



ORIGINAL ARTICLE

ADHERENCE ASPECTS AFTER BARIATRIC SURGERY

ASPECTOS DA ADERÊNCIA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

ASPECTOS DEL ADHESIÓN DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Marianna Carla Lucena¹, Andressa Moreira Hazboun², Remerson Russel Martins³, João Carlos Alchieri⁴

ABSTRACT

Objective: to evaluate psychosocial aspects of personality which can influence adherence in patients who underwent bariatric surgery. **Method:** this is an observational transversal study, from qualitative/quantitative approach, performed with 15 patients after surgery. Those were indicated by the nurses sector as the most assiduous and classified as low and high adherence by the coordinator of the Obesity and Related Disorders Surgery Department, after approved by the Research Ethical Committee of Onofre Lopes University Hospital n. 355/09. Data were collected in a public hospital located in Natal-RN (Brazil) by using a semi-structured questionnaire and the Zulliger test. Then, the questionnaire data were submitted to discourse analysis, according to Bardin parameters, and the Zulliger was analyzed by the Klopfer system. **Results:** the most of patients demonstrated satisfaction with surgery and improvements in different areas of life. Paradoxically, the low adherence group presented more proactive personality compared to the group with high adherence. **Conclusion:** there are difficulties in adherence evaluation, once active behaviors can be understood as low adherence, what may cause problems in the procedures. **Descriptors:** bariatric surgery; behavioral medicine; guideline adherence; obesity; feeding behavior; public health; quality of life.

RESUMO

Objetivo: verificar aspectos psicossociais e de personalidade que podem influenciar na adesão terapêutica de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Método:** estudo observacional, quantitativo e qualitativo, de corte transversal, realizado com 15 pacientes pós-cirúrgicos. Estes foram indicados pelo setor de enfermagem como mais assíduos e classificados em baixa e alta aderência pelo coordenador do Serviço de Cirurgia da Obesidade e Doenças Relacionadas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Hospital Universitário Onofre Lopes n. 355/09 e os dados foram coletados em um hospital da rede pública de saúde de Natal-RN (Brasil), com um questionário semi-estruturado e de um teste projetivo (Zulliger). Posteriormente, foram submetidos à análise de conteúdo seguindo os parâmetros de Bardin e o Zulliger foi corrigido de acordo com o sistema Klopfer. **Resultados:** a maior parte dos pacientes demonstrou satisfação com a cirurgia e melhoras em diversas esferas da vida. Paradoxalmente, o grupo classificado como tendo baixa aderência apresentou características de personalidade proativa em relação ao grupo considerado de alta aderência. **Conclusão:** a avaliação da aderência faz-se dificultosa uma vez que comportamentos ativos podem ser compreendidos como baixa aderência, podendo gerar entraves nas condutas. **Descritores:** cirurgia bariátrica; medicina do comportamento; fidelidade a diretrizes; obesidade; comportamento alimentar; saúde pública; qualidade de vida.

RESUMEN

Objetivo: determinar los aspectos psicosociales de la personalidad que pueden influenciar la adhesión en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. **Método:** estudio observacional cualitativo y cuantitativo, transversal, realizado con 15 pacientes después de la cirugía. Estos fueron identificados por el personal de enfermería como más frecuentes y clasificados como de alta y baja adhesión por el coordinador del Departamento de Cirugía de la Obesidad y Trastornos Relacionados. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Onofre Lopes n. 355/09 y los datos fueron recogidos en un hospital público de Natal-RN (Brasil), obtenidos a través de un cuestionario semiestructurado y el técnica proyectiva de Zulliger. Después, los datos del cuestionario fueron sometidos a análisis del discurso según Bardin, y el Zulliger se analizó en el sistema de Klopfer. **Resultados:** la mayoría de los pacientes estaban satisfechos con la cirugía y obtenían mejoras en diversos ámbitos de la vida. Paradójicamente, el grupo clasificado como de baja adhesión mostró una personalidad más proactiva comparándose al grupo de alta adherencia. **Conclusión:** hay dificultades en la evaluación de la adhesión, a medida que el comportamiento activo puede ser entendido como baja adhesión, lo que puede causar problemas en los procedimientos. **Descriptores:** cirugía bariátrica; medicina de la conducta; adhesión a directriz; obesidad; conducta alimentaria; salud pública; calidad de vida.

^{1,2,3,4}Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mails: mariannacarla_psi@hotmail.com; dxahaz@gmail.com; remersonrm@yahoo.com.br; jcalchieri@gmail.com

INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica consiste na intervenção cirúrgica realizada no aparelho digestivo para diminuir a ingestão e absorção de alimentos, sendo um dos recursos utilizados no tratamento da obesidade mórbida e considerada como método mais eficaz.¹ Este procedimento é tido como o tratamento mais radical para a obesidade, reservado para pacientes com índice de massa corpórea maior ou igual a 40kg/m² ou maior ou igual a 35kg/m² com co-morbidades associadas e com tratamentos convencionais prévios que não obtiveram sucesso.²⁻³ Proporciona, com a significativa redução de peso, uma diminuição da resistência à insulina e, conseqüentemente, dos fatores de risco cardiovasculares, bem como uma melhora de co-morbidades relacionadas à obesidade, incluindo apnéia do sono, refluxo gastro-esofágico, artropatias, infertilidade, estase venosa e úlceras por insuficiência venosa crônica.³⁻⁴ Desse modo, pode ser considerada uma terapêutica efetiva para pacientes com síndrome metabólica e obesidade.³

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (2005) o procedimento para realização da cirurgia bariátrica inclui avaliação individual, realizada por médico cirurgião e clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta e anestesiológico.¹ Em seguida, o paciente deve fazer parte de reuniões com a equipe multiprofissional e com pacientes já operados, a fim de conhecer características, necessidades, riscos e limitações da cirurgia, podendo assim ter mais segurança da sua decisão.¹ Ademais, é importante avaliar as expectativas relacionadas ao pós-cirúrgico e proporcionar um acompanhamento psicológico nessa etapa, uma vez que fatores psicossociais e comportamentais influenciam a boa evolução do paciente.^{5,1} É possível se observar uma tendência de melhora no funcionamento psicológico do paciente após a cirurgia, mesmo que alguns transtornos psiquiátricos possam aparecer nesse período (sintomas depressivos, ansiedade, uso de substâncias, alterações comportamentais) como causas de morte, sendo o suicídio a principal ocorrência.⁶⁻⁷

No pós-cirúrgico, mudanças no comportamento alimentar e na imagem corporal são características, de modo que a manutenção da perda de peso depende da participação ativa do paciente e da família.^{1,5} A aderência terapêutica é parte do comportamento humano implicado na saúde e expressão da responsabilidade dos indivíduos

com o cuidado e manutenção da mesma, podendo ser definida como uma conduta complexa que consiste em uma combinação de aspectos comportamentais, interpessoais e volitivos, que levam à participação e compreensão do tratamento por parte do paciente e do planejamento para seu cumprimento de maneira conjunta com o profissional de saúde, levando à uma resposta modulada por uma busca ativa e consciente de recursos para alcançar o resultado esperado.⁸

Por ser um fenômeno multidimensional, pode-se citar a influência de cinco conjuntos de fatores determinantes na adesão ao tratamento: fatores socioeconômicos, aspectos relacionados ao tratamento, ao paciente, à enfermidade, ao sistema e à equipe de assistência sanitária.⁹ Também é de suma importância que o paciente tenha conhecimento sobre sua enfermidade, sobre o tratamento, sobre os riscos envolvidos, a gravidade, a velocidade da progressão e sobre os sintomas esperados, para que ele possa entender a necessidade do tratamento, sua finalidade e importância, como sendo parte relevante na aderência terapêutica. Já a não aderência tem sido vista como um problema de saúde global e, intervenções nessa área podem ter inclusive impacto maior para melhorias em tratamentos médicos específicos. Logo, destaca-se a realização de pesquisas e estudos que guiem tais intervenções, bem como de esforços realizados por equipes de saúde em oferecer assistência individual qualificada, buscando estimular o paciente a participar ativamente no seu tratamento.¹⁰⁻¹

Diante do problema de saúde pública em que se configura a obesidade (300 milhões de pessoas no mundo) a cirurgia bariátrica, em condições adequadas, constitui uma técnica eficaz. Demanda, no entanto, esforços e investimentos de pacientes e familiares, bem como um suporte de qualidade da equipe multiprofissional, principalmente pela dificuldade de adesão ao tratamento desses pacientes e pelos riscos pré e pós-operatórios inerentes.¹⁰

Tendo em vista o exposto, a presente pesquisa vem corroborar para o desenvolvimento de ações profiláticas no pós-operatório da cirurgia bariátrica, tendo em vista a necessidade de uma boa adesão para o sucesso do tratamento. Para tanto, o estudo buscou verificar aspectos psicossociais e da personalidade que podem estar influenciando a adesão de pacientes que foram submetidos a esse procedimento cirúrgico.

MÉTODO

O presente estudo busca compreender aspectos psicossociais e da personalidade que podem influenciar na adesão de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no período pós-operatório. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL) sob o registro nº355/09.

A amostra corresponde a 15 pacientes operados no Serviço de Cirurgia da Obesidade e Doenças Relacionadas (SCODE) com sede no HUOL, hospital referência na cidade de Natal-RN. Os pacientes foram escolhidos de acordo com a disponibilidade em participação da pesquisa e também com base na assiduidade nas consultas de acordo com a percepção da equipe de enfermagem. Os aspectos de aderência terapêutica foram avaliados pela equipe, considerando critérios como assiduidade nas consultas agendadas pela equipe, seguimento das orientações recomendadas pelos profissionais de saúde em questão, boa qualidade de alimentação, uso regular das medicações recomendadas (incluindo o suplemento), bom relacionamento equipe-paciente e mudanças nos hábitos de vida em prol de melhores resultados no período pós-operatório. Desse modo, foi possível a divisão da amostra em dois grupos: de alta aderência e de baixa aderência.

Para avaliação de aspectos psicossociais utilizou-se um protocolo de entrevista específico e para os aspectos da personalidade foi utilizado o teste Zulliger. Trata-se de um teste projetivo que permite associação de formas a partir de manchas de tinta, por visar exteriorizar a reação subjetiva do sujeito frente ao estímulo percebido, permitindo assim a expressão de estruturas de personalidade. Também é considerado um teste de percepção, na medida em que envolve processos mentais nas respostas dos sujeitos.¹²

A coleta dos dados foi realizada no próprio Hospital, na sala sede do SCODE, com boa iluminação e ventilação, de forma individual. Para a análise do Zulliger, utilizou-se o sistema de classificação, tabulação e interpretação de Klopfer, que consiste em uma escala na qual as variáveis do teste projetivo são quantificadas e as melhores recebem uma maior pontuação.¹²⁻¹³ Os dados do protocolo foram submetidos à análise

quantitativa e os dados qualitativos à análise de conteúdo seguindo os parâmetros de Bardin, buscando-se examinar o conteúdo das respostas e desmembrar os textos em unidades a fim de investigar os temas recorrentes.¹⁴

RESULTADOS

Foram classificados doze participantes como tendo alta adesão e três como tendo baixa adesão. O perfil da amostra obtido através do protocolo de entrevista evidenciou que dez participantes eram do sexo feminino e cinco eram do sexo masculino, um alegou possuir entre 20 e 25 anos, dois de 26 a 30, um de 31 a 35, dois de 36 a 40, dois de 41 a 45, três de 46 a 50, um de 51 a 55 e três de 56 a 60. Quanto ao estado civil, doze se disseram casados, dois solteiros e um viúvo. No tocante a religião, doze se disseram católicos, um cristão, um sem religião e um não especificou. Com relação à escolaridade, um relatou ter o ensino fundamental incompleto, um o segundo grau incompleto, oito o segundo grau completo, dois superior incompleto, dois superior completo e um pós-graduação. A renda familiar mensal é de mais de R\$4.000 em três entrevistados, entre R\$500 e R\$1000 em outros três, de R\$ 1000 a R\$1500 em três, dois possuem renda de R\$1.500 a R\$2000, dois de R\$2000 a R\$2500, um de R\$2500 a R\$3000, um R\$3000 a R\$3500. Quanto ao tipo de moradia 13 possuem casa própria e dois residem em moradia alugada.

Das doenças coexistentes antes da cirurgia, tem-se nas respostas uma incidência de 42% de hipertensão, 16% de diabetes, 16% pré-diabetes, 10% esteatose hepática e 16% de ausência de co-morbidade antes da cirurgia. Além disso, onze dos pacientes relataram que tomavam medicamentos antes da cirurgia e quatro não faziam uso de nenhuma medicação. Após a cirurgia doze dos participantes declararam não sofrer de mais nenhuma co-morbidade, um relatou hipertensão, um hipotireoidismo e um artrose. O tempo de pós-cirurgia varia de sete a 41 meses, com seis pacientes que obtiveram ganho de peso significativo (acima de 3kg), depois de alcançado o peso mínimo, como ilustrado na tabela abaixo:

Tabela 1. Médias e desvio padrão dos pesos pré-cirurgia, atuais e mínimos conforme o tempo pós-cirurgia.

Tempo pós-cirurgia	Peso pré-cirurgia (Kg)	Peso atual (Kg)	Peso mínimo pós-cirurgia (Kg)
Até de 1 ano	125 ± 19	82 ± 16	82 ± 15
De 1 ano à 2 anos	115 ± 13	75 ± 8	71 ± 9
Mais de 2 anos	132 ± 26	80 ± 18	77 ± 15

Das orientações ao paciente pela equipe de cirurgia bariátrica, a boa qualidade da dieta, incluindo respostas referentes à qualidade dos alimentos, comidas saudáveis, dieta equilibrada e ingestão de menos gordura, foi lembrada em uma frequência de 30%, qualidade da mastigação 18%, suplemento alimentar por 18%, cuidados com a quantidade de comida ingerida 14%, prática de exercícios físicos 14%, perder peso 2%, fazer exames 2% e diminuir a ansiedade 2%.

Dos participantes, quatro alegaram ter facilidade em seguir todas as orientações da equipe e nove relataram ter alguma dificuldade, quais sejam as frequências nas respostas: seguir a dieta 37%, boa mastigação 21%, realizar atividades físicas 21%, ingerir pequena quantidade de alimentos 7%, não beber líquidos durante as refeições 7% e utilizar suplemento vitamínico 7%. No que concerne ao relacionamento do paciente com a equipe de saúde sob a ótica dos primeiros, nove teceram elogios aos profissionais, dois não fizeram críticas a esse respeito, três consideraram os retornos do pós-operatório muito espaçados, três trouxeram queixas de profissionais específicos e um queixou-se da demora na execução de exames.

No que diz respeito à rotina alimentar dos participantes, o percentual de verbalizações acerca da manutenção dos horários de alimentação, com seis refeições por dia, foi de 21%, boa qualidade da alimentação 23%, comer as quantidades recomendadas 28%, persistência de maus hábitos alimentares 10% e não cumprimento dos horários e número de refeições 18%. Seis dos participantes alegaram sair da rotina alimentar com frequência, nove com baixa frequência e dois somente nos fins de semana. Quanto aos motivos que levam os entrevistados a esse tipo de conduta, a vontade de comer foi citada como núcleo de resposta quatro vezes e a ida a eventos, cinco.

A percepção dos pacientes acerca da sua imagem corporal no momento da entrevista evidenciou que onze dizem estar satisfeitos com a imagem corporal e doze deles recebem elogios e reconhecimento externo por sua aparência. Nas respostas acerca da imagem social e das mudanças que a cirurgia trouxe para a vida do paciente, a melhora da auto-estima foi citada com frequência de 33%, a facilidade de locomoção 33%, os ganhos

sociais (mais sucesso no trabalho, amigos, sair mais) 25% e o desejo de fazer coisas novas 9%.

Quando questionados se houve mudanças no relacionamento familiar oito dos participantes responderam que sim e sete que não, sendo que todas as mudanças foram consideradas positivas. No relacionamento social onze alegaram terem ocorrido mudanças, e quatro dentre o grupo responderam negativamente. Ao avaliar a qualidade da vida sexual pós-cirurgia bariátrica, oito dos entrevistados observaram melhoras e se disseram satisfeitos, enquanto sete declararam não haver melhora, porém referindo-se a motivos como viuvez, problemas conjugais e menopausa.

No tangente a se as expectativas do paciente antes da cirurgia correspondem ao seu momento de vida atual, três declararam que sim e dois que não, pois um diz esperar emagrecer mais e outro espera encontrar um emprego. Das expectativas para o futuro, cinco declararam esperar fazer plástica, dois manter o peso, quatro perder mais peso e quatro não possuem expectativas quanto a isso. Nenhum dos pacientes relatou qualquer tipo de arrependimento ou queixa com relação à cirurgia.

Observou-se nos resultados do Zulliger aplicados no grupo considerado de baixa aderência indicativos de boa capacidade de produção e desempenho, apontando para estratégias adequadas de realização; capacidade de integração e síntese em sua percepção; racionalidade, praticidade e objetividade no modo de perceber o mundo; capacidade de resolução dos problemas práticos do dia-a-dia; e indicativos de controle demasiado e repressão emocional, não deixando os aspectos afetivos interferirem nas atividades cotidianas. Já no grupo considerado de alta aderência, o instrumento apontou para uma percepção defensiva, em detrimento do real ou da visão de conjunto; rigorosidade e controle demasiado das emoções; postura rígida, severa e exigente, com contato superficial com a realidade, pouca imaginação, impessoalidade com prejuízo na espontaneidade; inibição, tensão, ansiedade ou desconfiança nos relacionamentos interpessoais; pouco senso de iniciativa, de competição e acomodação; interesses restritos, estereotipia do pensamento, pouca

flexibilidade e pouca capacidade de adaptação; e pensamento pouco objetivo, apontando para deficiência na atenção e no auto-controle, associado a subjetividade na percepção dos fatos.

DISCUSSÃO

A amostra conta com 15 participantes cujo perfil predominante é de dez do sexo feminino, doze casados, todos brasileiros, oito com o segundo grau completo, oito com renda familiar mensal acima de R\$ 2000, treze que possuem casa própria e seis tem entre 46 e 60 anos. O grupo considerado de baixa aderência pelo cirurgião/coordenador do serviço contou com três participantes e o grupo de alta aderência com doze. Como se trata de pacientes que, de acordo com a equipe de enfermagem, comparecem com assiduidade às consultas e se disponibilizaram a fazer parte da pesquisa, já se observam indícios em tais comportamentos de alta aderência terapêutica, o que está congruente com a avaliação do profissional. O tempo de pós-cirurgia varia de sete a 41 meses, com seis pacientes que obtiveram ganho de peso significativo (acima de 3kg), após de alcançado o peso mínimo, sendo que o primeiro paciente a apresentar esse ganho de peso está com doze meses de pós-operatório. A partir daí, nota-se na tabela I que quanto maior o tempo de pós-operatório do paciente, maior ocorrência na amostra de ganho de peso, o que pode ser indicativo de uma diminuição da adesão ao longo do tempo, uma vez que este é um fenômeno múltiplo e complexo, com diversos fatores implicados, e que pode ocorrer de maneiras diferentes em diversos momentos do tratamento.⁸

Observa-se que das doenças relatadas coexistentes antes da cirurgia (42% de hipertensão, 16% de diabetes, 16% pré-diabetes, 10% esteatose hepática e 16% de ausência de co-morbidade antes da cirurgia) a maioria obteve melhora, uma vez que onze dos pacientes relataram que tomavam medicamentos antes da cirurgia e, após a mesma, doze dos participantes declararam não sofrer de mais nenhuma co-morbidade. Ou seja, há congruência com os estudos que apontam a resistência à insulina e problemas cardiovasculares como umas das principais co-morbidades observadas em pacientes obesos e a melhora dessas e outras doenças após a cirurgia bariátrica.³⁻⁴

Das orientações dadas pela equipe, as mais lembradas foram a boa qualidade da dieta (30%), a qualidade da mastigação (18%) e o suplemento alimentar (18%), provavelmente

por serem informações constantemente reforçadas pela equipe de cirurgia tanto no período de pré-operatório como no pós-operatório. Já que a boa qualidade da dieta é uma das ferramentas principais não só na perda de peso como também na qualidade nutricional do paciente, que após a cirurgia bariátrica tem sua capacidade de ingestão alimentar reduzida, necessitando inclusive de suplemento para complementação nutricional e absorção de componentes que somente com a alimentação normal não conseguem ser metabolizados. Por conseguinte, a qualidade da mastigação está intimamente envolvida nesse processo, facilitando o melhor aproveitamento dos alimentos e sendo parte importante na saciedade.

Dos pacientes, nove relataram ter alguma dificuldade para seguir orientações, citando principalmente, o seguimento da dieta (37%), a boa mastigação (21%) e a realização atividades físicas (21%). Com base em dados da OMS 95% dos obesos que seguem dieta para emagrecer fracassam na manutenção do corpo mais magro, o que evidencia a dificuldade de mudanças de hábitos alimentares e de seguir dietas que se constitui a longo prazo também em pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica.¹⁵ Quanto à mastigação e às atividades físicas, pode-se supor que tais hábitos não fizessem parte da vida desses pacientes, uma vez que eles atingiram graus de obesidade indicados para cirurgia, enfrentando, portanto, dificuldades para a aquisição dos mesmos.

Os resultados acerca do relacionamento do paciente com a equipe demonstram que a maioria dos participantes percebe os profissionais de forma positiva, o que deve influenciar em uma boa qualidade de relacionamento e ter consequências importantes na manutenção da aderência terapêutica, fato este reforçado pela OMS quando esta diz que “uma boa relação provedor-paciente pode melhorar a aderência terapêutica”.⁹ Dos pacientes que se queixaram, apenas um foi considerado não aderente segundo a avaliação do cirurgião. É importante observar que a equipe deve estar instrumentalizada para lidar aspectos psicodinâmicos que possam interferir no campo de trabalho como sentimentos de rejeição, dependência e adesão. É importante que haja, na equipe de saúde, a presença de profissionais da área da saúde mental a fim de propor estratégias, tanto no pré como no pós-operatório, que evitem complicações psicológicas.¹⁶

Na rotina alimentar dos pacientes, foi recorrente o discurso sobre comer as quantidades recomendadas (28%), provavelmente devido ao fato de que os efeitos de uma ingestão exagerada são bastante desagradáveis para pacientes pós-bariátrica (vômitos, sensação de empachamento), ter uma boa qualidade alimentar (23%) e manter os horários de alimentação, com seis refeições por dia (21%), ponto importante para evitar que os pacientes comam fora da dieta e acumulem ácido gástrico. A persistência de maus hábitos alimentares incidiu com 10%, o que dificulta a perda de peso, a diminuição das comorbidades e a qualidade nutricional e o não cumprimento dos horários e número de refeições 18%. Embora esses possam ser indicativos de baixa adesão ao tratamento, curiosamente, os pacientes do grupo de baixa aderência não indicaram nos discursos rotinas alimentares deficientes e tampouco estão incluídos nos que alegaram sair da rotina alimentar com frequência. Nesse quesito, oito costumam sair da rotina alimentar, seja nos fins de semana, seja por motivos como vontade de comer e ida a eventos.

Quanto à percepção dos participantes acerca de sua imagem corporal, onze pacientes alegaram estar satisfeitos, doze deles dizem receber elogios e reconhecimento externo por sua aparência, a melhora da auto-estima foi citada com frequência de 33%, bem como a facilidade de locomoção (33%) e ganhos sociais (25%), como mudanças que a cirurgia trouxe na vida do paciente, fatores que podem estar repercutindo positivamente na adesão dos mesmos. Ademais, oito dos entrevistados alegaram que houve mudanças positivas no relacionamento familiar e onze fizeram referência a mudanças no relacionamento social. Nesse sentido, a assistência e o suporte de familiares e de amigos têm sido vistos como um dos fatores que mais influenciam a aderência por ser uma forma de estimular no paciente o otimismo e a melhora da auto-estima.¹⁷ Fato este que se traduz neste estudo devido ao número significativo de indivíduos que após a cirurgia relataram uma maior aceitação social.

A melhora na qualidade da vida sexual de obesos submetidos à cirurgia bariátrica pode ser observada a partir de seis meses após o procedimento cirúrgico.¹⁸ Do mesmo modo, oito dos entrevistados observaram melhoras na vida sexual pós-cirurgia bariátrica e se disseram satisfeitos, enquanto sete declararam não haver melhora, porém

referindo-se a motivos como viuvez, problemas conjugais e menopausa.

A maior parte dos participantes, treze, declarou que as expectativas que tinha antes da cirurgia correspondem ao seu momento de vida atual, dos que se desapontaram, um justificou que gostaria de ter emagrecido mais e outro de ter conseguido um emprego. É interessante observar que a cirurgia é tida por esses pacientes como algo capaz de resolver situações em outras esferas da vida, assim como demonstram alguns casos, nos quais, além do emagrecimento, os pacientes esperam obter resolução dos conflitos interpessoais e conjugais, assim como mudanças de traços definidos de suas personalidades.⁷

Das expectativas para o futuro, cinco declarou esperar fazer plástica, dois manter o peso, quatro perder mais peso e quatro não possui expectativa quanto a isso. Nenhum dos pacientes relatou qualquer tipo de arrependimento ou queixa com relação à cirurgia.

De acordo com os resultados psicológicos por meio do teste de Zulliger, o grupo avaliado com baixa aderência possui indicadores de uma postura proativa, marcada pelo controle da afetividade e objetividade na percepção do seu meio. Esses indicadores mostram mais condições em atender às necessidades de controle acerca das emoções, alimentação e demais cuidados pós-cirúrgicos, bem como de ter uma maior compreensão do tratamento. Contudo, os pacientes que apresentaram tais características referem-se aos indivíduos avaliados como de baixa adesão. De acordo com alguns autores, a não aderência pode ser apropriada e benéfica quando evita o engajamento em tratamentos impróprios ou não adequados às mudanças das necessidades dos pacientes, portanto, a aderência deve ser favorável quando se trata de um processo que permite ao paciente influenciar a decisão se ele desejar e escolher um tratamento apropriado.¹¹

Por sua vez, o grupo de pacientes de alta adesão evidenciou indicadores de uma postura não-assertiva, submissa, com dificuldades na percepção dos aspectos mais concretos da realidade e demasiado controle emocional. Além de outros indicadores de ansiedade, dificuldades no contato interpessoal, pouca iniciativa e acomodação ao meio. Essa postura mostra-se incompatível com a participação ativa do paciente junto ao processo de aderência terapêutica como prescrito pela OMS.⁹ Ao mesmo tempo que parece aproximar-se da compreensão da aderência

Lucena MC, Hazboun AM, Martins RR, Alchieri JC.

que pressupõe um papel passivo ao paciente em obedecer à prescrição médica, desconsiderando a sua capacidade de tomar decisões, de discutir sua enfermidade, a prescrição adotada e outros aspectos relevantes para si.¹⁹

Existem diversas estratégias e dificuldades na avaliação da aderência terapêutica, sobretudo em tratamentos complexos e de longa duração ou para enfermidades crônicas. Alguns métodos são diretos e objetivos como o emprego de medições bioquímicas e clínicas como exames laboratoriais, e outros são métodos indiretos e subjetivos representados pelo auto-relato do paciente, uso de entrevistas e da avaliação da equipe de saúde. Esses últimos estão sujeitos ao viés do profissional de saúde ou à imprecisão deliberada ou não do relato do paciente. Já nos métodos diretos e objetivos de medições bioquímicas observam-se dificuldades nesse tipo de avaliação, pois o paciente pode não aderir como esperado, mas obter a melhora em seu quadro clínico em função de outros fatores, além de também ser possível que mesmo que o paciente realize corretamente a terapêutica estabelecida não se observe os resultados esperados nas avaliações laboratoriais.²⁰ No presente estudo, optou-se pela avaliação do médico-cirurgião, partindo de seu contato com cada paciente e considerando-se critérios como assiduidade, busca de informação, participação e concordância com as demandas da cirurgia bariátrica, para guiar o julgamento do profissional acerca da adesão da amostra estudada. Dentro desse cenário, ao considerar-se o julgamento do profissional acerca da adesão do paciente, e a avaliação psicológica desse paciente destaca-se a importância da dimensão comunicativa e interpessoal na interação médico-paciente na mediação da aderência terapêutica.

Conforme ressaltam alguns autores, certos aspectos da aderência terapêutica dizem respeito diretamente à dimensão interpessoal, a comunicação médico-paciente ou, num sentido mais amplo, a interação do profissional de saúde com o paciente, o apoio social e familiar.^{9,21-22} A OMS destaca explicitamente as características comportamentais do profissional de saúde como determinante do nível de aderência ao tratamento.⁹ Esses aspectos remetem-se à necessidade do incremento nas habilidades interpessoais do profissional de saúde em lidar com um paciente não-assertivo, receoso e ansioso de maneira a permitir-lhe um espaço realmente aberto para a exposição de seus

Adherence aspects after bariatric surgery.

medos e dúvidas. Além das habilidades necessárias para lidar com um paciente ativo, questionador e, até mesmo, opositor de forma à constitui-se uma vinculação positiva e efetivamente colaborativa entre profissional de saúde e paciente.

CONCLUSÃO

Percepção de melhora e sensações de bem estar foram referidas na vida social, sexual e familiar, bem como satisfação com relação à cirurgia, o que se apresenta como reforçador para atitudes de aderência ao tratamento, que foram identificadas na avaliação desses pacientes por parte do profissional entrevistado. No entanto, tomando aderência como uma postura ativa do paciente em prol da sua saúde, as características apontadas pelo instrumento de avaliação da personalidade parecem indicar aspectos controversos quanto à classificação dos grupos: o grupo de alta aderência com um perfil mais submisso e o grupo de baixa aderência com perfil proativo. Essa aparente contradição se deve à dificuldade em avaliar a aderência, bem como à influência da dimensão comunicativa e interpessoal na interação médico-paciente na mediação da mesma. Nesse sentido, é preciso avaliar a questão da aderência com profundidade, atentando principalmente para que a não-assertividade acabe sendo tomada como comportamento aderente e o paciente continue inseguro, receoso e ansioso, com os riscos que isso acarreta e, por outro lado, saber lidar com pacientes ativos, aliando esse tipo de personalidade de forma positiva e colaborativa, proporcionando o melhor tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Moliner J, Rabuske M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicol Teor Prat*[periódico na internet]. 2008 [acesso em 2010 Mar 12]; 10(2):[aproximadamente 17 p.]. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v10n2/v10n2a04.pdf>
2. Puglia CR. Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. *Rev Assoc Med Bras*[periódico na internet]. 2004 [acesso em 2009 Nov 2]; 50(2):[aproximadamente 1 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200015
3. Carvalho PS, Moreira CLCB, Barelli CB, Oliveira FH, Guzzo MF, Miguel GPS. Cirurgia bariátrica cura síndrome metabólica?. *Arq*

Lucena MC, Hazboun AM, Martins RR, Alchieri JC.

Adherence aspects after bariatric surgery.

Bras Endocrinol Metab[periódico na internet]. 2007 [acesso em 2010 Mar 12]; 51(1):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302007000100013&script=sci>

4. Oliveira JHA, Yoshida EMP. Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica. Psicol Reflex Crit[periódico na internet]. 2009 [acesso em 2010 Fev 11]; 22(1):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/03.pdf>

5. Travado L, Pires R, Martins V, Ventura C, Cunha S. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. Aná Psicológica[periódico na internet]. 2004 [acesso em 2010 Mar 12]; 3(22):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a10.pdf>

6 Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho WF, Apolinário JC. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. Rev psiquiatr Rio Gd Sul[periódico da internet]. 2004 [acesso em 2010 Mar 12]; 26(1):[aproximadamente 4 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082004000100007&script=sci_abstract&tlng=pt

7. Leal CW, Baldin N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. Rev psiquiatr Rio Gd Sul [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2010 Mar 12]; 29(3):[aproximadamente 3p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000300013&script=sci_arttext&tlng=en

8. Alfonso LM. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev cub salud pública[periódico da internet]. 2006[acesso em 2010 Mar 12]; 32(3):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm

9. Organización Mundial de la Salud (Suíça). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.

10. Nóbrega MML, Felix LG, Soares MJGO. Processo de enfermagem fundamentado na teoria de auto cuidado de Orem a um paciente Submetido à cirurgia bariátrica. Rev enferm UFPE on line[periódico da internet]. 2009 [acesso em 2010 Mar 12]; 3(4):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/89/89>

11. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. 2005 Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).

12. Vaz CE. ZTeste:Técnica de Zulliger - Forma Coletiva, 2nd ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

13. Nascimento RSGF. Contribuições do método de Rorschach no campo da psicoterapia. Psicol teor prat[periódico na internet]. 2001[acesso em 2010 Mar 12]; 3(1):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/viewFile/1102/813>

14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.

15. Cavalcanti APR, Dias MR, Costa MJC. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. Estud Psicol[periódico na internet]. 2005 [acesso em 2010 mar 12]; 10(1):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000100014&script=sci_abstract&tlng=pt

16. Magdaleno R, Chaim EA, Turato ER. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Rev psiquiatr Rio Gd Sul[periódico na internet]. 2009 [acesso em 2010 Mar 12]; 31(1):[Aproximadamente 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000100013

17. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health Psychology[periódico na internet]. 2004 [acesso em 2010 mar 12]; 23(2):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy_optionToBuy&id=2004-11615_014&CFID=69

18. Araújo AA, Brito AM, Ferreira MNL, Petribú K, Mariano MHA. Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. Rev Col Bras Cir[periódico na internet] 2009 [acesso em 2010 Mar 12]; 36(1):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912009000100009&script=sci_arttext&tlng=en

19. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc saúde coletiva [periodic na internet]. 2003[acesso em 2010 Mar 12]; 8(3):[aproximadamente 8 p.].

Lucena MC, Hazboun AM, Martins RR, Alchieri JC.

Adherence aspects after bariatric surgery.

Disponível em:
<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>

20. Alfonso ML. La adherencia terapéutica como um problema de la psicologia de la salud. Rev Cubana Salud Pública. 2005;32(3):567-89.

21. Camargo CB, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do auto-cuidado. Texto contexto - enferm[periódico na internet] 2008 [acessado em 2010 mar 12];17(1):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100007&script=sci_arttext&tlng=pt

22 Arias GY. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr[periódico na internet] 2001[acesso em 2010 Mar 12]; 17(5):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI16501.htm

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/01/08

Last received: 2010/03/15

Accepted: 2010/03/16

Publishing: 2010/04/01

Address for correspondence

Marianna Carla Maia Dantas de Lucena
Ed. Mirante
Rua Sachet, 325, Bairro Ribeira João Olímpio
Filho – Ap.1600
CEP: 59012-420 – Natal, Rio Grande do Norte,
Brasil