



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**Apoio social e ganho de peso pós cirurgia bariátrica: efeitos de
intervenção comportamental com cuidadores**

Marcela Abreu-Rodrigues

Brasília, Abril de 2014



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**Apoio social e reganho de peso pós cirurgia bariátrica: efeitos de
intervenção comportamental com cuidadores**

Marcela Abreu-Rodrigues

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração: Psicologia da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, Abril de 2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1015723.

R696a Rodrigues, Marcela Abreu.
Apoio social e ganho de peso pós cirurgia bariátrica :
efeitos de intervenção comportamental com cuidadores /
Marcela Abreu-Rodrigues. -- 2014.
xiii, 82 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) - Universidade de Brasília, Instituto
de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos
de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2014.

Inclui bibliografia.

Orientação: Eliane Maria Fleury Seidl.

1. Obesidade. 2. Obesidade - Cirurgia. 3. Assistência
social. 4. Peso corporal - Regulação. I. Seidl, Eliane
Maria Fleury. II. Título.

CDU 616-056.52

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TESE DE DOUTORADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente

Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Lilian Maria Borges – Membro

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ

Profa. Dra. Kênia Mara Baiocchi de Carvalho – Membro

Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Carlos Augusto Teixeira da Cruz – Membro

Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Jr. – Membro

Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Janaína Bianca Barletta- Suplente

Universidade Paulista- UNIP

*Dedico esse trabalho à
minha família
e a todos os pacientes e
profissionais que lutam
diariamente contra a
obesidade*

Agradecimentos

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl pela competência e rigor com que orientou este trabalho. Pela sua confiança em mim durante todas as etapas da elaboração da tese e pela compreensão e carinho durante momentos de dificuldades pessoais atravessados nesse período.

Aos meus pais por me apoiarem em todas as minhas decisões e por estarem sempre ao meu lado, por serem excelentes modelos de responsabilidade, amor e dedicação. Obrigada por serem pais e avós maravilhosos. Sem vocês, não conseguiria!

Ao meu filho Gabriel por ser o maior estímulo para que eu seja uma pessoa melhor a cada dia! Por me proporcionar momentos inesquecíveis de felicidade e orgulho. A sua compreensão e seu amor foram fundamentais para dar continuidade a esse trabalho. Amo ser sua mãe!

Ao meu marido, companheiro e melhor amigo Raul pelo seu amor, carinho e companheirismo! Você é meu príncipe encantado! Te amo infinitamente!

Ao meu irmão Manoel, à minha cunhada Lilian e ao meu querido afilhado Theo e sobrinho Noah pelo amor e carinho com que sempre tiveram comigo! A torcida e o apoio de vocês foram fundamentais!

Ao meu sogro Francisco e à sua esposa Maria Clara, minha querida sogra Bia e cunhados Fred e Lulu pelo acolhimento, amor e carinho durante essa jornada. Tenho muito orgulho de fazer parte dessa família.

A todos da Gastrocirurgia de Brasília pela oportunidade de trabalhar com uma equipe tão integrada e séria. Dr Orlando Faria e Dra Silvia Leite Faria, serei eternamente grata pela confiança depositada em meu trabalho como profissional e pesquisadora e pelo carinho que sempre tiveram comigo!

Às minhas companheiras e grandes amigas Marina Kohlsdorf e Juciléia Souza. Tenho muita admiração e carinho por vocês, muito obrigada por fazerem parte da minha vida!

Aos professores Aderson Costa, Kênia Mara Baiocchi de Carvalho e Lilian Borges pelas valiosas contribuições na banca de qualificação desse trabalho.

Aos professores membros da banca de defesa: Dr Carlos Augusto Teixeira da Cruz, Kênia Mara Baiocchi, Lilian Borges, Aderson Costa Junior e Janaina Barletta, por terem aceito o meu convite e contribuírem com esse trabalho.

Aos colegas e professores da Universidade Paulista, em especial às professoras Maria do Rosário Varela e Simone Garcia pelo apoio e pela compreensão de sempre.

À minha avó, meus tios, primos e amigos que fazem parte da minha vida. O carinho recebido por vocês durante os momentos mais difíceis foi fundamental para dar continuidade a esse trabalho! Me sinto muito amada!

À Dra Vera Lúcia Favilla, ao Dr. Sergio Sampaio e à Priscila Acioli Lima por cuidarem tão bem da minha saúde durante esses anos.

À CAPES pelo apoio financeiro.

RESUMO

A obesidade acomete cerca de 12% da população mundial, sendo uma das principais causas de internações e problemas de saúde em países desenvolvidos e no Brasil. Pesquisas na área têm concentrado esforços para promover perda e posterior manutenção do peso dos pacientes acometidos, sendo a cirurgia bariátrica um tratamento muito usado na atualidade. Entretanto, sabe-se que a possibilidade de reganho de peso atinge cerca de 30% dos pacientes operados. O apoio social tem sido diretamente relacionado com a diminuição da morbimortalidade ao promover melhora da adesão ao tratamento dos pacientes acometidos por doenças crônicas. O presente estudo, com delineamento quase experimental, com grupos experimental e controle, teve como objetivo geral: implementar procedimento de intervenção e investigar seus efeitos para o desenvolvimento do apoio social de cuidadores de pacientes bariátricos com reganho de peso, com vistas à adesão ao tratamento e perda do excesso de peso. Os objetivos específicos foram: identificar as características do suporte social de pacientes bariátricos antes e após a intervenção, em integrantes do grupo experimental (GE) e do grupo controle (GC); elaborar e implementar procedimento de intervenção com uso de técnicas comportamentais para pessoas da rede de apoio de pacientes bariátricos, visando à adequação do suporte social disponibilizado; verificar a adesão de cuidadores a comportamentos de suporte social compatíveis com as necessidades dos pacientes do grupo experimental; comparar as diferenças entre as variáveis peso e apoio social no grupo experimental e no grupo controle logo após (Momento 2 - M2) e um mês (Momento 3 - M3) depois da intervenção. Participaram do estudo seis pacientes adultos com mais de 18 meses de operados sendo um homem e cinco mulheres. A intervenção foi realizada em três cuidadores do GE, pré-selecionados pelos pacientes e consistiu em cinco sessões individuais, uma por semana, com duração de 90 minutos cada. O comportamento dos cuidadores foi avaliado pelo número de respostas autorrelatadas de fornecimento de apoio social em relação a quatro categorias comportamentais (alimentação, uso de suplementação, prática de atividade física e controle do estresse). Foram utilizados questionários sociodemográficos e da situação clínica, construídos para o estudo, e a Escala de Suporte Social, esta respondida apenas pelos pacientes. A análise de dados incluiu técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. Os resultados revelaram que na linha de base todos os pacientes relataram níveis baixos de apoio social (M=2,3 no GE; M=2,5 no GC). Ao final da intervenção, em geral, os três cuidadores apresentaram melhora na frequência de respostas de apoio social nas categorias comportamentais trabalhadas. Para os participantes do GE houve aumento significativo dos escores médios do apoio social, se comparados aos resultados da linha de base com os momentos 2 ($p \leq 0,05$) e 3 ($p \leq 0,05$), o que não ocorreu com o GC. Quanto aos pesos médios, houve uma perda de peso para pessoas do GE entre a LB e o M3 (- 3,97 kg), alcançando diferença estatística significativa ($p \leq 0,05$), sendo que no grupo controle houve aumento do peso médio no mesmo intervalo de tempo (+1,17kg). Os resultados indicaram a pertinência da aplicação da intervenção comportamental, dos instrumentos e das técnicas utilizadas tendo em vista os objetivos do estudo. O reduzido número de participantes e o intervalo curto da fase de seguimento levam à necessidade de parcimônia quanto à generalização dos resultados desse trabalho. Os resultados do estudo, no entanto, têm implicações práticas e científicas relevantes, podendo ser aplicadas na área de obesidade e cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: obesidade, cirurgia bariátrica, apoio social, cuidador, intervenção comportamental

ABSTRACT

Obesity affects about 12% of the world population, being one of the major causes of hospitalizations and health problems in developed countries and in Brazil. Research in the area has focused efforts to promote weight loss and maintenance among patients, being the bariatric surgery one the most effective treatments nowadays. However, it is known that the possibility of weight regain reaches about 30 % of the patients. Social support has been directly associated with decreased mortality since it improves treatment adherence of patients affected by chronic diseases. The present quasi-experimental design study, with experimental and control groups, had as its overall aim: to implement intervention procedures and investigate their effects on the development of social support for caregivers of bariatric patients with weight regain, aiming at treatment adherence and loss of excess weight. Specifically, the study aims to identify the characteristics of social support among bariatric patients, members of the experimental (EG) and control (CG) group, before and after the intervention; develop and implement an intervention procedure using behavioral techniques among bariatric patients' social network, aiming at adapting the technique to the available social support; check caregivers' adherence to social support behaviors consistent with the patients needs in the EG; compare the differences between weight loss and social support variables between experiment and control group immediately (Moment 2 - M2) and one month (Moment 3 - M3) after the intervention . The participants were six adult patients with more than 18 months of surgery, being one man and five women. The intervention was conducted in three caregivers (GE), pre selected by patients and consisted of five 90 minute individual sessions. The behavior of caregivers was assessed by the number of self-reported responses related social support in four behavioral categories (eating behaviors, supplement use, physical activity, and stress management). Sociodemographic and clinical situation were constructed for the study, and a Social Support Scale was used and answered only by patients. Data analysis included individual and group descriptive and inferential statistical techniques. The results revealed that at baseline, all patients reported low levels of social support (M = 2.3 in EG; M = 2.5 in CG). At the end of the intervention, in general, the three caregivers showed improvement in the frequency social support responses in the four behavioral categories. For participants of GE there was a significant increase of social support mean scores between baseline, Moment 2 ($p \leq 0.05$) and 3 ($p \leq 0.05$), which did not occur with GC patients. As for the average weight loss for people in the EG between the LB and M3 (- 3.97 kg), achieving a statistically significant difference ($p \leq 0.05$), whereas in the control group there was an increase in the average weight (+1.17 kg). The results indicated the appropriateness of the application of behavioral intervention, the instruments and techniques responding aim of the study. The small number of participants, the short interval follow-up phase, leads to the need for parsimony in the generalization of data from this work. The study results have practical and scientific implications and can be applied in the field of obesity and bariatric surgery.

Key words: obesity, bariatric surgery, social support, caregiver, behavioral intervention

SUMÁRIO

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Resumo	viii
Abstract	ix
Lista de Figuras	xii
Lista de Tabelas	xiii
Apresentação	1
Capítulo 1 – Revisão da Literatura	3
1.1 Obesidade: conceituação e classificação	3
1.2 Fatores que contribuem para a obesidade	5
1.3 Tratamento da obesidade	6
1.4 Reganho de peso após o GBYR	10
1.5 Adesão ao tratamento	12
1.6 Apoio Social	14
1.7 Intervenção para o desenvolvimento de apoio social	16
1.8 Contribuições da Análise do Comportamento	19
Capítulo 2 – Justificativa e Objetivos	23
2.1 Objetivo geral	24
2.1.1 Objetivos específicos	24
Capítulo 3 – Método	25
3.1 Participantes	25
3.2 Procedimentos	26
3.2.1 Local de coleta de dados	26
3.2.2 Instrumentos e materiais	26
3.2.3 Coleta de dados	28
3.2.3.1 Linha de Base com o paciente (GC e GE)	28
3.2.3.2 A intervenção com GE com cuidadores	29
3.2.3.3 (Momentos 2 e 3)	30
3.3 Análise de dados	31
Capítulo 4 – Resultados	32
4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes	32
4.2 Caracterização sociodemográfica dos cuidadores	32
4.3 Linha de Base	34
4.3.1 Preocupação com o reganho de peso e adesão: visão do paciente	34
4.3.2 Preocupação com o reganho e adesão: visão do cuidador	35
4.3.3 Avaliação do suporte social na Linha de Base	37
4.4 Intervenção	38
4.4.1 Cuidador 1	38
4.4.1.1 Primeira sessão	38
4.4.1.2 Sessão 2	39
4.4.1.3 Sessões 3, 4 e 5	41
4.4.2 Cuidador 2	43
4.4.2.1 Primeira sessão	43

4.4.2.2 Sessão 2	44
4.4.2.3 Sessões 3, 4 e 5	45
4.4.3 Cuidador 3	47
4.4.3.1 Primeira sessão	47
4.4.3.2 Sessão 2	48
4.4.3.3 Sessões 3, 4 e 5	49
4.5 Comparação do suporte social e do peso: linha de base, M2 e M3	52
Capítulo 5 – Discussão	57
5.1 Mudanças ocorridas no fornecimento de apoio social	57
5.2 Contribuições e limitações da pesquisa	61
Capítulo 6 – Considerações finais	64
Referências	65
Anexos	71
Anexo 1- TCLE pacientes do GC	71
Anexo 2 -TCLE pacientes do GE	71
Anexo 3 - TCLE cuidadores GE	73
Anexo 4 - Roteiro de entrevista sociodemográfica dos pacientes (GE e GC)	74
Anexo 5 - Roteiro de entrevista sociodemográfica dos cuidadores	76
Anexo 6 - Escala de Suporte Social	77
Anexo 7 - Ficha de automonitoramento dos cuidadores	80
Anexo 8 - Folheto educativo	81
Anexo 9 - Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustração do Bypass gástrico em Y de Roux	9
Figura 2 - Respostas de apoio social de C1 nas categorias alimentação, suplementação, atividade física e controle do estresse a P1, em um período de três semanas, medido pelo registro de automonitoramento	41
Figura 3 - Respostas de apoio social de C2 nas categorias alimentação, suplementação, atividade física e controle do estresse a P2, em um período de três semanas, medido pelo registro de automonitoramento	46
Figura 4 - Respostas de apoio social de C3 nas categorias alimentação, suplementação, atividade física e controle do estresse a P3, em um período de três semanas medido pelo registro de automonitoramento	50
Figura 5 - Escores médios da Escala de Suporte Social na Linha de Base, Momento 2 e Momento 3 para o GE e o GC	52
Figura 6 - Escores médios do fator apoio social instrumental na Linha de Base, Momento 2 e Momento 3 para o GE e o GC	53
Figura 7 - Escores médios do fator apoio social emocional na Linha de Base, Momento 2 e Momento 3 para o GE e o GC	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC)	4
Tabela 2 - Etapas do procedimento	31
Tabela 3 - Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes	33
Tabela 4 - Dados sociodemográficos dos cuidadores	33
Tabela 5 - Dados relativos ao reganho de peso na percepção dos pacientes (N=6)	35
Tabela 6 - Dados relativos à adesão e ao bem-estar na percepção dos pacientes (N=6)	36
Tabela 7 - Escores da Escala de Suporte Social dos seis pacientes e escores médios do GC e do GE	37
Tabela 8 - Teste t com amostras pareadas dos escores médios da Escala de Suporte Social dos Grupos Experimental e Controle	54
Tabela 9 - Médias dos escores totais da Escala de Suporte social nos três momentos: linha de Base (LB), Momento 2 (M2) e Momento 3 (M3) (N = 6)	55
Tabela 10 - Teste t pareado dos pesos médios (em kg) dos Grupos Experimental e Controle, na Linha de Base e Momentos 2 e 3	56

Apresentação

A obesidade foi responsável, de forma indireta, pela morte, no ano de 2011, de cerca de 300 mil pessoas nos Estados Unidos e 100 mil pessoas no Brasil. Desde então, os avanços tecnológicos e científicos direcionados ao atendimento dessa população fizeram com que estudiosos e profissionais de saúde desenvolvessem pesquisas e intervenções com o objetivo de garantir uma melhora no prognóstico e na qualidade de vida dessas pessoas.

Hoje, a obesidade é considerada epidêmica em vários países, sendo apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) como um dos dez principais problemas de saúde pública do mundo. Segundo o Relatório Estatísticas Mundiais de Saúde 2011 (OMS, 2012), a obesidade é causa de morte de cerca de 2,8 milhões de pessoas por ano, sendo que atualmente 12% da população mundial é considerada obesa. Os dados revelam ainda que, nos Estados Unidos, 26% dos adultos são obesos, sendo a região com maior incidência do problema. No extremo oposto está o sudeste asiático, com apenas 3% de obesos. Baseado em dados de 194 países, o Departamento de Estatísticas da OMS afirma que em todas as regiões do mundo a obesidade duplicou entre 1980 e 2008. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, a proporção de pessoas acima do peso avançou de 42,7% em 2006, para 48,5% em 2011. No mesmo período o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8% (Vigitel, 2013).

Por ser considerada uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, o seu tratamento envolve vários tipos de abordagens (Segal & Fandiño, 2002). Nessa perspectiva, intervenções como a prescrição de dietas de baixa caloria, programas de exercícios físicos, tratamento farmacológico e acompanhamento psicológico tendem a favorecer a perda de peso (Fichter & Leibbrand, 2002).

Essa realidade coloca de forma contundente a necessidade de uma abordagem interdisciplinar na atenção e cuidados aos pacientes obesos, valorizando aspectos físicos, psicológicos e sociais das pessoas acometidas. Entretanto, a eficácia de tais intervenções tem se mostrado limitada no que se refere à manutenção da perda de peso a longo prazo em pacientes com obesidade severa (Ades & Kerbauy, 2002), fato que justificou o aparecimento da cirurgia bariátrica como a tecnologia padrão ouro no tratamento da obesidade mórbida, nos últimos 30 anos. Assim, nesse cenário, profissionais de saúde passaram a buscar – não somente a sobrevivência de pacientes egressos dessa modalidade de cirurgia – mas a melhora de sua qualidade de vida e a manutenção do peso adequado.

Atuando na área de obesidade há cerca de seis anos como psicóloga, a pesquisadora faz parte de uma equipe multiprofissional, incluindo cirurgiões, nutricionistas, fisioterapeutas e endocrinologista, que realizam acompanhamento sistemático pré e pós operatório da cirurgia bariátrica. No pré-operatório o paciente é avaliado quanto à indicação da cirurgia e é envolvido em um processo de mudança de estilo de vida. Nesta fase, os pacientes devem ser conscientizados dos custos e benefícios da operação e da necessidade de continuidade do tratamento no pós-operatório.

Após a cirurgia, os pacientes são acompanhados por pelo menos dois anos para o monitoramento da sua perda de peso e manejo de possíveis intercorrências.

Os resultados da cirurgia bariátrica compreendem a redução de peso massiva associada à remissão ou melhora das principais comorbidades, além de efeitos positivos no humor e na qualidade de vida. No entanto, essa técnica isoladamente tem mostrado limitações no que se refere à manutenção da redução de peso: estudos revelam que após dois anos da cirurgia bariátrica entre 7 a 50% dos pacientes operados apresentam reganho de peso e, conseqüentemente, se defrontam com prejuízos nas condições de saúde e na qualidade de vida (Herpertz, Kielmann, Wolf, Heberbrand, & Senf, 2003). Nos últimos anos, pesquisas passaram a investigar variáveis biopsicossociais que podem influenciar a eficácia dessa cirurgia a longo prazo (Franques & Arenales-Loli, 2006), como a adesão ao tratamento na fase pós cirúrgica e o suporte social percebido. Tais variáveis têm sido estudadas no contexto multifatorial do tratamento de diversas doenças crônicas, incluindo as cardiovasculares (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2009), diabetes (Fleury, 2006), HIV/aids (Seidl & Tróccoli, 2006) e obesidade (Ades & Kerbauy, 2002).

Assim, a presente pesquisa teve como propósito desenvolver um procedimento de intervenção com base na teoria comportamental para pessoas que se constituem em apoio social de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, em situação de reganho de peso, visando a disponibilidade de suporte social compatível com as necessidades da pessoa após a cirurgia. Pretendeu ainda verificar os efeitos dessa intervenção na adesão ao tratamento e na perda de peso de pacientes com reganho de peso após a cirurgia bariátrica.

Esse trabalho é composto por seis capítulos. O primeiro capítulo apresenta o referencial teórico que trata do tema da obesidade, os fatores que contribuem para seu surgimento e sua manutenção, formas de tratamento incluindo a cirurgia bariátrica, o reganho de peso, a adesão ao tratamento e o apoio social no contexto da cirurgia bariátrica, bem como a intervenção em apoio social e contribuições da Análise do Comportamento para o desenvolvimento de apoio social. No Capítulo 2 estão apresentados os objetivos e no Capítulo 3, o método da pesquisa. O Capítulo 4 descreve os resultados obtidos e o Capítulo 5 se refere à discussão. No Capítulo 6 estão as considerações finais da tese.

Capítulo 1

Revisão da literatura

1.1 Obesidade: conceituação e classificação

Graças aos avanços da Medicina, em especial nas últimas décadas, e às estratégias no campo da saúde pública, as doenças que hoje afligem boa parte da humanidade são bem diferentes das que eram comuns em passado recente. Anteriormente, as doenças responsáveis por alto índice de mortalidade eram as doenças agudas, como as enfermidades infecciosas. Desde finais do século XIX, as melhorias em higiene pessoal, alimentação e saneamento – como os sistemas de tratamento de água e esgotos – levaram a um declínio do número de mortes por doenças infecciosas como, por exemplo, a cólera e o tifo (Straub, 2014). Atualmente, as doenças prevalentes são aquelas caracterizadas por curso lento e prolongado, denominadas de doenças crônicas, tais como as doenças cardiovasculares, obesidade, câncer e derrames (Guimarães, 1999).

As enfermidades crônicas são doenças relacionadas ao estilo de vida: em geral, podem ser prevenidas, mas as causas não são facilmente identificadas. Por sua vez, os fatores de risco costumam estar enraizados em aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais. A Psicologia na área de saúde entrou nesse cenário com o objetivo de investigar o processo saúde-doença, contribuindo para modificar comportamentos de risco e desenvolver comportamentos de saúde, para a prevenção e tratamento de doenças, bem como melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo durante o curso da enfermidade crônica (Matarazzo, 1980).

Dentre as doenças crônicas prevalentes no mundo ocidental, vale citar a obesidade, como um quadro multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, associada a prejuízos na saúde do indivíduo (Faria, Kelly, Lins, & Faria, 2010). A sua classificação é feita por meio do cálculo do índice de massa corporal, obtido pela divisão do peso pelo quadrado da altura ($\text{massa corporal} = \text{peso}/\text{altura}^2$). Uma pessoa de peso "normal" deve ter esse índice entre aproximadamente 18,5 e 24,9 kg/m^2 , enquanto valores acima desse patamar já podem ser considerados excesso de peso (Tabela 1). Comorbidades como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, problemas articulares, do fígado, dentre outras, estão diretamente relacionadas ao ganho excessivo de peso e à obesidade. Assim, pode-se afirmar que a obesidade está diretamente relacionada com o aumento da morbimortalidade da pessoa acometida.

Tabela 1

Classificação do estado nutricional em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC)

IMC	Classificação	Denominações usuais
Abaixo de 18,5	Abaixo do peso	
18,5 - 24,9	Peso normal	
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 e acima	Obesidade Grau III	Obesidade grave ou mórbida
		IMC acima 50,0: Superobeso

Dados recentes da OMS (2012) indicam que, além dos efeitos sobre as taxas de mortalidade, a obesidade contribui para o crescimento de doenças graves como a diabetes tipo II, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, que, por sua vez, representam dois terços das mortes no mundo (ABESO, 2012). Entre outras comorbidades encontram-se os distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer, problemas respiratórios, ao lado de alterações psicológicas como a depressão e comportamentos de evitação social, que corroboram para o afastamento do convívio social, e, conseqüentemente, geram prejuízos à qualidade de vida (Ades & Kerbauy, 2002; Keher, Souza, Vágula, Fiorese, Nardo Júnior, & Pereira, 2007). Diante desse cenário, pelos danos causados à saúde e pelas proporções epidêmicas atingidas, a obesidade é considerada atualmente um dos principais problemas de saúde pública do mundo.

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, (2010) revelaram que 14,8% da população adulta brasileira estava obesa, com prevalência mais elevada na faixa etária entre 55 e 64 anos (21,3%) e em mulheres (16,9%). Dados de 2010 (VIGITEL, 2013) mostraram um aumento na prevalência, atingindo 15,8% da população brasileira: 15,6% de homens e 16% de mulheres, indicando uma tendência de elevação dos casos de obesidade no país. Ressalta-se que além dos fatores demográficos como sexo, idade, escolaridade e renda, outros fatores como hereditariedade, genética, aspectos psicológicos e socioculturais também estão envolvidos na etiologia da obesidade, o que a caracteriza como uma doença multifatorial.

O "ser gordo" na sociedade atual é veiculado pela mídia, na maior parte das vezes, como uma condição não relacionada à boa saúde. O ideal é o corpo magro, sem que sejam levadas em conta diferenças genéticas. O ser gordo pode também significar, culturalmente, falta de controle de impulsos e preguiça. Com a difusão dessas representações, é evidente que o sobrepeso pode ser um fator de sofrimento para aqueles que não possuem um corpo perfeito (Ades & Kerbauy, 2002). Em suma, constata-se que há um forte preconceito na sociedade contra pessoas obesas, sendo que estas são, em geral, responsabilizadas por sua condição. Alguns psicólogos sustentam que a discriminação

contra pessoas obesas é ainda maior do que a discriminação de raça e de gênero, e que ela afeta de forma relevante aspectos da esfera do trabalho, incluindo contratações, promoções e salários (Marchesini, 2010).

1.2 Fatores que contribuem para a obesidade

Apesar das crescentes evidências do papel dos fatores biológicos na obesidade, é importante reconhecer que apenas a hereditariedade não determina que uma pessoa esteja acima do peso. A obesidade é produto da vulnerabilidade genética, de fatores ambientais e/ou de comportamentos mal adaptativos (Marchesini, 2010). O que parece decorrer da hereditariedade refere-se a uma tendência à obesidade, que se concretiza quando uma pessoa passa a ter o peso afetado pelas características de sua dieta e nível de atividade física. Segundo Straub (2014), os genes contribuem em aproximadamente 50% da probabilidade de ser obeso. Isso se dá porque é herdada a tendência de obesidade dos pais biológicos. Cerca de 60% das pessoas clinicamente acima do peso tiveram pelo menos um dos pais biológicos que era obeso. Há duas décadas, Meyer e Stunkard (1994) já ilustravam o papel da hereditariedade ao realizarem um estudo em que foram analisados os pesos de 3.500 crianças dinamarquesas adotadas e seus pais biológicos e adotivos. Como resultado, foi verificada uma forte correlação entre os pesos corporais de adotados e de seus pais biológicos, mas pouca ou nenhuma relação entre os pesos das crianças e de seus pais adotivos.

Os fatores psicossociais também desempenham papel importante no surgimento e na manutenção da obesidade. Desde muito cedo, somos condicionados a associar a comida com eventos sociais como festividades, realizações pessoais e a maioria das datas comemorativas. O comportamento alimentar é um dos principais símbolos de amor entre pais e filhos, o que o torna diretamente relacionado a situações reforçadoras e prazerosas, trazendo uma sensação de bem-estar imediato. Assim, não é surpreendente verificar o grande número de pessoas que procuram a comida quando estão estressadas, ansiosas ou tristes (Almeida, Zanatta, & Rezende, 2012). Além disso, em países industrializados, as pessoas são expostas a ambientes que promovem uma alimentação com alto valor energético e pouco nutritiva. Comidas saborosas, de baixo custo e de alto valor calórico, estão disponíveis não somente em restaurantes *fast food*, mas também nas prateleiras de supermercados (Kant, 2000). Por fim, um estilo de vida sedentário parece ser um fator de grande contribuição para o sobrepeso e a obesidade. A maioria das ocupações do mundo contemporâneo exige pouca movimentação e níveis baixos de atividade física (Perri & Corsica, 2003). O uso de carros, escadas-rolantes, computadores e controle remoto possuem um efeito acumulativo no rebaixamento do gasto energético diário.

Vale ressaltar que fatores como o abandono do tabagismo e a perda de peso induzido por medicações influenciam diretamente a obesidade. Assim, o ganho de peso como efeito colateral de muitos medicamentos merece ser mencionado, entre eles antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos,

anticonvulsivantes, antidiabéticos orais secretadores de insulina e alguns corticóides (Zanella & Claudino, 2005).

Pode-se afirmar que a obesidade é multifatorial e que os tratamentos para essa doença, para que sejam bem sucedidos, devem abordar todos os diferentes aspectos e as contingências envolvidas na patologia. Os profissionais da área precisam ter conhecimento acerca dos fatores envolvidos na obesidade e interesse em comunicar-se com os diversos especialistas da área: endocrinologistas, nutricionistas, profissionais de educação física, assistentes sociais e psicólogos.

1.3 Tratamento da Obesidade

Acredita-se que 2% a 8% dos gastos destinados à saúde em vários países do mundo sejam aplicados ao tratamento da obesidade (Fandiño, Benchimol, Coltinho, & Appolinário, 2004; Silva, 2012). Segundo Silva (2012), o tratamento clínico da obesidade contempla intervenções: (a) nutricionais por meio do manejo da dieta, que pode ser constituída por diferentes graus de restrição energética ou por modificação da composição de macronutrientes (restrição de gorduras ou carboidratos); (b) orientações à prática de atividade física para a promoção de consumo de energia adequados, fundamental para o gasto energético; (c) psicológicas para facilitar a mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida, assim como o manejo adequado do estresse; (d) medicamentosa que deve ser proposta quando essas medidas são insuficientes para promover resultados eficazes, sendo que os medicamentos mais utilizados agem para inibir o apetite ou dificultar a absorção de gorduras.

Um protocolo de manejo da obesidade, desenvolvido por Serdula, Khan e Dietz (2003) propõe que o tratamento deve ser iniciado pela avaliação da prontidão do paciente quanto ao atendimento às orientações incluindo as mudanças necessárias de hábitos de vida. Posteriormente, é realizado o aconselhamento com a determinação de metas e a assistência com estabelecimento das condutas apropriadas para cada indivíduo que envolve intervenções no estilo de vida, como a redução na ingestão energética e prática de atividade física. A terapia comportamental é incluída neste processo para auxiliar na mudança de hábitos. A farmacoterapia pode ser indicada em condições clínicas específicas após tentativas ineficazes de perda de peso mediante mudanças no estilo de vida. A última etapa é o seguimento, com o objetivo de monitoramento dos resultados do tratamento, assim como o estabelecimento de novas condutas individuais como: como se comportar em situações sociais, busca de apoio sócio familiar, como lidar com autoimagem, dentre outros, visando manutenção de peso e prevenção de recaída.

Apesar dos estudos que avaliam diferentes estratégias de emagrecimento, ainda não existe um modelo ideal de tratamento. Normalmente, os resultados de perda de peso não são sustentados em longo prazo, seja pela baixa adesão à dieta e/ou às medicações prescritas (Serdula et al., 2003). Essa dificuldade é observada em todos os graus de obesidade, sendo um desafio maior nos casos de obesidade mórbida (Bastos, Barbosa, Soriano, Santos, & Vasconcelos, 2013; Sallet, Sallet, & Dixon, 2007).

Em suma, sabe-se que tratamentos dietéticos e medicamentosos têm se mostrado ineficientes para tratar a obesidade grave, na maioria dos casos e, dessa maneira, diretrizes foram estabelecidas para seu tratamento cirúrgico. A cirurgia bariátrica é a área de conhecimento da medicina que abrange o tratamento cirúrgico dos pacientes obesos mórbidos, ou seja, os pacientes com excesso de peso à custa de tecido adiposo, com índices de massa corporal acima de 40 kg/m² ou acima de 35 kg/m² e com doenças associadas (diabetes, hipertensão arterial sistêmica, problemas em articulações, depressão, dentre outras) (AACE/TOS/ASMBS, 2008; Marchesini, 2006). Segundo informações publicadas no site do Ministério da Saúde (portalsaude.saude.gov.br, 2012), o número de cirurgias bariátricas feitas no Brasil aumentou quase 90% desde 2007 e chegou a 72 mil em 2012.

O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida é uma alternativa eficaz, embora radical, a ser empregada quando falham os métodos clínicos tradicionais. Segundo Benedetti (2009), a necessidade da cirurgia impõe-se pelo fato da maioria dos obesos mórbidos não terem resultados satisfatórios quando se utilizam de tratamentos clínicos para emagrecer. Vale ressaltar que a cirurgia bariátrica também sido empregada no tratamento de pessoas com IMC entre 35 e 40kg/m² com ocorrência de doenças associadas, obrigatoriamente classificadas como graves por médico especialista na respectiva área da doença, e por constatação, também obrigatória, de “intratabilidade clínica da obesidade” por médico endocrinologista (AACE/TOS/ASMBS, 2008).

O *Swedish Obese Subjects (SOS)* (Karlsson, Sjostrom, & Sullivan, 1998) é um estudo de coorte que comparou pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica (grupo intervenção) com aqueles que passaram pelo tratamento clínico (grupo controle). No estudo foram incluídos 2010 participantes no grupo intervenção (pacientes submetidos a diferentes técnicas cirúrgicas) e 2.037 pacientes no grupo controle (diferentes condutas de tratamento clínico). O tempo de seguimento médio foi de 10 anos. Com relação à perda de peso o estudo evidenciou que esta ocorreu nos dois primeiros anos em ambos os grupos, todavia foi maior nos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. Nos anos seguintes, observou-se um aumento de peso nos dois grupos, sendo que, após oito anos de seguimento, o grupo intervenção apresentou tendência à estabilidade no peso. Com 10 anos de seguimento, a diferença da média de perda de peso entre os dois grupos foi de 16,3%, favorecendo o grupo que se submeteu à cirurgia bariátrica. Com relação às comorbidades, o impacto da cirurgia refletiu em maiores taxas de remissão para todos os fatores de risco cardiovasculares, principalmente para o diabetes tipo II, exceto para os níveis de colesterol. A taxa de mortalidade cumulativa demonstrou que a realização da cirurgia bariátrica reduziu o risco de morte em 29%. Dados como estes demonstram a eficácia da cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade, principalmente no que se refere à perda de peso em longo prazo tornando-a o tratamento padrão ouro.

É importante ressaltar que a despeito dos critérios de indicação, os riscos pós- operatórios devem ser avaliados individualmente, a fim de se determinar a segurança do tratamento. Dessa forma, pacientes com altíssimo risco cirúrgico, uso abusivo de substâncias psicoativas e condição psicopatológica grave não controlada são contraindicados ao procedimento. Ressalta-se que a

presença de transtornos alimentares e depressão sob controle não são fatores proibitivos para a cirurgia, podendo esses pacientes apresentar melhora no quadro psiquiátrico após o tratamento cirúrgico (Herpertz et al., 2003).

As técnicas cirúrgicas podem ser realizadas por laparotomia (cirurgia aberta) ou por videolaparoscopia e são classificadas segundo o mecanismo de ação, podendo ser restritivas e mistas. As cirurgias restritivas são aquelas que reduzem a capacidade do estômago, promovendo a sensação de saciedade com quantidade menor de alimento. As mais comuns são: bandagem gástrica ajustável, gastroplastia vertical com bandagem (GVB) e gastroplastia vertical (Sleeve). As cirurgias mistas combinam a redução do estômago com disabsorção intestinal por meio de desvio da passagem do alimento de uma parte do intestino delgado. A técnica mista mais conhecida é a derivação gastrojejunal em Y-de-Roux. Por fim existem técnicas desabsortivas que restringem a absorção de nutrientes: a derivação biliopancreática com gastrectomia distal, denominada cirurgia de Scopinaro (Silva, 2012).

A técnica mais realizada no Brasil e no mundo é a gastroplastia redutora em Y de Roux (GRYR). Essa técnica tem um componente restritivo e disabsortivo (Figura 1), sendo realizada a partir da secção do estômago, que passa a ter um volume de aproximadamente 30 ml juntamente com um desvio intestinal que proporciona uma diminuição da absorção dos alimentos (Franques & Areneles-Loli, 2006). Além das modificações físicas da GRYR, caracterizadas pela restrição da capacidade gástrica e redução da área absorptiva, ocorrem alterações metabólicas decorrentes de adaptações hormonais pós-cirúrgicas que também determinam os resultados do tratamento (Buchwald & Oien, 2013).

Uma cirurgia desse porte tende a promover a perda de peso superior a qualquer método não operatório (cerca de 61% do excesso de peso) e oferece boas chances de remissão completa das principais comorbidades, com possíveis repercussões positivas na esfera psicossocial: melhora da percepção de qualidade de vida, da interação social, da mobilidade e da autoestima (AACE/TOS/ASMBS, 2008; Straub, 2014). Os resultados da cirurgia bariátrica, além da perda ponderal massiva, compreendem a melhora do perfil metabólico e a remissão de comorbidades pré-operatórias e de condições psicopatológicas prévias (Buchwald & Oien, 2013). Conseqüentemente, esses benefícios resultam na melhora da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia (Ferreira, Santos, Raimundo, Pegacho, & Carvalho, 2013; Herpertz et al., 2003). Essas vantagens potenciais levam os candidatos à cirurgia a encará-la como uma “tábua de salvação”, depositando no cirurgião e nesse procedimento todas as esperanças e expectativas.



Figura 1. Ilustração do bypass gástrico em Y de Roux (fonte: www.abeso.org.br).

Entretanto, podem ocorrer complicações físicas e consequências psicológicas graves nesse procedimento. A cirurgia impõe limites nas porções alimentares por refeição, mas pode tornar-se insuficiente como opção de tratamento por não tratar e nem limitar as outras dimensões igualmente relevantes associadas à obesidade: fatores psicológicos, sociais, familiares, culturais, entre outros. Assim, a pessoa operada, ao longo do tempo, pode não perder peso tal como esperava, ter reganho significativo de peso e/ou ter alterações nutricionais, depressão e mudanças comportamentais indesejáveis: como beliscos frequentes, compulsões alimentares, uso de álcool (Buchwald & Oien, 2013). Os hábitos alimentares em geral – e a relação que a pessoa estabelece com a comida, em particular – não se alteram apenas com a diminuição do estômago, o que torna essencial a assistência psicológica pré e pós-cirúrgico dos pacientes submetidos a esse procedimento. Assim, a cirurgia bariátrica requer uma forte adesão do paciente aos requisitos pós-cirúrgicos para garantir a eficácia do tratamento. Tais requisitos envolvem mudanças de hábitos alimentares, prática de atividades físicas, uso de suplementação e comparecimento às consultas com regularidade (Bastos et al., 2013). Nesse contexto, Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004) afirmam: "*O obeso que consiga uma perda de peso significativa, mas que continue a comer compulsivamente precipitando complicações médicas, não pode ser considerado sucesso terapêutico, ou seja, é um processo incompleto em que as variáveis comportamentais foram negligenciadas*" (p. 534).

A técnica da cirurgia, mesmo que aplicada com qualidade, não garante nem emagrecimento nem qualidade de vida melhor. O emagrecimento não é consequência direta da intervenção bem-sucedida, pois o fator determinante para o sucesso do tratamento é a forma como o paciente vai lidar com o novo contexto alimentar e de tratamento associado à redução do estômago (Benedetti, 2009). A cirurgia representa apenas uma etapa do processo. É necessário que haja por parte dos pacientes operados habilidades para assumir uma mudança de estilo de vida, principalmente no que se refere à qualidade e quantidade da alimentação ingerida (Franques & Areneles-Loli, 2006; Marchesini, 2010). Por essa razão, sem uma mudança radical no comportamento alimentar, a cirurgia perde o potencial emagrecedor gerando frustração em uma parcela dos pacientes que não consegue perder o percentual de peso esperado. Nesse sentido, Almeida e Ferreira (2005) afirmam que:

A capacidade de adaptar-se a mudanças de vida é decisiva para os resultados desse processo. Dessa forma, o resultado técnico da cirurgia não é crucial, em todos os pacientes, para a perda de peso obtida; assim também, as diferenças metabólicas e morfológicas, capazes de afetar a perda de peso com ingestão alimentar controlada, influem menos do que as características psicológicas determinadoras da capacidade adaptativa do paciente (p. 256).

Segundo Benedetti (2009), o trabalho do psicólogo na cirurgia bariátrica não se restringe a submeter os pacientes a avaliações para diferenciar aqueles que podem dos que ainda não estão preparados para serem operados, mas acompanhá-los em sua trajetória, oferecendo-lhes preparação psicológica para que alcancem suas expectativas e objetivos, assim como as do seu médico e da equipe. Assim, a preparação psicológica tornou-se um procedimento padrão em várias equipes de saúde no Brasil e no mundo. Tais programas trabalham no sentido de redimensionar as expectativas do paciente, assim com incentivar uma mudança no estilo de vida antes da cirurgia. Segundo Travado et al. (2004), o pré operatório ocorre com avaliação e caracterização psicológica de cada paciente, com emissão de parecer técnico sobre as condições psicológicas para realização de cirurgia, que inclui critérios clínicos de morbidade psicológica e de motivação, conhecimento prévio do procedimento cirúrgico, colaboração e responsabilidade do paciente e da família face ao processo de tratamento e mudanças associadas.

1.4 Reganho de peso pós GBYR

De forma geral, pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica depositam no procedimento a “cura da obesidade” e falsamente acreditam que a cirurgia proporcionará as mudanças comportamentais necessárias para manter a perda de peso. A cirurgia bariátrica não é garantia de sucesso, e vários cuidados pós-operatórios relevantes são requeridos. Nem todos os pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico desfrutam de uma perda de peso acentuada. Ademais, existe um número elevado de pacientes que recuperam grande parte do peso perdido (Bastos et al., 2013; Eisenberg, Duffy, & Bell, 2010). Espera-se que entre 20 a 25% do peso perdido será recuperado em até 10 anos, sendo que o reganho ocorre de 7 a 50% dos casos (Heber, Greenway, Kaplan, Livingstone, Salvador, & Still, 2010; Herpertz et al., 2012). De acordo com esses autores, o reganho de peso está diretamente relacionado com a não adesão à dieta e a não modificação de estilo de vida em longo prazo.

A redução do peso é o principal parâmetro adotado para avaliação do sucesso da cirurgia, cuja avaliação é feita, usualmente, pela perda de, no mínimo, 50% do excesso de peso (PEP) na fase pré-cirúrgica. Outro parâmetro utilizado é o IMC pós-operatório, em que são considerados adequados valores inferiores a 35 kg/m² para indivíduos com IMC pré-operatório menor que 50 kg/m². No caso de indivíduos super obesos (IMC \geq 50kg/m²), espera-se que seja atingido IMC inferior a 40 kg/m² no pós-operatório (ASMBS, 2008). Assim, observa-se que o objetivo do

tratamento cirúrgico é favorecer a perda ponderal em magnitude dificilmente alcançada com tratamentos convencionais.

Magro, Geloneze, Delfini, Pareja, Callejas e Pareja (2008) acompanharam 782 indivíduos obesos submetidos à GRYR e verificaram que 43% apresentaram algum reganho de peso quando avaliados aos 24 meses de pós-operatório. A prevalência aumentou para 63% aos 48 meses de cirurgia, momento na qual foi identificada maior prevalência de reganho de peso. Resultados piores foram encontrados por Odom et al. (2010), com prevalência de reganho referida por 79% dos pacientes aos 28 meses de pós-operatório em um total de 203 pacientes e por Kofman, Lent & Swencionis (2010) que observou 87%, entre 3 a 10 anos de cirurgia (N=497). No *Swedish Obese Subjects*, em todas as técnicas cirúrgicas avaliadas, houve reganho de peso entre o primeiro e o décimo ano, com redução no percentual de perda de peso em longo prazo (Karlsson et al., 1998). Esses números indicam a relevância do reganho de peso no contexto da obesidade mórbida tratada com cirurgia bariátrica.

Para conquistar e manter a perda de peso após a cirurgia bariátrica, a adesão a um novo estilo de vida é crucial. A adesão inclui a adoção de uma dieta balanceada, com prática de atividade física regular e estruturada, manejo do estresse e busca de apoio social. Para isso, a adoção de estratégias comportamentais e cognitivas são relevantes como estabelecimento de metas realistas, estratégias de controle de estímulos e modificação de crenças sobre alimentação (Odom et al., 2010). Esses autores realizaram um estudo com o objetivo de identificar os preditores de reganho de peso em pacientes submetidos ao *Bypass* em y de Roux. Para isso, foi enviado a 203 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, há mais de um ano, um instrumento de autorrelato, desenvolvido para o estudo, com respostas em escala Likert. A quantidade de reganho também foi investigada no questionário. Os resultados mostraram que 79% dos participantes relataram reganho de peso, sendo que 13% deles informaram um aumento de mais de 15% do total de peso perdido, o que é considerado reganho significativo. Como preditores da manutenção de peso, variáveis como controle da compulsão alimentar e engajamento em atividades de automonitoramento foram relevantes. Por outro lado, variáveis como falta de autocontrole alimentar, falta de apoio familiar e uso de álcool e outras drogas estiveram associadas ao reganho de peso. Assim, o estudo mostrou evidências acerca da relação entre preditores comportamentais e reganho de peso após a cirurgia bariátrica.

Alguns estudos ressaltaram a relação entre comportamentos alimentares não compatíveis com a cirurgia e reganho de peso, indicando que a ocorrência de episódios de perda de controle alimentar ou maior descontrole alimentar no pós-operatório foram associadas à pior perda ponderal (Colles, Dixon, & O'Brien., 2008) e reganho de peso (Odom et al., 2010; Kofman et al., 2010). Assim, a cirurgia bariátrica força o paciente a restringir a quantidade de alimentos ingeridos, mas não leva, necessariamente, à melhora qualitativa da ingestão alimentar. Faria et al. (2010) revelaram que diferentes padrões de comportamento podem afetar a perda de peso após a cirurgia bariátrica: o comportamento de “beliscar” é definido como o consumo entre as refeições de alimentos que

apresentam um valor calórico superior a 150 kcal por porção, incluindo ingestão excessiva de gorduras e açúcares; outro padrão é o do "comedor de doces" que são indivíduos que consomem doces ou líquidos com adição de açúcar que somam mais de 150 kcal por porção, três vezes ou mais por semana. Tais comportamentos, de acordo com os autores, podem levar ao consumo calórico excessivo, ocasionando, por sua vez, uma perda de peso insuficiente ou o reganho de peso. Nesse contexto, considera-se que o tratamento pós-operatório do paciente bariátrico deve envolver intervenções que incluem a adesão à alimentação saudável, o aumento da prática de atividade física e o ajustamento psicossocial às necessidades da cirurgia (Kalarchian & Marcus, 2003).

1.5 Adesão ao tratamento

Hipócrates já enfatizava a necessidade do paciente seguir as indicações médicas alertando o médico para o fato de que o paciente poderia mentir ao dizer que tomou determinada medicação (Ferreira, 2001). O termo *compliance* (que tem sido traduzido da língua inglesa pelo termo aderência) e *adherence* (adesão) são utilizados na língua inglesa para qualificar o comportamento frente a tratamentos (Fleury, 2006). Nesse contexto, etimologicamente o termo *compliance* significa obediência, fidelidade, aprovação, solidariedade a uma idéia ou causa (Ferreira, 2001). Observa-se que, de acordo com essa concepção, o paciente seria um mero seguidor de normas e prescrições estabelecidas para o tratamento, e o não seguimento dessas normas seria considerado "desvio". Assim, nessa concepção, *compliance* é definido como sendo a extensão com a qual o comportamentos de uma pessoa coincidem com a orientação médica (Straub, 2014).

Adesão ao tratamento é um tema que tem recebido muita atenção por parte de profissionais da área de saúde. Recentemente, o uso do termo adesão tem sofrido alterações e, atualmente, os pesquisadores têm procurado destacar o aspecto multidimensional do conceito (Machado, 2008). O termo *adherence* pode ser entendido como "um compromisso de colaboração ativa e intencionada do paciente em um curso de comportamento, aceito de mútuo acordo, com o fim de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado" (Vasquez et al., 1998, p. 232). Nesta perspectiva, são estabelecidas fronteiras que consideram as necessidades e as possibilidades do paciente, tornando-o mais ativo e participativo no processo de seu tratamento. Aponta-se a necessidade de se fazer referências a níveis específicos de comportamentos de autocuidado, isto é, ao modo como ocorrem em relação a cada uma das tarefas do tratamento. Nesse contexto, deixa-se de lado, meramente, uma correspondência única entre prescrição médica e comportamento de seguimento das recomendações. Nota-se uma preocupação em descrever níveis específicos de comportamentos de autocuidado, isto é, o modo como as ações ocorrem em relação a cada uma das prescrições indicadas para o tratamento (Gusmão & Mion Jr, 2006). Observa-se, ainda, que não é sugerida simplesmente a substituição do termo adesão pelo termo autocuidado, pois permanece em destaque a relação entre instruções e seguimento dessas instruções, elemento fundamental em estudos sobre adesão. A inclusão do termo autocuidado, na análise da adesão, vem incorporar o papel do próprio paciente em seu tratamento

como um elemento importante a ser considerado, uma vez que a pessoa obesa deve constantemente tomar decisões sobre o seguimento das instruções médicas e nutricionais.

Observa-se, entretanto, na literatura sobre adesão a tratamento da obesidade a presença de questionamentos sobre se esta deveria ser investigada como um construto geral, ou como uma cadeia de comportamentos distintos de autocuidado, em virtude da complexidade das condutas requeridas (Gusmão & Mion Jr., 2006). Nessa perspectiva, a adesão ao tratamento não é uma característica do indivíduo, ou um traço de personalidade, mas um comportamento controlado por contingências ambientais. Assim sendo, ao invés de caracterizar o indivíduo como aderente ou não, deve-se analisar o contexto no qual o comportamento de adesão ocorre ou deixa de ocorrer (Malerbi & Ferreira, 2014). Por exemplo, dentre os principais comportamentos de adesão solicitados ao paciente com necessidade de perda de peso está: seguir um planejamento alimentar, ir às consultas regularmente, manejar o estresse e realizar atividades físicas de modo regular.

A literatura tem apontado que é mais difícil obter adesão às recomendações para mudanças de hábitos de vida, como dietas e prática regular de atividade física (Gusmão & Mion Jr., 2006). Apesar dos benefícios claros da adesão a tais comportamentos, estudos demonstram que é difícil a pessoa mudar seus hábitos e manter as mudanças. Indica-se que intervenções nutricionais e psicológicas em longo prazo (dois anos em média) podem ser necessárias para produzir estabilidade na perda de peso. Também tem sido destacado que dietas de baixo teor energético ajudam na perda de peso, porém, necessitam de cuidados e supervisão em longo prazo. Além disso, o apoio social, em especial de membros da família nuclear, tem sido considerado um forte preditor de adesão (Miller, Hill, Kottke, & Ockene, 1997). Malerbi e Ferreira (2014) afirmam que a qualidade das interações familiares têm sido apontadas como uma das variáveis que afetam a adesão ao tratamento em indivíduos que precisam modificar hábitos alimentares.

Por outro lado, verifica-se que a adesão ao tratamento parece deteriorar com o passar do tempo, havendo necessidade de se considerar idiosincrasias em cada paciente ao longo de seu curso de vida (Ferreira, 2001). Associada à dificuldade de adesão, observa-se que é frequente a ocorrência de abandono do tratamento por pacientes com obesidade ou sobrepeso (Ades & Kerbauy, 2002). Os autores afirmam que variáveis relacionadas à história pregressa do paciente, características da atenção profissional oferecida, utilização de controle aversivo para que o paciente siga as prescrições médicas e nutricionais e privação alimentar excessiva, estão relacionadas à evasão do paciente do programa de tratamento.

O mesmo parece ocorrer com pacientes que apresentam reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Estudos revelam que a maioria dos pacientes com reganho de peso apresenta dificuldades em aderir aos padrões de comportamentos necessários para o sucesso a longo prazo, pois abandonam o tratamento (Marchesini, 2010). A autora, em uma pesquisa qualitativa, investigou que as motivações que levam os indivíduos a procurar a cirurgia bariátrica são calcadas nas consequências sociais, nos padrões estéticos e na busca pela melhora da saúde e da qualidade de vida. Entretanto,

muitos pacientes acreditam que tais consequências irão ocorrer independentemente de modificações comportamentais, ou seja, que a cirurgia “magicamente” trará uma melhora desses aspectos. Ao se deparar com as exigências comportamentais do procedimento cirúrgico – ao lado do custo para se obter as consequências desejadas –, o paciente, muitas vezes, acaba por abandonar o tratamento, passando a apresentar ganho de peso. Nesse contexto, além do desenvolvimento de estratégias de intervenção para promoção e manutenção da adesão do paciente, o preparo para o atendimento de cônjuges e familiares exige um espaço na formação de profissionais da área do tratamento cirúrgico da obesidade, para que a prevenção das recaídas seja foco terapêutico.

Nessa perspectiva, observa-se que a literatura na área aponta a necessidade de considerar a adesão como um conceito multidimensional no qual não são suficientes apenas descrições de ações de seguimento da orientação médica. Devem-se estabelecer relações entre a variedade de exigências ou instruções feitas ao paciente, suas ações de autocuidado, a rede de apoio social e as consequências observadas a curto, médio e longo prazos, considerando-as no contexto histórico em que ocorrem (Malerbi & Ferreira, 2014). Assim, é necessário considerar adesão não apenas como comportamento de seguir instruções, mas também como comportamentos relacionados à estimativa do que pode ser alcançado e a obtenção de resultados (Ferreira, 2001).

1.6 Apoio social

Os relacionamentos sociais exercem um papel fundamental na vida dos indivíduos cumprindo importantes funções nas dimensões social, psicológica e comportamental. Estudos indicam que tanto a qualidade quanto a quantidade de relacionamentos sociais parecem afetar de forma significativa a morbidade e a mortalidade (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996).

Segundo Cobb (1976), suporte social pode ser definido como a "*informação que leva o indivíduo a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas*" (p. 300). Cobb foi um dos primeiros pesquisadores a definir suporte social dentro do contexto de saúde, apresentando dados que evidenciam o caráter protetor do apoio social em relação à hospitalização, recuperação de doenças, aposentadoria, estresse e depressão. Por sua vez, Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) descrevem o apoio social como um processo que envolve interações com outras pessoas e que facilita o enfrentamento do estresse e outros estímulos aversivos. Em um estudo de revisão, na mesma linha de raciocínio, Uchino et al. (1996) encontraram evidências que as relações de apoio entre as pessoas protegem o indivíduo contra os perigos à saúde e os eventos estressantes da vida. Fica claro, nesse estudo, que o suporte social pode proteger as pessoas do agravamento de uma variedade de doenças, tais como artrite, tuberculose, depressão e alcoolismo. Além disso, os autores afirmam que a disponibilidade do suporte social pode, em contextos de adoecimento crônico, acelerar processos de recuperação e facilitar a adesão a tratamentos medicamentosos. Abreu-Rodrigues e Seidl (2009), em um estudo de revisão da literatura, mostraram que há evidências da relação positiva entre a disponibilidade de apoio social e

melhora da saúde do paciente coronariano. A presença de suporte social prevê uma melhor adesão a comportamentos de saúde (prática de atividade física, alimentação saudável, redução de estresse), promovendo, assim, a melhora da saúde e da qualidade de vida desses pacientes.

Recentemente, os estudos sobre suporte social focalizam dois aspectos em sua definição conceitual: estruturais ou funcionais (Seidl & Tróccoli, 2006). Os autores classificam os aspectos estruturais como os relacionados à presença ou ausência de apoio social, sendo que o aspecto a ser valorizado é o número de pessoas que integra a rede social. O aspecto funcional diz respeito à disponibilidade e à qualidade de apoio recebido, assim como ao nível de satisfação daquele que recebe o apoio, em relação a situações e contextos estressores específicos. Um paciente pode receber apoio de muitas pessoas que provêem suporte social em geral, mostra-se insatisfeito e sem ter apoio em relação ao problema de saúde que o acomete, por exemplo.

Na área de saúde, o interesse pelo apoio social funcional tem sido relevante, tendo em vista a ocorrência de agravos que demandam apoio específico. Duas categorias têm predominado na literatura no que tange ao suporte funcional: instrumental e emocional (Seidl & Tróccoli, 2006; Thoits, 1995). O suporte instrumental se refere à percepção e satisfação do indivíduo quanto à disponibilidade de apoio para questões operacionais, relacionadas ao seu tratamento de saúde, atividades práticas do cotidiano, ajuda material ou financeira. O apoio emocional está relacionado à percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à condição de saúde e tratamento.

No que se refere à obesidade, estudos afirmam que intervenções baseadas na participação familiar, assim como na presença de uma pessoa que fornece suporte social, dentre outras variáveis, facilitam a redução do peso e a manutenção do peso perdido (Koholokula et al., 2011). Esses autores realizaram um estudo em que compararam dois programas de manutenção do peso: um de base comportamental individual e outro programa em grupo que contava também com a participação de familiares. As intervenções individuais eram de base comportamental e os grupos foram submetidos a intervenção psicoeducativa referenciada nos princípios da Análise do Comportamento. Os participantes da pesquisa (N=144) foram randomicamente designados a fazerem parte de uma das duas modalidades de intervenção, após terem completado um programa de perda de peso por três meses. Os resultados revelaram que aqueles que participaram do grupo com o envolvimento da família obtiveram um percentual menor de ganho de peso ($\leq 3\%$) do que aqueles que participaram da intervenção individual.

Nesse mesmo contexto, Kierman et al. (2012) investigaram a relação entre percepção do apoio social de amigos e familiares e a adesão a comportamentos de alimentação saudável, além de prática de atividade física em mulheres com obesidade/sobrepeso. Para isso, foi aplicada, no início do tratamento, uma escala de percepção de apoio social, validada para tal população, em 267 mulheres em tratamento de grupo específico para perda de peso. A maioria das mulheres ($\geq 75\%$) respondeu que “nunca” ou “raramente” tinha experienciado apoio de amigos ou familiares. Ressalta-

se que a perda de peso foi considerada aquela superior a 5% do excesso de peso, ao longo de seis meses. As mulheres que “nunca” tiveram suporte social (45,7%) alcançaram uma perda de peso menor no período de seis meses de tratamento. Por outro lado, dentre aquelas que relataram a presença de suporte ($\leq 25\%$) de um amigo ou familiar, 71,6% apresentaram perda de peso. Esse estudo revelou a importância do papel do apoio de amigos e familiares na adesão a comportamentos de saúde relacionados à perda de peso.

Autores afirmaram que dentre os pacientes que submeteram-se à cirurgia bariátrica, as diferenças na perda de peso não puderam ser atribuídas a variáveis relacionadas ao procedimento cirúrgico, mas a fatores psicológicos e sociais. Corroborando esses achados, autores revelaram que uma relação social apropriada é geralmente considerada essencial como forma de minimizar atritos e alcançar bons resultados no período pós-operatório (Campos et al., 2008; Livhits, Mercado, Yermilov, Parikh, Dutson, Mehran, Ko, & Shekelle, 2009).

Com relação ao apoio social dentro do contexto de cirurgia bariátrica, Livhits et al. (2011) realizaram um estudo de revisão que objetivou determinar os efeitos de grupos de apoio ou de outras formas de apoio social no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Como resultado, os autores encontraram 934 artigos que relacionavam cirurgia bariátrica e suas consequências e perda de peso, sendo que desses somente dez estudos apontavam para a relação entre essa modalidade de perda e apoio social. Dos dez estudos identificados, metade era sobre o impacto de grupos de apoio (onde o paciente participava) na perda de peso pós-operatória; a outra metade relatava o papel de outras fontes de apoio (percepção do apoio da família e número de pessoas na rede social) e sua relação com perda de peso. Todos os estudos sobre grupos de apoio encontraram uma relação positiva significativa ($p \leq 0,05$) entre a participação do paciente no grupo e perda de peso. Os estudos sobre a relação entre outras fontes de apoio e perda de peso demonstraram uma tendência positiva, porém, estatisticamente não significativa.

Dentre os estudos analisados por Livhits et al. (2011), encontra-se a pesquisa realizada por Lutfi, Torquati, Sekhar e Richards (2006). Os autores verificaram uma relação positiva entre estado civil (estar solteiro) e perda de peso, argumentando que cônjuges ou parceiro(a)s, de modo geral não forneciam suporte social funcional compatível com as necessidades do paciente. Três estudos revelaram uma associação positiva ($p \leq 0,05$) entre a presença de outras formas de apoio e perda de peso, sendo que um deles foi inconclusivo. A partir dos dados, os autores concluíram que a participação do paciente em grupos de apoio está diretamente relacionada com a perda de peso após a cirurgia bariátrica. Entretanto, pesquisas sobre o impacto de outras formas de apoio social e sua relação com perda de peso ainda são escassas.

1.7 Intervenção para desenvolvimento do apoio social

Wolfe (2004) afirma que a formação de uma rede de suporte social não acontece de forma natural, pois precisa ser construída ativamente. A intervenção para o desenvolvimento do apoio

social, compatível com as necessidades do paciente, focaliza a promoção de estratégias de enfrentamento adaptativas, assim como a adesão a comportamentos de saúde de parte da pessoa alvo do cuidado. Uma modalidade de intervenção muito comum nessa área é a disponibilização de informações por profissionais de saúde como médicos, nutricionistas e fisioterapeutas a essa rede de apoio (Helgeson & Cohen, citado por Uchino, 2004). Tais informações podem auxiliar o cuidador¹ a ter um melhor entendimento do seu quadro clínico, promover uma melhor adesão ao tratamento proposto e, conseqüentemente, aumentar a sobrevida do paciente.

As intervenções com provedores de apoio social visam mobilizar diretamente as pessoas que integram a rede social do indivíduo. O desafio, segundo Cohen et al. (2000), é propiciar o desenvolvimento de habilidades a esses integrantes para fornecer apoio compatível com as necessidades do paciente. Tais habilidades objetivam, principalmente, o engajamento do paciente em comportamentos de saúde e autocuidado. Esse tipo de intervenção pode ser extremamente importante quando faltam, aos membros da rede, experiência com uma condição ou doença particular, ou quando estão desinformados ou possuem crenças disfuncionais a respeito do quadro de saúde do paciente e de sua recuperação.

Wing e Jeffery (1999) observaram que, ao recrutar um amigo ou um familiar para realizar uma sessão de orientação sobre suporte social compatível com as necessidades de saúde da pessoa, pacientes obesos obtiveram uma perda de peso maior em comparação àqueles que apenas foram submetidos a intervenção individual. Nesse estudo, os pacientes vieram sozinhos ou foram solicitados a trazer membros da família para participar de um programa de perda de peso. Aqueles que vieram sozinhos foram alocados em grupo de intervenção comportamental e os que trouxeram um amigo ou familiar foram direcionados a um grupo de intervenção em suporte social. A perda de peso e a continuidade no programa foram monitoradas em períodos de quatro e dez meses. Os resultados mostraram que houve maior perda de peso e mais tempo de manutenção no programa para os pacientes que fizeram parte do grupo de intervenção em suporte social, em especial aqueles que trouxeram um amigo.

Martire e Schulz (2007), em um estudo com pacientes crônicos, fizeram uma comparação entre disponibilidade de cuidados médicos com orientação familiar, de cuidados médicos com orientação somente ao paciente e de cuidados médicos exclusivos, sem qualquer tipo de orientação ou ação educativa. Resultados indicaram que, tanto a ação que incluiu a intervenção familiar quanto a que abarcou a orientação dada aos pacientes, foram mais eficazes do que os cuidados médicos exclusivos. A eficácia da intervenção foi medida a partir da avaliação de indicadores acerca da melhora do quadro clínico dos pacientes. Concluiu-se que é de suma importância, assim como a orientação aos pacientes, a realização de estudos com intervenções que incluam conteúdos que

¹ Optou-se por denominar cuidador a pessoa que provê apoio social ao paciente, ou seja aquela que está disponível para ajudá-lo e que é percebida pelo paciente como fonte relevante de suporte, seja emocional e/ou instrumental.

objetivam sensibilizar e orientar os familiares no fornecimento de suporte social compatível com as necessidades dos pacientes, já que tais intervenções parecem ter maior eficácia do que a disponibilização de orientações dadas apenas aos pacientes ou de cuidados médicos exclusivos.

Abreu-Rodrigues e Seidl (2014) realizaram um estudo que teve por objetivo aplicar um procedimento de intervenção comportamental a cuidadores de pacientes coronarianos e verificar seus efeitos mediante a percepção do paciente sobre a disponibilidade e satisfação com o apoio social antes (Linha de Base), imediatamente (Momento 2) e três meses após intervenção específica (Momento 3). Uma entrevista semiestruturada e um escala validada para avaliar o suporte social foram utilizados em três pacientes com diagnóstico de angina instável. As intervenções com os três cuidadores consistiram de quatro sessões semanais, em que técnicas de reforçamento diferencial e automonitoramento foram as principais estratégias comportamentais utilizadas. Os resultados mostraram, após a intervenção, um aumento dos escores dessa variável para os três pacientes ($p \leq 0,05$), se comparados à linha de base. Os resultados indicaram a viabilidade de aplicação de técnicas comportamentais para melhorar o apoio social de cuidadores a pacientes coronarianos.

A satisfação do paciente com relação ao apoio recebido é outro aspecto a ser investigado quando se fala em intervenção em suporte social. Diversos autores enfatizam que é frequente a disposição de amigos e membros da família no sentido de fornecer suporte social quando se trata de doença crônica. Entretanto, apesar de ser reconhecido em geral como benéfico, há evidências sugerindo que essa iniciativa pode ser percebida pelo paciente como problemática e causar prejuízos à sua saúde. Boutin-Foster (2005) verificou esse fato em um estudo qualitativo com 59 pessoas internadas devido ao diagnóstico de síndrome coronariana aguda. A pesquisa buscou identificar as características problemáticas do suporte social a partir da perspectiva do paciente. Foi feita a seguinte pergunta aos participantes: “Você poderia descrever as coisas que membros da sua família, amigos próximos e profissionais da saúde fizeram durante esse período tentando fornecer suporte e ajuda, e o que você sentiu que não ajudou ou que lhe causou mais estresse?”. Os resultados indicaram que muitas ações realizadas pelo provedor do apoio social, que tinham a intenção de serem positivas, foram percebidas como problemáticas pelos pacientes, consideradas excessivas, incongruentes com as suas necessidades, chegando a gerar sentimentos negativos.

No que se refere ao tratamento da obesidade, Wolfe (2004) afirma que o suporte social exerce um papel mediador. O apoio social está diretamente relacionado à melhora de duas variáveis fundamentais na adesão ao tratamento para o controle de peso: a autoeficácia e o autocontrole. A autoeficácia, segundo Souza e Souza (2004) é definida como o juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de estresse. Segundo Wolfe (2004), a autoeficácia prevê uma melhor adesão à prática de atividade física e o autocontrole melhora a adesão à dieta alimentar. Tais dados corroboram os achados de Perri (1987) que examinou efeitos do apoio social pós tratamento para controle de peso de pacientes obesos. Os dados revelaram que,

após 18 meses do término do tratamento, a manutenção da perda de peso foi maior entre os pacientes que fizeram o tratamento juntamente com um apoio social, em comparação aos pacientes que realizaram o tratamento sozinhos. Wing e Jeffery (1999) realizaram um estudo em que 166 pacientes obesos participaram de uma intervenção comportamental individual para a perda de peso, ou em grupo, juntamente com familiares e/ou amigos. Após quatro meses de tratamento, os participantes que recrutaram um familiar para participar da intervenção obtiveram uma perda ponderal maior do que aqueles que realizaram o tratamento individualmente.

O fornecimento de orientação ao cuidador sobre as peculiaridades do quadro de saúde do paciente, assim como sobre as formas de fornecer apoio social instrumental e emocional, é fundamental para promover o desenvolvimento de suporte relevante e, conseqüentemente, auxiliar no processo de reabilitação e de promoção da saúde do paciente.

1.8 Contribuições da Análise do Comportamento

Técnicas advindas da Análise Aplicada do Comportamento têm sido bastante utilizadas para a promoção e manutenção de comportamentos no contexto de saúde. O behaviorismo tem sua origem nas contribuições teóricas de B.F. Skinner, que vem sendo desenvolvidas há aproximadamente 50 anos. A análise do comportamento pretende, não somente observar e descrever um comportamento, mas também explicá-lo, predizê-lo e modificá-lo por meio da aprendizagem (Skinner, 2003). As técnicas de aprendizagem visam modelar e manter comportamentos que promovam a saúde física e psicológica do indivíduo. Esse fato torna a análise do comportamento um campo promissor no contexto de saúde uma vez que esta se baseia fundamentalmente em estudos sobre processos e métodos de aprendizagem, ressaltando a importância de ajudar o paciente a construir novos repertórios comportamentais ou fortalecer repertórios adequados já existentes (Goldiamond, 1974/2002). Nessa perspectiva, Ferreira (2001) afirma que: “A análise do comportamento aplicada à saúde se mostra compatível com a proposta da Organização Mundial da Saúde, a qual prioriza variáveis ambientais e comportamentais para prevenir e gerenciar condições crônicas” (p. 1).

Estudos que utilizam princípios da análise do comportamento para modificar hábitos prejudiciais à saúde podem produzir resultados que propiciam a aquisição de comportamentos favoráveis ao estabelecimento e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida. O modelo construcional de Goldiamond é um dentre os vários modelos da análise do comportamento que propõem uma abordagem levando em consideração a análise da relação organismo-ambiente. Esse modelo visa à instalação e manutenção de repertórios comportamentais adaptativos. No modelo descrito por Goldiamond (1974/2002) observa-se a importância de ultrapassar a descrição dos três termos para a previsão e controle do comportamento tratado na prática clínica. A orientação proposta foi denominada “construcional”, definida como uma orientação cuja solução de problemas é uma construção de repertórios ao invés da eliminação de outros repertórios tidos com inadequados. Segundo Goldiamond (1974/2002), as abordagens dominantes focalizam-se no alívio ou na

eliminação da perturbação que ocasionou a busca por ajuda psicológica. O foco da abordagem construcional é a produção de comportamentos desejáveis por meios que diretamente aumentem as opções disponíveis ou ampliem repertórios sociais, em vez de fazer isso indiretamente como um subproduto de um procedimento eliminador. Técnicas de psicoeducação, automonitoramento e reforçamento diferencial são utilizadas como ferramentas para a construção de repertórios adaptativos nesse modelo.

Um tipo de intervenção muito comum é o fornecimento de informações por parte de profissionais de saúde como médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, segundo Helgeson e Cohen (citado por Uchino, 2004). De acordo com os autores, a informação pode auxiliar o paciente a ter melhor entendimento do seu quadro clínico, promover uma melhor adesão ao tratamento proposto e, conseqüentemente, aumentar sua sobrevida. A utilização de materiais educativos é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS). Manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes de atividades educativas (Echer, 2005). A contribuição desses materiais à promoção da saúde, bem como para a prevenção e tratamento de doenças, depende dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos seus processos de elaboração. Os modelos de comunicação, baseados na relação dialógica e em princípios multidirecionais, permitem a existência do diálogo entre as pessoas envolvidas no processo de construção de uma cartilha. A interação e a troca de conhecimentos, considerando-se o estilo de vida das pessoas, são aspectos essenciais nesse processo (Carvalho, 2007).

O automonitoramento é uma técnica básica de autocontrole muito usada no tratamento da obesidade e no controle de peso. Rehm (1999) afirma que: “Fazer com que o paciente observe e registre sistematicamente seu próprio comportamento é consistente com o princípio do paciente como colaborador e agente de mudança” (p. 587). Assim, a técnica objetiva o desenvolvimento de respostas de auto-observação, de modo que a pessoa possa aumentar sua compreensão sobre seus comportamentos e as variáveis que interferem em sua ocorrência. Supõe-se que os efeitos reativos do autorregistro aconteçam porque fazem com que as conseqüências e os motivos para a mudança fiquem mais evidenciados. Assim, o comportamento desejado é recompensado pela oportunidade de ser registrado e, posteriormente, relatado ao profissional/pesquisador.

Oliveira, Ferreira e Casseb (2005) enfatizam que “o treino de automonitoramento se mostra eficaz na instalação e manutenção de comportamentos preventivos” (p. 4). Para isso, as autoras realizaram um estudo que verificou, por meio de oito casos, os efeitos do uso da técnica de automonitoramento na aquisição de comportamentos preventivos por adultos com histórico familiar de diabetes, alimentação inadequada e sedentarismo. Mais especificamente, procurou-se saber se o treino em automonitoramento seria eficaz na instalação e manutenção de comportamentos alimentares adequados. Para isso, os participantes foram distribuídos em duas condições: sendo quatro na condição treino (CT) e quatro na condição não treino (CNT). Na condição treino, os participantes eram avaliados por uma nutricionista, orientados sobre a dieta individual adequada e

passavam pelo treino de automonitoramento do comportamento alimentar. A CNT se diferenciava da CT apenas quanto à utilização do autorregistro. Os resultados apontaram que os participantes da CT apresentaram mudanças na aquisição e ampliação de hábitos alimentares mais saudáveis. Em suma, o autorregistro é uma técnica que pode ser utilizada para avaliar o comportamentos, seus antecedentes situacionais, suas consequências, os componentes cognitivos e afetivos associados ao comportamento, bem como as relações entre essas variáveis.

Outra forma de se obter mudança comportamental em contextos clínicos e de saúde é por meio do treino em solução de problemas (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2009). A técnica de resolução de problemas visa à tomada de decisão e à modificação de condutas, em consonância com a análise do comportamento. Para que o cuidador lide de forma eficaz com uma dificuldade – como fornecer apoio satisfatório ao paciente –, ele necessita aprender a avaliar e encontrar soluções que lhe permita resolver os problemas existentes. A resposta do indivíduo na situação-problema é eficaz quando é alterada e deixa de ser problemática, produzindo consequências positivas. O treino em solução de problemas visa à emissão de tais respostas adaptativas por meio de técnicas de orientação, levantamento de alternativas e tomada de decisão (Cooper, Fairburn, & Hawker, 2009).

Segundo Nezu (2004), o treino em solução de problemas pode ser definido como: “o processo metacognitivo pelo qual os indivíduos compreendem a natureza dos problemas da vida e dirigem seus objetivos em direção à modificação do caráter problemático da situação ou mesmo de suas reações a ela (p. 472).” Nesse contexto, o problema representa qualquer discrepância entre a realidade de uma situação e os objetivos desejados, ou seja, um desequilíbrio da relação entre pessoa e ambiente. A solução, por outro lado, são as respostas destinadas a mudar a natureza da situação problemática.

Nezu (2004) afirmam que o treino em solução de problemas compreende uma série de habilidades específicas que requer cinco processos interrelacionados: orientação para o problema; definição e formulação do problema; levantamento de alternativas; tomada de decisões; prática de solução e verificação. A orientação para o problema abrange um conjunto geral de respostas que busca compreender e reagir à situação de desequilíbrio real ou percebido. A definição e formulação do problema consistem em identificar um conjunto de objetivos ou metas realistas de acordo com a natureza da situação-problema. Ao levantar alternativas, são identificadas estratégias para solucionar o problema, aumentando a probabilidade de identificar aquelas mais eficazes. A tomada de decisão implica a identificação das potenciais consequências a cada alternativa levantada e a escolha daquelas mais adequadas naquele momento. Por fim, a prática da resolução de problemas consiste na aplicação das opções escolhidas e na vigilância cuidadosa dos resultados reais da solução.

Por fim, o uso do reforço positivo tem sido utilizado na modificação e manutenção de comportamentos. Skinner (2003) afirma: “Alguns reforços consistem na apresentação de estímulos, no acréscimo de alguma coisa (...), esses são denominados reforços positivos. O efeito do reforço é o de aumentar a probabilidade da resposta” (p. 49). Assim, é reforçador para o paciente perceber a

melhora no seu quadro de saúde, no seu bem-estar e na sua qualidade de vida devido à adesão a comportamentos de saúde, como o uso correto da medicação ou realização de atividades físicas. Cabe ao profissional de saúde, além de chamar a atenção do paciente e do cuidador sobre a existência dos reforçadores a longo prazo ao se engajar em determinados comportamentos, reforçá-los em todas as ações que os levam ao estabelecimento de repertório comportamental adequado. As contingências de reforçamento positivo são fundamentais para garantir o fortalecimento de comportamentos e promoverem o aumento da variabilidade comportamental. Skinner (1953) afirma que: “ser reforçado pelo sucesso de nossa ação é especialmente vantajoso na medida em que nos fazem essencialmente seres agentes em relação ao meio, agentes controladores pelo efeito de nossa própria ação” (p. 118).

A modificação do comportamento tem sido a principal ferramenta para profissionais de saúde que atuam na área de obesidade e manejo do peso (Perri & Corsica, 2003). Em suma, os princípios e técnicas da análise do comportamento são úteis, tanto no tratamento da obesidade, quanto para promover a modificação do comportamento da pessoa que provê apoio social ao paciente obesos.

Capítulo 2

Justificativa e objetivos do estudo

A obesidade grave tende ao crescimento nos países ricos e em desenvolvimento. Nesse contexto, a cirurgia bariátrica tornou-se a melhor opção de tratamento para parte dessa população já que são evidentes os benefícios que o procedimento traz à saúde do paciente acometido.

Diante da perspectiva de se ver livre de comorbidades, da discriminação e das dificuldades psicossociais que acompanham a obesidade, é esperado que o paciente sinta-se altamente motivado para o tratamento cirúrgico. A estratégia de “cortar” o estômago lhe parece uma solução definitiva para o problema da obesidade mórbida. Assim, a cirurgia lhe dá a impressão de que não precisará adquirir novos hábitos e se adaptar ao novo tamanho de estômago, mas apenas deixar-se operar (Ximenes, 2009). Por outro lado, sabe-se que o reganho de peso é uma realidade entre pessoas operadas. Assim, cabe à equipe, e em especial ao psicólogo, trabalhar essa idealização, sensibilizar e conscientizar, tanto o paciente quanto pessoas que constituem o apoio social, sobre a exigência de um empenho pessoal, com disciplina e constante acompanhamento exigidos pela cirurgia, a fim de garantir seu sucesso e prevenir um novo aumento de peso.

Outro fator que justifica esse trabalho é a escassez de estudos existentes na área no que tange a relação entre apoio social e reganho de peso após a cirurgia bariátrica. Assim, estudos de intervenção, além de avaliarem e divulgarem como a psicologia pode atuar no contexto de cirurgia bariátrica, tornaram-se úteis para contribuir e para o estabelecimento de um protocolo de intervenção.

Com base na revisão da literatura existente e na experiência profissional da pesquisadora, como psicóloga de uma equipe interdisciplinar especializada no atendimento a pacientes bariátricos há seis anos, as seguintes questões nortearam o presente projeto de pesquisa:

- Quais as características clínicas e o padrão do apoio social em pacientes pós-cirurgia bariátrica que tiveram reganho de peso?

- Após uma intervenção individual com cuidadores para adequação do apoio social a necessidades do paciente, a satisfação e a disponibilidade com o suporte de pacientes pós-cirurgia bariátrica com reganho de peso será maior? E no grupo de pacientes cujos cuidadores não participaram da intervenção?

- Como se caracteriza o comportamento de adesão ao tratamento de pacientes bariátricos com reganho de peso, antes e depois da intervenção com pessoas que provêm apoio social?

- Houve alteração no peso dos pacientes do grupo experimental e do grupo controle?

2.1 Objetivo geral

Partindo do pressuposto que o apoio social compatível com as necessidades do paciente favorece a mudança do comportamento alimentar para a redução de peso e a adesão do paciente obeso ao tratamento proposto, o presente estudo teve por objetivo geral implementar procedimento de intervenção e investigar seus efeitos para o desenvolvimento do apoio social de cuidadores de pacientes bariátricos com ganho de peso, com vistas à adesão ao tratamento e perda do excesso de peso.

2.1.1 Objetivos específicos.

- Identificar as características do suporte social de pacientes bariátricos antes e após a intervenção, em integrantes do Grupo Experimental e do Grupo Controle.
- Elaborar e implementar um procedimento de intervenção com uso de técnicas comportamentais (automonitoramento, resolução de problemas e reforçamento diferencial) para pessoas da rede de apoio social de pacientes bariátricos, visando à adequação do suporte social disponibilizado.
- Verificar a adesão de cuidadores a comportamentos de suporte social compatíveis com as necessidades dos pacientes do Grupo Experimental.
- Comparar as diferenças entre as variáveis peso e apoio social no Grupo Experimental e no Grupo Controle, logo após a intervenção e um mês depois na fase de seguimento.

Capítulo 3

Método

Trata-se de estudo com delineamento quase experimental, incluindo coleta e análise de dados qualitativas, com avaliação antes e depois da intervenção, com grupo controle. O seguimento ocorreu um mês após a intervenção.

3.1 Participantes

Inicialmente, o estudo contou com a participação de 18 pacientes que foram convidados em clínica particular especializada em cirurgia bariátrica, localizada em Brasília, Distrito Federal, na qual tinham realizado a cirurgia e faziam acompanhamento com o cirurgião. Os participantes foram designados sequencialmente, visando randomizar a indicação para as duas condições: o primeiro, terceiro e quinto pacientes que contataram a pesquisadora para participar do estudo foram designados ao grupo controle (GC); o segundo, quarto e sexto pacientes foram inseridos no grupo experimental (GE). Ao final da coleta de dados, seis pacientes permaneceram no estudo sendo que houve perda da amostra (n=12) no decorrer da coleta. As desistências ocorreram por não se encaixarem dentro dos critérios de inclusão, por indisponibilidade de tempo e dificuldade do cuidador em comparecer às sessões de intervenção. Cinco casos fizeram a linha de base e/ou iniciaram a intervenção mas não aderiram ao procedimento, sendo excluídos do estudo. Os critérios de inclusão, para todos os pacientes, foram os seguintes: ter realizado a cirurgia de *bypass* em Y de Roux há mais de 18 meses, apresentarem reganho de, no mínimo, 10% de peso em relação ao peso mínimo alcançado (Heber et al., 2010); expressarem preocupação com o reganho e motivação para a perda de peso; terem escolaridade equivalente ou superior a, pelo menos, cinco anos de estudo; não estarem internados; não estarem em uso de corticóides ou outra medicação que pode levar ao ganho ponderal significativo, não terem diagnóstico de doença congênita e/ou história de problemas psiquiátricos (que poderiam comprometer a capacidade de compreensão e escrita); terem idade entre 18 e 65 anos e uma fonte de apoio disponível para participar do estudo.

Os critérios de exclusão, para o GC e o GE, incluíram: pacientes que não satisfaziam as condições listadas, que possuíam diagnóstico de neoplasias, doenças autoimunes e/ou HIV/aids, que estivessem em acompanhamento psicoterápico/psiquiátrico (tal acompanhamento poderia estar relacionado com a insatisfação de reganho de peso e interferir na intervenção do presente estudo). Aos participantes do GC foi informado que poderiam se beneficiar da intervenção, juntamente com seus cuidadores, em momento futuro após a pesquisa, se houvesse interesse.

Os participantes incluíram ainda três pessoas que exerciam o papel de apoio social dos pacientes que estavam no grupo experimental, escolhidas por eles, ou seja, cada paciente indicou

uma pessoa que se constituía em fonte de apoio para participar do estudo. Estes deveriam ser adultos (maiores de 18 anos), não terem sido submetidos à cirurgia bariátrica, residirem com o paciente, consentirem em participar e assinarem o TCLE (Anexo 3), terem escolaridade equivalente a pelo menos cinco anos de estudo e, não terem transtorno cognitivo e/ou psiquiátrico que compromettesse sua capacidade de compreensão e escrita.

3.2 Procedimentos

3.2.1 Local de coleta de dados.

A clínica onde a coleta de dados foi realizada, oferece atendimento interdisciplinar a portadores de obesidade mórbida e conta com a participação de uma equipe multidisciplinar composta de médicos cirurgiões, endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiras e instrumentadoras. Além do acompanhamento médico são oferecidos atendimentos de orientação e/ou de aconselhamento médico e/ou psicossocial para o diagnóstico e tratamento da obesidade mórbida.

A clínica conta com nove consultórios onde o atendimento ocorre de forma multidisciplinar, de acordo com a necessidade de cada paciente. As atividades desenvolvidas pela equipe têm como objetivo a atenção integral e interdisciplinar voltada à qualidade da assistência ao paciente obeso. O serviço de psicologia objetiva: (1) avaliação e acompanhamento pré-operatório do paciente candidato a cirurgia bariátrica; (2) identificação de recursos pessoais, sócio-ambientais e culturais de pacientes e acompanhantes; (3) planejamento de intervenções psicossociais a partir da avaliação realizada; (4) fornecimento de suporte psicológico; (5) fornecimento de informações sobre o quadro clínico do paciente pertinentes e coerentes com seu nível socioeducacional e cultural. Para sua atuação, a Psicologia conta com um consultório, com condições adequadas em termos de privacidade e conforto: boas condições de iluminação e ventilação e ausência de ruídos.

Ressalta-se que, além do atendimento médico e psicossocial, pesquisas interdisciplinares também são realizadas no serviço. Dentro desse contexto, destaca-se a participação da equipe médica e nutricional, que foi previamente informada sobre a pesquisa e seus critérios de inclusão e exclusão, na indicação de pacientes para participarem do presente estudo.

3.2.2 Instrumentos e materiais.

- **Roteiro de entrevista semiestruturado para pacientes (GC e GE)** (Anexo 4). A entrevista com 22 questões (fechadas e abertas), elaborada pela pesquisadora, teve por objetivo colher dados sociodemográficos, histórico de reganho de peso pós-cirurgia bariátrica, autoavaliação de adesão ao tratamento (alimentação e suplementação), prática de atividade física, motivação para a mudança, autoavaliação do bem estar geral e indicação do cuidador para a participação na pesquisa.

- **Roteiro de entrevista semiestruturado para cuidadores (GE)** (Anexo 5). A entrevista, elaborada pela pesquisadora, foi aplicada na linha de base e buscou obter dados sociodemográficos do cuidador, grau de parentesco/vínculo com o paciente, nível de percepção e preocupação com o reganho de peso do paciente, comportamentos que demonstravam tal preocupação, avaliação da adesão ao tratamento do paciente e disponibilidade para participar do estudo.

- **Escala de Suporte Social (GC e GE)** (Anexo 6). A escala teve por objetivo avaliar a disponibilidade percebida e a satisfação com o apoio social emocional e instrumental, sendo respondida pelo paciente. Foi utilizado o instrumento validado por Seidl e Tróccoli (2006) denominado Escala de Suporte Social para Pessoas com HIV/aids, que foi adaptada da *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids* (Renwick, Halpen, Rudman, & Friedland, 1999). A escolha dessa escala para o presente estudo deveu-se à adequação de seus itens para análise do apoio social em contextos de saúde e doença, independente da enfermidade que esteja acometendo o paciente. Outro motivo é que não foram identificados instrumentos específicos direcionados à mensuração do apoio social de pessoas com obesidade. Ademais, a escala foi utilizada em pesquisas anteriores, aplicada a pessoas portadoras de outros agravos, como lesão medular traumática (Ribeiro, 2005) e pacientes cardíacos (Moraes & Dantas, 2007; Abreu-Rodrigues & Seidl, 2014). São mensuradas duas categorias de suporte, totalizando 22 itens: (1) suporte social instrumental (10 itens, *alpha* de Cronbach igual a 0,84) - percepção da satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira; (2) suporte social emocional (12 itens, *alpha* de Cronbach igual a 0,92) - percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional. Pode ser usada na versão unifatorial (escore geral) ou bifatorial. No presente estudo foram feitas análises dos dois fatores independentes e do escore geral. As respostas foram dadas em escala Likert de cinco pontos para frequência do apoio (1=nunca; 5=sempre) e satisfação (1=muito insatisfeito; 5=muito satisfeito). Foi feita mudança de redação para a adaptação de alguns itens da escala no intuito de focalizar a questão da obesidade, mas sem descaracterizar seu conteúdo em relação à escala original. Os escores foram obtidos mediante média aritmética. Escores mais elevados indicaram maior disponibilidade percebida e/ou satisfação com o suporte social recebido.

- **Avaliação do Peso (GC e GE)**: em uma balança convencional avaliou-se o peso corporal, em kilogramas, do paciente em três momentos distintos: linha de base, Momento 2 que ocorreu imediatamente após a intervenção e no Momento 3 após um mês da intervenção. O paciente foi pesado na mesma balança nos três momentos.

- **Ficha de automonitoramento (*checklist*) de comportamentos de apoio social (GE)** (Anexo 7). Consiste de um *checklist* sobre o fornecimento, ou não fornecimento, de apoio social, por um período de sete dias respondido pelo cuidador. As quatro categorias comportamentais presentes no panfleto informativo – adesão a uma dieta balanceada e à suplementação, adesão à prática de atividade física e manejo do estresse –, eram mencionadas e foi feita uma breve descrição das formas de fornecer suporte social para cada categoria, com base nas dificuldades de cada cuidador. Caso este tivesse referido comportamentos compatíveis com o suporte social naquela categoria, ele faria o registro da ocorrência, ou seja, marcaria um X para aquele dia específico.

- **Folheto educativo (GE)** (Anexo 8). Foi elaborado para o estudo, pela pesquisadora, com características didáticas, contendo figuras e linguagem acessível, usado na intervenção com o cuidador sobre o conceito de suporte social e as maneiras como pode ser disponibilizado ao paciente bariátrico. O panfleto contém informações sobre a definição de suporte social compatível com as necessidades do paciente bariátrico para evitar reganho de peso: alimentação adequada, adesão à suplementação, prática de atividade física e controle do estresse (Heber et al., 2010).

3.2.3 Coleta de dados.

O estudo seguiu os procedimentos de um delineamento quase experimental. A pesquisa foi divulgada na rede social *Facebook* (comunidade da clínica) e/ou os pacientes foram indicados pela equipe de cirurgia e/ou nutrição para participar da pesquisa por apresentarem reganho de peso. Dos seis participantes que finalizaram a coleta de dados, dois entraram em contato com a pesquisadora pela rede social e quatro foram orientados pela equipe médica para participarem do estudo. A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Anexo 9), entre os meses de agosto de 2013 e fevereiro de 2014. Os pacientes indicados e interessados em participar do estudo entravam em contato com a clínica e agendavam uma consulta com a pesquisadora. Antes da coleta de dados, o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexos 1 e 2) foi assinado pelos participantes (GC e GE) e respectivos cuidadores (GE) (Anexo 3). Todas as sessões foram gravadas em áudio e transcritas.

3.2.3.1 Linha de base - com paciente (GC e GE). Os objetivos e as características da intervenção foram apresentados aos seis pacientes individualmente. Em um encontro de aproximadamente, 90 minutos, foram dadas informações detalhadas sobre número de sessões e forma de coleta de dados com o objetivo de fortalecer a participação no estudo e minimizar desistências. Logo após firmarem o TCLE (Anexo 1 para GC e Anexo 2 para GE), os pacientes responderam à entrevista semiestruturada (Anexo 4), conforme roteiro pré-estabelecido com o objetivo de obter dados sociodemográficos e clínicos, com foco no reganho de peso. Em seguida, os participantes responderam à escala de suporte social (Anexo 6). Os participantes do GC responderam

aos mesmos instrumentos que os participantes do GE e foram orientados a manter o acompanhamento habitual da clínica com a equipe (nutrição, cirúrgica e endocrinologia) e orientados que dois contatos seriam feitos: cerca de seis semanas após aquela data e um mês após o segundo encontro. Além disso, o acompanhamento psicológico individual foi disponibilizado a todos os participantes após o término do procedimento de coleta de dados, ou seja, depois da fase de seguimento (cerca de 6 semanas após o início da coleta de dados).

3.2.3.2. A intervenção com o GE.

Foi feito um contato inicial por telefone com a pessoa (apoio social) indicada pelo paciente, quando foi convidado a participar da pesquisa, além de garantir o início das sessões. Nesse contato, foi agendada a primeira sessão na clínica onde o estudo foi realizado. Foram realizadas cinco sessões individuais sem a presença do paciente, descritas a seguir.

1ª sessão. Os objetivos e a relevância da intervenção foram apresentados individualmente ao participante. Após a assinatura do TCLE (Anexo 3) foi feita uma sensibilização para fortalecer a participação no estudo e minimizar desistências. Em seguida, foi iniciada a entrevista semiestruturada (Anexo 5), com o objetivo de verificar expectativas e conhecimento da cirurgia, bem como os motivos que consideravam relevantes para o ganho de peso do paciente. O objetivo principal dessa sessão foi fazer um levantamento do repertório comportamental atual de apoio social e de condutas que poderiam ser adquiridas e modificadas para serem trabalhadas em encontros subsequentes. Além disso, buscou-se verificar a percepção do próprio cuidador quanto à quantidade e qualidade do apoio que vinha fornecendo, obtendo seu relato quanto aos tipos de apoio que já fornecia e a importância que atribuía aos mesmos. Foi questionado, ainda, como poderia prover apoio compatível com as necessidades do paciente e em qual aspecto tinha mais dificuldade. Nessa sessão, ainda, foi estabelecido, em acordo mútuo, o dia e horário da segunda sessão. Ao final, foi fornecido folheto educativo (Anexo 9), que nortearia os temas da sessão seguinte. O participante de pesquisa levava o panfleto para leitura como tarefa de casa. Sua duração foi de 60 a 90 minutos, dependendo do caso.

2ª sessão. Essa intervenção foi baseada nos dados obtidos na entrevista semiestruturada com o paciente e com o cuidador (na 1ª sessão). Durante esse encontro foi realizada intervenção psicoeducativa com o objetivo de fornecer informações acerca da obesidade, cirurgia bariátrica e aspectos comportamentais do emagrecimento. Além da cartilha educativa (Anexo 9), recursos audiovisuais (vídeo de animação sobre a cirurgia bariátrica) foram utilizados para facilitar a compreensão dos conceitos e procedimentos abordados. Além disso, foram dadas orientações acerca do conceito de apoio social e como poderia fornecê-lo de forma compatível com as necessidades do paciente a fim de promover a perda ou manutenção do peso após a cirurgia bariátrica.

Foram solicitados comportamentos e situações (compatíveis, ou não, com as necessidades do paciente) de apoio social que ocorreram durante a semana. A intervenção consistiu em

levantamento de estratégias de solução de problemas relacionados, ao não, ao fornecimento de apoio social ou ao fornecimento de apoio inadequado. Tais estratégias foram levantadas com os participantes respeitando a individualidade e contextos nos quais estavam inseridos. Reforçamento diferencial de comportamentos relevantes e adequados foi disponibilizado pela pesquisadora de acordo com os relatos do cuidador. Tal reforçamento foi fornecido imediatamente após relatos adequados de fornecimento de apoio social compatível com o que foi trabalhado na sessão anterior. Nessa sessão foram definidos os comportamentos de apoio a serem adotados pelo cuidador nas categorias: adesão à dieta, adesão à suplementação, adesão à prática de atividade física e controle do estresse.

Ao final dessa sessão, foi feita instrução acerca do preenchimento e entregue ao cuidador a ficha de automonitoramento em formato de *checklist* (Anexo 7) com o objetivo de verificar se os comportamentos abordados durante a sessão seriam referidos ao longo da semana. Foi enfatizada a importância que esse registro fosse feito e trazido na sessão seguinte.

3ª sessão. Essa intervenção foi baseada nos dados trazidos pelo cuidador na ficha de automonitoramento. A intervenção consistiu, assim como na segunda sessão, em levantamento de estratégias de solução de problemas relacionados ao não fornecimento de apoio social ou ao fornecimento de apoio inadequado. Tais estratégias foram levantadas com os participantes respeitando sua individualidade e contextos em que estavam inseridos. Reforçamento diferencial de comportamentos relevantes e adequados foi disponibilizado pela pesquisadora de acordo com os relatos do cuidador. Ao final da sessão, o cuidador foi orientado a preencher, novamente, a ficha de automonitoramento.

4ª sessão. Assim como na terceira sessão, a intervenção foi baseada na ficha de automonitoramento trazida pelo cuidador, sendo que estratégias de solução de problemas e reforçamento diferencial foram usadas. O conteúdo dessa sessão era variável, voltada às especificidades e demandas dos casos tais como dificuldades de comunicação com o paciente, pouca disponibilidade de tempo para fornecer apoio, falta de conhecimento sobre as necessidades do paciente e da cirurgia e atritos entre cuidador e paciente.

5ª sessão. Intervenção semelhante à quarta sessão e obtenção de *feedback* da intervenção de parte do cuidador por meio de uma pergunta específica sobre o que achou do programa de intervenção realizado.

3.2.3.3. *Seguimento (Momentos 2 e 3) - GC e GE.* Todos os pacientes foram convidados a responder à Escala de Suporte Social e realizar a pesagem imediatamente (Momento 2), assim como um mês após a intervenção específica (Momento 3). Ressalta-se que entre os Momentos 2 e 3 não houve qualquer tipo de intervenção junto ao cuidador e/ou paciente.

A Tabela 2 explicita as etapas do procedimento adotadas no estudo.

Tabela 2

Etapas do procedimento

Etapas	Participante	Instrumentos/Procedimentos
Linha de Base	Paciente (GC e GE)	- TCLE - Entrevista sociodemográfica - Pesagem (kg) - Aplicação da Escala de Suporte Social
Intervenção	Cuidador (GE)	1ª sessão: TCLE, entrevista sociodemográfica; panfleto informativo 2ª sessão: panfleto informativo; ficha de automonitoramento; intervenção. 3ª sessão: panfleto informativo; ficha de automonitoramento; intervenção. 4ª sessão: ficha de automonitoramento; intervenção. 5ª sessão: ficha de automonitoramento; intervenção; <i>feedback</i> sobre o trabalho realizado.
Momento 2	Paciente (GC e GE)	GE: Aplicação da Escala de Suporte Social e pesagem após o término da intervenção. GC: seis semanas após a linha de base.
Seguimento (Momento 3)	Paciente (GC e GE)	- Pesagem e aplicação da Escala de suporte social um mês após a intervenção.

3.3 Análise de dados

A análise de dados incluiu técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, voltadas para a comparação de médias de variáveis específicas, como o teste t de Student pareado com medidas repetidas.

O teste t de Student para amostras pareadas com medidas repetidas foi usado para comparar as médias dos grupos nos três momentos do estudo. Determinada a suposição da homogeneidade das variâncias, procedeu-se ao teste t. O SPSS produz o valor exato da significância de t e verificou-se se esse valor era maior ou menor do que 0,05. Caso seja menor que 0,05, as médias dos dois grupos são significativamente diferentes, ou seja, a intervenção modificou os escores médios da variável apoio social no GE em relação ao GC. Por outro lado, se o valor da significância for maior que 0,05 pode-se concluir que não houve diferença entre as médias dos grupos.

Análises qualitativas individualizadas dos discursos dos pacientes também foram realizadas, comparando relatos, escores e valores das variáveis nos três momentos da coleta de dados.

Capítulo 4

Resultados

A organização dos resultados incluiu, além da caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e sociodemográfica dos cuidadores, as três etapas do procedimento: linha de base para o Grupo Controle (GC) e para o Grupo Experimental (GE), que abarcou a descrição do reganho de peso, da adesão e a aplicação da Escala de Suporte Social; a intervenção comportamental com os cuidadores para os integrantes do GE; o Momento 2 (M2) e o Momento 3 (M3), com a reaplicação da Escala de Suporte Social com os pacientes e aferição do peso em M3. Os resultados apresentados nessa sequência. No que se refere à intervenção, os três casos serão descritos e analisados individualmente.

4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes

Os dados sociodemográficos e clínicos dos seis participantes – P1, P2 e P3 do GE e P4, P5 e P6 do GC – estão descritos na Tabela 3. Os pacientes foram cinco mulheres e um homem, todos com diagnóstico de reganho de peso pós cirurgia bariátrica. A média de idade dos participantes foi igual a 39,34 anos, variando de 20 a 50 anos. Quatro eram casados, um solteiro e um divorciado, sendo que quatro tinham filhos. Quatro participantes possuíam ensino superior e trabalhavam em emprego fixo com todos os direitos trabalhistas.

Quanto ao diagnóstico de reganho de peso, três participantes iniciaram esse processo depois de dois anos de cirurgia, um paciente iniciou após um ano de operado e dois deles iniciaram o reganho com mais de cinco anos de cirurgia. O peso inicial dos pacientes variou entre 84 e 119kg.

4.2 Caracterização sociodemográfica dos cuidadores

De acordo com a Tabela 4, dentre os três cuidadores, duas eram mulheres, sendo que uma era a esposa (P3) e outra era a mãe (P2). Um cuidador (C1) do sexo masculino era o esposo de uma das pacientes.

Tabela 3

Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes (N=6)

Dados	Grupo Experimental				Grupo Controle	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Idade	50	20	47	45	28	48
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Escolaridade	Superior incompleto	Superior incompleto	Superior completo	Superior completo	Superior completo	Superior completo
Estado civil	Casada	Solteira	Casado	Casado	Casado	Divorciado
Número de filhos	0	0	3	1	1	1
Situação empregatícia	Sem emprego	Estudante	Emprego fixo	Emprego fixo	Emprego fixo	Emprego fixo
Tempo desde a cirurgia (em meses)	147	24	26	149	18	145
Peso na linha de base(kg)	84	87	119	88,6	88	88

Tabela 4

Dados sociodemográficos dos cuidadores (n=3)

Dados Sociodemográficos	C1	C2	C3
Idade	41	48	39
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino
Escolaridade	Médio completo	Superior completo	Superior incompleto
Estado civil	Casado	Casado	Casada
Número de filhos	0	1	3
Situação empregatícia	Emprego fixo	Emprego fixo	Dona de casa
Relação de parentesco	Esposo	Mãe	Esposa
Tempo que conhece o paciente (em anos)	18	20	22

A média de idade dos cuidadores foi igual a 43 anos, variando de 39 a 48 anos. Quanto ao nível de escolaridade, dois cuidadores possuíam ensino superior completo e um tinha ensino médio completo.

4.3 Linha de Base

4.3.1 Preocupação com reganho e adesão: visão do paciente.

Durante o período de coleta de dados, na linha de base, foi aplicada uma entrevista semiestruturada com o objetivo de averiguar, entre outros aspectos, motivos do reganho de peso do paciente e se havia preocupação com essa condição, além da avaliação da adesão, na percepção do paciente e do cuidador.

Optou-se, nesse momento, por apresentar os dados do conjunto de seis casos, descritos na Tabela 5. Dois participantes tiveram um reganho entre 10-20% (P4 e P5) do menor peso obtido após a cirurgia, dois deles reganharam entre 20-30% (P1 e P6) e dois entre 30 e 40% (P2 e P3). Esse reganho ocorreu para três dos pacientes após dois anos da cirurgia; um paciente iniciou o reganho no período entre um e dois anos após a cirurgia e um paciente iniciou o reganho quatro anos após o procedimento.

Como motivos do reganho, o comportamento de “beliscar” foi a resposta mais relatada (n=5), o que pode ser ilustrado por trecho da fala de uma paciente do GE (P1) ao relatar que “...desde que parei de trabalhar fico em casa o dia todo assistindo TV e beliscando. Adoro fazer pipoca e brigadeiro à tarde. Se eu tivesse trabalhado ou fazendo alguma coisa, talvez não faria isso”. Outros motivos apontados, em menor frequência, foram: “ócio”, “ingestão de álcool” e “ausência de prática de atividade física”.

Os motivos “ansiedade”, “problemas familiares” e “insônia” foram relatados apenas uma vez. Cinco pacientes demonstraram preocupação com o reganho. Nesse contexto, um paciente (P3) fez o seguinte relato: “...estou com medo de voltar a ser obeso, todos os dias durmo e acordo pensando nisso, que tenho que voltar à clínica, que tenho que tomar meus suplementos, que tenho que fazer atividade física, é um inferno, doutora”.

Quanto à percepção da adesão à dieta, cinco participantes avaliaram essa conduta como “pobre” ou “muito pobre”. Um paciente a avaliou como “razoável”, sendo que nenhum afirmou que sua adesão era “boa” ou “muito boa”. Como motivos da não adesão à suplementação, três relataram que era devido “à enjoa dos suplementos prescritos”, dois mencionaram o “esquecimento” e um paciente referiu a “falta de recursos” para adquirir os suplementos (Tabela 6). A avaliação da adesão à suplementação foi mencionada, por quatro deles, como “muito pobre” e “pobre” e dois descreveram como “razoável”.

Tabela 5

Dados relativos ao reganho de peso na percepção dos pacientes (N=6)

Aspectos		Frequência	Pacientes
Porcentagem de reganho desde a cirurgia	Entre 10 e 20%	2	P4;P5
	Entre 20 e 30%	2	P1;P6
	Entre 30 e 40%	2	P2;P3
Início de reganho após a cirurgia	De 1 até 2 anos	2	P2;P5
	Entre 2 e 3 anos	3	P6;P1;P3
	Entre 4 e 5 anos	1	P4
Motivo de reganho*	Beliscar	5	P1;P2;P3;P4;P6
	Ócio	3	P1;P2;P4
	Não fazer atividade física	2	P2;P3
	Ingestão de álcool	2	P2;P5
	Ansiedade	1	P1
	Problemas familiares	1	P2
	Insônia	1	P6
Preocupação com reganho	Sim	5	P1;P2;P3;P4;P6
	Não	1	P5

Nota: * esse item poderia ter mais de uma resposta de cada participante.

Outro dado que a Tabela 6 revela é a adesão a consultas na fase pós-cirúrgica: dois pacientes nunca frequentaram a clínica após a cirurgia bariátrica, três referiram ida uma vez no ano e um frequentou a clínica entre duas a três vezes ao ano. No que tange à prática de atividade física, cinco pacientes relataram que a realizavam.

Por fim, quanto à percepção de bem-estar, quatro participantes afirmaram que era "muito ruim" ou "ruim", um descreveu como "razoável" e outro como "bom".

4.3.2 Preocupação com reganho e adesão: visão do cuidador.

Os relatos dos cuidadores (C1, C2 e C3) acerca de sua preocupação com o reganho de peso indicaram que, dos três cuidadores, C2 e C3 expressaram que estavam preocupados com o fato. C3 relatou que a preocupação estava relacionada à saúde do familiar:

(...) não quero que ele fique gordo novamente doutora, ele pode morrer por causa dessa gordura. Tenho medo dele voltar a ter todos os problemas de saúde de antes, sabe? Ele tinha pressão alta, diabetes, não dormia. Morro de medo dele morrer, doutora.

Tabela 6

Dados relativos à adesão e ao bem-estar na percepção dos pacientes (N=6)

		Frequência	Pacientes
Prática de atividade física	Sim	1	P5
	Não	5	P1;P2;P3;P4;P6
Adesão à dieta	Muito pobre	2	P2;P6
	Pobre	3	P1;P3;P4
	Razoável	1	P5
	Boa	0	
	Muito Boa	0	
Adesão à suplementação	Muito Pobre	3	P2;P4
	Pobre	1	P1
	Razoável	2	P3;P5;P6
	Boa	0	
	Muito Boa	0	
Motivos da não adesão à suplementação	Enjôo	3	P2;P5
	Esquecimento	2	P3;P4;P6
	Falta de recursos	1	P1
Frequência a consultas na fase pós-cirúrgica por ano	Nunca	2	P5;P6
	1 vez	3	P2;P3;P4
	2 a 3 vezes	1	P1
Percepção de bem-estar	Muito ruim	1	P2
	Ruim	3	P3;P4
	Razoável	1	P1
	Bom	1	P5;P6
	Muito Bom	0	

Outra cuidadora (C2) referiu preocupação com relação à aparência e estética da filha:

“(...) quando ela tá gorda, ela veste as minhas roupas. Ela adora ir ao shopping e agora nem vamos mais. Não quero que ela use roupa de gorda, ela é muito nova pra isso. Essa gordura me preocupa muito e já tô vendo ela usar minhas coisas de novo”.

Ao serem questionados sobre a forma como ajudavam o familiar no seu tratamento, para evitarem o reganho de peso, C2 (que se preocupava com aspectos estéticos da filha), relatou que *“falo para ela que ela só poderá ir ao shopping ou que eu vou dar algo a ela se ela emagrecer”*. Outro cuidador (C1), que referiu não se preocupar com reganho de peso, disse que ajudava a paciente ao *“acompanhá-la nas consultas e em suas caminhadas no parque”*. Por fim, C3 relatou ter dificuldade em falar sobre P3 sobre o reganho de peso *“o meu marido não fala muito. Ele fica bravo quando falo pra ele sobre o reganho de peso dele, diz que não é da minha conta”*.

No que tange ao que poderiam fazer para ajudar o paciente a prevenir o reganho de peso, C1 relatou não saber, C2 mencionou que poderia *“dar mais atenção”* e C3 disse que poderia *“caminhar”*

com o paciente. Por fim, ao realizarem a avaliação da adesão do paciente, C1 e C3 a descreveram como “pobre” e C2 como “muito pobre”.

4.3.3 Avaliação do Suporte Social na Linha de Base.

Tal como previsto, na linha de base, aplicou-se a Escala de Suporte Social aos pacientes do GE e do GC. Os escores de cada participante e os escores médios dos dois grupos podem ser visualizados na Tabela 7.

Observou-se que tanto os participantes do GC quanto os do GE não tinham, na linha de base, ausência e insatisfação acentuada com o suporte social: para o GC o valor médio das respostas de disponibilidade e satisfação com o suporte social (escore total) foi de 2,5 e para o GE foi de 2,3. A análise de cada caso mostrou que os escores oscilaram de 1,6 a 2,8 do GE e de 2,0 a 3,3 no GC, sendo possível concluir que, em ambos os grupos, a maioria dos valores ficou abaixo da média (3,0), indicando pouca disponibilidade e algum nível de insatisfação com o apoio social entre os participantes, sendo que apenas um participante (P6) referiu disponibilidade e satisfação com apoio recebido acima do valor médio da escala, com escore 3,3. No que se refere às modalidades de apoio, os escores do suporte emocional, de cinco casos foram maiores que o instrumental, exceto para P5 que teve o mesmo escore para apoio emocional e instrumental.

Tabela 7

Escores da Escala de Suporte Social dos seis pacientes e escores médios dos grupos controle e experimental

Participantes		Suporte social escore total	Suporte instrumental	Suporte emocional
Grupo Experimental	P1	2,5	2,4	2,7
	P2	1,6	1,6	1,7
	P3	2,8	2,4	3,3
	Média (DP)	2,3 (0,49)	2,1 (0,37)	2,5 (0,65)
Grupo Controle	P4	2,0	1,7	2,3
	P5	2,4	2,4	2,4
	P6	3,3	3,0	3,7
	Média (DP)	2,5 (0,54)	2,3 (0,53)	2,8 (0,63)

Ressalta-se que aspectos específicos do apoio instrumental e emocional poderiam ser melhorados para os seis casos. Assim, um participante do GC (P4), por exemplo, apresentou alta frequência de respostas “às vezes” acerca da disponibilidade de suporte ou “nem satisfeito, nem insatisfeito” (n=9). Um participante do GE (P2), assinalou a metade dos itens (cerca de 11) com

valores 2 ou 3 na escala de respostas, ao lado de algumas respostas 4 e 5, indicando percepção de apoio insuficiente e insatisfatório no conjunto, sendo obteve o escore mais baixo entre os participantes. Ela foi a única que apresentou respostas de não ocorrência (nunca), indícios de alguma inadequação do suporte social.

No que se refere ao apoio instrumental especificamente, os valores médios dos escores também ficaram abaixo do ponto médio (3,0), sendo que para o GC foi igual a 2,3 e para GE alcançou 2,1. De acordo com as respostas à escala, dois participantes do GC (P4 e P6) referiram pouca disponibilidade e um nível moderado de satisfação quanto ao apoio instrumental no que se refere aos cuidados com a saúde (item 4: *lembrar a hora de um medicamento, o dia de fazer exames ou acompanhá-la em consultas*). Do GE, os três participantes referiram pouca disponibilidade com o apoio instrumental e uma satisfação moderada com relação às atividades práticas do dia-dia (item 3: *arrumar a casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer outra coisa*).

No que se refere ao apoio emocional, os escores médios referentes à disponibilidade e satisfação com o apoio recebido foram um pouco mais altos, porém não indicando um nível bom de satisfação e disponibilidade: para o GC esse valor foi de 2,8 e para GE de 2,5. Nesse contexto, aspectos do apoio emocional como “fornecimento de informações sobre o problema de saúde”, “sentir-se integrado socialmente” e “ter companhia para atividades de lazer” poderiam ser trabalhados junto ao cuidador de um dos participantes do GC (P4), pois havia percepção de baixa disponibilidade e insatisfação em relação a esses aspectos. Para dois dos participantes do GE (P1 e P3), por exemplo, aspectos emocionais de “fornecimento de informações” e “integração social”, precisavam ser melhorados, principalmente pelo fato de que esse foi o aspecto, relatado pelos dois participantes, de maior inadequação.

4.4 Intervenção

Nesse tópico estão descritos aspectos das intervenções realizadas com os três cuidadores, desde a primeira até a última sessão.

4.4.1 Cuidador 1.

4.4.1.1 Primeira sessão.

C1 é marido de uma paciente bariátrica (P1) que teve ganho de peso. A paciente foi indicada pela equipe médica para participar do programa. O cuidador é autônomo, casado com a paciente há mais de 15 anos e reside com a mesma. Esta o indicou por ser o único familiar com quem convive e tem maior proximidade afetiva, se comparado com outros membros da família. O cuidador demonstrou interesse em participar do estudo, entretanto, referiu inicialmente, dificuldades quanto aos horários que teria que comparecer à clínica, devido ao seu trabalho. A pesquisadora sensibilizou o cuidador sobre a importância da participação e adaptou o horário das intervenções de acordo com a

disponibilidade semanal do participante. Assim, as sessões ocorreram durante o horário de almoço, em dias úteis (sessões 1, 2 e 5) e aos sábados (sessões 3 e 4).

Inicialmente, C1 apresentava uma concepção de suporte social como comportamentos de cunho emocional e instrumental pouco específicos, ilustrados pelos seguintes relatos acerca de que fazia para ajudá-la no momento: *“estar ao lado dela”*; *“mostrar para ela que você a ama e está disposto a ajudá-la”*; *“levar a L (P1) pra passear, é um exemplo, né, doutora?”* e *“estar sempre disponível para essa pessoa quando ela precisar de você”*.

Diante da pergunta sobre o que poderia fazer para fornecer apoio a partir das necessidades atuais do tratamento de sua esposa, apontou: *“Posso ficar mais tempo perto dela. Ligar mais, ficar mais em casa com ela”*; *“acho que poderia ajudá-la mais nas coisas de casa, mover sofá para faxina, lavar louça, roupas”*. As sugestões indicaram possibilidades de fornecimento de apoio relevante que deveria ser reforçado, o primeiro de natureza emocional e o segundo instrumental, mas ainda não direcionados a aspectos específicos do tratamento pós cirurgia bariátrica tendo em vista o reganho de peso. C1 trouxe ainda uma dificuldade, passível de ser trabalhada, relativa a aspectos pessoais de P1, relatada da seguinte forma:

Minha esposa fica muito em casa, ociosa e, eu acho que isso faz com que ela belisque muita besteira e engorde. Ela fica muito tempo sem fazer nada, isso estressa muito ela. Tenho que tentar ver alguma coisa para ela fazer.

Tendo em vista o padrão ocupacional de P1 anterior ao reganho de peso, a busca de atividades profissionais também seria uma meta a ser alcançada. Antes do reganho, era proprietária de uma creche e trabalhava diariamente. Fechou a creche devido a problemas conjugais vivenciados pelo casal durante o período de existência do estabelecimento e, desde então, está em casa ociosa.

Ao final dessa sessão, foi feita a entrega do folheto educativo com a definição de suporte social e solicitada a sua leitura como tarefa de casa. O cuidador se mostrou interessado e motivado para dar continuidade à intervenção, com a próxima sessão marcada para a semana seguinte.

4.4.1.2 Sessão 2.

O cuidador fez a leitura do material disponibilizado como tarefa de casa e foram identificadas atividades práticas que poderiam ser realizadas para aprimorar o apoio à sua esposa, indicando boa compreensão acerca do conceito de apoio social. No entanto, C1 relatou, nessa sessão, tanto facilidades como dificuldades para fornecer suporte social. Com relação ao padrão alimentar, o cuidador mencionou maior dificuldade no desempenho de seu papel de cuidador, fazendo referência aos desafios da adesão da paciente a uma alimentação balanceada. O cuidador enfatizou a ociosidade e os beliscos frequentes da esposa:

Minha esposa fica muito sozinha em casa e tenho certeza que fica beliscando besteira, acho que isso que faz ela engordar. Como nunca estou em casa, fica difícil saber. Ela adora uma bobagem como pão, rosca e biscoito. Ela sempre pede para eu levar para ela e eu, besta,

levo.

No que se refere ao uso de suplementos, C1 exemplificou a conduta indisciplinada da esposa, com o seguinte relato:

Acredito que minha esposa não toma os remédios direitinho, nunca perguntei, e nunca estou em casa para ver, mas ela não sente nada e sempre me diz que os seus exames estão ótimos. Ela nunca pediu para eu comprar esses remédios, e sempre quando ela precisa de alguma coisa ela pede para eu comprar. Nunca me preocupei com isso, doutora. Acho que ela que tem que saber sobre os remédios dela.

Apontou ainda o esquecimento como uma dificuldade a mais diante do objetivo de melhorar a conduta de adesão ao uso de suplementos da paciente: “*Minha esposa e eu somos muito esquecidos. Ela não admite isso. É difícil lidar com esse problema. Ficar no pé dela é chato*”.

Outro tipo de apoio fornecido pelo cuidador à paciente como sendo de menor dificuldade, na sua percepção, se relacionava à adesão à atividade física. O cuidador relatou que sempre caminhava com a esposa no parque e no condomínio onde moram: “*Fazer caminhada ela adora. Fazemos caminhada todos os dias religiosamente doutora. Adoramos!*”.

Os seguintes relatos ilustraram aspectos relativos ao controle do estresse, outra meta importante da intervenção, dependendo do caso:

Minha esposa é muito ansiosa, tudo tem que acontecer no tempo previsto por ela. Além disso, ela fica em casa o dia todo e a cabeça dela fica inventando coisas, sabe? Principalmente depois do acontecido anos atrás (fato será relatado pelo cuidador adiante). Acho que ela fica nervosa e vai comer”.

Referiu ainda: “*Minha mulher fica chateada com a ociosidade dela. Quando fica assim, tenho a impressão que come bobagem. Percebo que ela fica triste quando come errado*”.

Diante desse cenário, foi realizada a intervenção psicoeducativa sobre a técnica de cirurgia bariátrica (Bypass em Y de Roux) com um vídeo de animação, assim como os padrões comportamentais exigidos pelo procedimento e os principais motivos de ganho de peso apontados na literatura, fazendo relação com o padrão comportamental da esposa obtido na linha de base. Em seguida, foram definidas, junto ao C1, as condutas prioritárias de cuidados em relação às dificuldades específicas da paciente em aspectos de seu tratamento: (1) verificar adesão à suplementação: olhar/supervisionar se comprou e ingeriu os suplementos diariamente, telefonar para perguntar se tomou os suplementos; (2) verificar alimentação: supervisionar as compras de alimentos realizadas; reforçar o consumo de dietas adequadas; não comprar alimentos que podem contribuir para o ganho de peso (doces, roscas, pães, líquidos calóricos), após pactuar com P1 essa decisão; (3) manter padrão de atividade física; e (4) auxiliar no controle do estresse: incentivar a realização de atividades de distração e a busca de atividades voluntárias e/ou ocupacionais.

Em seguida, a pesquisadora instruiu e sensibilizou o cuidador para a tarefa de autorregistro e monitoramento das atividades acordadas, explicando seus objetivos e instruindo sobre o modelo de

preenchimento, inicialmente em relação a situações fictícias. Depois, a ficha foi preenchida com as condutas que o cuidador deveria realizar, à guisa de exemplo. Foi ressaltada a importância da adesão a essa tarefa como forma de auto-observação e como base para propiciar a modificação de comportamentos de apoio para dificuldades apresentadas pela paciente. O cuidador mostrou-se interessado na realização da tarefa e demonstrou compreensão quanto à maneira de realizá-la.

4.4.1.3 Sessões 3, 4 e 5.

Nessas sessões os objetivos foram o manejo de dificuldades encontradas, treino do cuidador na aplicação de reforço diferencial e em solução de problemas, tendo por base as condutas definidas para C1. A Figura 2 apresenta, durante um período de três semanas (21 dias), os registros de C1 quanto ao fornecimento de apoio em relação às categorias alimentação, uso de suplementação, atividade física e controle de estresse. Como exemplo, suplementação 1 se refere aos resultados do autorregistro de C1 na terceira sessão, suplementação 2 indica a frequência de registros na quarta sessão e suplementação 3 na quinta sessão.

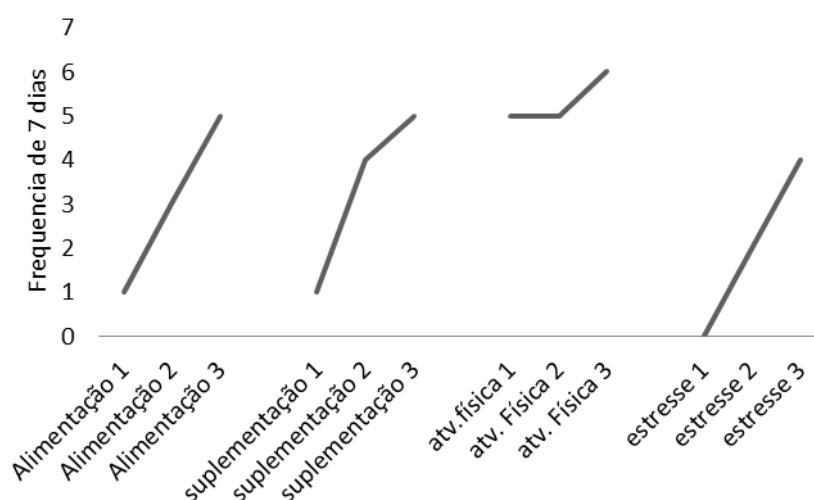


Figura 2. Respostas de apoio social de C1 nas categorias alimentação, suplementação, atividade física e controle do estresse a P1, em um período de três semanas, medido pelo registro de automonitoramento.

No que se refere à alimentação, percebeu-se um aumento de um para cinco registros de fornecimento de apoio social entre a quarta e a quinta sessão. A não realização da conduta inicialmente, foi justificada pelo cuidador como esquecimento, ilustrado pelo seguinte relato: *“Ichiii, acho que não perguntei sobre o que ela comeu (risos). Briga comigo não, doutora....comprei doce pra ela ontem, doutora, é muito difícil eu conseguir dizer não, já acho que ela come tão pouquinho”*.

Assim, a intervenção consistiu na aplicação de técnicas que facilitassem a adesão à alimentação saudável e que tornassem a paciente mais independente para aderir a esse padrão, como, por exemplo: fazer, junto com a esposa, a lista de compras, afixar lista em local visível (na geladeira,

por exemplo), reforçar diferencialmente os comportamentos alimentares adequados (comidas sem sal, sem gordura, sem doces) e não reforçar (não comprar) excessos ou alimentação inadequada. Buscou-se, assim, a aquisição de comportamentos explícitos para o cuidador com metas factíveis.

Quanto à adesão a suplementação, houve um aumento de um para cinco registros de fornecimento de apoio a P1. O não desempenho dessa conduta, inicialmente, pelo cuidador, foi justificado pelo esquecimento dele próprio, exemplificado no seguinte relato:

Como passo o dia todo fora de casa doutora, nem me lebro de perguntar isso pra ela, Meu dia é muito corrido, sabe? Faço mudanças o dia todo e é muita trabalhadeira. Às vezes pergunto quando chego em casa, mas a maioria das vezes, chego tão cansado, que esqueço.

Nesse caso, a pesquisadora interveio com o objetivo de desenvolver estratégias para redução do esquecimento do cuidador e aumentar a ocorrência do apoio visando disponibilizar reforço diferencial a comportamentos compatíveis com as necessidades de P1. São exemplos de tais comportamentos: programar um horário para ligar diariamente (usando o despertador do celular), sensibilizar outros membros da família a participar da verificação, bem como outras formas de reforço dos comportamentos adequados da adesão medicamentosa de P1.

Com relação à atividade física, tanto P1 quanto o cuidador já possuíam o hábito de praticar atividade física três vezes por semana, de forma conjunta e, desde a participação no programa, passaram a fazer caminhadas, também, nos finais de semana como atividade de lazer e de autocuidado: *“cada final de semana combinamos de ir a um parque diferente. Fazemos caminhada bem leve e tomamos água de coco. Muito bom! Ela adorou a ideia”*. Observou-se que as caminhadas constituíram em momentos de maior aproximação do casal. Quanto ao controle do estresse de P1, houve um aumento de respostas de apoio nessa categoria de zero para quatro emissões. Nesse caso, o cuidador atribuía o aparecimento de reações de estresse à ociosidade devido ao abandono das atividades laborais:

Minha mulher sempre trabalhou muito, era dona de uma creche e adorava. Tivemos problemas no casamento, eu a traí com uma das professoras da creche, e ela resolveu largar tudo. Ela disse que não queria mais trabalhar com uma coisa que a fez tão mal. Tentei montar outra coisa pra ela, mas ela não quer. Ela gosta é de crianças. Você precisa ver como ela fica mais calma quando tem alguma coisa pra fazer durante o dia. Mas, por outro lado, quando está em casa, fica nervosa, criando coisa na cabeça e vai comer bobagem. Ela me liga toda hora pra saber onde estou e para pedir alguma coisa.

A intervenção com C1 após a terceira sessão, consistiu em elaborar estratégias de solução de problemas a fim de ajudar P1 a enfrentar de forma adequada a ociosidade. Foram levantadas as seguintes possibilidades: incentivar P1 a realizar atividades prazerosas que propiciassem sua inserção social (ex: reunião de grupo de pacientes bariátricos, grupos na igreja que frequentam, atividades de artesanato, de trabalho voluntário etc), reforçar diferencialmente quando ela ocupasse o seu dia, levá-la para passear, participar junto com ela de algumas das atividades, demonstrar interesse pela

atividade realizada pela esposa, e elogiar seu comportamento de realização de atividades.

No geral, a análise dos registros de automonitoramento mostrou que em todas as categorias comportamentais, houve um aumento na frequência de fornecer apoio, tal como planejado. Após a verificação dos registros de automonitoramento na quinta sessão, foi feito um levantamento com o cuidador para *feedback* acerca do trabalho realizado. Durante essa sessão, C1 relatou satisfação com a intervenção e referiu mais facilidade em fornecer apoio social compatível as necessidades de adesão ao tratamento de P1, tal como ilustram as seguintes verbalizações:

Acho que foi muito bom o programa. Aprendi a lidar melhor com o quadro da minha esposa. Antes achava que ela não precisava de mim, mas agora sei que precisa, e que posso ajudá-la a viver melhor. Eu só acho que deveria ter sido feito antes, durante o pré-operatório dela com todos os membros da família. Queria que meus irmãos e que as irmãs participassem do programa, porque eu não sou o único que convive com ela. Meus irmãos sempre estão com ela também. Às vezes eles não entendem que ela precisa de cuidados, principalmente porque ela está bem mais magra do que era e ela não sente e nem reclama de nada.

4.4.2 Cuidador 2.

4.4.2.1 Primeira sessão.

P2 contactou a pesquisadora por email identificado na rede social Facebook, interessada em participar do estudo. A cuidadora 2, indicada por P2, era a sua mãe. A cuidadora é funcionária pública e reside com a paciente, o esposo e o pai. A cuidadora, em todos os momentos da pesquisa, mostrou-se receptiva e disposta a participar das etapas do estudo, apresentando-se comunicativa e interessada. Formou vínculo com a pesquisadora mostrando comprometimento com a tarefa de autorregistro prescrita.

A cuidadora, ao ser questionada sobre quais comportamentos poderiam ser emitidos, compatíveis com as necessidades atuais do tratamento da filha, referiu aspectos emocionais, tal como exemplificado na fala:

Acho que devo ficar mais perto dela, ser mais carinhosa. Eu brigo muito com ela doutora, não gosto de vê-la gorda de novo! Ela já sofreu demais por ser gorda. Sofria bullying na escola, as primas gozavam dela, era um horror.

Verbalizou também:

Não sei doutora, eu não faço a comida dela, como trabalho, ela come na rua ou na casa da minha mãe. Não quer ir mais lá na minha mãe pois diz a que a mesma fica falando que ela está gorda. Ela só gosta de ficar com os amigos dela e aí, ela bebe, doutora. Será que devo prender ela em casa? Esconder as comidas, é isso?

Tais relatos indicaram a necessidade de aprimorar condutas de apoio instrumental e modificar o apoio afetivo-emocional que parecia conter elementos aversivos e punitivos. Ademais, seus relatos indicavam que tinha dúvidas e estava insegura acerca do que fazer para ajudar a filha em

seu processo de mudança. Os relatos de C2 indicaram, ainda, a ocorrência de um padrão ansioso diante da situação de reganho de peso de P2 que poderia afetar de forma negativa a relação mãe-filha.

Ao final da sessão, foi entregue o folheto informativo, feita a leitura do mesmo juntamente com a cuidadora e solicitada sua releitura em casa. Diante dessa tarefa, a cuidadora solicitou mais dois panfletos: um para entregar ao marido e outro para a mãe dela, avó de P2. A pesquisadora entregou os folhetos à cuidadora e elogiou sua intenção no sentido de ampliar essas informações sobre apoio social a outros integrantes da família que conviviam com a paciente.

4.4.2.2 Sessão 2.

Inicialmente, C2 definiu suporte social, exemplificando com ações de natureza emocional e instrumental, especificando algumas formas de apoio tais como: *“Levar a pessoa que precisa ao médico, cuidar dessa pessoa. Brigar com a pessoa doente para não fazer coisas erradas”*.

A cuidadora realizou a tarefa de leitura do panfleto informativo e mostrou compreensão com relação às informações apresentadas. Ao ser questionada sobre as facilidades e dificuldades quanto a disponibilizar apoio à filha, C2 relatou desafios na administração dos suplementos e na adesão a atividade física, exemplificado com as seguintes verbalizações:

Minha filha simplesmente abandonou o tratamento. Não toma mais nenhum suplemento. Ela disse que como não está fazendo atividade física, não precisa usar suplementos, isso é verdade, doutora? Ela disse que se tomasse sem malhar, iria engordar. Acreditei nela. Eu tirei ela da academia porque vi que estava pagando à toa.. Ela falta mais do que vai, só quer saber de farra. Fica cansada nos outros dias e não vai à academia. Não achei meu dinheiro no lixo, né doutora?

No que tange à alimentação, referiu a presença de algumas contingências que poderiam constituir risco para alimentação não compatível às necessidades da cirurgia bariátrica:

Tem dias em que ela sai para a casa dos seus amigos ou vai comer na rua, lá eu não sei o que ela come. Ela diz que come pouco lá também, mas às vezes eu duvido. A M (paciente) adora uma besteira. Quando ela chega de madrugada da farra, ela faz miojo, ou come danoninho ou arroz com ovo. Ela não dorme bem e passa a noite toda comendo, fora a bebida que ingere nas festas, que eu sei.

Quanto às facilidades nesse aspecto relatou que *“em geral, vejo que ela come em pouca quantidade, e gosta de comer tudo: frutas, verduras, integrais, leite, carnes e não é compulsiva como antes”*.

As dificuldades em fornecer suporte social a P2 se relacionavam também, à categoria controle de estresse. Diante desse quadro, a cuidadora apontou a ociosidade e as brigas frequentes em casa com a filha como principal motivo de estresse:

Ela era super ativa assim que começou a emagrecer. Estava na faculdade, tinha

namoradinhos, malhava, tinha planos. Mas agora nas férias, passa o dia sem fazer nada e fica comendo. A farra, a falta de trabalho e de atividade eu acho que é o maior problema dela. Fica nervosa, briga comigo e com o pai o tempo todo. Só quer saber de rua e de bebida com os amigos. Só não largou a faculdade, doutora, porque é lá que estão os amigos da farra. Diz que prefere os amigos do que ficar em casa.

Após apresentação do vídeo e da intervenção psicoeducativa, foram pactuadas as condutas prioritárias de C2 em relação às dificuldades da paciente, tais como: (1) comprar e verificar o uso da suplementação para a paciente e sensibilizá-la sobre a importância do uso contínuo da mesma: perguntar sobre ingestão de suplementos e se há necessidade de comprar quando perceber que está acabando; (2) participar da alimentação da paciente: observar se ingeriu alimentos adequados e reforçar essas condutas, verificar dieta prescrita à paciente, ter em casa alimentos compatíveis com a dieta prescrita, não comprar alimentos que possam contribuir para o ganho da paciente (doces, pães, por exemplo), incentivar consumo de alimentos adequados, reforçar essa conduta por meio de elogios, roupas novas, carinhos, atenção; (3) verificar e apoiar a prática de atividade física: incentivar a prática de atividade física, negociar com a paciente a volta para a academia com uso de reforçamento positivo; (4) controle do estresse: propor e incentivar realização de atividades rotineiras, distrativas e prazerosas em família, para diminuir a ociosidade de P2 e melhorar a comunicação com a paciente.

Foi feita a sensibilização e o treino de registro da ficha de automonitoramento à cuidadora que mostrou interesse e compreensão diante das informações apresentadas.

4.4.2.3 Sessões 3, 4 e 5.

As informações da Figura 3 revelam que, no geral, houve melhora no fornecimento de apoio social da terceira sessão para a quinta sessão. Houve aumento na frequência em todas as categorias, exceto no que concerne à atividade física. Esse fato foi atribuído pela cuidadora, dentre outros aspectos, à virose contraída por P2 no período da coleta de dados.

Especificamente, em relação à alimentação, houve uma melhora de nenhum apoio social fornecido, para quatro apoios fornecidos na quinta sessão. Segundo C2, isso se deveu à melhor comunicação entre a paciente e ela:

Depois que M veio aqui doutora, ela me questionou sobre a nossa conversa. Expliquei que queria ajudá-la e que estava percebendo a sua infelicidade por estar engordando novamente. Nesse mesmo dia, eu a chamei para ir ao supermercado e compramos alimentos super saudáveis: frutas, verduras, integrais, peixe, frango. Acho que isso vai ser bom para a casa, estou gordinha também e meu pai é diabético. Outra coisa que aconteceu, é que passei a cozinhar e deixar comida em casa, pelo menos 3 vezes por semana. Faço o arroz e a carne sem gordura e dá para dois dias. M tem almoçado em casa e voltou para a minha mãe, lá é tudo bem saudável.

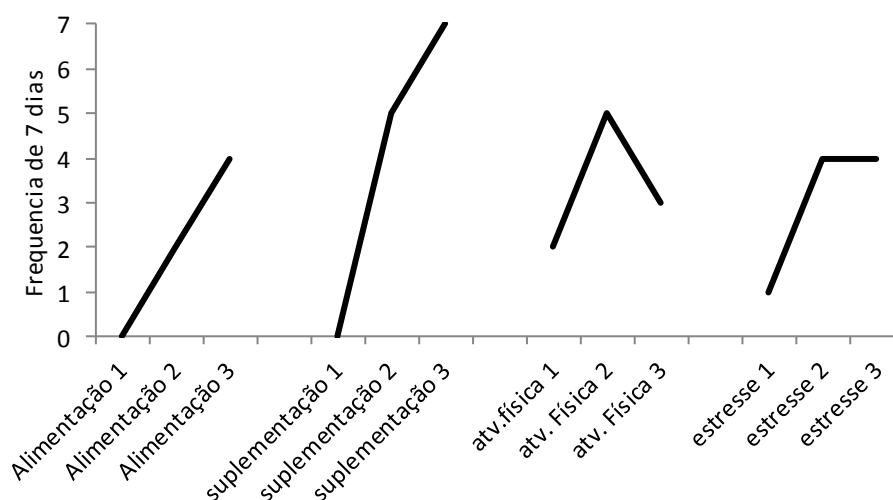


Figura 3. Respostas de apoio social de C2 nas categorias alimentação, suplementação, atividade física e controle do estresse a P2, em um período de três semanas, medido pelo registro de automonitoramento.

Outro comportamento em relação ao qual se observou aumento significativo da frequência (de zero para sete ocorrências) foi a adesão à suplementação. Inicialmente, C2 não se preocupava com esse comportamento de P2, não sabia acerca de sua importância. A intervenção focalizou na psicoeducação e em formas de fornecimento de apoio. Depois das orientações, houve uma maior participação de C2 e, conseqüentemente, um aumento na adesão de P2, tal como relatou:

Expliquei para M sobre a importância de se usar os suplementos e disse a ela que iríamos comprá-los. Negocieei com ela, disse que se usasse os suplementos pagaria a academia que tanto quer frequentar, uma bem mais cara. Ela topou na hora (risos). Todos os dias deixo a proteína pronta antes de ir trabalhar com os comprimidos do lado. Acho que ela toma, diz que toma, mas fiz minha parte.

Com relação ao controle de estresse, houve aumento da terceira para a quarta sessão de um para quatro respostas de apoio e a mesma se manteve na quinta sessão. Esse comportamento foi visto, por C2, como o mais prejudicial e com maior número de verbalizações e queixas da cuidadora. Ela expressou a esse respeito:

As brigas lá em casa com M. são constantes. Fico muito estressada quando ela sai com os amigos e volta de madrugada, doutora. Brigo muito com ela, e ela é super grosseira comigo. Além disso, brigo com ela por causa da gordura. Ela tá muito desleixada, sem vaidade nenhuma, não sei mais o que fazer. Outra coisa é quando está em casa, só que comer bobagem. A rotina dela é praticamente ficar em casa o dia todo vendo TV e sair com os amigos pra beber ou comer à noite. Ela bebe todos os finais de semana.

Diante dessa situação, a intervenção focalizou formas de fornecer suporte a fim de reduzir o

nível de estresse de P2. Tais procedimentos consistiram em estimular a paciente a fazer atividades cotidianas como pagar contas de casa, fazer a salada do almoço, levar o avô para a hemodiálise, consertar alguma coisa da casa, fazer compras (frutas, verduras) semanais, comprar pão, sendo necessário, reforçar, positivamente quando aderisse a tais atividades e aplicar técnica de extinção a eventuais comportamentos agressivos (verbais) da paciente. Com relação às saídas, foi pactuada que poderia negociar horários e aplicar reforço (social e material) no caso de cumprimento das regras, conversar com a paciente sobre o abuso de bebidas alcoólicas e sua relação com a cirurgia (risco de deficiência vitamínica e reganho de peso), bem como reforçar comportamentos não compatíveis com o uso abusivo de bebidas alcoólicas. Um relato exemplifica a melhora entre as três fases da intervenção:

Se ocupou muito com a responsabilidade de levar o avô à hemodiálise. Passei a pagar 50 reais por semana a ela para levar o avô. Foi ótima idéia. As frutas e verduras ela não compra não, doutora. Mas se inscreveu no CCAA para estágio e levou o currículo e duas empresas. Reforcei ela levando ao shopping. Assim que voltou à academia, parou de beber. Saiu com as amigas para uma festa, mas chegou cedo e vi que não bebeu. Elogiei muito doutora, muito mesmo. Depois teve uma festa na casa da tia e ela bebeu que só. Não briguei muito porque estava na casa da tia dela, mas conversei no outro dia. Tem que ser aos poucos, né? Ela passou a ir para a academia quase que todos os dias, ela me buscava no trabalho e ia direto. Mas nessa última semana, eu tive que ficar no trabalho até mais tarde alguns dias e nem me preocupei em saber se ela estava frequentando ou não.

Na última sessão, ao ser questionada sobre sua opinião a respeito da intervenção, C2 referiu melhora significativa no relacionamento com P2, exemplificado no seguinte relato: *"Eu e M estamos mais calmas. Vi que ela está empenhada e eu passei a ver mais coisas boas nela. Brigamos menos esses dias"*. Entretanto, enfatizou o caráter tardio em que o programa ocorreu, sugerindo que o mesmo deveria ter sido desenvolvido durante o período pré-operatório da paciente:

Se esse programa tivesse sido feito quando a M estivesse no pré, acho que eu estaria cuidando dela melhor. Só uma sessão com a família no pré é muito pouco, doutora. Precisamos ser informados sobre as reais necessidades deles que vão operar.

4.4.3 Cuidador 3.

4.4.3.1 Sessão .

A cuidadora (C3) é esposa do paciente P3, selecionado pela pesquisadora para participar da pesquisa. A cuidadora é dona de casa e reside com P3 e os três filhos do casal de 14, 11 e 5 anos. C3 apresentou-se receptiva, comunicativa e colaborativa em todos os momentos do estudo.

O suporte social inicialmente foi definido como sendo principalmente emocional: *"Escutar as reclamações da pessoa que precisa de você. Ficar do lado da pessoa que está precisando de você"*. Quanto a aspectos instrumentais, verbalizou: *"Sempre acompanhar o doente para o médico e*

lembrá-la de comprar os remédios”; *“Ficar junto com a pessoa doente quando estiver internada”*. Nesse último exemplo, essa modalidade de apoio social era pouco relevante naquele momento, já que P3 não estava internado.

Ao ser questionada sobre os comportamentos de apoio a P3, que poderia realizar, a cuidadora referiu aspectos emocionais: *“Escutar mais as reclamações dele, às vezes não tenho paciência doutora, ele fica nervoso demais comigo. Procurar saber mais sobre os problemas dele. Acho que assim vou entender o que ele passa”*. Assinalou, também, aspectos instrumentais do apoio:

Fazer as comidas dele, ele reclama da minha comida, diz que é muito gordurosa; não comprar bolo e doces para os nossos filhos, porque ele acaba comendo também. Tenho que aprender a cozinhar coisas mais saudáveis. Mas com três meninos em casa, fica complicado, tenho que encher a barriga deles: é pão, bolo, biscoito e J acaba comendo também.

Ao final da sessão, foi entregue o panfleto informativo, feita a leitura do mesmo junto com a cuidadora, além de solicitada a releitura em casa. C3 mostrou disponibilidade e aceitação em realizar as tarefas.

4.4.3.2 Sessão 2.

A tarefa de casa foi realizada de forma adequada, indicando a disponibilidade de C3 quanto a participar da intervenção. Ao ser questionada sobre facilidades e dificuldades em fornecer suporte social a P3, a cuidadora relatou muitas barreiras e poucas facilidades, principalmente quanto ao comportamento alimentar, adesão a atividades físicas e controle de estresse. Por outro lado, C3 referiu pouca dificuldade no uso adequado da suplementação por parte de P3: *“Vejo ele tomando os seus remédios todos os dias, principalmente o centrum e a o shake de proteína, graças a Deus eu não tenho que me preocupar com isso, ele vai na loja comprar seus remédios, faz tudo sozinho, doutora”*.

A dificuldade em apoiar o paciente a aderir a uma alimentação saudável, segundo a cuidadora, relacionava-se com a dificuldade do paciente de se engajar em hábitos alimentares diversificados:

Reclama demais das minhas comidas, diz que não tem sabor e que é gordurosa demais, só que a gordura vem da carne, eu coloco só uma colher de óleo. Ele não come nem verdura e nem frutas, não gosta de nada, só de laranja. Ele gosta mesmo é de comer a comida dos meninos. Tudo que compro para os nossos filhos ele come também.

Segundo C3, exercícios físicos nunca fizeram parte da rotina da família, o que dificultava o fornecimento de apoio nessa categoria:

Ele não faz exercícios regulares porque diz que sente dores no pé e nos joelhos (...), eu também não faço nada doutora, sou preguiçosa demais, tô ficando até gorda. Ele fez exercícios só no primeiro ano depois da cirurgia. Fazia caminhada todos os dias. Depois

que atingiu sua meta, foi parando aos poucos e já tem uns quatro anos que não faz nada. Ele trabalha muito também, doutora, não tem tempo.

A maior dificuldade de fornecimento de apoio a P3, segundo a cuidadora, se referia ao controle de estresse e engajamento em atividades de lazer. C3 realçava a dificuldade de comunicação entre ela e o marido, acerca do reganho de peso e de outros temas em geral, responsabilizando esse fator pelo apoio pouco adequado:

Ele parece que está sempre emburrado, principalmente quando vê que uma roupa está apertada para ir ao trabalho, ou que está cansado demais por causa da gordura ou quando não tem nada pra fazer. Outra coisa que deixa ele nervoso é a falta de dinheiro, sempre falta dinheiro (...) tento conversar com ele, mas ele briga comigo, me xinga, grita, é chato, assim fica difícil, né?.

Foram identificadas as condutas prioritárias de C3 em relação às dificuldades do paciente: (1) reforçar o uso de suplementos visando a manutenção desse comportamento: olhar os suplementos na “caixa de remédios” e reforçar o uso correto dos mesmos; (2) verificar alimentação: cozinhar com pouca gordura e pouco sal, aumentar disponibilidade de frutas e verduras em casa e reduzir a de doces, biscoitos etc, diminuir alimentos que possam contribuir para o reganho de peso do paciente e que vão fazer bem para saúde de todos da casa, incentivar ingestão desses alimentos saudáveis (frutas, verduras e legumes); (3) verificar atividade física: incentivar realização de caminhada diária e fazer caminhadas junto com P3 com duração de 10-15 minutos diários inicialmente, aumentando o tempo semanalmente; incentivar o aumento de prática de atividade física na rotina diária da família e incentivar a participação dos filhos em tais atividades, em especial do mais velho; (4) controle do estresse: propor e incentivar realização de atividades de lazer, distrativas e prazerosas, buscar informações sobre a cirurgia feita pelo paciente e os cuidados necessários, reforçar comunicação adequada de P2.

Procedeu-se à sensibilização e ao treino para registro na ficha de automonitoramento com a cuidadora que mostrou dificuldade de entendimento da tarefa inicialmente, entretanto, após exposição a algumas situações fictícias, mostrou compreensão da atividade prescrita.

4.4.3.3 Sessões 3, 4 e 5.

A Figura 4 revela, segundo os registros de C3, que houve aumento significativo no fornecimento de apoio em todas as categorias comportamentais. Assim, o número de registros por parte de C3 aumentou ou se manteve nas três sessões de intervenção.

No que se refere ao comportamento alimentar, C3 relatou que a dificuldade em verificar a alimentação decorria do fato de que, em alguns dias da semana, P3 passava grande parte do tempo fora de casa, tal como ilustra o relato:

Ele comeu na rua, então nem sei o que ele comeu. Só sei que à noite, ele comeu pão, e eu sei que ele não pode comer pão de noite. Falei pra ele, mas ele disse que uma vezinha não faz mal.

Nesse caso, a intervenção consistiu em reforçar diferencialmente os comportamentos alimentares adequados, sensibilizar o paciente para comer em casa e sempre disponibilizar alimentos adequados a serem ingeridos.

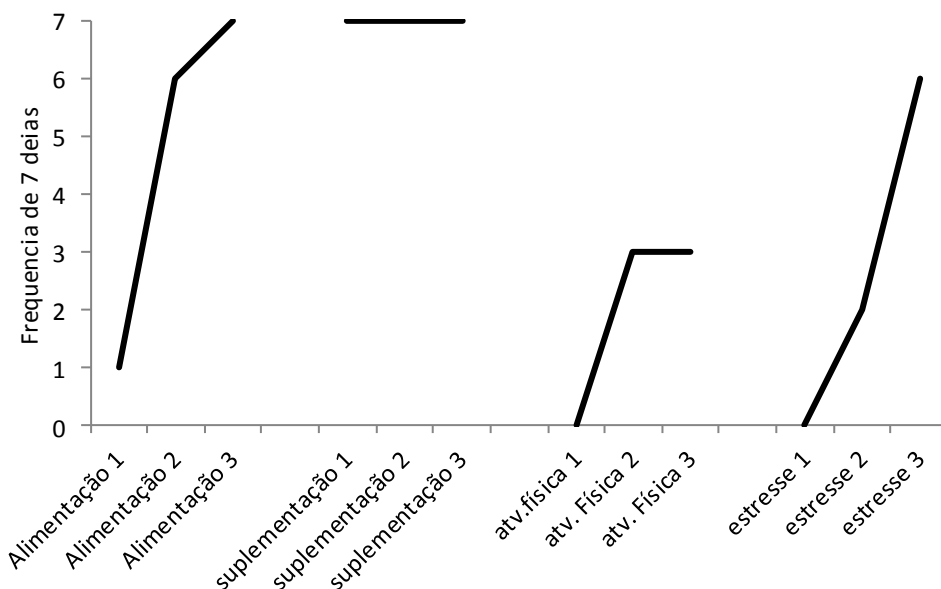


Figura 4. Respostas de apoio social de C3 nas categorias alimentação, suplementação, atividade física e controle do estresse a P3, em um período de três semanas medido pelo registro de automonitoramento.

Após a intervenção, C3 passou a fazer receitas com menor teor energético e comprar alimentos mais saudáveis, compatíveis com as necessidades do paciente e da família:

Lá em casa agora só entra pão integral, peito de frango, filé, peixe, frutas, verduras, iogurte. Passei a comprar tudo saudável e conversei com meus filhos. Eles estão adorando. Fiz um bolo pequeno como a senhora sugeriu e só deu um pedaço pra cada um (risos)! Como a doutora falou, o que os olhos não vê o coração não sente. Minha parte eu faço!

A verificação do uso da suplementação sempre foi adequado, mantendo-se em sete vezes por semana o número em que supervisionou esse comportamento, conduta já bem estabelecida em P3: “Com a tal da suplementação ele é chato doutora, adora aquele trem, aquela vitamina, sei lá. Não deixa de tomar nada nenhum dia, morre de medo de ter um piripaque”. Nesse contexto, a intervenção consistiu em reforçar diferencialmente comportamentos adequados a fim de manter o repertório já instalado. As seguintes estratégias também foram adotadas: envolver os filhos nessa tarefa e orientá-los sobre a importância da adesão medicamentosa para a saúde do pai; sensibilizá-los

para perguntar ao pai, de forma adequada, sobre adesão, principalmente nos dias em que a cuidadora não estivesse em casa e levantar estratégias para verificação da medicação durante o fim de semana.

Quanto à atividade física, o fornecimento de apoio passou a ocorrer em três dias da semana em que houve engajamento em tal atividade. Nesse caso, a intervenção com C3 focalizou a sensibilização para a realização da atividade física com o paciente, de forma gradual, enfatizando os benefícios da mesma para a saúde e bem-estar do casal. Nesse caso, a cuidadora apontou como justificativa para o não engajamento a caminhadas diárias, o calor e o cansaço referido por P3 com ilustra a fala: *“Tá muito calor durante o dia, doutora, e à noite fica perigoso andar aqui onde moro. Ele reclama que está com dores toda vez que estamos caminhando, fico com medo dele ter um troço no meio de rua”*. Por outro lado, a paciente referiu bem-estar e satisfação nos dias em que foi realizada a caminhada, como exemplifica o seguinte relato:

Ele dorme à noite toda quando caminhamos, fica mais disposto e tranquilo, impressionante como faz bem a ele. No dia em que caminhamos uns 30 minutos, ele contou para a família toda, parecia um menino que ganhou um jogo de futebol.

O estresse de P3 teve alguma redução após a intervenção da pesquisadora com C3. Nesse caso, foram abordadas questões de comunicação adequada entre os familiares, técnicas de distração (conversas sobre assuntos não relacionados à obesidade, jardinagem, engajamento em brincadeiras familiares e atividades de lazer) e reforçamento diferencial de reações emocionais adequadas. Assim, houve aumento do número de respostas de apoio, de zero para duas vezes por semana, sendo que na quinta sessão houve o relato de seis vezes em que emitiu comportamentos de apoio para o controle do estresse de P3 na semana. Vale ressaltar que o engajamento em atividades de lazer teve sua frequência aumentada da quarta para a quinta sessão e auxiliaram o controle do estresse do paciente, como ilustra a fala de C3:

Como eu disse, o churrasco funciona bem. Ele fica muito alegre e calmo. Passa o dia preparando e querendo agradar a todos. Ele adora esse amigo que foi lá em casa. Ele passou a cuidar do nosso jardim e ensinar nosso filho mais velho a fazer o mesmo. Pensa em construir uma piscina.

Durante a quinta sessão, como *feedback*, C3 relatou melhora no fornecimento de apoio a P3 e, principalmente, melhora na comunicação com o mesmo. Também enfatizou a importância do programa durante o pré-operatório, como caráter preventivo:

Gostei muito de ter participado desse programa, doutora. A minha relação com P3 melhorou bastante. Acho que se tivesse aprendido tudo que aprendi aqui, quando P3 estava emagrecendo, ele não teria engordado e muitas brigas seriam evitadas. Agora sei o que devo fazer e o que posso fazer para ajudá-lo.

4.5 Comparação do Suporte Social e do Peso na Linha de Base e nos Momento 2 e 3

Logo em seguida ao término (Momento 2) e um mês após a intervenção (Momento 3), os pacientes foram pesados e foi reaplicada a Escala de Suporte Social nos seis casos (GC e GE). A Figura 5 apresenta os resultados referentes aos escores médios da escala na linha de base (LB), no Momento 2 (M2) e no Momento 3 (M3), para os dois grupos.

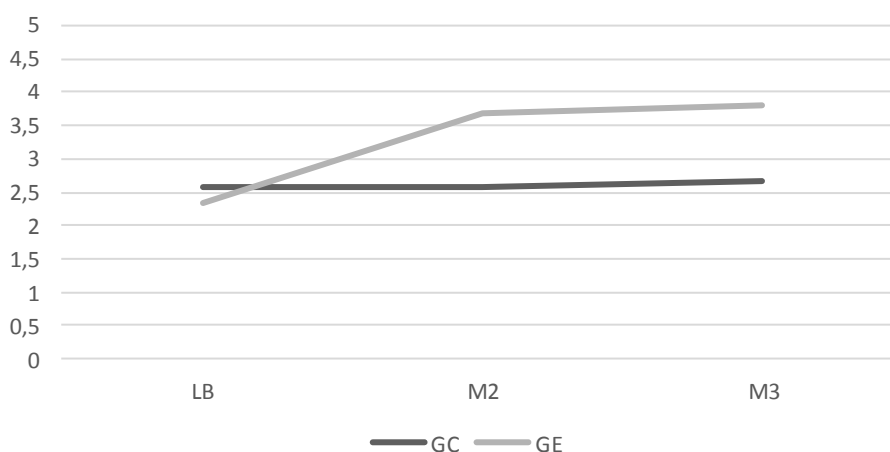


Figura 5. Escores médios da Escala de Suporte Social na Linha de Base, Momento 2 e Momento 3 para o GE e o GC.

De acordo com a Figura 5, os escores totais da escala para o GC mantiveram-se praticamente iguais, na linha de base e no Momento 2 (2,5) e se estabilizaram no Momento três com discreto aumento (2,6). Já no GE, na linha de base, a média dos escores iniciou em 2,3 aumentou para 3,6 no Momento 2 e passou para 3,8, um mês após o procedimento.

O mesmo padrão pode ser observado nas Figuras 6 e 7 no que se refere, especificamente, ao apoio instrumental e emocional, analisados separadamente. Na Figura 6, nota-se que houve pouca alteração nos valores do apoio instrumental da linha de base (2,3) para o momento 2 (2,2) e para o momento três (2,4) no, GC. No GE esse aumento foi maior, passando de 2,13 na linha de base para 3,3 no Momento 2 e 3,4 no Momento 3.

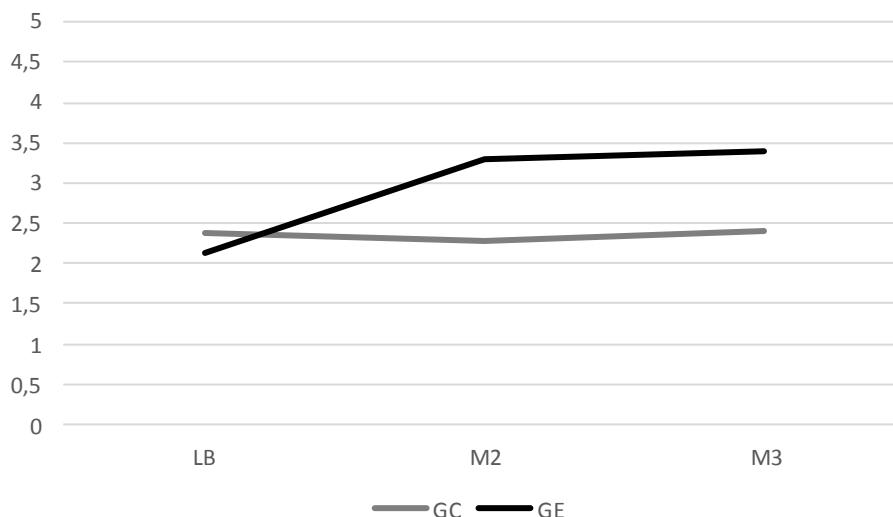


Figura 6. Escores médios do fator apoio social instrumental na linha de base, Momento 2 e Momento 3 para o GE e o GC.

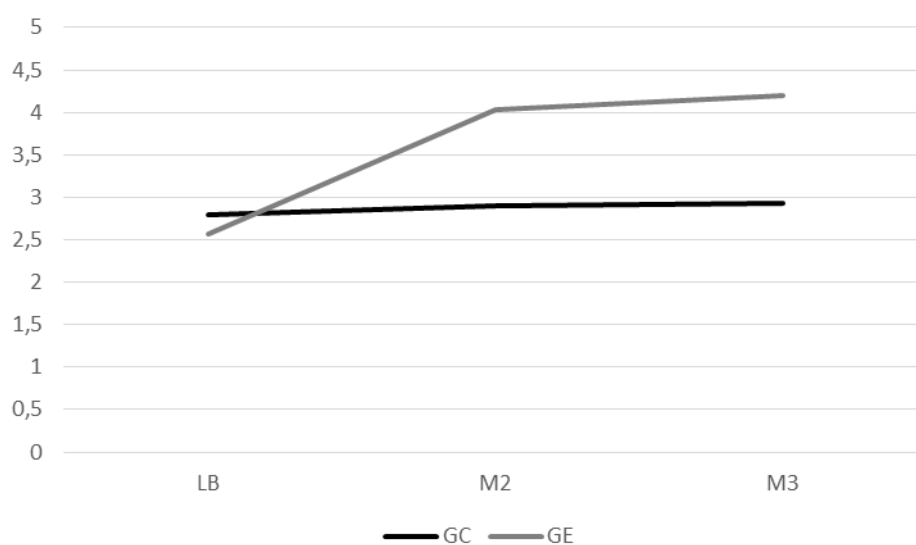


Figura 7. Escores médios do fator apoio social emocional na linha de base, Momento 2 e Momento 3 para o GE e o GC.

No que se refere ao apoio emocional (Figura 7) no GC, a média dos valores de apoio social na linha de base iniciou em 2,8, tendo um ligeiro aumento nos momentos 2 e 3, passando para 2,9. Já no GE esse aumento passou de 2,5 na LB para 4,0 no M2 e 4,3 no M3. Os dados indicam maior disponibilidade e satisfação com o apoio emocional, se comparado ao instrumental.

A Tabela 8 ilustra a diferença entre as médias, os valores do teste t pareado e o nível de significância dos escores da Escala de Suporte Social nos três momentos da pesquisa para os GC e GE. Para o GE, houve diferença estatisticamente significativa entre a linha de base e o M2

($p = 0,008$) e entre a linha de base e um mês após a intervenção (M3) ($p=0,008$), o que demonstra que a intervenção mudou, de forma relevante, os escores médios dessa variável em comparação aos resultados do GC. Para este grupo, não houve diferença estatisticamente significativa nos três momentos pesquisados, conforme dados da Tabela 8.

Tabela 8

Teste t com amostras pareadas dos escores médios da Escala de Suporte Social dos Grupos Experimental e Controle

Grupos	Momentos	Diferença de médias	Desvio-padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Grupo Experimental	LB-M2	-1,32	0,21	-10,96	0,008*
	M2-M3	-0,13	0,30	-0,77	0,523
	LB-M3	-1,45	0,23	-10,96	0,008*
Grupo Controle	LB-M2	0,00	0,22	0,00	1,000
	M2-M3	-0,08	0,28	-0,52	0,652
	LB-M3	-0,08	0,31	-0,47	0,684

* $p \leq 0,05$

Na Tabela 9 podem ser visualizados os dados acerca do apoio social em cada um dos seis casos, mostrando as diferenças de desempenho entre os participantes do GC e do GE. Os participantes do Grupo Controle tiveram melhor desempenho, em geral, durante a linha de base, do que as pessoas do Grupo Experimental. Enquanto isso, na comparação em M2, é notável uma melhoria significativa dos escores para as pessoas do grupo experimental, em relação ao grupo controle. Finalmente, em M3 ocorre o mesmo fenômeno, mostrando que o grupo que sofreu intervenção (GE) teve melhores desempenhos do que aquele grupo, no qual não houve intervenção (GC).

Tabela 9

Médias dos escores totais da Escala de Suporte social nos três momentos: linha de base (LB), Momento 2 (M2) e Momento 3 (M3) (N = 6)

Participantes		Escore	
Grupo Experimental	P1	LB	2,55
		M2	4,10
		M3	3,95
	P2	LB	1,65
		M2	2,90
		M3	3,35
	P3	LB	2,85
		M2	4,00
		M3	4,10
Grupo Controle	P4	LB	2,00
		M2	1,95
		M3	2,35
	P5	LB	2,40
		M2	2,65
		M3	2,55
	P6	LB	3,35
		M2	3,15
		M3	3,10

Os resultados da Tabela 9 indicam um aumento e estabilidade da percepção de disponibilidade e satisfação com o apoio social, nos pacientes do GE. Os relatos de P1 e de P3 ilustram essa afirmativa respectivamente:

Meu marido sempre me traz para o consultório. Meu marido agora quer saber mais sobre o meu tratamento. Compra os meus suplementos e faz as caminhadas comigo todos os dias. Ele me liga todos os dias pra saber o que estou comendo desde que começou a vir aqui (P1).

Minha mulher está sempre preocupada comigo, quer que eu fique bem. Me leva para caminhar quase que diariamente e isso tem me feito muito bem. As comidas aqui de casa estão super saudáveis agora! (P3)

No que se refere ao peso dos pacientes, houve um aumento do peso médio entre os pacientes do GC, iniciando na linha de base com 88,20 kg e no M3 para 89,37 kg. Por outro lado, no GE houve diminuição do peso médio, passando de 96,67 kg, na linha de base, para 93,63 kg no Momento 2 e 92,70 kg no Momento 3. Em termos de pesos individuais, no GC, no peso de P4, houve um aumento de 400g passando de 88,4kg na LB para 89 kg no M3. P5 apresentou um aumento de 100g (LB=88 kg; M3=88,1kg) e P6 ganhou 2kg durante o período de coleta, passando de 88kg na linha de base para 91kg em M3. No GE, P1 reduziu o peso durante o período de coleta, de 84kg na linha de base para 82,2kg em M3. P2, do mesmo grupo, perdeu 4,2kg durante o período investigado (LB= 87kg; M3=82,8kg) e P3 apresentou redução de 5,9kg (LB=119kg; M3=113,1kg).

Por fim, a Tabela 10 revela a comparação da média de peso entre os participantes do GC e do GE. A tabela mostra que houve uma perda de peso para pessoas no GE entre M1 e M3 (- 3,97 kg) enquanto do que para o grupo controle houve aumento de peso no mesmo intervalo (+1,17 kg).

Tabela 10

Teste t pareado dos pesos médios (em kg) dos Grupos Experimental e Controle, na linha de base e Momentos 2 e 3

Grupos	Momento	Diferença entre as médias	Desvio-padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Grupo Experimental	LB-M2	3,03	1,05	5,00	0,04*
	M2-M3	0,93	1,03	1,57	0,26
	LB-M3	3,97	2,06	3,34	0,08
Grupo Controle	LB-M2	0,00	0,62	0,00	1,00
	M2-M3	-1,17	2,19	-0,92	0,45
	LB-M3	-1,17	1,60	-1,27	0,33

* $p \leq 0,05$

A Tabela 10 mostra, ainda, os dados do teste t pareado no que se refere ao peso. Nota-se que no grupo controle (GC) não houve resultados significativos, porém, revela que as médias entre os momentos foi negativa (-1,17), indicando aumento de peso entre os dois momentos (LB-M2 e LB-M3). Já para o grupo experimental, houve um resultado significativo entre a linha de base e o Momento 2 (LB-M2; $p=0,04$) e diferenças de médias positivas nos dois momentos (LB-M2=0,93; LB-M3=3,97), mostrando a redução do peso no segundo momento investigado.

Capítulo 5

Discussão

Os resultados desse estudo são discutidos considerando-se: (a) mudanças ocorridas no fornecimento de suporte social e; (b) contribuições e limitações da pesquisa sobre suporte social em pacientes bariátricos com reganho de peso.

5.1 Mudanças ocorridas no fornecimento de apoio social

Foram estudados seis pacientes com história de reganho de peso pós cirurgia bariátrica, acompanhados em um serviço de atendimento particular multidisciplinar em Brasília. Um aspecto importante do método deveu-se à divisão randômica dos pacientes, ou seja, sendo que três foram para o Grupo Experimental (GE) e três para o Grupo Controle (GC). Cada paciente do GE selecionou um cuidador para participar da intervenção com treino comportamental manejado pela pesquisadora. Ao final do estudo, os participantes do GE relataram modificações importantes no padrão de apoio social recebido em relação aos pacientes do GC. O padrão de apoio do GE passou a ser mais compatível com as necessidades do paciente, além da maior redução do peso observada nos pacientes desse grupo, indo ao encontro dos resultados esperados.

Os relatos dos seis pacientes sobre os motivos e as mudanças cotidianas acarretadas pelo reganho de peso após a cirurgia bariátrica revelaram o impacto negativo desse evento na vida pessoal, conjugal, familiar, no trabalho e lazer desses pacientes. Padrões apontados pela literatura como “beliscar”, “uso de bebida alcoólica” (bebidas calóricas), “ansiedade” e “ociosidade” foram apontados pelos pacientes como motivo de reganho de peso (Heber et al., 2010; Herpertz et al., 2012). Além de acarretar mudanças bruscas, a nova condição de saúde – o reganho de peso – afetou diferentes dimensões da vida. Essas evidências falam a favor do fortalecimento de ações interdisciplinares com esses pacientes na fase pré-cirúrgica e da necessidade de acompanhamento após a cirurgia, dada a complexidade do procedimento e as mudanças no estilo de vida que acarretam (Odom et al., 2010).

Antes da intervenção, os relatos indicaram a presença de insatisfações com a condição de reganho, dificuldades psicológicas, sociais e de adesão ao tratamento dos participantes, além de dificuldades de compreensão das reais necessidades do paciente bariátrico pelos cuidadores. Outro desafio se refere ao fato de que o tratamento para pessoas submetidas à cirurgia bariátrica é uma cadeia de comportamentos interdependentes que precisam ser aprendidos, tanto pelos pacientes quanto por seus cuidadores (Segal & Fandiño, 2002).

No primeiro contato com o cuidadores, os dados da entrevista semiestruturada revelaram que todos tinham algum conhecimento sobre aspectos do apoio social, como a sua importância para a saúde do paciente, bem como de algumas características instrumentais e emocionais desse suporte.

Provavelmente, esse conhecimento havia sido adquirido por meio de experiências, como orientações recebidas durante atendimentos médicos, nutricionais e/ou psicossociais. Havia, no entanto, limitações específicas na compreensão do que poderia ser realizado pelo cuidador, na medida em que destacaram aspectos genéricos da noção de apoio social.

Os resultados obtidos na avaliação, durante a linha de base, para os seis participantes indicaram a presença de lacunas específicas na disponibilidade e/ou satisfação com o apoio social, tanto no componente instrumental como no emocional. Esses dados sobre o repertório de entrada dos cuidadores corroboram os achados de Boutin-Foster (2005) e de Lufti et al., (2006) no sentido de que suporte social disponibilizado, muitas vezes, não se adapta às reais necessidades do paciente, podendo estar inadequado e gerando insatisfação. Assim, além do conhecimento sobre a doença que acomete a pessoa, o cuidador deve estar atento à história individual e à forma como cada paciente convive e se adapta ao seu quadro de saúde.

A intervenção no GE propiciou escuta profissional qualificada às dificuldades apresentadas pelos pacientes, segundo a percepção de seus cuidadores, permitindo identificar práticas que poderiam aumentar a vulnerabilidade dos mesmos. Por outro lado, o levantamento do padrão comportamental inicial do cuidador foi fundamental para identificar as condutas com maior custo da resposta e, assim, estabelecer passos para a intervenção em direção aos comportamentos-alvo. Após terem sido expostos às condições de fornecimento de informações e intervenção comportamental, com base nas dificuldades individuais relatadas e nas necessidades psicossociais dos pacientes, os cuidadores modificaram o padrão de fornecimento de suporte social em quatro categorias comportamentais (hábitos alimentares, uso de suplementação, prática de atividade física e controle de estresse), que são priorizada na prevenção do reganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Heber et al., 2010; Sallet et al., 2007).

Os resultados mostraram mudanças relevantes nos relatos dos cuidadores e nos escores da escala de suporte social respondida pelos pacientes do GE em comparação ao GC. Essas mudanças sugerem que os cuidadores aprenderam a observar as contingências que operavam no comportamento de prover suporte, sendo que a técnica de automonitoramento e o uso de reforçamento diferencial parece ter sido útil e eficaz, tal como observado por outros pesquisadores (Oliveira et al., 2005).

A variabilidade encontrada nos resultados dos cuidadores do GE e as exigências da intervenção confirmam a literatura quanto ao caráter individualizado do suporte social (Boutin-Foster, 2005b; Cohen et al, 2000; Uchino, 2004) De fato, os três cuidadores relataram mudanças em suas condutas de apoio, porém, cada um apresentou especificidades no processo de construção desse repertório no que tange aos comportamentos-alvo. Ressalta-se que todas as categorias comportamentais foram trabalhadas, entretanto, para cada cuidador foram focalizados aspectos específicos, relativos às necessidades dos pacientes, ao longo da intervenção.

Os benefícios com a prática de uma alimentação saudável têm sido amplamente divulgados

pela comunidade científica e pela mídia, entretanto, observa-se que a maioria da população adota padrões alimentares controlados pela cultura e por hábitos familiares (Straub, 2014). Assim, a intervenção objetivou sensibilizar os três cuidadores, principalmente no que concerne à alimentação do paciente bariátrico e aos padrões comportamentais de alimentação que podem contribuir para o ganho de peso, tais como: beliscos frequentes, consumo excessivo de doces, ingestão de líquidos calóricos (como a bebida alcoólica) e mastigação (Heber et al., 2010; Faria et al., 2010). Observou-se que a adesão a um padrão alimentar inadequado, por parte do paciente, ocorria tanto em contextos sociais como em contextos familiares, ou seja, em ambientes onde alimentos “proibidos” estavam disponíveis. Assim, o fornecimento de instruções e o treino em solução de problemas, além do autorregistro, focalizaram o manejo adequado de tais situações. Os resultados apontaram que, após o treino, houve melhora no fornecimento de apoio social para os três cuidadores, sendo que C3 apresentou uma maior dificuldade devido à dificuldade de compreensão sobre o fornecimento de suporte e conseqüentemente adesão, dos outros membros da família, no caso, os filhos.

Nesse estudo houve uma melhora significativa do apoio disponibilizado para a adesão à suplementação. Durante a intervenção, informações foram dadas a respeito da importância do uso correto da suplementação e as conseqüências acarretadas pela não adesão à mesma. Para os três cuidadores, foram fornecidas orientações quanto aos horários de ingestão da suplementação para amenizar o esquecimento, para o uso de reforçamento diferencial e formas de tornar o ambiente favorável ao consumo dos suplementos. Tais resultados apontaram que o uso correto de suplementos ficou sob controle de contingências – tais como ambiente específico, número de suplementos a serem ingeridos, rotina do paciente – que devem ser levadas em consideração e exploradas pelos cuidadores que acompanham os pacientes bariátricos, ao analisarem o seguimento das prescrições médicas e nutricionais pelos pacientes.

No presente estudo, tanto C1 quanto o C2 forneceram apoio adequado no que tange à prática de atividade física (caminhada), visando o aumento da frequência semanal de modo progressivo. Ressalta-se que para C1 a prática de atividades físicas sempre esteve incorporada em sua rotina, mesmo antes do ganho de peso, sendo que após a intervenção o padrão se manteve. A adesão à atividade física regular tem sido apontada pela literatura como um dos comportamentos mais difíceis para o paciente iniciar e manter ao longo da vida (Straub, 2014). Isso ocorre, em parte, por tomar tempo do paciente e exigir mudanças na rotina de vida representando um alto custo para a adesão (Ferreira, 2001). Assim, C3 foi orientado quanto à introdução gradual (aproximações sucessivas) da atividade física na vida de P3 como forma de fornecer apoio, além da participação conjunta para motivá-lo.

Atualmente, sabe-se que o estresse está diretamente relacionado à piora do prognóstico na saúde do indivíduo (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2014; Guimarães, 1999). Assim, o manejo e controle das contingências responsáveis pelo comportamento estressante são fundamentais quando se objetiva o fornecimento de apoio a esses pacientes. Neste estudo, assim como para todas as demais

categorias, foi realizada a intervenção de modo a modificar as contingências responsáveis pelas reações de estresse. Verificou-se que a técnica de solução de problemas, visando a emissão de respostas adaptativas, se mostrou fundamental para o manejo de comportamentos estressantes (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2014). A ociosidade também foi destacada como responsável pelas reações de estresse emocional dos pacientes: o abandono do trabalho e a redução de atividades diárias geraram padrões de beliscar e ansiedade em P1, segundo seu cuidador. Para C2 e C3, problemas na relação entre familiares (C2) e dificuldades financeiras (C3) geraram reações de agressividade e abandono do tratamento. A literatura aponta que o engajamento em atividades de lazer, melhora da comunicação, assim como adesão a atividades físicas, têm mostrado efeitos reforçadores sobre controle do estresse (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2014; Straub, 2014). Os resultados do estudo corroboram a literatura na medida em que, para todos os participantes houve uma melhora no fornecimento de apoio às respostas de estresse. Assim sendo, verificou-se um aumento na frequência de respostas de adesão à atividades de lazer e que ocupavam a rotina cotidiana (C1 e C2) e à prática de atividade física (C2 e C3). Assim, o engajamento em tais atividades parece ter contribuído para diminuição da ociosidade, diversificando as atividades do dia-a-dia dos pacientes e, conseqüentemente, diminuição das respostas de estresse.

Por fim, outro dado que revela efeitos positivos da intervenção foi a perda de peso de três pacientes do GE, identificada nos Momentos 2 e 3, diferentemente dos pacientes do GC. Com a melhora da disponibilidade e da satisfação com o apoio recebido, os pacientes passaram a ter melhor adesão a comportamentos compatíveis com as necessidades da cirurgia bariátrica e de prevenção do reganho de peso, o que, conseqüentemente, levou à perda de peso. Marchesini (2010) afirma que, para se ter sucesso na fase pós operatória a longo prazo, deve haver um compromisso do paciente e de sua família no que tange às recomendações médicas e nutricionais, ou seja, o paciente deve ser ativo no seu tratamento.

O delineamento utilizado nesse estudo permitiu comparar o padrão de fornecimento de apoio social em seis pacientes que foram divididos em dois grupos, controle e experimental sendo que no GE, houve um processo de construção de um repertório de fornecimento de apoio social mais próximo dos comportamentos estabelecidos como meta. Nesse contexto, o procedimento de intervenção (GE) ajudou os cuidadores a adquirir comportamentos compatíveis com as necessidades de apoio social, uma vez que os dados apontaram mudanças no repertório dos mesmos. Ressalta-se que para o GC, também houve uma mudança discreta em escores da escala de apoio social em M2 e M3. Isso pode ter ocorrido pois ao entrar em contato com as contingências relacionadas ao seu reganho de peso, durante as três sessões de coleta de dados com a psicóloga e ler o TCLE, o paciente passou a entrar em contato com fontes de apoio social e, conseqüentemente modificá-las de alguma forma. Outra explicação se deve à deseabilidade social, que deve ser considerada em todos os casos, ou seja, o desejo do paciente em agradar a pesquisadora e responder segundo suas expectativas.

Vale ressaltar que embora a confiabilidade do autorrelato seja presumida (Ferreira, 2001)

com base no fato de que os pacientes também relataram a presença de apoio inadequado, deve-se considerar que, provavelmente, ocorreram omissões nas respostas de insatisfação ou indisponibilidade de apoio.

5.2 Contribuições e limitações da pesquisa

Sabe-se que o suporte social exerce influência na vida e no prognóstico de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Boutin-Foster, 2005; Lufti et al., 2006; Uchino, 2004). Além disso, a literatura aponta que a disponibilidade e satisfação com o suporte recebido tornam-se fundamentais à melhora do quadro clínico e psicológico do paciente (Boutin-Foster, 2005), o que reforça a necessidade da avaliação e acompanhamento dessa variável por profissionais de saúde. Os resultados obtidos com a pesquisa mostraram que a intervenção com cuidadores de pacientes bariátricos com reganho de peso pode melhorar a disponibilidade e satisfação do apoio social a essa população. Entretanto, profissionais de saúde não podem se esquecer da importância do autocuidado no prognóstico desses pacientes. Franques e Areneles-Loli (2006) e Marchesini (2010) afirmam que, ao abordar pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, é fundamental considerar a prática de autocuidado, visto que esse comportamento é indispensável para melhoria da qualidade de vida, redução de riscos à saúde e reganho de peso. Nesse contexto, a promoção do suporte social deve sempre levar em consideração as reais necessidades do paciente, estimulando a capacidade de autocuidado. Assim, o estímulo à autonomia e à independência funcional, ao lado do autocuidado, de pacientes bariátricos devem ser feitos juntamente com o apoio social, no intuito de melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dessas pessoas.

O estudo se utilizou de relato verbal. O uso dessa estratégia metodológica foi eficaz para a coleta dos dados na medida em que os participantes relataram aspectos favoráveis e desfavoráveis ao apoio social adequado. Segundo Salkind (2006), o uso de roteiro de entrevistas podem ser úteis no que concerne a obtenção de informações difíceis de serem coletadas por outros métodos, como percepções e expressão de sentimentos. Assim, o autorrelato dá ao pesquisador uma flexibilidade para direcionar sua pesquisa de acordo com os objetivos da mesma. Entretanto, prejuízos da fidedignidade e omissão de informações relevantes são difíceis de serem controlados, o que pode limitar a acurácia dos dados. concordamos com Ferreira (2001) quando ela afirma que:

Questionar a eficácia do uso do autorrelato como medida não resolve o problema, pois o autorrelato constitui parte integrante do tratamento. Trata-se, portanto, de estabelecer estratégias de procedimento para garantir relatos mais confiáveis e utilizar medidas objetivas para confrontar e validar os relatos (p.138).

Uma das contribuições do estudo foi a utilização de técnicas comportamentais de fácil manejo e aplicação. Assim, o uso dessas técnicas na fase de intervenção com cuidadores mostrou-se eficaz na medida em que fortaleceu as respostas de apoio compatível com as necessidades do paciente e, conseqüentemente, aumentou a disponibilidade e satisfação do suporte social recebido nos

participantes do Grupo Experimental em comparação ao Grupo Controle.

Os dados sugerem que os registros de automonitoramento ajudaram na descrição dos comportamentos de apoio realizados ao longo das semanas de intervenção, em relação aos relatos emitidos no primeiro contato com o cuidador. Também sugere que o instrumento pode ter alterado a probabilidade de emissão de comportamentos inadequados anteriormente relatados ao tornar-se uma das contingências responsáveis pelo comportamento de apoio compatível com as necessidades do paciente. Esses dados corroboram a literatura na medida em que o autorregistro objetiva a auto-observação das contingências que controlam o próprio comportamento e, assim, promovem a modificação do repertório ou o fortalecimento de respostas adequadas de apoio social (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2014).

Há trabalhos na literatura sugerindo a importância do treino em solução de problemas para a modificação do comportamento (Nezu, 2004). A pesquisadora utilizou-se da técnica com problemas trazidos pelo autorrelato dos cuidadores e que estavam diretamente relacionados às necessidades do paciente. Os resultados apontam que, no geral, houve uma modificação no repertório de fornecimento de apoio social. Nesse estudo, portanto, pode-se supor que o treino em solução de problemas foi útil para aprimorar as habilidades em fornecer apoio social dos cuidadores.

O delineamento utilizado no estudo permitiu acompanhar os cuidadores do GE no processo de construção de um repertório de fornecimento de apoio mais próximo dos comportamentos estabelecidos. Ademais, os dados contribuíram para o fortalecimento da concepção de que dentro do contexto de doenças crônicas, o investimento no apoio social e na adequação deste por parte de profissionais de saúde poderá ser fundamental para a melhora do prognóstico do paciente (Boutin-Foster, 2005; Livhits et al., 2011).

Como limitação do estudo cabe ressaltar que o número de participantes foi muito reduzido. No projeto, a meta eram 12 pacientes, número não alcançado devido a recusas e a casos que, após os pacientes aceitarem participar, o cuidador não aderiu à intervenção. Esse aspecto limita as conclusões acerca dos resultados encontrados e coloca a necessidade de parcimônia diante dos mesmos.

Outra limitação refere-se ao número relativamente reduzido de sessões da intervenção, impedindo um trabalho mais eficaz em relação a outras demandas referidas pelos cuidadores. Por outro lado, um número maior de sessões poderia dificultar a adesão do cuidador à intervenção por indisponibilidade de tempo, o que ocorreu em casos que desistiram. De qualquer forma, sete a oito sessões pode ser um número suficiente para acompanhar e estabelecer mudanças comportamentais nos cuidadores, considerando a complexidade dos casos estudados. Poderia ter sido feito, ainda, um seguimento mais longo, para evidenciar melhor o processo de manutenção, ou não, das mudanças observadas após a intervenção.

Em estudos futuros, poder-se-ia propor que a avaliação da eficácia do apoio social considerasse, também, as categorias comportamentais abordadas junto ao cuidador. Assim, além de

uma medida de ordem mais genérica sobre a disponibilidade e satisfação com o apoio social (medida pela escala), a identificação da adoção de condutas específicas de adesão segundo relatos do próprio paciente poderia avaliar melhor a eficácia da intervenção.

Por fim, os resultados apontam que intervenções comportamentais podem ajudar cuidadores a fornecer suporte social mais adequado a pacientes com ganho de peso pós cirurgia bariátrica e, assim, promover melhora da saúde e da qualidade de vida dessa população. Como apontado, a obesidade é alvo de convergência de esforços de profissionais da área de saúde, sendo uma das maiores preocupações da atualidade em termos de saúde pública. O aumento nas taxas de morbimortalidade dessa população, além da luta diária em obter melhora da qualidade de vida, torna o estudo e os cuidados com essa clientela necessários. Entretanto, de modo interdisciplinar, deve-se ter em mente que os cuidadores são grandes aliados nessa luta e que, ao promover suporte social compatível com suas necessidades, estaremos promovendo a saúde e a qualidade de vida dos pacientes.

Capítulo 6

Considerações Finais

Os objetivos do estudo foram alcançados, mas é importante frisar que os diversos contextos psicossociais em que as pessoas acometidas pela obesidade estão inseridas podem demandar diferentes habilidades e estratégias de intervenção. Assim, outras pesquisas precisam ser conduzidas para avaliar a intervenção comportamental de forma longitudinal, a longo prazo, em diferentes contextos psicossociais e com estratégias mais sofisticadas de avaliação dos efeitos da intervenção.

Reitera-se que a relevância do presente estudo deve-se ao seu pioneirismo, na medida em que não foi encontrado, na literatura, estudo brasileiro ou internacional publicado sobre intervenção específica em suporte social a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com reganho de peso. Os resultados encontrados são importantes para profissionais que acompanham pacientes bariátricos, mostrando a necessidade de maior atenção aos cuidadores em todas as etapas de tratamento desses pacientes.

A introdução da Escala de Suporte Social pode ser bastante útil no cotidiano dos serviços de saúde como estratégia de avaliação e/ou intervenção. Ela permite a identificação de aspectos sobre a disponibilidade e satisfação que o paciente tem com o apoio existente, servindo de base para aprimorar o atendimento realizado.

Aprendemos com esse trabalho que o apoio social qualificado é fundamental na prevenção e no tratamento de pacientes com reganho de peso após GBYR, sendo uma variável a ser avaliada e acompanhada em todos os momentos do tratamento dessa população. Além disso, o investimento na intervenção a pessoas provedoras de apoio social pode levar à manutenção de níveis satisfatórios de adesão às recomendações médicas e, conseqüentemente, à melhora da saúde e qualidade de vida dessa população.

Referências

- ABESO (2012). *Associação Brasileira para Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. Retirado de <http://www.abeso.org.br>.
- Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E.M.F. (2009). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paideia, Ribeirão Preto, 18(40)*, 279-288.
- Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E.M.F. (2014). Apoio social a pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental com um familiar. *Estudos de Psicologia: Campinas, 30(4)*, 619-628.
- Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidade e indagações. *Psicologia USP, 13*, 197-216.
- Almeida, B., & Ferreira, S. R. G. (2005). Epidemiologia em transtornos alimentares e obesidade. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar* (pp. 185-193). São Paulo: UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina.
- Almeida, S.S., Zanatta, D. P., & Rezende, F. F. (2012). Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos em Psicologia, 17(1)*, 153-160.
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agraw, S. W. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine, 15*, 155-170.
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M.W.G., Soriano, G.M.S., Santos, E.A., & Vasconcelos, S.M.L. (2013). Fatores determinantes do ganho de peso no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva, 26(1)*, 26-32.
- Benedetti, C. (2009). *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor.
- Boutin-Foster, C. (2005). In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions. *Health and Quality of Life Outcomes, 52(3)*, 1-7.
- Buchwald, H., & Oien, D.M. (2013). Metabolic/bariatric surgery worldwide. *Obesity Surgery, 23(4)*, 427-436.
- Campos, G. M., Rabl, C., Mulligan, K., Posselt, A., Rogers, S. J., Westphalen, A. C, Lin, F., & Villinghoff, E. (2008). Factors associated with weight loss after gastric bypass. *Archives of Surgery, 143 (9)*, 877 - 884.
- Carvalho, M.A.P. (2007). Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Caderno de Educação Popular em Saúde* (pp. 91-101). Brasília: Ministério da Saúde.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.
- Cohen, S., Underwood, L.G., & Gottlieb, H.B. (2000). *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.

- Colles, S.L., Dixon, J.B., & O'Brien, P.E. (2008). Grazing and loss of control related to eating: two high risk factors following bariatric surgery. *Obesity*, *16*, 3, 615-622.
- Echer, I.C. (2005). The development of handbooks of health care guidelines. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *13*(5), 754-757.
- Eisenberg, D., Duffy, A. J., & Bell, R. L. (2010). Does preoperative weight change predict postoperative weight loss after laparoscopic Roux-en Y Gastric Bypass in short term? *Journal of Obesity*, *10*, 1-4.
- Fandiño, J., Benchimol, A. K., Coutinho W. F., & Appolinário, J. C. (2004). Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *26*(1), 47-51.
- Faria, S. L., Kelly, E. O., Lins, R. D., & Faria, O. P. (2010). Nutritional management of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, *20*, 135-139.
- Ferreira, E. A. P. (2001). *Adesão ao tratamento em portadores de diabetes: efeitos de um treino em análise de contingências sobre o comportamento de autocuidado*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.
- Ferreira, A., Santos, O., Raimundo, G., Pegacho, M. & Carvalho, M. (2013). Psychological characterization of severely obese patients: pre and post bariatric surgery. *Health and Society*, *10* (1), 31-42.
- Fichter, M. M., & Leibbrand, R. (2002). Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary? *Behavior Research and Therapy*, *40*(11), 1275-1289.
- Fleury, M. S. (2006). *Comportamentos de autocuidado em diabetes tipo I: estratégias para a promoção da adesão*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.
- Franques, A.R.M., & Arenales-Loli, M.S (2006). *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a construcional approach to social problems; Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, *2*(1), 1-84. Reimpresso em 2002. *Behavior and Social Issues*, *11*, 108-197
- Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da saúde e doenças crônicas. In R.R. Kerbauy (Ed.), *Comportamento e Saúde: Explorando alternativas* (pp. 22-45). São Paulo: Arbytes.
- Gusmão, J. L., & Mion Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, *13*(1), 23-25.
- Herber, D., Greenway, F.L., Kaplan, L. M., Livingstone, E., Salvador, J., & Still, C. (2010). Endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: an endocrine society clinical practice guideline: *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *95*, 4823-4843.

- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Haberbrand, J., & Senf, W. (2003). Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obesity Research, 12*, 1554–1569.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Retirado de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1699
- Kalarchian, M. A., & Marcus, M.D. (2003). Management of the bariatric surgery patient: Is there a role for the cognitive behavioral therapist? *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 112-119.
- Karlsson, J., Sjoostrom, L., & Sullivan, M. (1998). Swedish Obese Subjects (SOS) - an intervention study of obesity: two year follow-up of health – related quality of life (HRQL) and eating behaviors after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders, 22*(2), 113-127.
- Kant, A. K. (2000). Consumption of energy dense, nutrient, poor foods by adult Americans: nutritional and health implications. The third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *American Journal of Clinical Nutrition, 72*, 929-936.
- Keher, G. M., Souza, V. F. M., Vágula, S., Fiorese, L.V., Nardo Júnior, N., & Pereira, V. R. (2007). Prevenção e tratamento da obesidade: Indicativos do sul do Brasil. *Ciências e Cuidados em Saúde, 6*(2), 427- 432.
- Kierman, M, Moore, S. D., Schoffman, D. E., Lee, K., King, A. C., Taylor, C. B., Kierman, N. E., & Perri, M.G. (2012). Social support for healthy behaviors: Scale psychometrics and prediction of weight loss among women in a behavioral program. *Obesity, 20*, 756–764.
- Kofman, M. D., Lent, M. R., & Swencionis, C. (2010). Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: results of an internet survey. *Obesity, 18*, 1938-1943.
- Koholokula, J. K., Mau, M. K., Efird, J. T., Leake, A., West, M., Palakika, D. M., Yoshimura, S.R., Kekawoha, B. P., Rose, C., & Gomes, H. (2011). A family and community focused lifestyle program prevents weight regain in pacific islanders: a pilot randomized controlled trial. *Health Education & Behavior, 39*(4), 386-395.
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., Ko, C. Y., Shekelle, P. G., & Gibbons, M. M. (2011). Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery? A systematic review. *Obesity Reviews, 12*, 142-148.
- Lutfi, R., Torquati, A., Sekhar, N., & Richards, W. O. (2006). Predictors of success after laparoscopic gastric bypass: a multivariate analysis of socioeconomic factors. *Surgical Endoscopy, 20*, 864-867.
- Machado, C. A. (2008). Adesão ao tratamento: tema cada vez mais atual. *Revista Brasileira de Hipertensão, 15*(4), 220-221.

- Medical (AACE/TOS/ASMBS) (2008). Guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Surgery of Obesity and Related Diseases*, 4, 109-184.
- Magro, D. O., Geloneze, B., Delfini, R., Pareja, B.C., Callejas, F., & Pareja, J.C. (2008). Long term weight regain after gastric bypass: a five-year prospective study. *Obesity Surgery*, 18, 648-651.
- Malerbi, F. E. K., & Ferreira, E. A. P. (2014). Contribuição da psicologia para a promoção da saúde da pessoa portadora de diabetes. In E.M.F. Seidl & M.C.O.S. Miyazaki (Eds.), *Psicologia da saúde: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 103-126). Curitiba: Juruá Editora.
- Marchesini, J. B. (2010). Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 23(2), 113-120.
- Marchesini, J. B. (2006). A história da cirurgia bariátrica e das equipes multidisciplinares: os psicólogos. Em A. R. Marcondes-Franques & M. S. Arendes-Loli (Eds.), *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade* (pp. 13-22). São Paulo: Vetor.
- Martire, M. L., & Schulz, R. (2007). Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. *Association for Psychological Science*, 16 (2), 90-94.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 807-818.
- Meyer, J.M., & Stunkard, A.J. (1994). Twin studies of human obesity. In C. Bouchard (Ed.), *The genetics of obesity* (pp. 63-78). Florida: CRC Press.
- Miller, N. H., Hill, M, Kottke, T., & Ockene, I. S. (1997). The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action: a statement for health care professionals. *Circulation* (95), 1085-1090.
- Moraes, T .P. R., & Dantas, R .A. S. (2007). Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 323-329.
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.
- VIGITEL Brasil (2013). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Retirado de:
http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/vigitel_2012.pdf.
- Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba, D. L., Altattan, M., Balasubramanian, M., Gibbs, D.S., Krause, K.R., Chengelis, O.L., Franklin, B.A., & McCullough, P.A. (2010). Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20, 349-256.
- Oliveira, C.C.L. Ferreira, P.A.E., & Casseb, S.M. (2005). Os efeitos do uso de registros de

- automonitoração sobre a modelagem de comportamentos alimentares adequados em pacientes com risco para desenvolver diabetes. *Revista Científica da UFPA*, 6(1), 1-18.
- Perri, M.G., & Corsica, J. A. (2003). Treatment of obesity. In S. Llewelyn & P. Kennedy (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp.135-157) West Sussex, England: John Wiley and Sons.
- Rehm, L. P. (1999). Métodos de autocontrole. In V. E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 581-605). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Renwick, R., Halpen, T., Rudman, D., & Friedland, J. (1999). Description and validation of a measure of received support specific to HIV. *Psychological Reports* (84), 663-673.
- Ribeiro, Y. H. C. P. (2005). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas portadoras de lesão medular traumática*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Sallet, P.C., Sallet, J.A., & Dixon, J. B. (2007) Eating behavior as a prognosis factor for weight loss after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 17, 445-451.
- Salkind, J. N. (2006). *Exploring research*. 5th edition. New Jersey: Pearson Education, Upper Saddle River.
- Segal, A., & Fandiño, J. (2002). Indicações e contra-indicações para a realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 68-72.
- Seidl, E.M.F. & Tróccoli, B.T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Serdula, M.K., Khan, L.K., & Dietz, W.H. (2003). Weight loss counseling revised. *JAMA*, 289(14), 1747-1759.
- Silva, F. B. L. (2012). *Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em Y de roux*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, Trad.). São Paulo: Ed. Martins Fontes. 7^a edição (trabalho original publicado em 1953).
- Souza, J. & Souza, M. A. (2004) Validação da escla de auto-eficácia geral percebida. *Revista da Universidade Rural do Rio de Janeiro*, 26(1-2), 12-17.
- Straub, O. R. (2014). *Psicologia da Saúde: uma abordagem psicossocial*. Porto Alegre: Artmed.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-79.
- 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*, 22, 533-550.
- Uchino (2004). *Social Support and Physical Health*. New Haven and London: Yale University Press.

- Uchino, N. B, Cacioppo, T. J., & Kiecolt-Glaser, K. J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531.
- Vázquez, I. A., Rodrigues, C.F., & Alvarez, M. P. (1998). Manual de Psicologia de la Salud. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Wing, R. R., & Jeffery, R.W. (1999). Benefits of recruiting participantes with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 67, 132-138.
- Wolfe, W. A. (2004). A review: maximizing social support - A neglected strategy for improving weight management with african-american women. *Ethnicity & Disease*, 14, 212-218.
- World Health Organization (WHO) (2011). *Death and daily estimates for 2011 by cause for WHO members states*. Recuperado de <http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html>.
- Ximenes, E. (2009). *Cirurgia da obesidade: um enfoque psicológico*. Santos, SP: Livraria Santos Editora.
- Zanella, M. T. (2005). Tratamento. In A. M. Claudino & M. T. Zanella (Eds.), *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar* (pp. 235-242). São Paulo: UNIFESP/Escola Paulista de Medicina.

ANEXO 1

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (pacientes GC)

Brasília, de 2013.

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos estudando como a orientação comportamental influencia no fornecimento de suporte sócio-familiar adequado para o paciente submetido à cirurgia bariátrica com reganho de peso. Os resultados dessa pesquisa poderão ser úteis na melhoria da assistência prestada às pessoas submetidas a esse procedimento. A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga e doutoranda Marcela Abreu Rodrigues (marcelabreu81@gmail.com) sob a orientação da professora Eliane M. F. Seidl (seidl@unb.br), do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Este é um convite para que o (a) senhor (a) participe deste trabalho, respondendo a uma entrevista e a um questionário que serão gravados em áudio. Para isto, serão necessários três encontros, com duração de cerca de 60 a 90 minutos em três momentos distintos, no próprio serviço onde o acompanhamento médico esta sendo realizado. Os encontros respeitarão a sua conveniência e disponibilidade de tempo.

Vamos necessitar de informações que estão no prontuário médico: tempo de cirurgia, peso inicial.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Instituto de Psicologia podendo ser publicados posteriormente, sem qualquer menção à identificação dos pacientes. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

O sigilo das informações fornecidas e o anonimato dos participantes estão garantidos. A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda, que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o Sr.(a) não terá direito a nenhuma remuneração. Esclarecemos ainda, que a sua participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone (61) 3107-1947.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a equipe da pesquisa.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,

Marcela Abreu Rodrigues
Psicóloga CRP 01/10363

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome:

Assinatura:

ANEXO 2 (pacientes GE)

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Brasília, de _____ de 2013.

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos estudando como a orientação comportamental influencia no fornecimento de suporte sócio-familiar adequado para o paciente submetido à cirurgia bariátrica com reganho de peso. Os resultados dessa pesquisa poderão ser úteis na melhoria da assistência prestada às pessoas submetidas a cirurgia bariátrica. A pesquisa está sendo coordenada pela Psicóloga, Doutoranda Marcela Abreu Rodrigues (marcelabreu81@gmail.com) sob a orientação da professora Eliane M. F. Seidl (seidl@unb.br), do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Este é um convite para que o(a) senhor(a) participe deste trabalho, respondendo a uma entrevista e a um questionário que serão gravados em áudio. Para a sua participação, serão necessários três encontros, com duração de cerca de 60 a 90 minutos, no próprio serviço onde o acompanhamento médico esta sendo realizado. Os encontros respeitarão a sua conveniência e disponibilidade de tempo.

Vamos necessitar de informações que estão no prontuário médico: tempo de cirurgia, peso inicial.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Instituto de Psicologia podendo ser publicados posteriormente, sem qualquer menção à identificação dos pacientes. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

O sigilo das informações fornecidas e o anonimato dos participantes estão garantidos. A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda, que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o Sr.(a) não terá direito a nenhuma remuneração. Esclarecemos ainda, que a sua participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a equipe da pesquisa.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,

Marcela Abreu Rodrigues
Psicóloga CRP 01/10363

Sim, aceito participar deste estudo:

Nome:

Assinatura:

ANEXO 3 (cuidadores GE)

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para o apoio social)

Brasília, de _____ de 2013.

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos estudando como a orientação comportamental influencia no fornecimento de suporte sócio-familiar adequado para o paciente submetido à cirurgia bariátrica com reganho de peso. Os resultados dessa pesquisa poderão ser úteis na melhoria da assistência prestada às pessoas submetidas a cirurgia bariátrica. A pesquisa esta sendo coordenada pela Psicóloga, Doutoranda Marcela Abreu Rodrigues (marcelabreu81@gmail.com) sob a orientação da professora Eliane M. F. Seidl (seidl@unb.br), do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Este é um convite para que o(a) senhor(a) participe deste trabalho, respondendo aos questionários que fazem parte do estudo. Para a sua participação, serão necessários cinco encontros, com duração de cerca de 60 a 90 minutos, no próprio serviço onde o acompanhamento médico está sendo realizado. Os encontros respeitarão a sua conveniência e disponibilidade de tempo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Instituto de Psicologia podendo ser publicados posteriormente, sem qualquer menção à identificação dos pacientes. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

O sigilo das informações fornecidas e o anonimato dos participantes estão garantidos. A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda, que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o Sr.(a) não terá direito a nenhuma remuneração. Esclarecemos ainda, que a sua participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a equipe da pesquisa.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,

Marcela Abreu Rodrigues
Psicóloga CRP 01/10363

Sim, aceito participar deste estudo:

Nome:

Assinatura:

ANEXO 4

Entrevista semiestruturada para os pacientes

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Data de Nascimento:
3. Grau de Escolaridade:
- Ensino Fundamental Incompleto
 - Ensino Fundamental Completo
 - Ensino Médio Completo
 - Ensino Médio Incompleto
 - Superior Incompleto
 - Superior Completo
4. Situação conjugal atual:
- Casado
 - Solteiro(a)
 - Separado(a)
 - Divorciado(a)
 - Viúvo(a)
 - União estável
5. Você tem filhos?
- Não Sim. Quantos?
- 5.1. Com que reside? _____
6. Qual é a sua situação quanto ao emprego?
- trabalho em emprego fixo, com todos os direitos trabalhistas.
 - trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas.
 - trabalho por conta própria, regularmente.
 - trabalho por conta própria, às vezes.
 - estou desempregado (a)/ não estou trabalhando.
 - Nunca trabalhei.
 - estou aposentado (a).
 - tenho benefício continuado.
 - outra. Qual?
- 7- Data de hoje:
- 8- Data da cirurgia:
- 9- Peso pré-operatório:
- 10- Peso atual:
- 11- Menor peso obtido desde a cirurgia:
- 12- Ainda está perdendo peso?
- 13- Você tem tido reganho de peso desde a cirurgia?
- 14- Quantidade de reganho desde a cirurgia (em relação ao menor peso obtido):
- 15- Após a cirurgia, quando iniciou o reganho (dê o tempo exato em meses)?
- 16- A que você atribui o seu reganho de peso?
- 17- Você pratica atividade física? Qual a regularidade e a(s) modalidade(s)?
- 18- Com relação a sua dieta/alimentação, como você avalia a sua adesão?
- Pobre 1 2 3 4 5 Muita Boa
- Por que? _____

- 19- Com relação ao uso de suplementos alimentares prescritos pela nutricionista, como você avalia a sua adesão?
- Pobre 1 2 3 4 5 Muita Boa
- Por que? _____
- 20- Alguém tem expressado alguma preocupação com o seu reganho de peso? Quem? De que forma? _____
- 21- De que forma você avalia seu bem estar geral no momento atual? Isso inclui bem estar físico, psicológico, emocional, vocacional, etc (circule a resposta na escala abaixo).
- Pobre 1 2 3 4 5 Muito Bom
- 22- Desde a cirurgia, qual a frequência de visitas à gastrocirurgia?
- () nunca
- () 1 vez ao ano
- () 2-3 vezes ao ano
- () 4-5 vezes ao ano
- () mais de 5 vezes ao ano
- 23- Quem você indica para participar da intervenção como fonte de apoio social?
- Quais os motivos levam você a indicar essa pessoa? _____
- Você acha que ela terá oportunidade para participar

ANEXO 5

Entrevista semiestruturada para o cuidador.

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Data de Nascimento:
3. Grau de Escolaridade:
- Ensino fundamental Completo
 Ensino médio Completo
 Ensino médio incompleto
 Superior incompleto
 Superior Completo
4. Qual o tipo de relacionamento que você tem com o paciente?
- sou esposo (a)
 sou filho (a)
 sou irmã (o)
 sou pai
 sou mãe
 Outro.
5. Você reside com o paciente?
- Sim Não
6. Há quanto tempo você conhece o paciente?
- alguns dias
 menos de 1 mês
 Entre 1 e 6 meses
 Mais de 6 meses
 Entre 6 e 12 meses
 Mais de 1 ano
 entre 1 e 5 anos.
 Mais de 5 anos
 Entre 5 e 10 anos
 Mais de 10 anos
7. Você se preocupa com o ganho de peso apresentado pelo paciente?
8. Você demonstra essa preocupação para ele(a)?
- 8.1. Se sim, de que forma você demonstra a sua preocupação?
9. Como que você acha que você tem ajudado o paciente a seguir as orientações médicas e nutricionais?
10. O que você acha que você poderia fazer para ajudar o paciente a prevenir-se contra o ganho de peso?
9. Como você avalia a adesão ao tratamento (dieta e atividade física) do paciente após a cirurgia?
- Pobre 1 2 3 4 5 Muito boa
10. Qual seria a sua disponibilidade (de preferência semanal) para participar do estudo?

ANEXO 6: ESCALA DE SUPORTE SOCIAL

Este questionário é sobre o apoio ou ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em relação ao tratamento da obesidade e a sua satisfação quanto a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração!

1. Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

1.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

2. Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

2.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

3. Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia-a-dia? (Exemplo: arrumação da casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer outra coisa)

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

3.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

4. Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde? (Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

4.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

		insatisfeito(a)		
--	--	-----------------	--	--

5. Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

5.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- **Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões 1 a 5), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.**

- () esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
- () pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
- () pessoa (s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
- () amigo(s)
- () chefe ou colega(s) de trabalho
- () vizinho(s)
- () profissionais de saúde
- () outra pessoa. Quem?

6. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

6.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

7. Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua obesidade?

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

7.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

8. Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

8.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

9. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

9.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

10. Você tem recebido apoio de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

10.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

11. Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?

1	2	3	4	5
nunca	Raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

11.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- **Com base nos tipos de apoio mencionados nas perguntas 6 a 11, marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.**

- () esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
 () pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
 () pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
 () amigos
 () chefe ou colegas de trabalho
 () vizinhos
 () profissionais de saúde
 () outra pessoa. Quem? _____

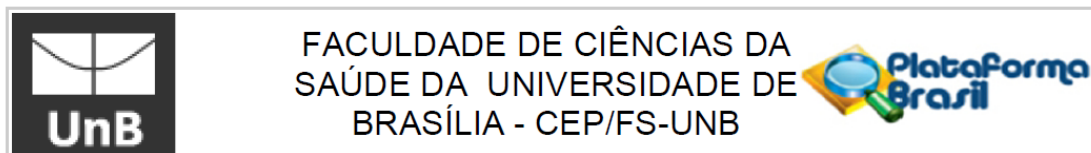
- **Você tem recebido algum outro tipo de apoio?**

ANEXO 7**Ficha de automonitoramento para os cuidadores**

	Controle da alimentação	Uso de suplementos	Prática de atividade física	Manejo do estresse
Segunda				
Terça				
Quarta				
Quinta				
Sexta				
Sábado				
Domingo				

ANEXO 8: FOLHETO EDUCATIVO

**ANEXO 9 - Parecer do Comitê de Ética em
Pesquisa**



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Apoio social e adesão ao tratamento em reganho de peso pós cirurgia bariátrica: efeitos de intervenção comportamental com cuidadores

Pesquisador: Marcela Abreu Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14753513.5.0000.0030

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 378.519

Data da Relatoria: 30/07/2013

Apresentação do Projeto:

Vide parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide parecer anterior

Recomendações:

Vide parecer anterior

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br