



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM  
PSICOLOGIA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR  
6 MESES APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA:  
INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIOECONÔMICOS,  
AUTOEFICÁCIA, SUPORTE SOCIAL, FAMÍLIA E  
PERSONALIDADE DO PACIENTE**

Simony Bruziguessi

Goiânia  
2010



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM  
PSICOLOGIA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR  
6 MESES APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA:  
INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIOECONÔMICOS,  
AUTOEFICÁCIA, SUPORTE SOCIAL, FAMÍLIA E  
PERSONALIDADE DO PACIENTE**

Simony Bruziguessi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Orientadora:** Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini

Goiânia  
2010

B941a Bruziguessi, Simony.  
Adesão ao tratamento multidisciplinar 6 meses após cirurgia bariátrica: influência de fatores socioeconômicos, autoeficácia, suporte social, família e personalidade do paciente / Simony Bruziguessi. – 2010.  
94 f.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Psicologia, Goiânia, 2010.  
Orientadora: Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini.

Bibliografia.

1. Obesidade – cirurgia. 2. Obesidade mórbida. 3. Obesidade – aspectos psicológicos. I. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. II. Zanini, Daniela Sacramento. III. Título.

CDU: 616.39-089(043.3)

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.**

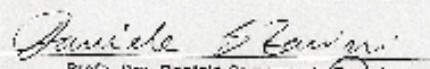
No dia 03 de dezembro de 2010, às 11h, no Bloco A, Área IV, Campus I da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, SIMONY BRUNOQUESS BERNARDES, discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia (2008.1.051.002.0014) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, expôs, em Sessão Pública de Defesa de Dissertação de Mestrado, o trabalho intitulado **Adesão ao tratamento multidisciplinar após cirurgia herábrica: Influência de fatores socioeconômicos, autoeficácia, suporte social, família e personalidade do paciente**, para Comissão de Avaliação composta pelas (as) seguintes (as) senhoras (s): Dra. Daniela Sacramento Zanini (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Presidente da Comissão), Dra. Adriana Seguel (Universidade de São Paulo, Membro Comissão Externa), Dra. Sônia Maria Mello Neves (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Comissão Interna), Dra. Helenides Mendonça (Membro Comissão Suplente). O Trabalho de Comissão de Avaliação foi conduzido pela Excmte Presidente que, inicialmente, após apresentar os membros integrantes da Comissão, concedeu 30 minutos à discente candidata para que esta expusesse o trabalho. Após a exposição, o doutor Presidente concedeu a palavra a cada membro convidado da Comissão para que estes arguissem a discente candidata. Após o encerramento das arguições, a Comissão de Avaliação, por meio de voto secreto, avaliou o trabalho dissertativo e o desempenho da discente candidata na exposição, cabendo-lhe a seguinte decisão no caso de mestrado: Como resultado da avaliação, a Comissão de Avaliação colheu o seguinte:

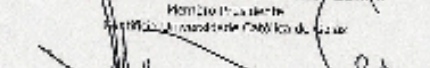
**Aprovação da dissertação**   
A Comissão de Avaliação decidiu (ou decidiu) que a (s) discente (s) mestrado (s) passou (s) em Mestrado. A Comissão de Avaliação nomeia (ou nomeia) o (s) formador (s) da dissertação de mestrado, para orientar a produção da dissertação. No caso de aprovação, o (s) discente (s) presente (s) durante a sessão pública de defesa de dissertação de mestrado, será (s) considerado (s) aprovado (s) no mestrado. Neste caso, o (s) discente (s) que não comparecer (s) à sessão pública de defesa de dissertação de mestrado, não poderá ser considerado candidato a mestrado. A Comissão de Avaliação de mestrado, no caso de aprovação, deverá emitir o seu parecer de aprovação em nome da Comissão de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, contendo a data da sessão de defesa de dissertação.

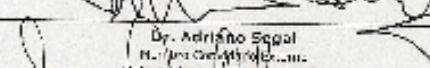
**Aprovação da dissertação mediante reformulação**   
A Comissão de Avaliação decidiu que (s) discente (s) mestrado (s) não passou (s) em mestrado e deverá (s) dar (s) prazo máximo de cento e oitenta (180) dias para reformular a dissertação mestrado (s) ou, alternativamente, a (s) discente (s) da sessão de defesa de dissertação. No entanto, para ser considerado aprovado no mestrado, o (s) discente (s) que reformular a dissertação, deverá comparecer à sessão pública de defesa de dissertação de mestrado. Neste caso, o (s) discente (s) que não comparecer (s) à sessão pública de defesa de dissertação de mestrado, não poderá ser considerado candidato a mestrado. Neste caso, o (s) discente (s) que reformular a dissertação de mestrado, deverá comparecer à sessão pública de defesa de dissertação de mestrado. A Comissão de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia nomeia (ou nomeia) o (s) formador (s) da dissertação de mestrado, para orientar a produção da dissertação de mestrado.

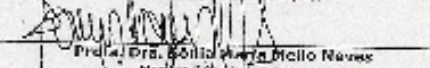
**Reprovação da dissertação**   
A Comissão de Avaliação decidiu que o (s) trabalho (s) dissertativo (s) não reformulado (s) ou, quando reformulado (s) não considerado (s) aprovado no mestrado devido à ausência de defesa de dissertação de mestrado. Neste caso, o (s) discente (s) não poderá ser considerado candidato a mestrado. Neste caso, o (s) discente (s) que não comparecer (s) à sessão pública de defesa de dissertação de mestrado, não poderá ser considerado candidato a mestrado.

**A Comissão de Avaliação:**

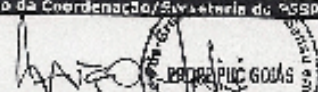
  
Prof.ª Dra. Daniela Sacramento Zanini  
Membro Presidente  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

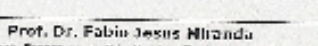
  
Dr. Adriana Seguel  
Membro Comissão Externa  
Universidade de São Paulo

  
Prof.ª Dra. Sônia Maria Mello Neves  
Membro Comissão Interna  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás


  
Prof.ª Dra. Helenides Mendonça  
Membro Comissão Suplente  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**Para uso da Coordenação/Secretaria do PPGSD:**

  
Prof. Dr. Luiz Eugênio Guimarães Nalini  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

  
Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda  
Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Observações:  
Data da sessão de defesa de dissertação de mestrado: \_\_\_\_\_  
Número de defesa de mestrado: \_\_\_\_\_  
A: \_\_\_\_\_  
Visto Secretário(a): \_\_\_\_\_  
Data: 06 / 2010



Coleira 03/12/2010

**ANEXO DA ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.**

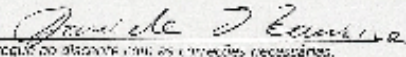
Discente: SIMONY BRUZIGUSSI BERNARDES

Matrícula: 2008.1.055.001.0014

Título da dissertação: Adesão ao Tratamento em Psicoterapia após cirurgia bariátrica: Influência de fatores psicossociais, suporte social, família e proximidade do paciente

Data do exame: 02 de dezembro de 2010

Correções; modificações; alterações; comentários; observações; pontos para reformulação etc. (Assinatura obrigatória).

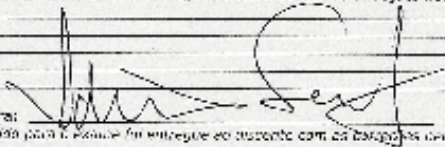
Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini *(Retro no text)* | Assinatura:   
Assine em caso de mudança:  0 exemplar para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.  
Observações adicionais: *(Retro)*

---

---

---

---

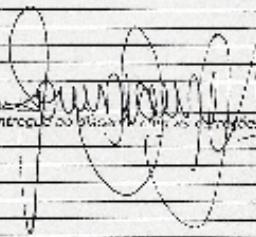
Dr. Adriano Segal *(Retro no text)* | Assinatura:   
Assine em caso de mudança:  0 exemplar para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.  
Observações adicionais: *(Retro)*

---

---

---

---

Profa. Dra. Sônia Maria Mello *(Retro no text)* | Assinatura:   
Assine em caso de mudança:  0 exemplar para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.  
Observações adicionais: *(Retro)*

---

---

---

---


Profa. Dra. Helenides Mendonça *(Retro no text)* | Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assine em caso de mudança:  0 exemplar para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.  
Observações adicionais: *(Retro)*

---

---

---

---

Ciente do(a) discente:	Para uso da Coordenação/Secretaria do PESP:
<p>Simony Bruzigussi Bernardes Cidade de Goiânia 74081-055-001.0014 Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Instituto de Coordenação e Apoio de Goiânia</p>	<p>V. SSO Secretária: D. F. ...  Goiânia, 02/12/2010</p>

## Renascimento

*“Renasci...  
Manhãs serenas  
com perfume de jardins,  
e um entusiasmo  
encantador de quem  
começa a ver tudo  
com outro olhar.  
Sem medo de espelhos,  
das palavras,  
dos pensamentos tristes,  
de si mesmo.”*

V. L. B. (Após a cirurgia bariátrica)

Ao meu filho Filipe,  
Sonhado e gerado,  
Gestado e parido,  
Amado, muito amado,  
ao longo da construção deste conhecimento.  
Dedico a você...  
Que engatinhou e andou,  
Balbuciou e falou,  
Construiu o seu e me inspirou a construir o meu,  
nosso singelo conhecimento.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as Suas graças.

À Elisa, minha irmã caçula, amiga e mestre, pela calma que me tranquilizou, pelo apoio que me incentivou e pelo exemplo que me inspirou.

Ao Juliano, grande amor, pelo exemplo de competência e envolvimento profissional, pelas críticas que me incomodam mas que me inspiraram a buscar o melhor a cada dia, além da compreensão no adiamento dos diversos momentos de lazer em família.

À orientadora e amiga, Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini, pelo incentivo constante, paciência, simplicidade e generosidade na transmissão dos vastos conhecimentos.

À Ana Paula, pelo profissionalismo, dedicação, amizade e confiança que me auxiliaram no início deste trabalho, quando ainda era um projeto. Tudo teria sido mais difícil sem você. Obrigada por acreditar em mim.

Ao Dr. Leonardo e à Dra. Camila, pela confiança e oportunidade dispensadas e que me permitiram iniciar este trabalho.

A Andrea, Kely e Dr. Ronaldo, pela convivência em equipe, que em muito me acrescentou profissionalmente, e pela amizade dedicada. À Daniela e a todos os funcionários da Clínica, pela disposição em ajudar.

Ao Luiz Alberto e aos colegas do Pro-Social, pela compreensão indispensável à finalização desta pesquisa. À Karita e Izabela, pela atenciosa colaboração.

À Priscilla, pela disponibilidade no compartilhamento das angústias e alegrias durante o processo do mestrado.



A todos os pacientes, sujeitos ou não deste estudo, fontes de inspiração na busca do querer saber mais para servir melhor.

À Gelcimary pelo gentil auxílio.

À Suzana Oellers, pela minuciosa revisão do texto deste trabalho.

À Profa. Dra. Helenides Mendonça e à Profa. Dra. Sônia Maria Mello Neves pelas sugestões durante a qualificação, as quais enriqueceram este trabalho.

Ao Prof. Dr. Adriano Segal e à Profa. Dra. Sônia Maria Mello Neves pela disponibilidade em participar da banca de defesa desta dissertação e contribuição para o aperfeiçoamento do trabalho.

Às minhas ajudantes, Gionava e Núbia, que auxiliaram nos cuidados com meu filho e nas tarefas domésticas nos momentos em que estive ausente.

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a correlação existente entre adesão ao tratamento após a cirurgia bariátrica e fatores socioeconômicos, apoio social, suporte familiar, autoeficácia e traços de personalidade do paciente obeso. Para esse fim, foi realizada revisão teórica envolvendo os construtos citados, seguida de estudo empírico. Participaram do estudo 87 pacientes apresentando obesidade grau II e comorbidez ou obesidade grau III, em fase de preparação interdisciplinar para a realização de cirurgia bariátrica, no período de dezembro de 2008 a março de 2009, em uma clínica particular especializada neste tipo de tratamento. Para a obtenção dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: Inventário de Percepção do Suporte Familiar, Escala de Apoio Social, Marcadores para Avaliação da Personalidade, Escala de Percepção de Autoeficácia Geral e questionário sociodemográfico. Os resultados deste trabalho revelaram que os fatores socioeconômicos sexo e renda influenciaram na adesão ao tratamento após a cirurgia bariátrica, enquanto o estado civil do paciente não interferiu na continuidade do tratamento. Ademais, observou-se correlação entre adesão ao tratamento da obesidade no período pós-cirúrgico com apoio social, suporte familiar e personalidade. No que se refere aos fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde, a distância entre a residência do paciente e o serviço de saúde influenciou em sua adesão à terapêutica pós-cirúrgica.

**Palavras-chaves:** adesão; cirurgia bariátrica; apoio social; suporte familiar; personalidade.

## **ABSTRACT**

### **ADHERENCE TO MULTIDISCIPLINARY TREATMENT 6 MONTHS AFTER BARIATRIC SURGERY: INFLUENCE OF SOCIOECONOMIC FACTORS, SELF-EFFICACY, SOCIAL SUPPORT, FAMILY, AND PATIENT PERSONALITY**

The goal of this research was to investigate the correlation between adherence to treatment after bariatric surgery and socio-economic factors, social support, family support, self-efficacy, and personality traits of obese patients. To accomplish this, a theoretical review of the literature about the aforementioned constructs was performed, followed by an empirical study. The group of participants in the study was composed of 87 patients presenting class II obesity and associated co-morbidities or class III obesity, who were being prepared to undergo bariatric surgery, from December 2008 to March 2009, at a private clinic specialized in this treatment. In order to obtain the data, the following instruments were applied: Perception of Family Support Inventory, Social Support Scale, markers for personality assessment within the framework of the Big Five Personality Factors, General Self-Efficacy Scale, and a demographic questionnaire. The results of this work revealed that the socio-economic factors sex and income influenced adherence to treatment after bariatric surgery, whereas the marital status of the patients did not interfere with continuity of treatment. Furthermore, correlations between adherence to treatment in the post-operative period and social support, family support, and personality were observed. Regarding the factors related to the health system and staff, the distance between the patient's residence and the health service influenced adherence to post-operative therapy.

**Key words:** adherence; bariatric surgery; social support; family support; personality.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1.</b>	Classificação do peso de acordo com o índice de massa corporal (IMC). .....	18
<b>Tabela 1.</b>	Correlação de Pearson entre adesão, índice de massa corporal (IMC), idade e renda familiar. ....	69
<b>Tabela 2.</b>	Descrição e comparação de médias da adesão de homens e mulheres ao tratamento pós-cirurgia bariátrica. ....	70
<b>Tabela 3.</b>	Descrição e comparação de médias de adesão ao tratamento pós-cirurgia bariátrica versus estado civil e local de residência. ....	71
<b>Tabela 4.</b>	Correlação de Pearson entre perfil de personalidade, autoeficácia, apoio social, suporte familiar e adesão ao tratamento pós-cirurgia bariátrica. ....	73
<b>Tabela 5.</b>	Correlação de Pearson entre adesão multidisciplinar, ao médico, ao nutricionista e ao psicólogo pós-cirurgia bariátrica. ....	74

## SUMÁRIO

RESUMO .....	viii
ABSTRACT .....	ix
LISTA DE QUADROS E TABELAS .....	x
APRESENTAÇÃO .....	12
<b>PARTE 1. APOIO SOCIAL, SUPORTE FAMILIAR, PERSONALIDADE E AUTOEFICÁCIA: UM ESTUDO TEÓRICO RELACIONADO A PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA .....</b>	<b>15</b>
1.1 Obesidade .....	15
1.2 Cirurgia bariátrica .....	21
1.3 Adesão ao tratamento .....	23
1.4 Apoio social e suporte familiar .....	27
1.5 Personalidade .....	34
1.6 Autoeficácia .....	40
Referências .....	44
<b>PARTE 2. ARTIGO EMPÍRICO – Fatores envolvidos na adesão ao tratamento multidisciplinar após a cirurgia bariátrica .....</b>	<b>56</b>
Resumo .....	56
Abstract .....	57
Introdução .....	58
Método .....	65
<i>Participantes</i> .....	65
<i>Instrumentos</i> .....	65
<i>Procedimentos</i> .....	68
Resultados .....	69
Discussão .....	75
Considerações finais .....	81
Referências .....	82
APÊNDICE .....	91
Apêndice. Termo de consentimento livre e esclarecido .....	92

## APRESENTAÇÃO

A cirurgia bariátrica representa uma alternativa efetiva e aceita internacionalmente pela comunidade científica para o tratamento da obesidade clinicamente grave. Contudo, para submeter-se ao procedimento cirúrgico, o paciente deve estar ciente da necessidade de acompanhamento multidisciplinar pós-operatório por longo prazo para que a terapêutica proposta resulte em sucesso, que envolve perda e manutenção do peso adequado, resolução de comorbidades e melhora da qualidade de vida (Silva, Silva, & Silva Neto, 2005).

Observa-se, na prática clínica, que quando a adesão não ocorre, há risco de comprometimento em relação aos resultados esperados. Logo, inúmeras consequências negativas para o paciente submetido à cirurgia bariátrica poderiam ser evitadas caso houvesse adesão ao tratamento após o procedimento cirúrgico. Entre as intercorrências mais comuns destacam-se: anemia, desnutrição, vômito frequente, reganho de peso e depressão. Se não tratadas em curto prazo, essas ocorrências podem acarretar problemas biopsicossociais e, em casos mais graves, até mesmo levar a óbito.

Como destacou Pacheco (2006), entre os profissionais que trabalham na área da cirurgia bariátrica, é assunto recorrente a dificuldade de adesão ao tratamento multidisciplinar por parte do paciente. Entretanto, embora se busque tanto compreender as causas dessa dificuldade quanto propor formas de atuação possíveis para reduzi-la, ainda são muito escassas as contribuições científicas tratando dessa questão (Silva, Ribeiro, & Cardoso, 2009). Provavelmente por se tratar de uma área relativamente nova, atualmente existe importante lacuna a ser preenchida nesse campo de estudo na área acadêmica. Na tentativa de contribuir para ampliar os conhecimentos científicos a esse respeito, apresenta-se este trabalho. Nesse sentido, acredita-se que, a partir do estudo das

circunstâncias e das características individuais que levam a maior ou menor grau de adesão ao tratamento multidisciplinar após a cirurgia bariátrica, será possível aprimorar intervenções que busquem minimizar as dificuldades inerentes a este processo.

Nesse esforço, com a presente pesquisa objetivou-se investigar a relação entre os fatores socioeconômicos, a percepção de apoio social e familiar, a autoeficácia e a personalidade do paciente, bem como a maneira com que tais fatores interferem na adesão do indivíduo ao acompanhamento multidisciplinar no pós-operatório. Ademais, pretendeu-se colaborar para o aperfeiçoamento das intervenções que favoreçam o tratamento pós-cirúrgico da obesidade por meio deste estudo. É interessante que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar os principais fatores de risco para a não adesão e, assim, propor intervenções que efetivamente viabilizem a promoção da adesão em prol do paciente que se submeteu à cirurgia bariátrica.

A coleta de dados ocorreu em um centro de atendimento privado, no qual são realizadas a triagem e a preparação multidisciplinar dos pacientes obesos para a cirurgia bariátrica, incluindo o atendimento de médico cirurgião, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta. Para a realização da cirurgia, os pacientes são encaminhados para um hospital particular em que a equipe também presta atendimento. Em período posterior ao procedimento cirúrgico, efetiva-se a continuidade do tratamento, o qual contempla cuidados psicológicos, nutricionais e médicos realizados na mesma clínica em que é realizado o preparo multidisciplinar para a cirurgia bariátrica. O hospital e todos os profissionais envolvidos no tratamento cirúrgico da obesidade realizam atendimento por meio de convênio de saúde, exceto o psicólogo, cujo atendimento é realizado de maneira exclusivamente particular.

No presente trabalho, são apresentados dois estudos. O primeiro, de base teórica, visa esclarecer conceitos relevantes acerca da temática, por meio de revisão teórica dos

tópicos obesidade, cirurgia bariátrica, adesão ao tratamento, apoio social e suporte familiar, personalidade e autoeficácia. Nessa revisão, visou-se discutir as definições e as relações entre os temas por intermédio da literatura disponível na área.

A segunda parte versa sobre estudo empírico, apresentado em forma de artigo científico. Com esse trabalho, objetivou-se verificar a relação entre adesão ao tratamento após a cirurgia bariátrica, fatores socioeconômicos, apoio social, suporte familiar, autoeficácia e personalidade do paciente.



## **PARTE 1. APOIO SOCIAL, SUPORTE FAMILIAR, PERSONALIDADE E AUTOEFICÁCIA: UM ESTUDO TEÓRICO RELACIONADO A PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Nesta primeira parte, apresenta-se uma discussão acerca de obesidade, cirurgia bariátrica, apoio social, suporte familiar, fatores da personalidade e autoeficácia, com a finalidade de elucidar conceitos e inter-relações envolvidos neste tema.

### **1.1 Obesidade**

Definida genericamente como o acúmulo excessivo de tecido adiposo no corpo humano, a obesidade representa, atualmente, grave problema social que gera sérias repercussões econômicas e psicológicas (Pereira, 2006). A Organização Mundial da Saúde a considera uma doença epidêmica, vitalícia, dispendiosa e multifatorial que desencadeia ou está associada a outras doenças, daí decorrendo mortalidade elevada (OMS, 2004).

A obesidade é uma condição complexa e de etiologia múltipla. Coutinho e Dualib (2006) destacaram que vários fatores socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos podem contribuir para o surgimento e a manutenção do excesso de gordura corporal.

Entre os fatores socioeconômicos e culturais que podem interferir no desenvolvimento da obesidade, destacam-se a renda, a escolaridade e o estado civil (Malheiros & Freitas Jr., 2006). Como exemplo disso, pode-se citar a pesquisa realizada por Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004), em que o grau de obesidade esteve negativamente relacionado à escolaridade em pacientes obesos candidatos à cirurgia

bariátrica. Em relação ao estado civil, pesquisa longitudinal realizada por Seidell e Flegal (1997) demonstrou que o sobrepeso e a obesidade aumentaram após o casamento, principalmente entre os homens.

Entre os fatores biológicos que interferem no desenvolvimento da obesidade, estão etnia, sexo, idade e predisposição genética. No que diz respeito ao caráter genético da obesidade, Thirlby e Randall (2002), em estudo longitudinal, compararam indivíduos gêmeos e filhos adotados, todos provenientes de famílias obesas. O resultado demonstrou que aproximadamente 25% dos filhos adotados desenvolveram obesidade e 80% dos gêmeos tornaram-se adultos obesos, ratificando as evidências da carga genética relacionada à obesidade. Nesse sentido, Angelis (2006) afirmou que, quando o pai e a mãe são obesos, há 80% de chance de os filhos também se tornarem obesos, ao passo que se os pais não apresentam sobrepeso, este índice cai para 10%. A autora acrescentou, ainda, que a influência da hereditariedade parece estar tanto no metabolismo basal (gasto calórico em jejum e em repouso) quanto nos hábitos de vida ligados à obesidade.

Segundo Campión, Milagro e Martínez (2009), o ganho excessivo de peso corporal resulta da interação entre fatores ambientais, predisposição genética, comportamento individual e fatores epigenéticos. De acordo com Jaenisch e Bird (2003), os fatores epigenéticos dizem respeito às alterações herdáveis no potencial de expressão gênica que não envolve mudanças na sequência do DNA. Nesse sentido, conforme revisão de estudos realizada por Levin (2008), o ambiente perinatal, mais especificamente a obesidade, a desnutrição e o estresse materno, podem influenciar no ganho excessivo de peso em filhotes de animais e humanos geneticamente predispostos à obesidade. Essas ocorrências perinatais estão associadas à reorganização das vias neurais centrais que regulam a ingestão alimentar, o gasto e o armazenamento energético, reforçando o desenvolvimento de obesidade na prole.

Em relação aos fatores psicológicos associados à obesidade, os estudos não demonstram uma conclusão consensual. A maioria das pesquisas de base populacional não apresenta associação direta entre obesidade e psicopatologia ou qualquer característica de personalidade (Fabricatore & Wadden, 2004). Entretanto, em sua revisão de literatura, Costa e cols. (2009) verificaram que as comorbidades psiquiátricas, em especial os transtornos de humor e alimentares, são frequentes em obesos que buscam tratamento. Da mesma forma, Cordas e Ascencio (2006), após análise de diversos estudos, ressaltaram que, embora obesos da população em geral não apresentem mais distúrbios emocionais do que outros indivíduos não obesos, a população clínica de obesos, ou seja, aqueles que se encontram em tratamento, apresenta mais problemas psiquiátricos e padrões alimentares compulsivos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a obesidade pode ser caracterizada pela observância de diferentes critérios, os quais consideram a composição corporal, a distribuição anatômica de gordura, a ingestão de energia, a resistência insulínica, entre outros (OMS, 2004). Para cada um deles, contudo, há métodos específicos para definir o grau de obesidade de um indivíduo, a saber: cálculo do índice de massa corporal (IMC), pesagem debaixo da água, imagem por ressonância magnética, registro dietético prospectivo, medida da circunferência abdominal, entre outros. Entretanto, o custo da maior parte dessas técnicas de mensuração e as dificuldades práticas envolvidas, como a colaboração do paciente e a disponibilidade de aparelhos apropriados, as torna pouco utilizadas no meio acadêmico, bem como pelos profissionais da área da saúde.

Por outro lado, o IMC, definido como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros, pode ser facilmente calculado, conforme representado na expressão matemática:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$ . Esse índice fornece medidas úteis e práticas (OMS, 2004). Mediante o cálculo do IMC, é possível estabelecer se os indivíduos

apresentam baixo peso, sobrepeso ou obesidade em graus variados, conforme mostrado no Quadro 1.

**Quadro 1.** Classificação do peso de acordo com o índice de massa corporal (IMC).

<b>IMC</b>	<b>Categoria</b>	<b>Denominação</b>
< 18,5	Abaixo do peso	–
18,5 – 24,9	Peso adequado	–
25,0 – 29,9	Sobrepeso	–
30,0 – 34,9	Obesidade grau I	Obesidade leve
35,0 – 39,9	Obesidade grau II	Obesidade moderada
> 40,0	Obesidade grau III	Obesidade grave ou mórbida

Em adultos, o IMC é relevante na análise de predisposição à comorbidez, pois quando é igual ou maior que 30 indica que os riscos de saúde são aumentados (Costa e cols., 2009). Todavia, a principal limitação dessa medida é que não distingue a origem do peso (massa magra ou gordura), nem a distribuição da gordura (androide ou ginoide). Dessa forma, é possível encontrar IMC elevado em pessoas que não apresentem obesidade (por exemplo, em alguns atletas) e IMC baixo em indivíduos que apresentem obesidade. Além disso, a referida medida tem utilização questionável em relação a indivíduos idosos e crianças. Observadas as devidas limitações, ainda assim, o IMC é bastante útil e difundido (OMS, 2004).

As consequências da obesidade sobre a saúde são diversas, variando de chance aumentada de morte prematura a várias doenças debilitantes, que possuem efeito adverso

sobre a qualidade de vida, além de ocasionar problemas psicossociais. Os problemas de saúde associados à obesidade incluem dificuldades respiratórias, problemas musculoesqueléticos crônicos, infertilidade, problemas cardiovasculares, condições associadas à resistência insulínica, certos tipos de câncer e colecistopatias (Coutinho & Benchimol, 2006).

Finkelstein, Ruhm e Kosa (2005) alertaram que indivíduos com excesso de peso apresentam elevado risco de morte prematura em comparação com aqueles que têm IMC normal (entre 20 e 25). Outras condições debilitantes também associadas à obesidade reduzem a qualidade de vida e podem trazer alterações musculoesqueléticas, dificuldades respiratórias e infertilidade (Almeida & Ferreira, 2005). Schillie (2004) apontou que, a cada ano, 300 mil mortes ocorrem por consequência do excesso de peso nos Estados Unidos. O autor acrescentou que se devem à obesidade cerca de 61% dos diagnósticos de diabetes melito tipo 2, 17% das doenças arteriais coronarianas e 17% dos diagnósticos de hipertensão arterial naquele país.

Não obstante todas essas consequências negativas para a saúde, o peso corpóreo das populações vem aumentando continuamente. Sichieri e Souza (2006) salientaram que já se considera a obesidade epidêmica, tendo se tornado grave problema de saúde pública em nível mundial. Ademais, inclusive em países emergentes como o Brasil, sobrepõe-se a patologias como desnutrição e doenças infectocontagiosas. Angelis (2006) ratificou essa ideia ao afirmar que o número de indivíduos com sobrepeso e obesidade vem aumentando muito nas últimas décadas em decorrência de fatores que não podem ser tratados individualmente, tendo chegado a índices alarmantes, como uma verdadeira epidemia que atinge a maioria dos países na atualidade.

Estudos epidemiológicos brasileiros demonstraram que cerca de 40% da população apresenta algum grau de excesso de peso e a proporção de obesos mórbidos tem

aumentado de maneira geral, em uma tendência mundial (Pereira, 2006). Essa informação é corroborada por dados atualizados, os quais mostraram que, no Brasil, 49% da população adulta apresenta excesso de peso (IMC igual ou superior a 25) e, em adultos, a obesidade (IMC igual ou superior a 30) afeta 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres (IBGE, 2010, p. 70).

Ao lado disso, os custos econômicos da obesidade foram avaliados em vários países desenvolvidos e estão na faixa de 2% a 7% do total despendido em cuidados com a saúde. Isso indica que a obesidade representa um dos maiores itens de gasto nos orçamentos nacionais de cuidados com a saúde. Em relação aos países em desenvolvimento, embora não haja estudos comparativos acerca do impacto econômico da obesidade (OMS, 2004), pode-se inferir que os gastos diretos e indiretos com indivíduos obesos, assim como em países desenvolvidos, representa parte considerável do orçamento nacional.

Malheiros e Freitas Jr. (2006) relataram que nos Estados Unidos, em 1995, os gastos diretos e indiretos com a obesidade chegaram a US\$ 99 bilhões e, em 2000, atingiram a casa dos US\$ 117 bilhões. Estimativas de países desenvolvidos apontam que, entre as despesas com saúde, os gastos com o tratamento da obesidade figuram entre os mais altos, girando em torno de 6% ou mais do total (Almeida & Ferreira, 2005).

De acordo com Fandiño, Benchimol, Coutinho e Appolinário (2004), esse contexto torna urgente a busca de opções para o tratamento da doença. Assim, se o paciente não estiver pronto para tratar a obesidade, o objetivo terapêutico deve ser a prevenção do ganho de peso e a superação dos obstáculos que impedem a redução do IMC. Se o paciente estiver pronto para emagrecer, um tratamento estruturado e com objetivos bem definidos deve ser instituído, com alterações na dieta e na atividade física, associadas à terapia de

modificação de comportamento. A farmacoterapia e a cirurgia bariátrica são opções adicionais de tratamento que se revelam úteis em pacientes selecionados adequadamente.

## **1.2 Cirurgia bariátrica**

Surgidas em 1951, as cirurgias bariátricas evoluíram muito e hoje contam com diversas técnicas disponíveis. Na década de 1990, foram difundidas e tornaram-se mais seguras, apresentando bons resultados a longo prazo (Arasaki, Del Grande, Oliveira, & Alves, 2005).

As técnicas utilizadas atualmente nos procedimentos cirúrgicos para controle da obesidade podem ser classificadas em restritivas, disabsortivas e mistas. As cirurgias restritivas impedem a ingestão de grande volume de alimento, porquanto restringem sua entrada no estômago. Já as disabsortivas diminuem a absorção de nutrientes pelo intestino, enquanto as mistas têm as duas funções anteriormente descritas (Pereira, 2006).

Entre as cirurgias mistas, o principal gênero de cirurgia bariátrica realizado atualmente (bypass gástrico com reconstituição do trânsito intestinal em “Y de Roux”), destaca-se a cirurgia de Fobi-Capella (Ximenes, 2009). Essa técnica é hoje a mais utilizada e considerada o padrão-ouro em cirurgia para obesidade no meio médico, em função dos resultados apresentados e pelo menor índice de complicações pós-cirúrgicas. O objetivo dessa técnica cirúrgica é promover a redução de peso mediante a diminuição do tamanho do estômago – de modo a impedir a ingestão de grandes volumes de alimento – e o desvio do intestino do paciente – com a conseqüente diminuição da absorção de nutrientes (Pereira, 2006). É relevante ressaltar que todos os sujeitos integrantes da amostra desta

pesquisa passaram pela cirurgia bariátrica, durante a qual foi utilizada a técnica de Fobi-Capella.

Os tratamentos convencionais costumam falhar, principalmente na perspectiva de longo prazo, já que o reganho de peso é constante, o que onera o tratamento (OMS, 2004). Assim sendo, a cirurgia é considerada a maneira mais eficaz de reduzir e manter o peso nos indivíduos gravemente obesos (IMC superior a 35). Segal e Fandiño (2002) afirmaram o mesmo ao relatar que o tratamento convencional da obesidade grau III ou mórbida continua produzindo resultados insatisfatórios, pois 95% dos pacientes recuperam seu peso inicial em até dois anos após o início do emagrecimento. Além disso, considerando tanto os custos da perda de peso quanto a cura ou o controle de comorbidades, além da manutenção do emagrecimento no período, dados da pesquisa de Kral (1998) revelaram que o tratamento cirúrgico, no prazo de quatro anos, representa custo menor do que o de qualquer outro tipo de tratamento, seja para o paciente em tratamento, seja para o sistema público de saúde.

Faz-se necessário destacar que, embora presentes as vantagens citadas, o tratamento cirúrgico da obesidade grau III constitui opção radical e, portanto, somente deve ser empregado quando falharem os métodos clínicos tradicionais. Não deve ser utilizado como primeira escolha de tratamento, mas reservado a pacientes que não obtiveram sucesso em tentativas anteriores empregando métodos tradicionais de emagrecimento (Silva, Silva, & Silva Neto, 2005).

Segal e Fandiño (2002) advertiram que a seleção de pacientes para a cirurgia bariátrica requer, pelo menos, cinco anos de evolução da obesidade, além do fracasso dos métodos convencionais de tratamento realizados por profissionais qualificados. Além disso, Oliveira, Linardi e Azevedo (2004) postularam que devem ser considerados candidatos ao procedimento cirúrgico pacientes com obesidade igual ou superior ao grau



III (IMC = 40) ou, ainda, de grau II (IMC de 35 a 39,9) com uma ou mais complicações médicas associadas a esta condição, desde que não consigam alcançar ou manter a perda ponderal com o auxílio de tratamento convencional. Adicionalmente, é necessário que os pacientes apresentem risco cirúrgico aceitável e sejam capazes de realizar acompanhamento pós-cirúrgico adequado e por longo prazo.

As cirurgias bariátricas representam opção efetiva e aceita internacionalmente pela comunidade científica. Os pacientes que se submetem ao tratamento cirúrgico da obesidade clinicamente grave, no entanto, devem estar cientes da necessidade de acompanhamento multidisciplinar pós-operatório por longo prazo para que a terapêutica proposta resulte em sucesso (Silva e cols., 2005). Como a obesidade mórbida é doença crônica e multifatorial, a adesão do paciente ao acompanhamento interdisciplinar após a cirurgia é fundamental para a boa evolução do tratamento, ou seja, para a manutenção do peso adequado, a resolução de comorbidades físicas e a melhora da qualidade de vida (Rombaldi & Silva, 2005). Entretanto, estudos posteriores são necessários para a comprovação desse dado.

### **1.3 Adesão ao tratamento**

Leite e Vasconcellos (2003) esclareceram que o conceito de adesão ao tratamento varia entre diversos autores; no entanto, de forma geral, é compreendido como a utilização de medicamentos prescritos ou outros procedimentos, com observância de horários, doses e tempo de tratamento, em pelo menos 80% do que foi prescrito pelo profissional da área da saúde. Ponto fundamental para a resolubilidade de diversos tratamentos e a recuperação biopsicossocial do indivíduo, a adesão à terapêutica tem sido discutida e estudada por

diversos profissionais da área da saúde (Paulo & Zanini, 1997; Vasconcelos, 1996). Da adesão ao tratamento depende, por exemplo, o controle da pressão arterial do paciente hipertenso, a longevidade do portador de HIV/AIDS, a qualidade de vida do diabético e do paciente submetido à cirurgia bariátrica.

Várias hipóteses são ensaiadas em estudos sobre adesão, podendo-se postular que “a não-adesão, em algum grau, é universal” (Jordan, Lopes, Okazaki, Komatsu, & Nemes, 2000, p. 13), além de estar relacionada a diversos fatores, como o envolvimento do profissional da área da saúde, o tratamento, a patologia e o paciente (Paulo & Zanini, 1997; Vasconcelos, 1996). Apesar de Haynes, McKibbin e Kanani (1996) afirmarem que o normal é não aderir, a adesão ao que é prescrito profissionalmente depende de uma série de fatores, enquanto as indicações populares – como as da vizinha ou de membros da família – são aceitas mais facilmente (Leite, 2000). Portanto, verifica-se que o paciente deseja utilizar algum tipo de tratamento, gostaria de tratar os sintomas e obter alívio, mas, por vezes, possivelmente aceita melhor a interferência de pessoas próximas que compartilham o mesmo ambiente social.

Deve-se ressaltar que a não adesão ao tratamento pela dificuldade de acesso ao medicamento aparece de maneira clássica na literatura. Nesse sentido, no estudo realizado por Brand, Smith e Brand (1977), nos Estados Unidos, ficou demonstrado que o principal fator relacionado à não adesão de idosos ao tratamento foi o alto custo da medicação. Ao evidenciar isso, os autores concluíram que o custo mensal das prescrições dos pacientes que não aderiram era, em média, o dobro do custo mensal das prescrições daqueles que aderiram ao tratamento medicamentoso. Porém, esses dados devem ser discutidos à luz da influência da idade dos participantes do estudo citado.

Contudo, outros estudos apontam, ainda, que o valor do medicamento não é o único fator que influencia a adesão ao tratamento. O maior número de medicamentos prescritos e

o esquema terapêutico também estão associados à não adesão, mesmo quando o medicamento é fornecido gratuitamente. Jordan e cols. (2000) destacaram que esse é um dos principais fatores relacionados à adesão ao esquema terapêutico com antirretrovirais, uma vez que exige grande empenho por parte do paciente, que precisa adaptar sua alimentação, horários e ritmo de vida para cumprir o tratamento. Possivelmente, algo parecido ocorre com o paciente submetido à cirurgia bariátrica, pois é indispensável, para o sucesso da cirurgia a longo prazo, que haja 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.

Outro fator que dificulta a adesão é o tempo de tratamento (Santos, Frota, Cruz, & Holanda, 2005). Isso porque, a exemplo do que ocorre nas doenças crônicas, a dificuldade em precisar o fim do tratamento pode contribuir negativamente para a sua continuidade. No que diz respeito especificamente ao paciente que se submeteu à cirurgia bariátrica, é possível que o longo período de acompanhamento pós-cirúrgico contribua para o decréscimo efetivo da adesão. Até porque, 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.

A adesão é ainda afetada ou direcionada pelo meio social e cultural em que se situa o paciente. A influência social é fenômeno bastante citado por pesquisadores, principalmente a partir da estratificação dos dados por faixa salarial e escolaridade. 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 (Brawley & Culos-Reed, 2000) ou a forma como o paciente constrói seu enfrentamento da doença (Dowell & Hudson, 1997).

Millstein-Moscato, Persano e Castro (2000) argumentaram que outra variável importante é o efeito colateral que normalmente decorre dos medicamentos utilizados durante o tratamento. Nesses casos, ocorre o que pode ser chamado de “efeito protetor”: na tentativa de se proteger de consequências que considera desagradáveis, o paciente não segue as recomendações terapêuticas, geralmente porque tem dificuldade para mudar seu ritmo de vida ou para aceitar as adversidades do tratamento.

Diversos estudos apontam que se torna fator decisivo para a adesão ao tratamento a confiança depositada pelo paciente na equipe de saúde ou na pessoa do médico que o atende pessoalmente. Porém, embora seja um dos possíveis entraves a ser trabalhado pela equipe de atenção à saúde, a relação médico–paciente não é suficiente para explicar o fenômeno da não adesão à terapêutica isoladamente (Al-Shammari, Khoja, & Al-Yamani, 1995; Ogedegbe, Harrison, Robbins, Mancuso, & Allegrante, 2004; Tsai, 2009).

Nesse sentido, após entrevistar pacientes e profissionais de uma unidade de saúde de Itajaí (SC), Leite (2000) observou que a linguagem e o *background* cultural apareceram como condicionantes importantes para a adesão. As pessoas da própria comunidade que compartilhavam de idênticas crenças e costumes relativos à saúde dos membros que a compunham, conseguiam fazer com que a clientela da unidade de saúde pesquisada aderisse às recomendações do tratamento, até mesmo aqueles pacientes que não costumavam aderir à prescrição dos médicos. A pesquisa revelou, ainda, que as recomendações passadas por vizinhos e parentes eram facilmente aceitas e utilizadas.

Várias pesquisas foram conduzidas para avaliar a forma como o paciente compreende a enfermidade que possui. Para exemplificar, em pacientes idosos, a melhora de sintomas, em algumas fases da doença, é citada como explicação para a não adesão à terapia (Rocha e cols., 2008). Diante desse cenário, Silvestre-Busto e cols. (2001) também

sustentaram que a gravidade da patologia está associada à maior adesão, mesmo em tratamentos longos, nos quais costuma ocorrer decréscimo da adesão ao longo do tempo.

De fato, 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. Ademais, 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.

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

#### **1.4 Apoio social e suporte familiar**

Entre as possibilidades sociais que o paciente pode utilizar em seu benefício, inclui-se a rede social (Hanson & Östergren, 1987), definida como o grupo de pessoas com o qual o indivíduo mantém contato ou algum vínculo social (Bowling, 1997). Entretanto, essa definição não se confunde com o conceito de apoio social, que diz respeito à dimensão ou à qualidade do apoio que a rede social pode oferecer ao sujeito (Griep, 2003).

Sherbourne e Stewart (1991) acrescentaram que o apoio social se mensura pela percepção do indivíduo quanto aos recursos postos à sua disposição, por outras pessoas, em situações de necessidade. Por seu turno, Schwarzer e Leppin (1991) sustentaram que o apoio social percebido é aquele que o sujeito considera disponível, caso dele necessite, o que difere do apoio social recebido, o qual diz respeito à maneira como o apoio é recebido por alguém, independentemente da percepção de quem o recebe.

Assim, à medida que o receptor relata ser satisfatório o apoio social recebido, passa a sentir-se não apenas participante de uma rede de recursos e informações, como também amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado. Por conseguinte, o indivíduo encontra forças para enfrentar situações adversas, o que traz consequências positivas para seu bem-estar (Campos, 2004).

Atualmente, a Internet parece representar ferramenta útil na obtenção de apoio 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. Em uma busca realizada na base de dados Orkut, em 15 de janeiro de 2011, encontraram-se 480 comunidades virtuais relacionadas à cirurgia bariátrica. 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 recuperação dos pacientes. No entanto, ainda não há comprovação científica dessa possível influência.

Sherbourne e Stewart (1991) 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. Servem de ilustração a esse respeito as investigações de

Berkman e Glass (2000), as quais indicaram que a disponibilidade de apoio material e afetivo, além de outras dimensões do apoio social (da parte de familiares e amigos, por exemplo), pode exercer papel importante no estímulo à adoção e à manutenção de hábitos de autocuidado.

Adicionalmente, em outros estudos, foram observadas associações diretas entre o apoio social e a adoção de autocuidados relacionados a comportamentos de saúde, tais como o abandono do tabagismo (Hanson & Östergren, 1987), a prática regular de exercícios físicos e a adoção de dieta saudável (Treiber e cols., 1991). Daí parecer que o autocuidado, como nos exemplos citados, surge como ponto marcante, após a cirurgia bariátrica, para que o paciente obtenha êxito em relação à qualidade de vida a longo prazo e não a mera e momentânea diminuição do peso corpóreo. Precipuamente, 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 apoio social.

Outros exemplos que corroboram essa hipótese estão presentes nos estudos de Wagle, Komorita e Lu (1997) e de Katapodi, Facione, Miaskowski, Dodd e Waters (2002), os quais identificaram no apoio social importante indicativo tanto para a realização periódica do autoexame das mamas em mulheres quanto para a adesão das pacientes a procedimentos de rastreamento de câncer (mamografia e exame clínico das mamas). Griep (2003, p. 21) postulou que “ter alguém com quem contar, sentir-se apoiado emocionalmente ou materialmente melhora a autoconfiança, a satisfação com a vida e a capacidade de enfrentar problemas, repercutindo positivamente na saúde.”

No mesmo sentido, Rodin (1986) afirmou que o apoio social tem efeito positivo direto e indireto sobre a saúde, pois reforça a sensação de controle sobre a própria vida.

Logo, pode-se inferir que a percepção de apoio social significativo por parte do paciente que irá submeter-se à cirurgia bariátrica 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.

Fundamentalmente, o apoio social percebido tem sido associado ao bem-estar psicológico, ao maior grau de satisfação com a vida e a autoestima, assim como à menor ocorrência de ansiedade (Broadhead, Gehlbach, de Gruy, & Kaplan, 1988). Murphy (1982) ratificou tais constatações em seu estudo, pois sugeriu que indivíduos socialmente mais isolados têm maior risco de sofrer sintomas depressivos e de ansiedade. Esses dados devem ser tomados com resguardo, uma vez que o delineamento utilizado no estudo não permite uma análise de causalidade (multicolinearidade).

Por fim, outro aspecto do construto abordado que se mostra proeminente nessa investigação diz respeito à afirmação de que o apoio social tem influência na manutenção da saúde, bem como favorece condutas adaptativas em situações de estresse (Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005). Nesse sentido, por meio de levantamento da literatura especializada, Ribeiro (1999) verificou que o suporte social, a par de aliviar o estresse em situações de crise, ainda pode inibir o desenvolvimento de doenças e assumir papel positivo na recuperação do indivíduo doente. Exemplo disso é a pesquisa realizada por Haslam, O'Brien, Jetten, Vormedal e Penna (2005), com pacientes em recuperação após cirurgia cardíaca. Os autores desse estudo concluíram que os indivíduos satisfeitos com o apoio social existente também mostraram respostas positivas a situações ou a ambientes estressantes (no caso, situações do ambiente hospitalar), embora o delineamento utilizado não permita uma análise de causa e efeito.



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

O apoio social também compreende 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; Ribeiro, 1999).

O modelo padronizado socialmente, nas sociedades contemporâneas ocidentais, é o da família conjugal tradicional, constituída pelo casal e respectivos filhos. Porém, cada vez mais, a realidade familiar diversifica-se (Carvalho & Almeida, 2003; Duarte, 2001; Magagnin, Barros, Buseti, & Bertoletti, 1997). Dessa forma, o conceito de família vem sofrendo mudanças nas últimas décadas, acompanhando as tendências de desenvolvimento nos âmbitos econômico, tecnológico, político e cultural. No Brasil, principalmente após a entrada da mulher no mercado de trabalho, houve grandes transformações na estrutura e nos papéis familiares. Entrementes, ainda que haja questionamentos acerca do futuro da família nas sociedades contemporâneas, sobretudo em função das transformações pelas

quais ela vem passando, as responsabilidades e as funções sociais do núcleo familiar não parecem ter perdido a relevância (Baptista, Baptista, & Dias, 2001; Carvalho & Almeida, 2003).

Em relação ao funcionamento familiar, Féres-Carneiro (1992) descreveu a família como sistema aberto e flexível, uma vez que está em constante transformação, interagindo de modo permanente com outros grupos da sociedade. O autor acrescentou certos aspectos que considerou fundamentais na dinâmica familiar: a comunicação congruente, direcional, funcional e com carga emocional; a existência de regras coerentes e flexíveis; a liderança compartilhada com os filhos de forma democrática; a autoestima; a relação conjugal integrada; e a preservação da individualidade.

No mesmo sentido, Lidchi e Eisenstein (2004, p. 222) afirmaram que:

Uma família funcional é aquela percebida como sendo predominantemente afetuosa, com boa comunicação, coesa, com regras flexíveis, porém com limites e fronteiras claros, dando aos seus membros os recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante das dificuldades da vida ou doenças intercorrentes.

Adicionalmente, o grupo familiar é constituído de redes de relações primárias e vínculos duradouros, razão pela qual as experiências da vida familiar afetam profundamente a capacidade de convivência em grupo, o restabelecimento diante de situações estressoras e a manutenção do estado de bem-estar geral do indivíduo. Quando a família se encontra bem organizada, com diálogo aberto, conseqüentemente, os papéis são bem definidos, flexíveis, interligados e complementares. Daí decorre que o sistema de regras claro e bem aceito permite à família exercer maior controle e apoio aos seus membros no enfrentamento de problemas. Porém, nem sempre a família é capaz de prover o apoio necessário ao membro em crise (Caplan, 1980; Féres-Carneiro, 1992).

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, então, como sistema de suporte antes e após o procedimento cirúrgico, como também influenciá-lo negativamente a este respeito. À vista disso, Souza (2007) 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. Já Rigotto (2006) preceituou que o suporte familiar, qualificado como uma instância mediadora entre o indivíduo e a sociedade, funcionaria como amortecedor de impactos sociais na vida dos membros da família.

Entretanto, o efeito do suporte familiar torna-se relevante apenas à medida que o receptor percebe esse apoio como satisfatório, sentindo-se amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e, ainda, participando de uma rede de recursos e informações partilhada com ele. Essa percepção o fortalece para enfrentar as adversidades da vida, trazendo consequências positivas para o seu bem-estar (Campos, 2004).

Soma-se a isso o fato de que a família pode ser considerada, ao mesmo tempo, fonte importante de suporte e de estresse para seus membros, influenciando nos processos de saúde e doença (Campos, 2004). Então, a família tanto pode constituir fonte produtora de estresse como servir de suporte para seus membros na adaptação a outros estressores, de modo a facilitar que os indivíduos lidem com as crises e se adaptem às mudanças. Caso a família funcione como fonte de suporte, o apoio familiar pode reduzir a quantidade de medicação requerida e acelerar a recuperação, facilitando a cooperação do paciente com os regimes médicos prescritos (Cobb, 1976).

Nessa mesma perspectiva, Pace, Nunes e Ochoa-Vigo (2003) realizaram pesquisa com 24 familiares de portadores de diabetes em um hospital universitário e, por meio de

entrevistas semiestruturadas, constataram a necessidade de educar os membros da família em relação ao tratamento de diabetes, visto que essas pessoas poderiam proporcionar aos pacientes suporte no controle da doença e na prevenção de complicações. Os mesmos autores relataram que um dos efeitos benéficos do suporte familiar se dá por meio da promoção do comportamento de cooperação por parte do paciente em relação ao tratamento. Também ficou evidenciado no referido estudo que pacientes apoiados pela família tendem a dar continuidade ao tratamento e a seguir as orientações relativas ao cumprimento das dietas e à participação em programas regulares de exercícios físicos.

Não obstante, além do suporte familiar, outros fatores também podem influenciar na adoção de comportamentos de cooperação do paciente em relação ao que foi orientado pelo profissional da área da saúde, contribuindo no processo de tratamento de saúde ou dificultando-o. Entre as diversas possibilidades de variáveis interferentes pode-se citar a personalidade.

## **1.5 Personalidade**

Schultz e Schultz (2004) esclareceram que a palavra “personalidade” tem origem na expressão latina *persona*, que se refere ao tipo de máscara utilizado pelos atores em uma peça teatral. Com o passar do tempo, *persona* passou a se referir à aparência externa que se mostra aos que rodeiam o indivíduo. Conforme essa derivação, “personalidade” diz respeito às características externas e visíveis da pessoa. Porém, na contemporaneidade, a palavra engloba uma série de qualidades sociais e emocionais subjetivas, as quais talvez não possam ser vistas diretamente. De fato, a personalidade é o agrupamento permanente e peculiar de características que podem mudar em resposta a situações diferentes; não é

rígida nem imutável, pois admite variações de acordo com as circunstâncias (Schultz & Schultz, 2004). Assim sendo, Hall, Lindzey e Campbell (2000) definiram a personalidade como o conjunto de características psicológicas que torna o indivíduo único.

A personalidade refere-se a padrões relativamente constantes e duradouros de perceber, de pensar, de sentir e de se comportar, os quais parecem dar às pessoas identidades separadas. É um construto sumário que inclui pensamentos, motivos, emoções, interesses, atitudes, capacidades e fenômenos semelhantes (Davidoff, 1983). Patrão e Leal (2004) consideraram a personalidade como um conjunto de características com estrutura razoavelmente estável ao longo do tempo e que influencia o modo como o indivíduo reage perante acontecimentos da vida.

Em adição a essas definições, Costa Jr. e McCrae (1995) referiram-se à personalidade como sistema composto por traços e processos dinâmicos, que influenciam o comportamento. Construto relativamente estável e duradouro, o traço abrange pensamento, sentimento e comportamento humano. Além de ser unidade para a avaliação do comportamento desde os primórdios da psicologia, fornece base teórica para diversas investigações interculturais acerca da personalidade (Lima & Simões, 2006).

A diversidade de teorias e metodologias propostas por pesquisadores empenhados em estudar o indivíduo implica várias definições da personalidade humana. No histórico da conceituação da personalidade, podem-se considerar quatro modelos teóricos dominantes: traço, psicodinamismo, situacionismo e interacionismo. Os dois primeiros levam em conta características dinâmicas do indivíduo; o terceiro refere-se ao significado psicológico das situações; e o último relaciona-se à interação entre as duas áreas antes referidas (Patrão & Leal, 2004).

Os pesquisadores, em geral, avaliam a personalidade das pessoas estudadas, seja na tentativa de explicar-lhes o comportamento diante de determinada experiência, seja para relacionar a personalidade com outras medidas (Schultz & Schultz, 2004). Com base nisso, na presente pesquisa, buscou-se investigar a relação entre as características de personalidade do sujeito com o grau de adesão ao tratamento multidisciplinar feito posteriormente à cirurgia de redução do estômago.

Para Nunes e Hutz (2005), o modelo dos Cinco Grandes Fatores possibilita a descrição da personalidade do indivíduo de forma simples, abrangente e baseada em evidências de universalidade e de flexibilidade na escolha do contexto de aplicação. Hutz e cols. (1998), sugeriram a seguinte tradução para os fatores do modelo dos Cinco Grandes Fatores: extroversão, socialização ou amabilidade, realização, neuroticismo e abertura para novas experiências. Esse modelo propõe descrever a personalidade humana em termos de grandes dimensões, cada uma delas reunindo uma variedade de traços psicológicos. Conseqüentemente, por meio dele, estuda-se a personalidade com base em procedimentos empíricos. Atualmente, esse enfoque é um dos mais utilizados em pesquisas, pois fornece descrição objetiva, consistente e replicável das dimensões da personalidade humana.

O modelo dos Cinco Grandes Fatores sustenta que os traços de personalidade são biologicamente fundamentados, mas interagem sempre com o ambiente social para orientar o comportamento do indivíduo (McCrae, 2006). No Brasil, em pesquisa voltada para o desenvolvimento de marcadores visando a avaliação da personalidade, Hutz e cols. (1998) obtiveram, por meio de análises fatoriais e da aplicação de diferentes métodos de extração, cinco fatores correspondentes aos descritos na literatura concernente ao modelo dos Cinco Grandes Fatores.

Esse modelo teve como base o trabalho de Cattell (1946), no qual o autor desenvolveu análises fatoriais da personalidade utilizando a “hipótese léxica”. Seu

procedimento consistiu em obter informações a partir de expressões, geralmente adjetivos encontrados na linguagem natural e utilizados para descrever pessoas, colhidas por meio de entrevistas, questionários e avaliações entre pares. Tal metodologia permitiu o agrupamento de centenas de descritores de traços, que posteriormente foram reduzidos para aproximadamente 16 fatores que descreviam a personalidade (Goldberg, 1990).

Os Cinco Grandes Fatores têm também suas origens relacionadas a um grande conjunto de pesquisas na área da personalidade, envolvendo especialmente as teorias fatoriais e do traço. Segundo Hutz e cols. (1998), tal modelo é uma versão moderna da teoria do traço, que estabelece avanço conceitual e empírico no campo da personalidade, porquanto descreve dimensões humanas básicas de forma consistente e replicável.

A descoberta dos cinco fatores foi acidental e constitui uma generalização empírica, replicada independentemente inúmeras vezes. Sendo assim, o modelo não foi desenvolvido a partir de uma teoria, como vários outros testes de personalidade o foram. Conseqüentemente, não há uma explicação teórica para organizar a personalidade em cinco dimensões básicas. Mesmo assim, o uso de descritores de traços da linguagem natural tem sido defendido como a melhor estratégia para identificar fatores que descrevem características de personalidade (Briggs, 1992).

McDougall (1930) foi quem apresentou, pela primeira vez, uma explicação teórica acerca da personalidade a partir de cinco fatores e, mais tarde, inspirou Thurstone (1934) a desenvolver pesquisas para verificar empiricamente a adequação do modelo. Todavia, foram necessários 50 anos para que os pesquisadores da personalidade dessem a devida atenção aos cinco fatores. Digman (2002) afirmou que a dificuldade de realização da análise fatorial envolvida pode ter contribuído para a demora na maior utilização do modelo, pois, antes do desenvolvimento dos computadores e de software específicos, era muito difícil e longa. Essa delonga também pode estar relacionada ao enfoque maior no

desenvolvimento teórico e menor na pesquisa sistemática dado ao campo da personalidade da época, talvez retardando o reconhecimento da validade dos Cinco Grandes Fatores. Ainda se deve somar a esses dois elementos a falta de estudos continuados acerca do tema por parte dos pesquisadores que se dedicaram ao assunto.

Não obstante, no final da década de 1970, essa situação se reverteu, uma vez que a área da avaliação psicológica em geral e os modelos estruturais de personalidade ganharam destaque (Hutz & Bandeira, 1993). Mormente, nos últimos dez anos, o modelo dos Cinco Grandes Fatores parece vir ganhando cada vez mais reconhecimento no meio científico.

Ainda sim, a denominação dos fatores não parece consensual, por vezes dificultando a comunicação entre pesquisadores. Entretanto, os traços de personalidade e sua forma de agrupamento são equivalentes nas diferentes nomenclaturas do modelo. Conforme elucidou Hutz e cols. (1998), o modelo dos Cinco Grandes Fatores propõe fatores que podem ser traduzidos para o português como: extroversão, socialização ou amabilidade, realização, neuroticismo e abertura para novas experiências. O fator I tem sido geralmente chamado de extroversão/introversão e refere-se à tendência que o indivíduo tem de ser extrovertido, comunicativo e desembaraçado. O fator II, comumente denominado nível de socialização, diz respeito à disposição a ser socialmente agradável, caloroso e dócil. O fator III, usualmente chamado de escrupulosidade ou realização, refere-se a características de personalidade que levam a responsabilidade e honestidade ou, no outro extremo, a negligência e irresponsabilidade. O fator IV é frequentemente denominado neuroticismo e é concernente a características de personalidade que envolvem afeto positivo e negativo, ansiedade e estabilidade emocional. O fator V é comumente chamado de abertura para novas experiências e engloba a percepção que a pessoa tem de sua própria capacidade, flexibilidade de pensamento, fantasia, imaginação e abertura para novas experiências e interesses culturais.



O modelo dos Cinco Grandes Fatores parece estar sendo considerado entre os pesquisadores da área o melhor modelo estrutural disponível para descrição da personalidade (Goldberg, 1992; McCrae, Costa, & Piedmont, 1993). Tal fato corrobora a escolha desse instrumento para descrever, no contexto da cirurgia bariátrica, a personalidade do paciente, bem como averiguar se há relação entre a adesão no período pós-cirúrgico e alguma característica de personalidade. Embora o modelo seja ainda recente, estudos têm demonstrado sua utilidade em diversas áreas da psicologia, como é o caso da psicologia comunitária e da saúde (Smith & Williams, 1992).

Nesse sentido, com a presente pesquisa buscou-se conhecer algumas características da personalidade do grupo estudado e, então, investigar quais delas interferem na adesão ao tratamento posterior à cirurgia bariátrica. Leite e Vasconcellos (2003) argumentaram que a forma como o paciente é visto e o seu papel no próprio tratamento também se refletem na maneira como são discutidos os fatores relativos à adesão. Portanto, deve-se entender o paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre o seu tratamento. Por seu turno, Botelho e Leal (2001) advertiram que três aspectos são relevantes na relação entre os traços de personalidade e a saúde, quais sejam: podem ter papel causal na etiologia da doença, podem também funcionar como mediadores do estresse e podem ser indicadores da probabilidade de adotar ou não comportamentos de risco para a saúde.

Na presente pesquisa, as causas da adesão ao tratamento não são explicadas com base nas características pessoais do paciente. Sobre o assunto, parece mais relevante cuidar das hipóteses em que a personalidade interfere na adoção de comportamentos de risco, o que, no caso, traduz-se na não adesão ao acompanhamento multidisciplinar. Contudo, nada disso impede conjecturas acerca das possibilidades de a personalidade do indivíduo

funcionar como mediador do estresse pós-cirúrgico no período de readaptação, o que explicaria a maior facilidade ou dificuldade de adesão do paciente ao tratamento.

## **1.6 Autoeficácia**

A autoeficácia ocupa lugar central na rede conceitual da Teoria Cognitiva Social de Bandura (1977, 1995, 1997). Essa teoria apresenta um modelo explicativo para o funcionamento humano em que comportamento, fatores pessoais e ambientais interagem e influenciam uns aos outros bidirecionalmente. Nessa perspectiva, considera-se o indivíduo inserido em sistemas sociais, nos quais, por meio de trocas, vão ocorrendo adaptações e mudanças, ou seja, o indivíduo é agente e produto das trocas sociais e o comportamento humano é a expressão de uma relação de constante interação com o meio. Assim, tal teoria enfatiza que a maior parte do comportamento humano é determinada por fatores interativos e que as pessoas não o determinam, mas contribuem para o que acontece com elas (Bandura, 1993).

A obra de Bandura tem uma proposta teórica abrangente e suas ideias sobre autoeficácia encontraram ressonância em diversas áreas do conhecimento, como saúde, educação, trabalho e esporte (Azzi & Polydoro, 2006). Além disso, o mesmo construto é hoje utilizado para compreender os comportamentos de proteção à saúde, como prática de exercícios físicos, dieta adequada ao controle de peso e adesão ao tratamento do alcoolismo (Schwarzer & Renner, 1993).

Desde 1977, tem havido evolução da formulação do construto em tela, até que Bandura (1997, p. 3) postulou que “a auto-eficácia percebida refere-se às crenças de alguém em sua capacidade em organizar e executar cursos de ação requeridos para

produzir certas realizações.” Consequentemente, autoeficácia é o julgamento do sujeito a respeito de sua competência para realizar uma tarefa específica ou um conjunto de tarefas em um determinado domínio ou contexto e, como tal, sofre mudanças em razão da própria dinâmica de interações do indivíduo com o ambiente, como pontuado anteriormente.

Autoeficácia também pode ser identificada em contextos mais gerais, não se restringindo a um contexto específico. Autoeficácia geral é a crença que o indivíduo possui em sua competência para lidar com tarefas novas e adversidades, em uma ampla gama de eventos estressantes ou desafiadores, diferente da autoeficácia específica, que é limitada à execução de uma determinada tarefa (Luszczynska, Gutiérrez-Doña, & Schwarzer, 2005).

Bandura (1997) também apontou não ser pertinente confundir a crença de autoeficácia com o número de habilidades que o indivíduo possui e tampouco com as habilidades necessárias para que a ação ocorra. Para ele, o construto diz respeito ao que o sujeito julga poder fazer com as habilidades que tem, em uma variedade de circunstâncias. Ademais, ao avaliar o efeito da percepção de autoeficácia e da própria habilidade, Bandura (1997) afirmou que estudos realizados em diferentes áreas mostraram que a percepção de autoeficácia funciona melhor como indicativo do comportamento subsequente do indivíduo do que a habilidade individual, pois a ação está mais relacionada às crenças do que ao que é objetivamente conhecido. Nesse sentido, Azzi e Polydoro (2006) esclareceram que a autoeficácia, como crença, refere-se às convicções do indivíduo sobre suas habilidades de mobilizar recursos cognitivos, motivacionais e de comportamento necessários para a execução de uma tarefa específica em determinado momento e em dado contexto.

A eficácia percebida afeta o comportamento, não diretamente, mas pelo impacto que tem em outros determinantes, tais como: metas, aspirações, expectativa de resultado, tendências afetivas e percepção acerca de impedimentos e oportunidades. As crenças de

eficácia influenciam a escolha dos cursos de ação, os compromissos com as metas estabelecidas, a persistência perante obstáculos, a quantidade de esforço produzido, a resiliência para a adversidade e a quantidade de estresse e depressão experimentados no enfrentamento das demandas ambientais (Bandura, 2000).

À vista disso, por meio de investigação científica, Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro e Silveira (2002) encontraram associação positiva entre o escore de expectativa de autoeficácia, desenvolvido pelos autores, e a adesão ao tratamento antirretroviral conforme previsto no modelo cognitivo social. Sendo assim, acreditar em sua habilidade de disponibilizar recursos, como dinheiro ou tempo, para as consultas após a cirurgia pode ser considerado como preditor para o comportamento de adesão ao tratamento no pós-operatório da cirurgia bariátrica. Em sintonia com esse contexto, pode-se supor que o paciente com elevada percepção de autoeficácia geral estará mais propenso a superar as adversidades relacionadas à adesão na circunstância de sua readaptação após a cirurgia bariátrica, seja por meio da assiduidade ao acompanhamento multidisciplinar, seja no cumprimento de outras orientações dos profissionais da área da saúde que compõem os cuidados pós-cirúrgicos.

Observa-se que esse enfoque teórico coloca o sujeito em um papel ativo, responsável, pelo menos em grande parte, pelos eventos relacionados à vida e, mais especificamente, relacionados à adesão ao acompanhamento interdisciplinar. Desse modo, tira o enfoque da adesão como sendo exclusivo do meio ou das características pessoais, trazendo à luz os eventos de interação e colocando o sujeito como responsável por lidar com as adversidades da vida que dificultam sua adesão ao acompanhamento multidisciplinar. Nesse cenário, pode-se afirmar que, no contexto após a cirurgia bariátrica, a crença de autoeficácia para participar do acompanhamento multidisciplinar refere-se à capacidade pessoal de controlar as circunstâncias que possam dificultar a ida às

consultas/sessões, além de outros comportamentos, como ingestão de complementos nutricionais, mastigação efetiva, restrição drástica da quantidade de alimentação, entre outras exigências para que a readaptação alcance o êxito almejado.

A escolha desse fator se justifica levando-se em consideração que o paciente, após a cirurgia bariátrica, necessita alterar condutas relacionadas à sua saúde, tais como alimentação, prática de atividade física, assiduidade nas consultas com o médico, o nutricionista e o psicólogo. No mesmo sentido, Schwarzer e Fuchs (1999) avaliaram a expectativa de autoeficácia e verificaram seu potencial de influência na modificação de comportamentos voltados a práticas saudáveis.

Seidl, Melchíades, Farias e Brito (2007), por sua vez, estudaram o comportamento de adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids e investigaram a possibilidade da autoeficácia funcionar como preditor da adesão. Utilizando entrevistas e instrumentos autoaplicáveis, por meio de seus resultados constataram associação entre a autoeficácia e o comportamento de adesão, dessa forma indicando que pessoas com maior autoeficácia em relação ao tratamento para HIV/aids parecem aderir melhor aos esquemas terapêuticos. Ao contrário, aquelas que se percebem sem habilidade para lidar com dificuldades oriundas do tratamento, parecem ter piores chances de aderir a ele.

Diante do exposto, na presente pesquisa pretendeu-se reunir os construtos apresentados, promovendo a investigação da relação existente entre a percepção de suporte familiar e o apoio social, as características de personalidade, a crença de autoeficácia e a adesão ao tratamento. Também se teve como intuito que este estudo possa servir como colaboração ao aperfeiçoamento das intervenções que, antes e após a cirurgia bariátrica, buscam a adesão do paciente submetido à cirurgia bariátrica ao tratamento multidisciplinar posterior ao procedimento cirúrgico.

## Referências

- Almeida, B., & Ferreira, S. R. G. (2005). Epidemiologia. In A. M. Claudino, & M. T. Zanella (Eds.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 185-193). Barueri: Manole.
- Al-Shammari, S. A., Khoja, T., & Al-Yamani, M. J. M. S. (1995). Compliance with short-term antibiotic therapy among patients attending primary health centers in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of the Royal Society of Health*, *115*, 231-234.
- Angelis, R. C. (2006). *Riscos e prevenção da obesidade: fundamentos fisiológicos e nutricionais para tratamento*. São Paulo: Atheneu.
- Arasaki, C. H., Del Grande, J. C., Oliveira, D. R. C. F., & Alves, A. K. S. (2005). Cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade. In A. M. Claudino, & M. T. Zanella (Eds.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 287-296). Barueri: Manole.
- Azzi, R. G., & Polydoro, S. A. J. (2006). Auto-eficácia proposta por Albert Bandura. In R. G. Azzi, & S. A. J. Polydoro (Eds.), *Auto-eficácia em diferentes contextos* (pp. 9-23). Campinas, SP: Alínea.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, *28*, 117-148.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman & Company.

- Bandura, A. (2000). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In E. A. Locke (Ed.), *Handbook of principles of organizational behavior* (pp. 120-136). London: Blackwell.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *21*, 52-61.
- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, *14*, 58-67.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Ed.), *Social epidemiology* (137-173). New York: Oxford University Press.
- Botelho, T. M., & Leal, I. (2001). *Personalidade materna e prematuridade*. Lisboa: Edições SNR.
- Bowling, A. (1997) *Measuring social networks and social support*. In A Bowling (Ed.), *Measuring health: a review of quality of life measurement scales* (pp. 91-109). 2<sup>nd</sup> ed. Buckingham: Open University Press.
- Brand, F. N., Smith, R. T., & Brand, P. A. (1977). Effect of economic barriers to medical care on patients' noncompliance. *Public Health Reports*, *92*, 72-78. Disponível: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1431971/pdf/pubhealthrep00150-0074.pdf>>. Acesso: 14 fev. 2008.
- Brawley, L. R., & Culos-Reed, N. (2000). Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Controlled Clinical Trials*, *21*, 156S-163S.

- Briggs, S. R. (1992). Assessing the Five-Factor Model of personality description. *Journal of Personality, 60*, 253-293.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The DUKE-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care, 26*, 709-723.
- Campión, J., Milagro, F. I., & Martínez, J. A. (2009). Individuality and epigenetics in obesity. *Obes. Rev., 10*, 383-392.
- Campos, E. P. (2004). Suporte social e família. In J. Mello Filho (Ed.), *Doença e família* (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Carvalho, I. M. M., & Almeida, P. H. (2003). Família e proteção social. *São Paulo em Perspectiva, 17*, 109-122.
- Cattell, R. B. (1946). *The description and measurement of personality*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.
- Cordas, T. A., & Ascencio, R. F. R. (2006). Tratamento comportamental da obesidade. *Einstein, Supl 1*, S44-S48.
- Costa, F. S., Bandeira, D. R., Trentini, C., Brilmann, M., Friedman R., & Nunes M. A. (2009). Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. *Psicologia em Estudo, 14*, 287-293.



- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (1995). Primary traits of Eysenck's P-E-N system: three- and five-factor solutions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 308-317.
- Coutinho, W. F., & Benchimol, A. K. (2006). Obesidade mórbida e afecções associadas. In A. B. Garrido Jr. (Org.), *Cirurgia da obesidade* (pp. 13-17). São Paulo: Atheneu.
- Coutinho, W., & Dualib, P. (2006). Etiologia da obesidade. In M. A. A. Nunes, J. C. Apolinário, A. L. G. Abuchaim, & W. Coutinho (Eds.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 265-281). Porto Alegre: Artmed.
- Davidoff, L. L. (1983). *Introdução à psicologia*. (A. B. Simões, M. G. Lustosa, trad.). São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.
- Digman, J. M. (2002). Historical antecedents of the Five-Factor Model. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Orgs.), *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. (2 ed., pp. 17-22). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dowell, J., & Hudson, H. (1997). A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. *Family Practice*, *14*, 369-375.
- Duarte, Y. (2001). Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fabricatore, A., & Wadden, T. (2004). Psychological aspects of obesity. *Clinics in Dermatology*, *22*, 332-337.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho, W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *26*, 47-51.

- Féres-Carneiro, T. (1992). Família e saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, 485-493.
- Finkelstein, E. A., Ruhm, C. J., & Kosa, K. M. (2005). Economic causes and consequences of obesity. *Annual Review of Public Health*, 26, 239-257.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative “description of personality”: the big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-1229.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five Factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
- 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, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 703-714.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. (M. A. V. Veronese, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hanson, B. S., & Östergren, P. O. (1987). Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects on some results from the population study ‘men born in 1914’, Malmö, Sweden. *Social Science and Medicine*, 25, 849-859.
- Haslam, S. A., O’Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., & Penna, S. (2005). Taking the strain: social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44, 355-370.

- Haynes, R. B., McKibbin, K. A., & Kanani, R. (1996). Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *The Lancet*, *348*, 383-386.
- Hutz, C. S., & Bandeira, D. R. (1993). Tendências contemporâneas no uso de testes: uma análise da literatura brasileira e internacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *6*, 85-103.
- Hutz, C. S., Nunes, C. H., Silveira, A. D., Serra, J., Antón, M., & Wieczorek, L. S. (1998). O desenvolvimenro de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *11*, 395-411.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro. Disponível: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_encaa/pof\\_20082009\\_encaa.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf)>. Acesso: 10 out. 2010.
- Jaenisch, R., & Bird, A. (2003). Epigenetic regulation of gene expression: how the genome integrates intrinsic and environmental signals. *Nat. Genet.*, *33*, 245-254.
- 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*. In P. R. Teixeira, V. Paiva, & E. Shimma (Orgs.). *Tá difícil de engolir?* (pp. 5-22). São Paulo: Nepaids.
- Katapodi, M. C., Facione, N. C., Miaskowski, C., Dodd, M. J., & Waters, C. (2002). The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. *Oncology Nursing Forum*, *29*, 845-852.

- Kral, J. G. (1998). Surgical treatment of obesity. In G. A. Bray, C. Bouchard, W. P. T. James, (Eds.), *Handbook of obesity* (pp. 977-993). New York: Marcel Dekker.
- Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *15*, 121-133.
- Leite, S. N. (2000). *Além da medicação: a contribuição da fitoterapia para a saúde pública*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, *8*, 775-782.
- Levin, B. E. (2008). Epigenetic influences on food intake and physical activity level: review of animal studies. *Obesity*, *18*, S51-S54.
- Lidchi, V., & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e famílias no contexto médico. In J. Mello Filho (Org.), *Doença e família* (pp. 217-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, M. O., & Simões, A. (2006). Inventário de Personalidade NEO Revisado (NEO-PI-R). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica – instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 21-36). Coimbra: Quarteto.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, *40*, 80-89.
- Magagnin, C., Barros, T. M., Buseti, L. Z., & Bertoletti, L. G. (1997). Autoconceito e adaptação do adolescente. *Alethéia*, *6*, 5-23.

- Malheiros C. A., & Freitas Jr., W. R. F. (2006). Obesidade no Brasil e no mundo. In A. B. Garrido Jr. (Org.), *Cirurgia da obesidade* (pp. 19-23). São Paulo: Atheneu.
- McCrae, R. R. (2006). O que é personalidade? In C. Flores-Mendoza, & R. Colom-Marañon (Orgs.), *Introdução à psicologia das diferenças individuais* (pp. 203-218). Porto Alegre: Artmed.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., & Piedmont, R. L. (1993). Folk concepts, natural language, and psychological constructs: the California Psychological Inventory and the Five Factor Model. *Journal of Personality*, *61*, 1-26.
- McDougall, W. (1930). Hormic psychology. In C. Murchison (Ed.), *Psychologies of 1930* (pp. 3-36). Worcester: Clark University Press.
- Millstein-Moscati, I., Persano, S., & Castro, L. L. C. (2000). Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In L. L. C. Castro (Org.), *Fundamentos de farmacoepidemiologia* (pp. 171-179). Campo Grande: Editora AG.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, *141*, 135-142.
- Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2005). O modelo dos Cinco Grandes Fatores de personalidade. In R. Primi (Org.), *Temas em avaliação psicológica* (pp. 87-106). São Paulo: Casa do Psicólogo; Porto Alegre: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.
- 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. *Ethnicity Disease*, *14*, 3-12.
- Oliveira, V. M., Linardi, R. C., & Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *31*, 199-201.

- OMS. Organização Mundial da Saúde. (2004). *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global*. São Paulo: Roca.
- Pace, A. E., Nunes, P. D., & Ochoa-Vigo, K. (2003). O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 11*, 312-319.
- Pacheco, E. S. C. (2006). Uma palavra sobre a dificuldade de adesão do paciente no acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica. In A. R. M. Franques, & M. S. Arenales-Loli (Org.), *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade* (pp. 205-217). São Paulo: Vetor.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos Big Five. In J. Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 530-544). Lisboa: ISPA.
- Paulo, L. G., & Zanini, A. C. (1997). *Compliance: sobre o encontro paciente/médico*. São Roque: IPEX.
- Pereira, E. A. (2006). *Prática interdisciplinar na cirurgia bariátrica*. São Borja: Conceito.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica, 16*, 547-558.
- Rigotto, D. M. (2006). *Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito*. Dissertação de mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Rocha, C. H., Oliveira, A. P. S., Ferreira, C., Faggiani, F. T., Schroeter, G., Souza, A. C. A., DeCarli, G. A., Morrone, F. B., & Werlang, M. C. (2008). Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência e Saúde Coletiva, 13*, 703-710.

- Rodin, J. (1986). Aging and health: effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271-1276.
- Rombaldi, A. R., & Silva, R. S. (2005). Controle clínico pós-cirurgia da obesidade. In R. S. Silva, & N. T. Kawahara (Ed.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade* (pp. 367-385). Porto Alegre: AGE.
- Santos, Z. M. S. A., Frota, M. A., Cruz, D. M., & Holanda, S. D. O. (2005). Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14, 332-340.
- Schillie, S. F. (2004). *The obesity epidemic: a consequence of our success*. In Highlights of the American College of Preventive Medicine Annual Meeting. Conference Report in Medscape Public Health & Prevention.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2004). *Teorias da personalidade*. (E. Kanner, trad.). São Paulo: Pioneira Thomson.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de auto-eficacia. In A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp 223-244). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: a theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (1993). Health-specific self-efficacy scales. Berlin: Freien Universität Berlin. Disponível: <<http://userpage.fu-berlin.de/~health/healsself.pdf>>. Acesso: 12 jul. 2010.
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 68-72.

- Seidell, J. C., & Flegal, K. M. (1997). Assessing obesity: classification and epidemiology. *British Medical Bulletin*, *53*, 238-252.
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*, 2305-2316.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, *38*, 705-714.
- Sichieri, R., & Souza, R. A. G. (2006). Epidemiologia da obesidade. In M. A. A. Nunes, J. C. Apolinário, A. L. G. Abuchaim, & W. Coutinho (Eds.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 251-263). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, I., Ribeiro, J. P., & Cardoso, H. (2009). Cirurgia de obesidade: qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, *11*, 196-210.
- Silva, R. S., Silva, R. C., & Silva Neto, P. C. (2005). Seguimento tardio e avaliação da eficácia da cirurgia bariátrica. In R. S. Silva & N. T. Kawahara (Eds.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade* (pp. 449-462). Porto Alegre: AGE.
- Silvestre-Busto, C., Ramalle-Gómara, E., Arnáez-García, R., Flor-Serrano, A., García-Fernández, J., Ramil-Pernas, H., & Notivol-Tejero, M. P. (2001). Estudio multicéntrico sobre adhesión al tratamiento antibiótico en población infantil em atención primaria. *Atención Primaria*, *27*, 554-558.
- Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and health: advantages and limitations of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, *60*, 395-423.



- Souza, M. S. (2007). *Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis*. Dissertação de mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Thirlby R. C., & Randall J. A. (2002). A genetic “obesity risk index” for patients with morbid obesity. *Obesity Surgery, 12*, 25-29.
- Thurstone, L. L. (1934). Vectors of mind. *Psychological Review, 41*, 1-32. Disponível: <<http://psychclassics.yorku.ca/Thurstone>>. Acesso: 10 ago. 2009.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica, 3*, 533-550.
- Treiber, F. A., Baranowski, T., Braden, D. S., Strong, W. B., Levy, M., & Knox, W. (1991). Social support for exercise: relationship to physical activity in young adults. *Preventive Medicine, 20*, 737-750.
- Tsai, J. C. (2009). A comprehensive perspective on patient adherence to topical glaucoma therapy. *Ophthalmology, 116*, 30-36.
- Vasconcelos, E. M. (1996). A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. *Saúde em Debate, 49*, 101-106.
- Wagle, A., Komorita, N. I., & Lu, Z. Y. J. (1997). Social support and breast self-examination. *Cancer Nursing, 20*, 42-48.
- Ximenes, E. G. (2009). *Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico*. São Paulo: Santos.

## **PARTE 2. ARTIGO EMPÍRICO**

### **Fatores envolvidos na adesão ao tratamento multidisciplinar após a cirurgia bariátrica**

#### **Resumo**

Nesta pesquisa, objetivou-se verificar a relação entre adesão ao tratamento após a cirurgia bariátrica, fatores socioeconômicos, apoio social, suporte familiar, autoeficácia e personalidade do paciente obeso. Para isso, 87 pacientes apresentando obesidade grau II com comorbidades associadas e obesidade grau III foram avaliados usando os seguintes instrumentos: Inventário de Percepção do Suporte Familiar, Escala de Apoio Social, Marcadores para Avaliação da Personalidade, Escala de Percepção de Autoeficácia Geral e questionário sociodemográfico. Observou-se que maior renda e menor pontuação no fator de personalidade “realização” foram associados a maior adesão ao acompanhamento psicológico. Pacientes moradores da capital do estado, com menos apoio social total, afetivo e emocional/informacional aderiram mais às consultas médicas. Suporte familiar do tipo autonomia relacionou-se negativamente com adesão ao nutricionista. Por fim, adesão multidisciplinar correlacionou-se mais com adesão ao nutricionista do que com as outras especialidades. São necessárias novas pesquisas para investigar fatores interferentes na adesão ao tratamento pós-cirúrgico da obesidade de modo a aperfeiçoar intervenções que a favoreçam.

**Palavras-chaves:** adesão; cirurgia bariátrica; apoio social; suporte familiar; personalidade.

## **Abstract**

The aim of this research has been to verify the relationship between adherence to treatment after bariatric surgery, socioeconomic factors, social support, family support, self-efficacy, and personality in obese patients. To do so, 87 patients presenting obesity class II with associated co-morbidities and obesity class III were evaluated using the following instruments: Perception of Family Support Inventory, Social Support Scale, markers for personality assessment within the framework of the Big Five Personality Factors, General Self-Efficacy Scale, and a demographic questionnaire. It was observed that higher income and lower punctuation in the personality factor “will to achieve” were associated to higher adherence to psychological follow-up. Patients living in the capital of the state and presenting less total social, affective, and emotional/informational support adhered more to medical appointments. Family support with autonomy was negatively correlated with adherence to the nutritionist. Finally, multidisciplinary adhesion presented higher correlation with adherence to the nutritionist than to the other specialists. Further studies are necessary to investigate factors that interfere with adherence to the treatment after bariatric surgery in order to improve interventions that favor it.

**Key words:** adherence; bariatric surgery; social support; family support; personality.

A obesidade, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, é uma doença crônica, de etiologia multifatorial e atualmente constitui problema de saúde pública de proporções epidêmicas (Allison e cols., 2008; WHO, 2004). No Brasil, o panorama não é diferente, pois a obesidade atinge 12,4% dos homens e 16,9% das mulheres e cerca de 49% da população apresenta algum grau de excesso de peso (IBGE, 2010, p. 70). Ademais, a proporção de obesos mórbidos tem aumentado de maneira geral, acompanhando a tendência mundial (Pereira, 2006).

Para fins de diagnóstico e classificação da obesidade, a Organização Mundial da Saúde adota o índice de massa corporal (IMC) (OMS, 2004), também bastante utilizado na prática clínica e no meio acadêmico, calculado por meio da fórmula  $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$  ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Trata-se de parâmetro simples, mas com significativo valor diagnóstico e prognóstico. A partir desse cálculo, um indivíduo é considerado obeso quando seu IMC estiver acima de  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ .

Quanto à gravidade da doença, a obesidade é classificada como sendo de grau I quando o IMC variar entre 30 e 34,9, de grau II se estiver entre 35 e 39,9 e de grau III se atingir valor superior a 40. A obesidade está catalogada genericamente no item E66 da Classificação Internacional de Doenças (CID) e traz consigo diversos malefícios à saúde, incluindo o aumento das chances de morte prematura, além de problemas psicossociais e várias doenças debilitantes (Pereira, 2006).

No caso de pacientes com obesidade mórbida (grau III) ou com alguma complicação médica (comorbidez) associada à obesidade de grau II, tal como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteoartrites, a cirurgia bariátrica, é considerada o método mais efetivo de tratamento (Cabral, 2006; Santos, 2005). Entretanto, a intervenção cirúrgica não garante, por si só, o sucesso desse

tipo de tratamento. A boa evolução do procedimento abrange a perda e a manutenção do peso adequado, a resolução de comorbidez físicas, bem como a melhora da qualidade de vida (Herpertz, Kielmann, Wolf, Hebebrand, & Senf, 2004; Rombaldi & Silva, 2005; Sarwer, Wadden, & Fabricatore, 2005; Silva, Silva, & Silva Neto, 2005).

Por isso, além de avaliação e preparação multidisciplinares na fase anterior à cirurgia, a eficácia do tratamento ainda exige que o paciente, após a cirurgia, promova modificações alimentares, comportamentais e de estilo de vida (Travado, Pires, Martins, Ventura, & Cunha, 2004). Daí decorre a relevância da adesão do paciente aos tratamentos multidisciplinares que integram o processo terapêutico. Porém, em que pese a importância da adesão dos pacientes, até o momento, poucos foram os estudos realizados acerca do tema.

De acordo com Haynes (1979), adesão é o grau em que o comportamento do paciente coincide com as recomendações do profissional da área da saúde. O fenômeno da adesão é determinado pela interação de cinco dimensões: a) fatores relacionados ao paciente; b) fatores socioeconômicos; c) sistema e equipe de saúde; d) fatores relacionados ao tratamento; e) fatores relacionados à doença (WHO, 2003). A adesão ao tratamento, aspecto proeminente no contexto da cirurgia bariátrica, expressa a compreensão e a cooperação do paciente em face do planejamento e da implantação do próprio tratamento, o que pressupõe comportamento ativo por parte de quem adere.

Consequentemente, o processo de avaliação da adesão ao tratamento é complexo. Dependendo do tipo de terapêutica necessária ao controle ou ao tratamento da patologia e do delineamento proposto em cada pesquisa, diversos métodos podem ser utilizados, tais como: autorrelato do paciente, opinião do profissional da área da saúde, contagem de comprimidos, resposta clínica, análise biológica. Para Haynes (1979), a adesão ao

tratamento pode ser avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, pela correta ingestão dos medicamentos prescritos ou pelas mudanças no estilo de vida. Araújo e Garcia (2006) e Jesus e cols. (2008) destacaram que a assiduidade do paciente a encontros e consultas pode ser utilizada como parâmetro de avaliação do grau de adesão ao tratamento. Nessa mesma linha, na presente pesquisa, avaliou-se a adesão ao tratamento em função da frequência do paciente tanto às consultas com o médico e a nutricionista quanto às sessões com o psicólogo, visto que são essas as atividades da equipe multidisciplinar que se prolongam no período pós-cirúrgico.

Todavia, pouco se sabe, ainda, sobre os fatores que interferem na adesão do paciente obeso ao tratamento multidisciplinar necessário após a cirurgia bariátrica (Silva, Ribeiro, & Cardoso, 2009). Possivelmente, por se tratar de uma área nova, ainda são poucas as contribuições científicas que investigam o seguimento adequado da terapêutica multidisciplinar de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Dessa forma, realizou-se uma revisão de literatura abarcando estudos acerca da adesão ao tratamento de outras doenças crônicas que não a obesidade, em função da escassez de pesquisas sobre temas relacionados especificamente à adesão ao tratamento pós-cirurgia bariátrica.

Em relação aos fatores socioeconômicos que podem influenciar na adesão ao tratamento, destacam-se o estado civil, o gênero e a renda do paciente. Em seus estudos com pacientes hipertensos, Clark, Curran e Noji (2000) e Pires e Mussi (2008), constataram que indivíduos casados aderiram mais ao tratamento em relação aos solteiros, evitando comida gordurosa e praticando atividade física. Quanto ao sexo do paciente, pesquisas com hipertensos e idosos constataram maior frequência de mulheres na procura por assistência nos serviços de saúde e no uso de medicamentos, respectivamente (Flores & Mengue, 2005; Jesus e cols. 2008). Além disso, a renda pessoal e familiar mostrou-se

significativamente associada com a adesão à terapia antirretroviral, considerando-se o número de comprimidos tomados por dia (Carvalho, Duarte, Merchán-Hamann, Bicudo, & Laguardia, 2003). Da mesma forma, Trentini, Tomasi e Polak (1996) verificaram que pacientes hipertensos relataram a situação financeira como questão relevante no tocante à compra de medicamentos e de alimentos conforme as restrições dietéticas prescritas.

No que tange aos fatores relacionados ao paciente, variáveis como personalidade e autoeficácia são citados em pesquisas como potencialmente interferentes na adesão ao tratamento de doenças crônicas. Nessa perspectiva, Seidl, Melchíades, Farias e Brito (2007) observaram que pessoas que apresentavam maior autoestima e mais expectativa de autoeficácia em relação ao tratamento de HIV/aids pareciam aderir melhor aos esquemas terapêuticos para o tratamento desta doença. Dado semelhante foi revelado em estudo com hipertensos em que os pacientes com hipertensão controlada apresentaram maiores escores de autoeficácia se comparados àqueles com pressão arterial alterada, demonstrando que indivíduos com maior autoeficácia aderiram mais ao tratamento da hipertensão (Gozum & Hacıhasanoglu, 2009).

Similarmente, outros estudos já demonstraram a relação entre o traço de personalidade realização e a percepção de risco à saúde/segurança, acompanhada de consequentes comportamentos direcionados à preservação da saúde (Mundim-Masini, 2009), nos quais se pode incluir a adesão ao tratamento. Também as pesquisas de Hampson, Andrews, Barckley, Lichtenstein e Lee (2000) e de Malouff, Thorsteinsson e Schutte (2006) revelaram associação entre as características de personalidade realização e o comportamento de fumar/parar de fumar. Nesse aspecto, parece que os traços de personalidade podem contribuir ou prejudicar o seguimento do tratamento, na medida em

que interferem na percepção do indivíduo quanto ao grau de risco para a saúde que representa a não adesão à terapêutica proposta.

Ainda vinculados aos fatores relacionados ao paciente no tocante à adesão, inclui-se sua percepção de apoio social e suporte familiar. Em trabalho realizado por Ogedegbe, Harrison, Robbins, Mancuso e Allegrante (2004), pacientes hipertensos incluíram o apoio social como fator facilitador da adesão ao tratamento medicamentoso. De maneira semelhante, pacientes portadores de HIV/aids também citaram o auxílio da família como facilitador da adesão aos antirretrovirais (Gir, Vaichulonis, & Oliveira, 2005). Além disso, em levantamento de literatura executado por Budenz (2009), a família e o apoio social destacaram-se entre os fatores que contribuíram para aumentar a adesão ao tratamento do paciente hipertenso.

Vale destacar que as fontes de apoio social dividem-se em duas categorias: informais e formais (Dunst & Trivette, 1990). As fontes informais incluem indivíduos (amigos, vizinhos, padre) e grupos sociais (clubes, igreja), ao passo que as formais abrangem tanto as organizações sociais institucionalizadas (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) quanto os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos) que estejam organizados para fornecer assistência às pessoas. Além disso, essas fontes de apoio social podem representar distinta relevância para o paciente, dependendo, inclusive, das características da doença.

Adicionalmente, Gomes-Villas Boas, Santos, Foss-Freitas e Pace (2009) apontaram as seguintes fontes de apoio social destacadas por pacientes diabéticos: familiares, amigos, vizinhos, profissionais da área da saúde, igreja/associações e chefia/colegas de trabalho. Esses dados foram ratificados em outras pesquisas, como as de Gleeson-Kreig, Bernal e Woolley (2002) e Nardi e Oliveira (2008), cujos resultados apontaram a família e os



profissionais da área da saúde como as maiores fontes de apoio social para pacientes diabéticos e paciente idosos. Por outro lado, o estudo de Ridder e Schreurs (1996) revelou que doentes crônicos expressam satisfação com o suporte social emocional prático, porém percebem como indesejável o apoio social informacional, especialmente quando provém de amigos e familiares. Pode-se hipotetizar que, também para o paciente obeso, o apoio social informacional pode não ser bem recebido em função de cobranças e preconceitos advindos do meio social, os quais parecem ser comuns em casos desta doença crônica.

Quanto à dimensão da adesão ao tratamento no que se refere ao sistema e à equipe de saúde, podem ser citados como fatores que a influenciam a presença de equipe multiprofissional no atendimento ao paciente e a distância entre a sua residência e o serviço de saúde. À vista disso, Souza, Pereira, Marinho e Barreto (2009) afirmaram que a presença da equipe de saúde reforça a qualidade e a organização do serviço, com possível influência na redução do abandono do tratamento da tuberculose. Esses pesquisadores averiguaram que todas as unidades de saúde avaliadas que apresentaram alta adesão do paciente com tuberculose ao tratamento possuíam equipe de saúde multiprofissional. Em relação à distância entre a residência do paciente e o serviço de saúde no qual recebe atendimento, Ickovics e Meisler (1997) constataram que portadores de HIV/aids cujas residências se situavam em locais mais distantes do centro de atendimento apresentaram dificuldade no cumprimento do protocolo terapêutico.

No que concerne aos fatores relacionados ao tratamento, nota-se que o número de medicamentos prescritos pelo médico e o custo total do tratamento podem interferir no processo de adesão à terapêutica. Xu e cols. (2009), em pesquisa realizada por meio de entrevistas com os pacientes, constataram que os encargos financeiros, como taxas extras para exames médicos, internações e medicamentos, estavam associados à não adesão ao

tratamento de pacientes com tuberculose. Em trabalho também realizado com o emprego de entrevistas com idosos acerca da adesão à terapêutica medicamentosa, Rocha e cols. (2008) revelaram que a maior frequência de pacientes aderentes foi encontrada entre aqueles que utilizavam menor número de medicamentos.

Por fim, entre os fatores relacionados à doença que podem influenciar a adesão ao tratamento encontra-se a ausência de sintomas e a necessidade de controle periódico. Isso se assemelha ao que ocorre com grande parte dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, nos quais, por vezes, as intercorrências negativas são silenciosas, embora periodicamente necessitem de tratamento multidisciplinar. Nesse contexto, Rocha e cols. (2008) verificaram que 23,3% dos pacientes idosos pesquisados interromperam os próprios tratamentos motivados pela melhora dos sintomas. Por seu turno, pacientes portadores de HIV/aids indicaram como variável que dificulta a adesão ao tratamento antirretroviral a necessidade de controle periódico, em decorrência das mudanças estabelecidas em sua rotina de vida (Belzer, Fuchs, Luftman, & Tucker, 1999).

Diante do exposto, buscou-se investigar a adesão do paciente ao acompanhamento multidisciplinar, após a cirurgia bariátrica, por meio dos seguintes fatores: socioeconômicos, percepção de suporte social e familiar, características de personalidade e expectativa de autoeficácia do paciente. A observação e a prática clínica com pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica nortearam a eleição de certas variáveis em detrimento de outras.

## **Método**

### ***Participantes***

Neste estudo, foi avaliada amostra de conveniência composta de 87 pacientes obesos em fase de preparação interdisciplinar para a realização de cirurgia bariátrica, no período de dezembro de 2008 a março de 2009, em uma clínica particular especializada neste tipo de tratamento. Os participantes apresentaram IMC entre 35 e 56 (média = 40,65; DP = 5,02), sendo 20 homens (23%) e 67 mulheres (77%), com idades entre 19 e 63 anos (média = 38,95, DP = 11,17).

Houve perda de 4,39% dos 91 questionários respondidos inicialmente, os quais foram inutilizados para o banco de dados porque estes pacientes optaram em não se submeter à cirurgia no decorrer dos procedimentos preparatórios. A maioria dos sujeitos da amostra era casada (62,1%), morava no interior do estado (62,1%), não praticava atividade física no ato da coleta de dados (71,31%) e 35,6% deles possuíam ensino superior completo.

Os critérios de exclusão foram: ter menos que 18 anos de idade, não ter concluído os quatro primeiros anos do ensino fundamental, apresentar IMC inferior a 35, apresentar comprometimento cognitivo ou mental grave (psicose) e ser dependente de drogas ou álcool. Esses critérios não tiveram impacto relevante na exclusão de participantes, pois representaram menos de 2% do número total de questionários respondidos.

### ***Instrumentos***

Para a presente pesquisa, foram usados os seguintes instrumentos:

1. Questionário sociodemográfico contendo informações sobre: idade, sexo, escolaridade, estado civil, com quem reside, renda familiar, problemas crônicos de saúde, prática de atividade física e estado autorreferido de saúde.

2. Marcadores para Avaliação da Personalidade, de acordo com o modelo dos cinco grandes fatores (Hutz e cols., 1998). Nesse instrumento, há 64 termos (adjetivos) agrupados em cinco fatores: a) socialização, 16 itens ( $\alpha = 0,88$ ), por exemplo: “simpática”; b) extroversão, 10 itens ( $\alpha = 0,88$ ), por exemplo: “comunicativa”; c) realização, 14 itens ( $\alpha = 0,84$ ), por exemplo: “dedicada”; d) neuroticismo, 12 itens ( $\alpha = 0,80$ ), por exemplo: “ansiosa”; e) abertura para experiência, 12 itens ( $\alpha = 0,78$ ), por exemplo: “curiosa”. Os pacientes devem assinalar em cada um dos 64 descritores de personalidade o grau em que o adjetivo é apropriado para descrevê-lo em uma escala do tipo Likert de 7 pontos, variando entre 1 (o adjetivo não o descreve apropriadamente) e 7 (o adjetivo o descreve apropriadamente). A escolha desses marcadores se justifica porque permitem rápida e objetiva avaliação de importantes aspectos da personalidade humana, com crescente interesse e reconhecimento na comunidade científica. Neste estudo, os alfas encontrados foram:  $\alpha = 0,83$  para socialização,  $\alpha = 0,86$  para extroversão,  $\alpha = 0,71$  para realização,  $\alpha = 0,61$  para neuroticismo e  $\alpha = 0,62$  para abertura para experiência.

3. Escala de percepção de autoeficácia geral (Schwarzer & Jerusalem, 2000). A versão original dessa escala, em alemão, foi desenvolvida em 1981 por Schwarzer e Jerusalem, inicialmente com 20 itens que, posteriormente, foram reduzidos para dez (Jerusalem & Schwarzer, 1986, 1992; Schwarzer & Jerusalem, 1989), com quatro respostas disponíveis para cada item, variando entre 1 (completamente falso) e 4 (totalmente verdadeiro). Como exemplo dos itens que compõem a escala, pode-se citar a seguinte afirmação: “consigo resolver a maioria dos problemas se me esforçar o

suficiente”. A escala apresenta consistência interna com alfa entre 0,75 e 0,90 em diferentes pesquisas e, na presente investigação, apresentou alfa de Cronbach igual a 0,89. No caso desta pesquisa, o instrumento foi traduzido do inglês para o português pela autora e revisado por uma tradutora. Verificou-se, por meio de análise fatorial, que a escala é unidimensional, conforme estudos anteriores (Schwarzer & Jerusalem, 2000).

4. Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) (Baptista, 2005) para verificação do grau de percepção do paciente a respeito do suporte familiar a ele dispensado antes da cirurgia bariátrica. Formado por 43 questões, o instrumento aborda quatro dimensões do suporte familiar: a) inadaptação familiar, 14 itens ( $\alpha = 0,88$ ), por exemplo: “Viver com minha família é desagradável”; b) afetividade, 10 itens ( $\alpha = 0,86$ ), por exemplo: “As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas”; c) consistência, 11 itens ( $\alpha = 0,83$ ), por exemplo: “Há regras sobre várias situações na minha família”; d) autonomia, 8 itens ( $\alpha = 0,81$ ), por exemplo: “Minha família me dá tanta liberdade quanto quero”. O paciente deve responder a esse inventário marcando uma das três opções possíveis para cada questão utilizando escala Likert de três pontos (variando de “sempre ou quase sempre”, a “quase nunca ou nunca”). Para este estudo, os índices de confiabilidade foram: 0,81, 0,82, 0,80, 0,75 e 0,74, para inadaptação familiar, afetividade familiar, consistência familiar, autonomia familiar e apoio familiar total, respectivamente.

5. Escala de apoio social (Sherbourne & Stewart, 1991), adaptada para a população brasileira por Griep (2003). O instrumento é composto de 19 questões, nas quais os pacientes devem responder à instrução “Se você precisar, com que frequência conta com alguém...?”, marcando uma das cinco opções disponíveis para cada questão utilizando escala Likert de cinco pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Essas questões agrupam-se em quatro dimensões de apoio social: a) material, 4 itens ( $\alpha = 0,88$ ), por

exemplo: “para levá-lo ao médico”; b) afetiva, 3 itens ( $\alpha = 0,76$ ), por exemplo: “que demonstre amor e afeto por você”; c) interação social positiva, 4 itens ( $\alpha = 0,94$ ), por exemplo: “para se divertir junto”; d) emocional e de informação, 8 itens ( $\alpha = 0,95$ ), por exemplo: “em quem confiar ou falar de suas coisas” (Griep, 2003). Nesta pesquisa, os alfas variaram entre 0,76 e 0,93, com alfa de Cronbach (Maroco, 2003) total igual a 0,94.

### ***Procedimentos***

Os pacientes que cumpriram os requisitos médicos para a realização do procedimento cirúrgico foram encaminhados pelo cirurgião bariátrico para a equipe multidisciplinar, que incluiu psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta. A seguir, foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar de maneira voluntária. Após aceitação, o participante foi convidado a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice). Os encontros foram individuais, com tempo de aplicação livre de aproximadamente 45 minutos.

Seis meses após a cirurgia de cada um dos participantes, realizou-se consulta a seus prontuários psicológico, médico e nutricional com vistas à coleta de dados acerca do número de vezes em que cada um deles esteve presente às consultas/sessões, conforme orientação prévia do psicólogo, do nutricionista e do médico.

A adesão ao tratamento, após a cirurgia, foi considerada de acordo com quatro categorias: médica, psicológica, nutricional e multidisciplinar. A soma do número de vezes em que cada um dos pacientes esteve presente às consultas médica, com o psicólogo e o nutricionista no período de 6 meses após a cirurgia bariátrica configurou seu grau de adesão a cada uma destas categorias. A soma da adesão de todas as três categorias anteriores configurou o nível de adesão multidisciplinar. Os dados foram analisados por

meio do pacote estatístico Statistic Package for Social Science (SPSS), versão 16.0 para Windows.

## Resultados

Pela análise dos dados sociodemográficos, conforme apresentado na Tabela 1, observa-se que houve relação significativa do IMC com a renda familiar ( $r = -0,28$ ;  $p = 0,01$ ), porquanto as pessoas com menor renda familiar apresentaram maior IMC antes da cirurgia. Além disso, a renda familiar influenciou significativamente a adesão ao psicólogo ( $r = 0,27$ ;  $p = 0,02$ ), demonstrando que, quanto maior a renda familiar, maior foi a adesão ao tratamento psicológico, que era pago. Quanto às demais variáveis, não foram observadas relações significativas.

**Tabela 1.** Correlação de Pearson entre adesão, índice de massa corporal (IMC), idade e renda familiar.

Variável	IMC	Idade	Renda
Adesão multidisciplinar	0,02	0,00	0,18
Adesão ao médico	0,09	0,11	0,05
Adesão ao nutricionista	0,01	0,02	0,09
Adesão ao psicológico	-0,05	-0,15	0,27*
IMC	1	0,05	-0,28*

\*Correlação significativa a 0,05 (two-tailed).

Para avaliar a influência do sexo sobre os tipos de adesão, foi conduzido o teste de comparação de médias de Mann-Whitney. Não foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres para nenhum dos tipos de adesão analisados ( $Z = -1,57$ ,  $p = 0,12$ ;  $Z = -1,75$ ,  $p = 0,08$ ;  $Z = -1,12$ ,  $p = 0,26$ ;  $Z = -0,644$ ,  $p = 0,52$  para adesão multidisciplinar, médica, nutricional e psicológica, respectivamente), embora as médias de adesão para todas as especialidades tenham sido maiores para as mulheres ( $M = 4,99$ ,  $DP = 2,00$ ;  $M = 2,22$ ,  $DP = 0,69$ ;  $M = 2,45$ ,  $DP = 1,27$ ;  $M = 0,31$ ,  $DP = 0,80$  para adesão multidisciplinar, médica, nutricional e psicológica, respectivamente) do que para os homens ( $M = 4,25$ ,  $DP = 1,59$ ;  $M = 1,95$ ,  $DP = 0,60$ ;  $M = 2,15$ ,  $DP = 1,18$ ;  $M = 0,15$ ,  $DP = 0,37$  para adesão multidisciplinar, médica, nutricional e psicológica, respectivamente) conforme demonstrado na Tabela 2.

**Tabela 2.** Descrição e comparação de médias da adesão de homens e mulheres ao tratamento pós-cirurgia bariátrica.

Variável	Dispersão		Sexo		Z	p
			Mulheres	Homens		
	Mínimo	Máximo	m(DP)	m(DP)		
Adesão multidisciplinar	0	24	4,99(2,00)	4,25(1,59)	-1,57	0,12
Adesão ao médico	0	5	2,22(0,69)	1,95(0,60)	-1,75	0,08
Adesão ao nutricionista	0	7	2,45(1,27)	2,15(1,18)	-1,12	0,26
Adesão ao psicólogo	0	12	0,31(0,80)	0,15(0,37)	-0,64	0,52



Com o intuito de avaliar a influência do estado civil sobre a adesão, foi conduzida a análise de comparação de médias pela técnica de Kruskal-Wallis. Não foram observadas diferenças significativas entre a adesão multidisciplinar ou cada uma das especialidades isoladamente e o estado civil ( $Z = 1,11$ ,  $p = 0,78$ ;  $Z = 2,20$ ,  $p = 0,53$ ;  $Z = 0,72$ ,  $p = 0,87$ ;  $Z = 3,52$ ,  $p = 0,32$ ), como mostrado na Tabela 3.

**Tabela 3.** Descrição e comparação de médias de adesão ao tratamento pós-cirurgia bariátrica versus estado civil e local de residência.

Variável	Estado civil		Local de residência	
	Z	p	Z	p
Adesão multidisciplinar	1,11	0,78	-1,76	0,08
Adesão ao médico	2,20	0,53	-2,06	0,04
Adesão ao nutricionista	0,72	0,87	-1,85	0,07
Adesão ao psicólogo	3,52	0,32	-0,77	0,44

Foi encontrada diferença significativa entre o local de residência (capital do estado ou interior) e a adesão ao tratamento. Os participantes desta pesquisa que moravam no interior aderiram significativamente menos às visitas médicas quando comparados com aqueles residentes na capital do estado ( $Z = -1,76$ ,  $p = 0,08$ ;  $Z = -2,06$ ,  $p = 0,04$ ;  $Z = -1,85$ ,  $p = 0,07$ ;  $Z = -0,77$ ,  $p = 0,44$  para adesão multidisciplinar, médica, nutricional e psicológica, respectivamente) conforme apresentado na Tabela 3.

A avaliação da relação existente entre o perfil de personalidade, a crença de autoeficácia, o suporte familiar, o apoio social e a adesão foi feita por meio da correlação de Pearson e os resultados obtidos estão descritos na Tabela 4. Observa-se que quanto maior a pontuação em realização, menor foi a adesão ao acompanhamento psicológico ( $r = -0,23$ ;  $p = 0,04$ ) após a cirurgia bariátrica. Esse resultado denota que as pessoas mais responsáveis, dedicadas e esforçadas tendem a procurar menos o apoio psicológico para o enfrentamento pós-cirúrgico dos desdobramentos da cirurgia bariátrica, possivelmente por apresentarem menores dificuldades no período após o procedimento cirúrgico.

Entretanto, não houve relação significativa entre as adesões médica e nutricional e os fatores de personalidade. Tampouco se verificou relação significativa entre adesão e autoeficácia, demonstrando que a crença na capacidade de enfrentamento da cirurgia bariátrica pouco influencia na adesão ao tratamento pós-cirúrgico.

Por outro lado, quanto maior a pontuação dos indivíduos em apoio social afetivo e apoio emocional/informacional, menor foi a adesão ao tratamento médico ( $r = -0,27$ ;  $p = 0,01$ ;  $r = -0,26$ ;  $p = 0,02$ , para apoio social afetivo e apoio emocional/informacional, respectivamente). No caso do apoio emocional/informacional, também foi menor a adesão ao tratamento multidisciplinar ( $r = -0,24$ ;  $p = 0,03$ ), mostrando que o fato de ter pessoas com quem contar está inversamente relacionado com a busca dos serviços médicos posteriores à realização da cirurgia bariátrica. Nota-se, ainda, que os indivíduos com pontuação maior em apoio social total aderiram menos ao tratamento médico ( $r = -0,27$ ;  $p = 0,01$ ). Não se observou correlação significativa entre apoio social e adesão ao acompanhamento psicológico e nutricional após a cirurgia bariátrica.

Em contrapartida, o apoio social familiar do tipo autonomia relacionou-se negativamente com a adesão ao nutricionista ( $r = -0,24$ ;  $p = 0,03$ ), evidenciando que os

participantes que se percebem autônomos perante a própria família procuraram menos as orientações nutricionais. Entretanto, nenhuma escala de apoio familiar demonstrou relação com adesão às outras duas especialidades pesquisadas.

**Tabela 4.** Correlação de Pearson entre perfil de personalidade, autoeficácia, apoio social, suporte familiar e adesão ao tratamento pós-cirurgia bariátrica.

Variável	Adesão			
	Multidisciplinar	Médico	Nutricionista	Psicólogo
<b>Personalidade</b>				
Socialização	-0,15	-0,08	-0,11	-0,13
Extroversão	0,10	-0,04	0,07	0,19
Realização	-0,10	0,05	-0,05	-0,23*
Neuroticismo	0,07	0,09	0,04	0,03
Abertura	-0,08	-0,19	-0,14	0,21
Autoeficácia total	-0,14	-0,04	-0,17	-0,04
<b>Apoio social</b>				
Material	-0,06	-0,18	0,04	-0,05
Afetivo	-0,09	-0,27*	-0,05	0,08
Emocional/ informativa	-0,24*	-0,26*	-0,11	-0,19
Interação social	-0,21	-0,21	-0,15	-0,09
Total	-0,20	-0,27*	-0,09	-0,12
<b>Suporte familiar</b>				
Inadequação familiar	0,08	0,04	0,06	0,07
Afetividade	-0,12	-0,20	-0,10	0,04
Consistência	-0,08	-0,06	-0,08	0,00
Autonomia	-0,24*	-0,17	-0,24*	-0,07
Total	-0,15	-0,17	-0,16	0,03

\*Correlação significativa a 0,05 (two-tailed).

Para avaliar em que medida a frequência a uma especialidade relacionou-se com a adesão a outra especialidade, foi conduzida correlação de Pearson entre as diferentes formas de adesão, conforme demonstrado na Tabela 5. Assim, verifica-se que a adesão multidisciplinar correlacionou-se mais fortemente com a adesão ao nutricionista ( $r = 0,64$ ;  $p = 0,001$ ), seguida de uma relação moderada com a adesão ao médico ( $r = 0,89$ ;  $p = 0,001$ ) e, por fim, de uma correlação baixa com a adesão ao psicólogo ( $r = 0,52$ ;  $p = 0,001$ ). A adesão ao médico correlacionou-se com a adesão ao nutricionista em nível baixo ( $r = 0,45$ ;  $p = 0,001$ ); contudo, não apresentou correlação significativa com a adesão ao psicólogo. Por sua vez, a adesão ao nutricionista correlacionou-se em nível baixo porém significativo com a adesão ao psicólogo ( $r = 0,22$ ;  $p = 0,04$ ).

**Tabela 5.** Correlação de Pearson entre adesão multidisciplinar, ao médico, ao nutricionista e ao psicólogo pós-cirurgia bariátrica.

Variável	Adesão			
	Multidisciplinar	Médico	Nutricionista	Psicólogo
Adesão				
Multidisciplinar	1	0,64**	0,89**	0,52**
Médico	0,64**	1	0,45**	0,00
Nutricionista	0,89**	0,45**	1	0,22*
Psicólogo	0,52**	0,00	0,22*	1

\*Correlação significativa a 0,05 (two-tailed).

\*\*Correlação significativa a 0,01 (two-tailed).

## **Discussão**

Pelo exame dos dados coletados, constatou-se que pacientes do sexo feminino apresentaram maior adesão ao tratamento em todas as especialidades consideradas, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados por Flores e Mengue (2005) e Jesus e cols. (2008), nos quais os autores concluíram que a disparidade de adesão ao tratamento entre sexos, provavelmente, se deve ao fato de as mulheres portadoras de doenças crônicas, no geral, demonstrarem tanto maior preocupação quanto percepção mais acurada acerca de sua saúde. Consoante esse aspecto, Ohmit e cols. (1998) acrescentaram que, quando são adotadas medidas para minimizar os encargos das mulheres (administrar a rotina familiar e os cuidados com os filhos), há melhora imediata no percentual de adesão feminina ao tratamento proposto. Dessa forma, nota-se que o sexo do paciente parece afetar a forma como este lida com o tratamento de doenças crônicas.

Outrossim, em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde com profissionais da área da saúde detectou-se que os homens não costumam frequentar os consultórios médicos por conta de três principais barreiras: cultural, institucional e médica (Brasil, 2008). Esse levantamento tem servido de subsídio para a política nacional de atenção à saúde dos homens, a qual promove estratégias e ações voltadas para este segmento com o propósito de facilitar e ampliar seu acesso aos serviços de saúde. Com as atuações que integram essa política pública, tem-se a expectativa de reduzir os índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Em relação aos impedimentos citados acima, nota-se que a barreira institucional diz respeito às condições de atendimento à saúde na rede pública, enquanto a barreira médica reflete a qualidade da relação médico-paciente, englobando a atenção do médico

dispensada ao paciente e o tempo de consulta. Finalmente, entre as barreiras culturais está o conceito de masculinidade vigente na sociedade, de acordo com o qual, o homem se julga imune às doenças, consideradas por ele como sinais de fragilidade (Keijzer, 2003; Schraiber, Gomes, & Couto, 2005).

Trentini e cols. (1996) e Carvalho e cols. (2003) mencionaram a situação financeira do paciente como fator diretamente relacionado à adesão ao tratamento de doenças crônicas. Em pesquisa envolvendo pacientes com tuberculose, Xu e cols. (2009) também concluíram que despesas financeiras extras influenciaram na adesão.

Na presente pesquisa, chegou-se a conclusão semelhante, embora somente no que diz respeito ao acompanhamento psicológico. Pode-se hipotetizar que esse resultado esteja relacionado ao fato de que todos os participantes da pesquisa eram beneficiários de algum tipo de plano de saúde, o qual cobria as despesas com consultas médicas e nutricionistas, porém sem incluir em sua cobertura as sessões de acompanhamento psicológico. Em futuro próximo, essa constatação talvez não se reproduza em outras pesquisas, já que a Resolução Normativa nº 211, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com entrada em vigor em junho de 2010, estendeu substancialmente a cobertura dos planos de saúde para casos de atendimento psicológico (Brasil, 2010).

Outro dado verificado na presente pesquisa que se refere exclusivamente à adesão ao acompanhamento psicológico é a influência das características de personalidade do paciente. Detectou-se relação negativa entre o fator realização e a adesão ao apoio psicológico no período pós-cirúrgico. Hutz e cols. (1998) frisaram que esse fator congrega traços de personalidade como responsabilidade e honestidade no polo positivo.

A explicação para essa relação nos remete ao estudo de Mundim-Masini (2009), segundo o qual, quanto mais um indivíduo se inclina para o traço de realização, maior se

torna sua percepção de riscos de saúde/segurança e menor seu engajamento em atitudes de risco, tais como os atos de fumar (Malouff e cols., 2006), dirigir bêbado, fazer sexo sem preservativo ou não utilizar filtro solar. Na mesma linha, Hampson e cols. (2000) acrescentaram que esse traço da personalidade abarca características como perseverança e disciplina e está associado a comportamentos de proteção à saúde, inclusive o de adesão ao tratamento.

Por outro lado, se a maior pontuação no fator realização significa que o indivíduo tende a ser mais disciplinado e perseverante, além de se envolver menos em comportamentos de risco, a conclusão a que se chega neste estudo parece contraditória. Por que, então, esse paciente aderiu menos às sessões de psicoterapia? Afinal, os comportamentos relacionados à adesão – no caso, a frequência às sessões de psicoterapia – fazem parte dos cuidados com a saúde. Daí, surge a seguinte questão: será que indivíduos com acentuado grau de realização necessitam acompanhamento psicológico em menor frequência no período pós-cirúrgico ou será que eles apenas acreditam que não precisam deste auxílio para que a cirurgia seja bem-sucedida a longo prazo? E os pacientes com grau de realização mais baixo, aderiram mais ao acompanhamento psicológico porque realmente necessitam mais desse auxílio? As respostas demandam pesquisas adicionais de modo a avaliar a relação desse aspecto da personalidade com a adesão ao tratamento psicológico.

A distância entre o domicílio do paciente e o local de atendimento dos profissionais da área da saúde está relacionada à adesão ao tratamento após a cirurgia bariátrica. Assim sendo, os participantes da pesquisa que viviam no interior do estado aderiram menos às visitas médicas do que aqueles residentes na capital do estado, município em que foram prestados todos os atendimentos. A proximidade do domicílio do paciente também se

apresentou como fator facilitador da adesão ao tratamento em estudos semelhantes envolvendo pacientes com tuberculose (Gonçalves, Costa, Menezes, Knauth, & Leal, 1999) bem como portadores do vírus HIV (Ickovics & Meisler, 1997).

Em relação ao apoio social, estudos o indicam como fator facilitador da adesão a diversos tratamentos de saúde, tal como no caso de pacientes hipertensos (Ogedegbe e cols., 2004) e portadores de glaucoma (Rees, Leong, Crowston, & Lamoureux, 2010). Contudo, os dados coletados nesta pesquisa revelaram que quanto menor a percepção de apoio social afetivo, emocional/informacional e apoio social total por parte dos pacientes, maior foi a adesão ao tratamento médico.

Comparando-se esses dados com a pesquisa de Ridder e Schreurs (1996), para quem doentes crônicos tendem a ver como interferência indesejável o apoio social informacional proveniente de amigos e familiares, torna-se possível construir a seguinte hipótese: entre os pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica, o suporte social vindo do médico é percebido como fonte de apoio emocional/informacional mais desejável do que aquele obtido por amigos e familiares. Esse fato pode ser ainda mais proeminente em relação aos pacientes obesos, levando-se em consideração o preconceito e a exclusão social vivenciados por grande parte deles. De forma semelhante, outros estudos revelaram que, salvo o apoio da família, os profissionais da área da saúde (apoio social formal) são percebidos pelo paciente como a maior fonte de apoio (Gleeson-Kreig e cols., 2002; Gomes-Villas Boas e cols., 2009; Nardi & Oliveira, 2008).

Na presente pesquisa, a partir dos dados coletados, é verossímil afirmar que os pacientes com percepção de baixo suporte social aderiram mais às consultas médicas, ou seja, buscaram com maior intensidade o apoio social formal representado pelo médico, possivelmente na tentativa de suprir a falta de apoio social informal (recebido de amigos,



vizinhos e familiares). Nota-se, então, a relevância do apoio social desempenhado pelo médico, que pode representar fator facilitador para a adesão ao tratamento após a cirurgia bariátrica, em especial para os pacientes que se percebem carentes de apoio social.

Xiaolian e cols. (2002) e Gir e cols. (2005) relataram o suporte familiar como evento antecedente à adesão ao tratamento de saúde. Similarmente, Silva, 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. Porém, na presente pesquisa, não se verificou correlação significativa entre a frequência às consultas e o suporte familiar de maneira geral, o que parece sinalizar a necessidade de mais estudos para verificar se há influência do referido construto em relação a outros comportamentos que integram a terapêutica após a cirurgia bariátrica.

Neste estudo, notou-se que apenas o aspecto autonomia do suporte familiar destacou-se na relação com a adesão ao tratamento no contexto pesquisado, pois os pacientes que se perceberam mais autônomos perante a própria família procuraram menos as orientações nutricionais. Ademais, registrou-se que o poder de dominação da família em relação ao paciente é diretamente proporcional à adesão ao tratamento nutricional. Esses dados parecem revelar que a família tem maior influência em relação à adesão ao acompanhamento nutricional daqueles participantes mais dependentes do núcleo familiar. Os resultados obtidos indicaram, 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.

Quanto à equipe de tratamento, estudos apontaram que a característica multidisciplinar do grupo profissional envolvido contribui para a adesão do paciente ao tratamento de doenças crônicas (Rocha e cols., 2008; Souza e cols., 2009). Santos, Frota, Cruz e Holanda (2005) acrescentaram que, além do caráter multidisciplinar da equipe de profissionais, a adoção de atitudes interdisciplinares por parte de cada membro do grupo facilita a educação em saúde por parte do paciente, o que favorece sua adesão ao tratamento.

No presente trabalho, observou-se 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 outro lado, nesta pesquisa detectou-se que a maior assiduidade do paciente às consultas médicas favoreceu a adesão ao acompanhamento nutricional, mas sem repercutir na frequência do acompanhamento psicológico. Já a frequência às sessões psicológicas, conforme dados coletados, não contribuiu para a adesão às outras duas especialidades referidas. De qualquer forma, os resultados obtidos no presente estudo parecem indicar, pelo menos em relação ao tratamento médico, que os profissionais da área da saúde poderiam buscar estratégias de intervenção com maior alcance interdisciplinar, de modo a

colaborar com a adesão ao tratamento das demais disciplinas envolvidas, como ocorreu com o nutricionista nesta pesquisa.

Outros estudos apontaram que o estado civil do paciente interfere na adesão ao tratamento (Clark, Curran, & Noji, 2000; Pires & Mussi, 2008). Porém, na presente pesquisa não foram encontradas diferenças significativas que, baseadas nessa perspectiva, tivessem influenciado a adesão ao tratamento.

No que tange à expectativa de autoeficácia, estudos demonstraram haver relação entre esse construto e o controle de doença crônica por meio da adesão ao tratamento (Gozum & Hacıhasanoglu, 2009; Seidl e cols., 2007). Em contraste, no presente trabalho, esse construto não apresentou relação com o comparecimento às consultas/sessões que integram o acompanhamento multidisciplinar pós-cirúrgico. Porém, isso não significa a impossibilidade de existir relação entre autoeficácia e outros comportamentos não considerados neste estudo, mas igualmente necessários à continuidade do tratamento. Além disso, a inexistência de relação entre autoeficácia e adesão ao tratamento após o procedimento cirúrgico observado nesta pesquisa pode ter ocorrido em função da utilização de uma escala geral de autoeficácia e não de uma específica.

### **Considerações finais**

Deve-se apontar que o presente estudo apresentou as seguintes limitações científicas: a) baseou-se em amostra de conveniência, o que impossibilita a generalização dos resultados obtidos; b) restringiu as dimensões da adesão conectadas a fatores relacionados à equipe ou ao sistema de saúde, ao paciente e à sua respectiva situação socioeconômica, não abrangendo aqueles relacionados ao tratamento e à doença.

Com o intuito de complementar os resultados obtidos, pode-se aventar a inclusão de informações oriundas de métodos variados quanto à adesão, tais como o autorrelato do paciente e a opinião dos profissionais da área da saúde envolvidos no tratamento pós-cirúrgico. Soma-se a isso a possibilidade de incluir uma escala de autoeficácia específica ao contexto da cirurgia bariátrica. Ademais, a investigação da adesão ao tratamento por período mais longo e em momentos distintos do pós-operatório ampliaria as informações acerca deste tema.

A título de finalização, parece necessário fortalecer a base instrumental dos profissionais da área da saúde no que concerne à adesão multidisciplinar após a cirurgia bariátrica. Esse incremento tem o objetivo de incentivar a participação ativa do indivíduo no seu processo de saúde/doença por meio de uma abordagem interdisciplinar focada na continuidade do tratamento da obesidade. Por conseguinte, torna-se relevante a identificação dos principais fatores que interferem na adesão, a fim de se propor intervenções sistemáticas que efetivamente viabilizem a promoção da adesão multidisciplinar do paciente, considerando as especificidades no contexto da cirurgia bariátrica.

## **Referências**

Allison, D. B., Downey, M., Atkinson, R. L., Billington, C. J., Bray, G. A., Eckel, R. H., Finkelstein, E. A., Jensen, M. D., & Tremblay, A. (2008). Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society. *Obesity, 16*, 1161-1177.

- Araújo, G. B. S., & Garcia, T. R. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8, 259-272. Disponível: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)>. Acesso: 12 ago. 2010.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *PsicoUSF*, 10, 11-19.
- Belzer, M. E., Fuchs, D. N., Luftman, G. S., & Tucker, D. J. (1999). Antiretroviral adherence issues among HIV-positive adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 25, 316-319.
- Brasil. 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)*. Disponível: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_homem.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf)>. Acesso: 20 ago. 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2010). Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 jan. 2010. Disponível: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=1974&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1974&id_original=0)>. Acesso: 19 ago. 2010.
- Budenz, D. L. (2009). A clinician's guide to the assessment and management of nonadherence in glaucoma. *Ophthalmology*, 116, S43-S47.

- Cabral, M. D. (2006). Tratamento clínico na obesidade mórbida. In A. B. Garrido Jr. (Org.), *Cirurgia da obesidade* (pp. 35-44). São Paulo: Atheneu.
- Carvalho, C. V., Duarte, D. B., Merchán-Hamann, E., Bicudo, E., & Laguardia, J. (2003). Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, *19*, 593-604.
- Clark, M. J., Curran, C., & Noji, A. (2000). The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. *Public Health Nursing*, *17*, 452-459.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). *Assessment of social support in early intervention programs*. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Flores, L. M., & Mengue, S. S. (2005). Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, *39*, 924-929.
- Gir, E., Vaichulonis, C. G., & Oliveira, M. D. (2005). Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *13*, 634-641.
- Gleeson-Kreig, J., Bernal, H., & Woolley, S. (2002). The role of social support in the self-management of diabetes mellitus among a Hispanic population. *Public Health Nursing*, *19*, 215-222.
- Gomes-Villas Boas, L. C., Santos, C. B., Foss-Freitas, M. C., & Pace, A. E. (2009). A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *30*, 390-396.

- Gonçalves, H., Costa, J. S. D., Menezes, A. M. B., Knauth, D., & Leal, O. F. (1999). Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, *15*, 777-787.
- Gozum, S., & Hacıhasanoglu, R. (2009). Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *8*, 129-136.
- 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, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Hampson, S. E., Andrews, J. A., Barckley, M., Lichtenstein, E., & Lee, M. E. (2000). Conscientiousness, perceived risk, and risk-reduction behaviors: a preliminary study. *Health Psychology*, *19*, 496-500.
- Haynes, R. B. (1979). Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In R. B. Haynes, D. W. Taylor, & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 49-62). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Hebebrand, J., & Senf, W. (2004). Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obesity Research*, *12*, 1554-1569.
- Hutz, C. S., Nunes, C. H., Silveira, A. D., Serra, J., Antón, M., & Wiczorek, L. S. (1998). O desenvolvimenro de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *11*, 395-411.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes*

*e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro. Disponível:  
<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008\\_2009\\_encaa/pof\\_20082009\\_encaa.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf)>. Acesso: 10 out. 2010.

Ickovics, J. R., & Meisler, A. W. (1997). Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. *Journal of Clinical Epidemiology*, *50*, 385-391.

Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1986). Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer (Ed.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit*. (pp. 15-28). Berlin: Freie Universität, Institut für Psychologie. (Research Report No. 5).

Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.

Jesus, E. S., Augusto, M. A. O., Gusmão, J., Mion Jr., D., Ortega, K., & Pierin, A. M. G. (2008). Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paulista de Enfermagem*, *21*, 59-65.

Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In C. F. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos, & S. Vallas (Eds.), *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina* (pp. 137-152). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.

Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2006). The five-factor model of personality and smoking: a meta-analysis. *Journal of Drug Education*, *36*, 47-58.



- Mundim-Masini, A. A. (2009). *Fatores de personalidade e percepção de risco podem prever o comportamento de risco? Um estudo com universitários*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Nardi, E. F. R., & Oliveira, M. L. F. (2008). Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29, 47-53.
- 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. *Ethnicity Disease*, 14, 3-12.
- Ohmit, S., Shuman, P., Schoenbaum, E., Rompalo, A., Cohen, M., Richardson, J., Sacks, H., & Young, M. (1998). Adherence to anti-retroviral therapy (ART) among women in the HIV epidemiology research study (HERS) and women's inter-agency HIV study (WIHS). *Abstracts of the 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland*, 1, 590.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (2004). *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global*. São Paulo: Roca.
- Pereira, E. A. (2006). *Prática interdisciplinar na cirurgia bariátrica*. São Borja: Conceito.
- Pires, C. G. S., & Mussi, F. C. (2008). Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 2257-2267.
- Rees, G., Leong, O., Crowston, J. G., & Lamoureux, E. L. (2010). Intentional and unintentional nonadherence to ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma. *Ophthalmology*, 117, 903-908.
- Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health and Medicine*, 1, 71-82.

- Rocha, C. H., Oliveira, A. P. S., Ferreira, C., Faggiani, F. T., Schroeter, G., Souza, A. C. A., DeCarli, G. A., Morrone, F. B., & Werlang, M. C. (2008). Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência e Saúde Coletiva*, *13*, 703-710.
- Rombaldi, A. R., & Silva, R. S. (2005). Controle clínico pós-cirurgia da obesidade. In R. S. Silva, & N. T. Kawahara (Ed.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade* (pp. 367-385). Porto Alegre: AGE.
- Santos, F. C. G. (2005). *Magro: e agora? Histórias de obesos mórbidos que se submeteram a cirurgia bariátrica*. São Paulo: Vetor.
- Santos, Z. M. S. A., Frota, M. A., Cruz, D. M., & Holanda, S. D. O. (2005). Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto – Enfermagem*, *14*, 332-340.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, *13*, 639-648.
- Schraiber, L. B., Gomes, R., & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, *10*: 7-17.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1989). Erfassung leistungsbezogener und allgemeiner Kontroll- und Kompetenzerwartungen. In G. Krampen (Ed.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (pp. 127-133). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2000). *General perceived self-efficacy*. Disponível: <[http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/skalen/Language\\_Selection/Turkish/General\\_Perceived\\_Self-Efficac/general\\_perceived\\_self-efficac.htm](http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/skalen/Language_Selection/Turkish/General_Perceived_Self-Efficac/general_perceived_self-efficac.htm)>. Acesso: 2 set. 2010.

- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2305-2316.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Silva, I., Ribeiro, J. P., & Cardoso, H. (2009). Cirurgia de obesidade: qualidade de vida e variáveis psicológicas antes e depois do tratamento cirúrgico. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 11, 196-210.
- Silva, R. S., Silva, R. C., & Silva Neto, P. C. (2005). Seguimento tardio e avaliação da eficácia da cirurgia bariátrica. In R. S. Silva & N. T. Kawahara (Eds.), *Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade* (pp. 449-462). Porto Alegre: AGE.
- Souza, M. S. P. L., Pereira, S. M., Marinho, J. M., & Barreto, M. L. (2009). Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. *Revista de Saúde Pública*, 43, 998-1005.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, 3, 533-550.
- Trentini, M., Tomasi, N., & Polak, Y. (1996). Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. *Cogitare Enfermagem*, 1, 19-24.
- WHO. World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies – evidence for action. Geneva. Disponível: <[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)>. Acesso: 20 jul. 2010.

WHO. World Health Organization. (2004). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of the WHO Consultation of Obesity. Geneva.

Xiaolian, J., Chaiwan, S., Panuthai, S., Yijuan, C., Lei, Y., & Jiping, L. (2002). Family support and self-care behavior of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. *Nursing and Health Sciences*, 4, 41-49.

Xu, W., Lu, W., Zhou, Y., Zhu, L., Shen, H., & Wang, J. (2009). Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study. *BMC Health Services Research*, 9, 169-176.

## **APÊNDICE**

## **Apêndice. Termo de consentimento livre e esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título da pesquisa: “Adesão ao acompanhamento multidisciplinar após a cirurgia bariátrica: influências da auto-eficácia, da família, do suporte social e da personalidade do paciente.”**

Eu, \_\_\_\_\_,  
idade, \_\_\_\_\_ portador(a) do RG \_\_\_\_\_, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa descrito acima, sob a responsabilidade da mestrandia Simony Bruziguessi Bernardes e da Dra. Daniela Sacramento Zanini, professora do Programa de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Assinando este termo de consentimento, estou ciente que:

1. O presente estudo tem por objetivo investigar as relações entre suporte social, suporte familiar, autoeficácia e personalidade na adesão ao acompanhamento multidisciplinar após a cirurgia bariátrica.
2. Durante o estudo será solicitado que você responda a cinco questionários informativos para a avaliação do tema.

3. São mínimos os riscos e os benefícios de sua participação na pesquisa, em função de ser um estudo de investigação. Entretanto, ao responder a este questionário, você poderá ficar mais pensativo. Sendo assim, esclareço que sua participação poderá beneficiar posterior tratamento psicológico com diagnóstico mais preciso em relação às suas formas de adesão ao acompanhamento multidisciplinar após a cirurgia.

4. Será garantido suporte psicológico caso necessite ao final do encontro.

5. Você obteve todas as informações necessárias para decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa.

6. Você está livre para interromper sua participação a qualquer tempo.

7. Os dados pessoais serão mantidos no mais absoluto sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados para alcançar os objetivos da pesquisa, exposta acima, incluindo sua publicação na literatura especializada.

8. A pesquisa estará à disposição para publicação de resultados, artigos e documentos acadêmicos bem como apresentações em eventos e atividades científicas.

9. Durante todo o processo você será acompanhado pela pesquisadora e pela orientadora da pesquisa, estando à sua inteira disposição para o esclarecimento de dúvidas, que poderão ser pedidos a qualquer tempo no transcurso da pesquisa, questionamentos pertinentes ao assunto estudado, à metodologia e aos procedimentos adotados e, ainda, qualquer auxílio profissional.

Este termo de consentimento é feito em duas vias, com uma delas permanecendo em seu poder e a outra com o pesquisador responsável.

Mais informações sobre a pesquisa podem ser obtidas pelo telefone: (62) 9226-8633

Agradecemos antecipadamente a sua participação.

Goiânia, \_\_\_\_\_ de 2009.

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

\_\_\_\_\_

Assinatura do/a participante voluntário/a da  
pesquisa

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_

Assinatura do/a acompanhante do/a  
participante voluntário/a