F. (2012). *Cirurgia bariátrica e melhora na qualidade de vida: Revisão integrativa* (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização). Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC, Brasil.
- Logan, A.G., Milne, B.J., Achber, C., Campbell, W. P., & Haynes, R. B. (1979). Work-site treatment of hypertension by specially trained nurses. A controlled trial. *Lancet*, 2(8153), 1175-1178.
- Lucena, M. C., Hazboun, A. M., Martins, R. R., & Alchieri, J. C. (2010). Aspectos da aderência após cirurgia bariátrica. *Rev. Enferm. UFPE online*, 4(2), 548-556.

- Marcelino, F. C. (2014). Avaliação das práticas de atividade física em pacientes obesos mórbidos submetidos à operação de by-pass 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 & Saúde Coletiva*, 16(12), 4767-4776.
- Marchesini, S. D. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD – Arq. Bras. Cir. Dig.*, 23(2), 108-113.
- Matta, S. R., Luiza, V. L., & Azeredo, T. B. (2013). Adaptação brasileira de questionário para avaliar adesão terapêutica em hipertensão arterial. *Rev. Saúde Pública*, 47(2), 292-300.
- Medeiros, A. C. S. (2017). *Cirurgia bariátrica no pós-operatório tardio e a adesão ao tratamento nutricional* (Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Nutrição). Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Brasília, DF, Brasil.
- Menegotto, 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. *ABCD – Arq. Bras. Cir. Dig.*, 26(2), 117-119.
- Miller, N. H., Hill, M., Kottke, T., & Ockene, I. S. (1997). The multilevel compliance challenge: Recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. *Circulation*, 95(4), 1085-1090.
- Milstein-Moscato, I., Persano, S., & Castro, L. L. C. (2000). Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. Em L. L. C. Castro (Org.), *Fundamentos de Farmacoepidemiologia* (pp. 171-179). São Paulo: AG Gráfica e Editora.
- Ministério da Saúde. (2020). Brasília. Retirado de <http://saude.gov.br/>

- Ministério da Saúde, & Conselho Nacional de Saúde. (1996). Resolução n. 196. Retirado de <https://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Moreira, T. M. M., & Araújo, T. L.. (2002). Sistema interpessoal de Imogene King: As relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. *Acta Paul. Enf.*, 15(3), 35-43.
- Mota, D. C. L. (2012). *Comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Nicareta, J. R., Freitas, A. C. T., Nicareta, S. M., Nicareta, C., Campos, A. C. L., ..., Marchesini, J. B. (2015). Análise Crítica do Método BAROS (Bariatric Analysis and Reporting System). *ABCD – Arq. Bras. Cir. Dig.*, 28(1), 73-78.
- Ogedegbe, G., Harrison, M., Robbins, L., Mancuso, C. A., & Allegrante, J. P. (2004). Barriers and facilitators of medication adherence in hypertensive African Americans: A qualitative study. *Ethn. Dis.*, 14(1), 3-12.
- Oliveira, M. P., Martins, P. D. E., Siqueira, E. J., Alvares, G. S., Westphal, D., & Cunha, G. L. (2011). Aspectos psicológicos do paciente pós-bariátrico. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, 26(1), 19.
- Perri, M.G., & Corsica, J. A. (2003). Treatment of obesity. Em S. Llewelyn & P. Kennedy (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp.135-157). West Sussex: John Wiley and Sons.

- Pierin, A. M. G., Strelec, M. A. A. M., & Mion, D., Júnior. (2004). O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. Em A. M. G. Pierin (Org.), *Hipertensão arterial: Uma proposta para o cuidar* (pp. 275-289). São Paulo: Manole.
- Pires, C. G. S., & Mussi, F. C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2257-2267.
- Prasad, C., Batsis, J. A., Lopez-Jimenez, F., Clark, M. M., Somers, V. K., ..., & Collazo-Clavell, M. L. (2014). Risk perception of obesity and bariatric surgery in patients seeking treatment for obesity. *Eur. J. Prev. Cardiol.*, 21(6), 692-703.
- Reichenheim, M. E. & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, 41(4): 665-73.
- 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(2), 2299-2306.
- 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 Psicología*, 45(2), 169-176.
- Rigotto, D. M. (2006). *Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito* (Dissertação de Mestrado). Universidade São Francisco, Itatiba, SP, Brasil.
- Robinson, J. D., Segal, R., & Lopez, L. M. (2010). Impact of a pharmaceutical care intervention on blood pressure control in a chain pharmacy practice. *Annals of Pharmacotherapy*, 44(1), 88-96.

- Rocha, A. C., Hociko, K. R., & Oliveira, T. V. (2018). Comportamento e hábitos alimentares dos pacientes pós-cirurgia bariátrica. *Contextos da Alimentação – Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade*, 6(1), 10-22.
- Rocha, C., & Costa, E. (2012). Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do autoconceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise Psicológica*, 4(XXX), 451-466.
- Rosa, T. V., & Campos, D. T. F. (2009). Aspectos psicodinâmicos em sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica sem indicação médica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, IX(1), 105-133.
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., Moreno, B., Grupo Colaborativo de la SEEDO. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapêutica. *Medicina Clínica*, 128(5), 184-196.
- Santana, J. T., & Oliveira, J. D. (2014). *A importância do acompanhamento nutricional e psicológico no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica* (Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Nutrição). Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil.
- Santos, M. M. M., Orth, L. C., Prá, M., Ubeti, M. F., & Trevisol, F. S. (2018). Avaliação da condição de saúde e da qualidade de vida no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(74), 730-737.
- Sarmiento, Z.G.P. (2004). *Crenças relacionadas à adoção da dieta para controle da hipertensão arterial* (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.
- Sarwer, D.B., & Fabricatore, A. N. (2008). Psychiatric considerations of the massive weight loss patient. *Clin.Plast.Surg.*, 35(1), 1-10.

- Scabim, V. M. (2011). *Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós operatório de cirurgia bariátrica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SP – Brasil* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.
- Schoenthaler, A., Chaplin, W. F., Allegrante, J. P., Fernandez, S., Diaz-Gloster, M., ..., & Ogedegbe, G. (2009). Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans. *Patient Educ. Couns.*, 75(2), 185-191.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6),705-714.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2009). Cirurgia de obesidade: Qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2), 196-210.
- Spiegel A., Nabel, E., Volkow, N., Landis, S., & Li, T.K. (2005). Obesity on the brain. *Nat. Neurosci.*, 8(5), 552-553.
- Soares, J. M., Micheletti, J., Oliveira, M. L., Silva, A. C. G., & Cavagnari, M. A. V. (2017). Práticas alimentares de pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica: revisão integrativa. *BRASPEN J.*, 32(3), 282-287.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2007). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *J. Bras. Nefrol.*, 29(1-2).
- Sousa, P., Bastos, A. P., Venâncio, C., Vaz, A. R., Brandão, I., Costa, J. M., ..., & Conceição, E. (2014). Compreender a sintomatologia depressiva após a cirurgia bariátrica: O papel do peso, da alimentação e da imagem corporal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos – Acta Médica Portuguesa*, 27(4), 450-457.

- Souza, M. S., Baptista, M. N., & Alves, G. A. S. (2008). Suporte familiar e saúde mental: Evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, (28), 45-59.
- Souza, W.A. (2008). *Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente* (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, Brasil.
- Svarstad, B. L., Chewning, B. A., Sleath, B. L., & Claesson, C. (1999). The Brief Medication Questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ. Couns.*, 37(2), 113-124.
- Tae, B., Pelaggi, E. R., Moreira, J. G., Waisberg, J., Matos, L. L., & D'Elia, G. (2014). O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 41(3), 155-160
- Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Thumé, E., Fachini, L. A., França, G. V. A., & Mengue S. S. (2013). Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev. Saúde Pública*, 47(6), 1092-1101.
- 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. R., Paiva, V., & Shimma, E. (Orgs.). (2000). *Tá difícil de engolir?: Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids.
- 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(XXII), 533-550.

- Tsai, J. C. (2009). A comprehensive perspective on patient adherence to topical glaucoma therapy. *Ophthalmology*, *116*(11), 30-36.
- Ungari, A. Q. (2007). *Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- World Health Organization – WHO. (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: WHO.
- World Health Organization – WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva. Retirado de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- World Health Organization – WHO. (2020). Retirado de <https://www.who.int/>
- Zilberstein, B., Galvão, M.P., Neto, & Ramos, A. C. (2016). O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. *RBM – Rev. Bras. Med.*, *59*(4), 258-264.
- Zeve, J. L. M., Novais, P. O., & Oliveira, N., Júnior. (2012). Técnicas em cirurgia bariátrica: Uma revisão da literatura. *Revista Ciência & Saúde*, *5*(2), 132-140.

Anexos

Anexo A – Questionário Sociodemográfico**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

- Data: _____

- Nome: _____

- Telefone: () _____

- Tempo desde a cirurgia: _____

- Data de nascimento: _____ Idade: _____

- Sexo:

() Feminino

() Masculino

- Estado civil:

() Solteiro/Divorciado/Viúvo

() Casado/União estável/Convive maritalmente

() Outros (descrever): _____

- Possui filhos:

() Sim

() Não

Se sim, quantos?: _____ Idade dos filhos: _____

- Mora com quem:

() Cônjuge

() Filhos

() Sozinho(a)

() Amigos

() Pensão ou ILPI (Instituição de Longa Permanência).

() Família ampliada (avós, tios)

- Condição ocupacional:

() Empregado

() Desempregado

() Do lar

() Aposentado (a)

() Licença INSS

- Renda familiar: _____ () Prefiro não informar

- Grau de escolaridade: _____

- É usuário de álcool:

() Sim

() Não

Se sim, quantas vezes na semana?: _____

- Peso inicial: _____

- Peso atual: _____

- Perda de peso ponderal: _____

- Teve alguma complicação pós-cirúrgica:

() Sim

() Não

Se sim, qual?: _____

- Doenças antes da cirurgia:

() Nenhuma

() Hipertensão

() Dificuldade respiratória

- Diabetes
- Artrose
- Apneia
- Tumor
- Dislipidemia
- Refluxo
- Arritmia cardíaca
- Doença vascular
- Alterações hormonais
- Alterações menstruais
- Infertilidade
- Alcoolismo
- Tabagismo
- Uso de drogas
- Hipotireoidismo
- Hipertireoidismo
- Outros

- Alguma destas doenças permanece após a cirurgia:

- Nenhuma
- Hipertensão
- Dificuldade respiratória
- Diabetes
- Artrose
- Apneia
- Tumor

- Dislipidemia
- Refluxo
- Arritmia cardíaca
- Doença vascular
- Alterações hormonais
- Alterações menstruais
- Infertilidade
- Alcoolismo
- Tabagismo
- Uso de drogas
- Hipotireoidismo
- Hipertireoidismo
- Outros

- Uso de Medicação contínua antes da cirurgia:

- Sim
- Não

Se sim, qual?: _____

- Uso de Medicação contínua após a cirurgia:

- Sim
- Não

Se sim, qual?: _____

Se sim, utiliza a medicação conforme prescrito?

- Sim
- Não

Mais ou menos: _____

- Utiliza suplementação (*whey protein* polivitamínico):

() Sim

() Não

Se sim, utiliza a suplementação conforme prescrito?

() Sim

() Não

() Mais ou menos: _____

- Realiza atividade física regularmente:

() Sim

() Não

Se sim, quantas vezes na semana?: _____

- Comparece a consultas pós-operatórias regularmente (cirurgião, nutricionista, psicológica):

() Sim

() Não

Se sim, em qual especialidade?: _____

Qual a regularidade: _____

- Quanto à dieta, seu hábito alimentar ocorre como indicado pela nutricionista:

() Sim

() Não

Por que?: _____

- Você recebe suporte familiar após a realização da cirurgia bariátrica:

() Sim

Se sim, como é realizado este suporte?: _____

() Não

Se não, descreva o por quê?: _____

- Você recebe suporte social (amigos, namorado/a, companheiros de trabalho, dentre outros) após a realização da cirurgia bariátrica:

() Sim

Se sim, como é realizado este suporte?: _____

() Não

Se não, descreva o por quê?: _____

- Você tinha expectativas quanto à cirurgia:

() Sim

Se sim, explique o por quê?: _____

() Não

Se não, explique o por quê?: _____

Anexo B – Questionário MBG (Martín-Bayarre-Grau)

QUESTIONÁRIO MBG

Nome do participante: _____

O nível de adesão para cada respondente é dado pelo somatório dos pontos de cada item.

Afirmação	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
A – Toma as medicações estabelecidas por seu médico no horário após a cirurgia	4	3	2	1	0
B – Toma todas as doses indicadas das medicações	4	3	2	1	0
C – Segue as prescrições do nutricionista quanto à dieta	4	3	2	1	0

(continua)

Afirmação	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
D – Vai às consultas multiprofissionais marcadas	4	3	2	1	0
E – Realiza os exercícios físicos indicados após a cirurgia	4	3	2	1	0
F – Encaixa os hábitos após a cirurgia nas atividades do seu dia a dia	4	3	2	1	0
G – O(a) senhor(a) e seu médico, nutricionista, psicólogo, treinador decidem juntos o tratamento a ser seguido	4	3	2	1	0
H – Cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos	4	3	2	1	0

(continuação)

Afirmação	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca	Nunca
I – Leva o tratamento multiprofissional pós-operatório sem grandes esforços	4	3	2	1	0
J – Faz uso de lembretes para realização do tratamento multiprofissional pós-operatório	4	3	2	1	0
K – O(a) senhor(a) e seu médico, nutricionista, psicólogo, treinador discutem como cumprir o tratamento	4	3	2	1	0
L – Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico, nutricionista, psicólogo, treinador prescreveu	4	3	2	1	0

Anexo C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise sobre fatores de influência para adesão aos cuidados pós-operatórios em cirurgia bariátrica

Pesquisador: SARA JULIANA BULGARELLI GUADANHIM GONCALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17697819.3.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.518.438

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a adesão aos cuidados pós-operatórios em pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica. Para esse fim será realizada revisão teórica envolvendo os seguintes quesitos: Processos Crônicos e Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Adesão aos Cuidados, que envolve: Definições Conceituais; Fatores Moderadores da Adesão; Adesão aos cuidados, dificuldades e papel da equipe de saúde e Dificuldades na Avaliação da Adesão, seguida de estudo empírico. Participarão do estudo 200 pessoas, com tempo de cirurgia de até 5 anos de realização da operação. A coleta de dados se dará em clínica especializada neste tipo de tratamento e será realizada no segundo semestre de 2019. Para a obtenção dos dados serão utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Questionário MBG. A intenção deste trabalho é responder aos seguintes problemas: De que forma os fatores de influência (suporte familiar, suporte social, aspectos financeiros, aspectos psicológicos, entre outros) contribuem para a adesão aos cuidados após cirurgia bariátrica? Qual a importância de se aderir ao tratamento, no sentido de a cirurgia ser bem sucedida ou não?

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a adesão aos cuidados pós-operatórios em pessoas que realizaram a cirurgia bariátrica.

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 3.518.438

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora este estudo possui riscos mínimos para a participação dos pacientes, devido a ser um estudo de investigação. Entre os benefícios a pesquisa poderá beneficiar estudo posterior sobre adesão ao acompanhamento multidisciplinar após a cirurgia bariátrica, além de propiciar ao participante mais conhecimento sobre a adesão aos cuidados pós-operatórios em cirurgia bariátrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa importante e com significativo mérito técnico-científico. A metodologia proposta foi bem elaborada, além do cronograma e do orçamento, todos em conformidade com os objetivos e com o projeto apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação obrigatória foram encaminhados em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Recomendações:

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos incisos XI.1 e XI.2 da Resolução nº 466/12 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Observação: O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação.

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário **CEP:** 70.790-075

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 3.518.438

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto se encontra apto a ser iniciado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo previamente avaliado, com parecer n. 3.491.645/19, tendo sido homologado na 13ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano, em 9 de agosto de 2019.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1389429.pdf	12/07/2019 16:00:14		Aceito
Outros	autorizacao_para_realizacao_da_pesquisa.pdf	12/07/2019 15:58:29	SARA JULIANA BULGARELLI GUADANHIM GONCALVES	Aceito
Outros	Parecer_de_qualificacao.pdf	12/07/2019 14:51:10	SARA JULIANA BULGARELLI GUADANHIM GONCALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL.docx	12/07/2019 14:42:25	SARA JULIANA BULGARELLI GUADANHIM GONCALVES	Aceito
Outros	Oficio_de_apresentacao.docx	12/07/2019 14:40:45	SARA JULIANA BULGARELLI GUADANHIM GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FINAL.docx	12/07/2019 14:34:19	SARA JULIANA BULGARELLI GUADANHIM GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/07/2019 14:31:54	SARA JULIANA BULGARELLI GUADANHIM GONCALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 70.790-075
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3966-1511 **E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 3.518.438

Não

BRASILIA, 20 de Agosto de 2019

Assinado por:
Marilia de Queiroz Dias Jacome
(Coordenador(a))

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário **CEP:** 70.790-075

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br