

## **I. Enquadramento Teórico**

### **1. Obesidade**

#### **1.1. Resenha Histórica da Obesidade**

A história revela-nos que a obesidade é a mais comum e mais antiga doença metabólica humana registada. No entanto Oliveira (2006), presidente da Associação de Doentes Obesos e Ex-Obesos de Portugal, afirma que esta já é reconhecida oficialmente como doença crónica, no nosso país.

Segundo o Fitness Performance Journal (2006) desde os tempos da pré – história que a obesidade assumiu um papel preponderante na vida dos seres humanos, sendo referida como símbolo de beleza e fertilidade. Já no Período Neolítico (cerca de 10.000 anos a.C.), estudos referem que “as deusas” eram admiradas e cultuadas pelos seus quadris, coxas e seios volumosos, porém Hipócrates (médico greco-romano) já chamava à atenção para os perigos da obesidade, sendo que existia um índice de mortalidade mais elevado em indivíduos gordos do que magros”.

Tal como Hipócrates, também o seu discípulo Galeno se dedicou a estudar a obesidade dividindo a obesidade em natural (moderada) e a obesidade mórbida (exagerada). Galeno referia que a falta de disciplina do indivíduo tinha como principal consequência a obesidade, preconizando um tratamento (comida, massagens, banho, descanso ou algum lazer e refeições com muita comida, mas com alimentos de baixo valor calórico). (Fitness Performance Journal, 2006).

Porém, no Período Império – Romano os padrões de beleza alteraram-se e as mulheres foram “obrigadas” a fazer prolongados jejuns, pois os corpos esbeltos e magros eram os mais apreciados. Todavia, a classe social alta poderia manter livremente os seus hábitos alimentares mais excêntricos (Fitness Performance Journal, 2006).

Na década dos anos 30, era usual atribuir à obesidade a denominação de “distúrbios das glândulas endócrinas”, e só a partir das décadas 40 e 50 é que uma aproximação de uma natureza psicológica passou a receber maior ênfase. (Halpern, 1998)

## **1.2. A Obesidade: definição**

A Organização Mundial de Saúde (2003) definiu a obesidade como um problema de saúde pública que integra a lista dos dez maiores factores de risco para a saúde global e tem assumido proporções epidémicas, sobretudo nos países mais desenvolvidos.

Tal como refere António Sérgio (apêfís, 2004), a propensão ao desenvolvimento de diabetes, hipertensão arterial, assim como apneia do sono estão associadas à obesidade, sendo que a percentagem de pessoas com excesso de peso em Portugal já ronda os quarenta por cento, com maior incidência no sexo feminino, e cresce rapidamente entre os mais jovens, pelo que poderá atingir os cinquenta por cento já em 2010.

De acordo com o mesmo autor, trata-se de uma alta percentagem para esta patologia, reconhecida como “doença crónica” pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1997 e em Portugal, pela Direcção Geral de Saúde, desde Abril de 2004.

Segundo a SPCO (Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade, 2000), a obesidade é uma doença crónica de armazenamento excessivo de gordura, sendo vista assim como a forma mais comum de má-nutrição no mundo ocidental. Esta é descrita como sendo multifactorial na sua génese envolvendo diferentes factores, tais como: factores hereditários, bioquímicos, hormonais, ambientais, comportamentais e culturais.

Como afirma Mayo (2002, p.36) “Apesar da obesidade estar ligada à sobrealimentação, paradoxalmente é nas classes populares e nos países em vias de desenvolvimento que os seus danos se fazem sentir mais gravemente”.

Peres (2003), refere-se à obesidade como sendo uma situação patológica, causada por vários factores e também a caracteriza como sendo uma acumulação excessiva de tecido adiposo no organismo, que por sua vez traz diversos riscos para a saúde.

Já para Longo & Navarro (2002), a obesidade é mais do que um problema com a aparência, é um perigo para a saúde. Os mesmos autores referem que todos os anos ocorrem milhares de mortes relacionadas com a obesidade.

De acordo com a Associação dos Pacientes Portadores de Obesidade Mórbida (*cit in* <http://www.appom.com.br>, s.d.)

“ (...) o ser humano tem hábitos muito mais sedentários...aliado a alguns hábitos alimentares pouco saudáveis e muito calóricos como o consumo excessivo de fast-food, por exemplo, o sedentarismo desequilibra a balança entre ingestão e consumo energético, causando a obesidade”.

Descreve ainda que, o mau funcionamento da tiróide (mais propriamente o hipotireoidismo, pois ocorre diminuição do metabolismo e conseqüentemente, a necessidade calórica torna-se reduzida), as doenças das glândulas supra-renais e o aumento da quantidade de pelos no corpo podem traduzir distúrbios endócrinos, que podem conduzir ao aumento de peso.

De acordo com a Associação supra citada, a carga genética do indivíduo é uma das causas da obesidade.

### **1.3. Prevalência da Obesidade em Portugal**

A prevalência no nosso País, de acordo com a SPCO (2000) para a obesidade é estimada em 13% para o sexo masculino e 15% para o sexo feminino.

Por outro lado, e contrariando os factos anteriormente descritos, na revista *Obesity Reviews* (2007), foi publicado um estudo com uma amostra representativa de 8116 participantes, que actualiza a prevalência da obesidade em Portugal, para adultos, com dados referentes a avaliações realizadas entre 2003 e 2005.

De acordo com os resultados apresentados, 39,4% dos Portugueses adultos apresentavam excesso de peso (IMC entre 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) e 14,2% obesidade (IMC>29,9 kg/m<sup>2</sup>). Globalmente, verifica-se que a prevalência do excesso de peso/obesidade aumentou cerca de 4% desde 1998, verificando-se que actualmente atinge os 53,6% da população adulta. Esta

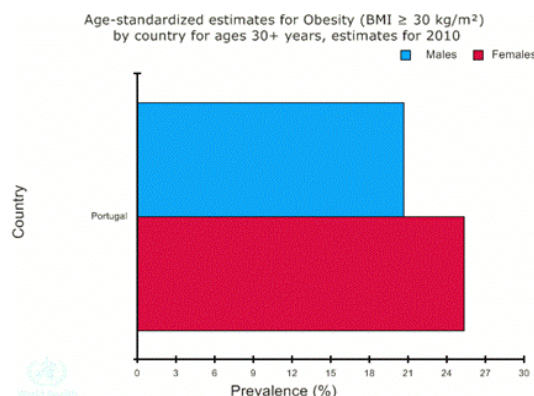
subida deve-se exclusivamente ao aumento do número de pessoas com excesso de peso (de 35,2% para 39,4%). De facto, a prevalência da obesidade diminuiu nas mulheres (de 15,4% para 13,4%) e aumentou nos homens (de 12,9% para 15,0%), tendo sido reduzida ligeiramente no conjunto da amostra (de 14,4% para 14,2%), durante o mesmo período. A prevalência de excesso de peso/obesidade nos homens (60,2%) é consideravelmente superior à das mulheres (47,8%).

Um estudo de prevalência da obesidade, realizado por Carmo, I. et al (2004) e orientado pela Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO), permitiu obter dados epidemiológicos referentes à população adulta, no nosso país. Assim, os principais resultados foram:

- O total de indivíduos com excesso de peso ou obesidade, a nível nacional, é de cerca de 4,5 milhões de pessoas, o que significa que cerca de 50% da população portuguesa tem excesso de peso ou obesidade já instalada.
- O excesso de peso é ligeiramente mais prevalente no sexo masculino (50,9%) do que no sexo feminino (49,1%), enquanto a prevalência da obesidade é maior nas mulheres (57,1%) do que nos homens (42,9%).

Em 2010, em Portugal, a OMS estima as seguintes percentagens de obesidade em indivíduos com mais de 30 anos:

**Gráfico 1** – Estimativa para a prevalência de Obesidade (para pessoas com 30 ou mais anos), em Portugal, em 2010.

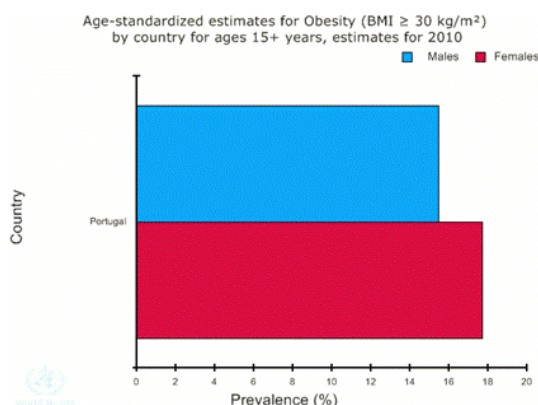


**Fonte:** OMS (2006) in Publico.pt e Faculdade de Motricidade Humana. Site Peso&Medida: <http://pesoemedia.com>

Como se pode verificar as estimativas para o ano de 2010 rondam um aumento na prevalência de obesidade para os indivíduos com mais de 30 anos de ambos os sexos.

Relativamente aos jovens com mais de 15 anos, as estimativas da OMS para 2010 e 2015 indicam um aumento da prevalência da obesidade, como se pode verificar no seguinte gráfico.

**Gráfico 2** – Estimativa para a prevalência de Obesidade (para pessoas com 15 ou mais anos), em Portugal, em 2010.



**Fonte:** OMS (2006) *in* Publico.pt e Faculdade de Motricidade Humana. Site Peso&Medida: <http://pesoemedia.com>

A Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (2006), em colaboração com a Direcção Geral de Saúde e a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, levou a cabo um estudo de prevalência a nível nacional, sendo que os principais resultados são apresentados no seguinte quadro:

**Quadro 1** – Prevalência da Obesidade em Portugal (dos 18 aos 65 anos)

<b>Classificação</b>	<b>Homens %</b>	<b>Mulheres %</b>
<b>Pré-obeso</b>	41,1%	30,8%
<b>Obeso grau 1</b>	11,3%	12,2%
<b>Obeso grau 2</b>	1,2%	2,2%
<b>Obeso grau 3</b>	0,4%	1%

**Fonte:** Carmo, I. ( 2001) *in* Publico.pt e Faculdade de Motricidade Humana. Site Peso&Medida: <http://pesoemedia.com>

#### **1.4. Etiologia da Obesidade**

Segundo as directrizes do projecto da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (2005) estas referem que a obesidade tem uma origem multifactorial, que resulta não só da interacção de genes, mas do ambiente e que o próprio estilo de vida e factores emocionais estão na base da obesidade.

Já para Barbosa (2004), apesar de durante muito tempo se pensar que a obesidade era causada por disfunções hormonais, calcula-se actualmente que as doenças endócrinas são responsáveis por apenas 5% dos casos de obesidade. Hoje em dia, é reconhecido que a obesidade é resultante de um ou vários factores em simultâneo, o que a torna assim uma doença de difícil tratamento.

Moreira (2005), refere que a doença surge porque a pessoa ingere uma quantidade de energia acima das necessidades, mas distinguir o papel e o peso de cada um dos factores que intervêm nesse desequilíbrio é uma tarefa de grande complexidade.

Silva (2005, p. 26) refere que:

“... estilo de vida ocidental é altamente associado a doenças crónicas, enquanto o das sociedades que se baseiam na subsistência (dieta mais fibrosa, menos calórica e menos gordurosa) leva a uma vida mais activa e conseqüentemente menos propensa à obesidade”.

O autor supra citado (2005) refere a mesma ideia quando afirma que, a alimentação na sociedade ocidental, o estilo de vida sedentário e os costumes sociais e culturais em determinados grupos, raciais e étnicos, promovem a obesidade.

#### **1.5. Morfofisiologia da Obesidade**

O tecido adiposo é um tipo especial de tecido conjuntivo que tem como característica armazenar lípidos dentro das suas células (os adipócitos), sendo capaz de remover ácidos gordos da circulação para a síntese dos triglicerídeos, e também manufacturá-los a partir da glicose (Bacelar et al, 2005)

Em indivíduos com IMC normal, o tecido adiposo corresponde de vinte a vinte e cinco por cento (20 a 25%) do peso corporal na mulher e quinze a vinte por cento (15 a 20%) no homem. Este tecido é o maior depósito de energia do corpo onde se armazenam os triglicérides (Junqueira, 1995)

Além da função de energia o tecido adiposo apresenta outras funções: isolamento térmico do organismo (devido à gordura ser um mau condutor térmico), modelagem da superfície corporal, absorção de choques pelos coxins adiposos, tecido de preenchimento auxiliando na fixação dos órgãos (Guirro e Guirro, 2002).

A hormona lipase sensível (L.H.S.), enzima abundante no meio intracelular do tecido adiposo, é responsável pela transformação dos triglicérides em ácidos gordos e glicerol em lipólise (Bacelar et al, 2005).

Os nossos adipócitos apresentam hiperplasia, ou seja, aumentam de número geralmente até ao primeiro ano de vida e após este período só irão aumentar em número na puberdade, nos outros períodos de vida ocorre a hipertrofia, que é o aumento de volume celular. Portanto, a maioria dos casos é de obesidade hipertrófica, e os casos hiperplásicos e também os mais severos são aqueles que se desenvolveram na infância (Guirro e Guirro, 2002).

## **1.6. Índice de Massa Corporal**

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) classifica universalmente o Índice de Massa Corporal (IMC) como instrumento indicador da obesidade, que corresponde ao peso em quilogramas, dividido pela altura em metros ao quadrado ( $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ ). Assim, um paciente cujo IMC tem um valor menor que 25 é considerado normal, se apresenta valores entre 26 a 29 está com excesso de peso; com valores superiores a 30 é considerado obeso.

Segundo a OMS e citado por Benchimor e Coutinho (2002) à medida que o IMC é maior, aumenta também, o risco de co-morbilidades. (Quadro 2)

**Quadro 2** – Classificação da Obesidade segundo o IMC e o Risco de Co-morbilidade

Classificação	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Risco de Comorbidez
Baixo peso	≤ 18,5	Baixo
Normal	18.5 – 24.9	Baixo
Sobrepeso	25.0 – 29.9	Aumentado
Obesidade Grau I	30.0 – 34.9	Moderado
Obesidade Grau II	35.0 – 39.9	Grave
Obesidade Grau III	≥ 40.0	Muito grave

**Fonte:** Coutinho, W., Benchinol, A.K. (2003). Obesidade mórbida e afecções associadas. *In:* Garrido Júnior, A.B. ; Ferraz, E.M. ; Barroso, F.J. ; Marchesini, J.B. ; Szego, T. – “Cirurgia da Obesidade” São Paulo: Editora Atheneu. Capítulo 3 pág. 14.

Já de acordo com a Association of PeriOperative Registered Nurses – AORN (2004), uma pessoa é considerada obesa se pesar 20% ou mais acima do seu peso ideal ou quando o IMC for maior ou igual a 30.

Na perspectiva de Teles (1996, p.11), “ o IMC tornou-se referência internacional (...)”. O interesse do IMC, é que ele assenta sobre medidas simples (peso e altura) e, segundo Teles (1996, p.11), “é aplicável qualquer que seja o grau de obesidade e fornece uma avaliação satisfatória da obesidade para as necessidades da clínica e da epidemiologia.

O IMC, segundo Cruz et al (1993, p.13), “determina sobretudo o excesso de peso e estatisticamente está mais relacionado com a gordura corporal do que com a estatura”.

### 1.7. Classificação da Obesidade

Relativamente aos tipos de obesidade, quando o tecido adiposo se acumula predominantemente na região abdominal, há predomínio da gordura visceral, classificado-se assim obesidade do tipo andróide ou tipo “maçã”. Se a tendência é acumular gordura na região dos quadris e coxas, a obesidade é classificada como ginóide ou tipo “pêra” (Santos, 1995).

Segundo Vague (*cit in* Saldanha, 1999, p.39):

“ (...) consoante o tecido adiposo nos obesos, podemos definir três tipos de obesidade: a) Obesidade andróide, troncular ou central – a maior parte do tecido adiposo localiza-se acima da linha do umbigo. b) Obesidade ginóide – a massa gorda está preferencialmente localizada a nível das ancas, e dos membros inferiores. c) Obesidade mista – o tecido adiposo existe em grande quantidade e distribuído por todo o corpo.”

A obesidade andróide parece ser mais importante factor de risco para doenças que a própria gordura corporal total, e mulheres com obesidade central são mais propensas a diabetes do que as que possuem obesidade periférica (Willmore e Costill, 2001).

A classificação dos percentis referente à relação peso/estatura citada por Fonseca (1998) são também das mais utilizadas:

Sub-peso _____	<P25
Normal _____	P25-P75
Excesso de Peso _____	P75-P90
Obesidade _____	≥ P90

## 2. Obesidade Mórbida

O termo obesidade mórbida foi criado por Payne, em 1963, para caracterizar o potencial de complicações decorrentes desse estado. O cirurgião concluiu que o excesso de peso não é uma condição inócua, mas sim uma causa de doenças evitáveis e tratáveis. (Tanaka, 2006)

O Centro de Cirurgia da Obesidade (*in* <http://www.obesidademorbida.com.br>, 2006) refere que o peso e a distribuição da gordura no corpo são regulados por uma série de mecanismos (neurológicos, metabólicos e hormonais) que mantêm um equilíbrio entre a ingestão e o gasto energético. Quando existe um excesso da ingestão em relação ao gasto energético, ocorre um armazenamento da sobra de energia sob a forma de gordura, traduzindo-se assim, no aumento do peso.

A obesidade para Domar (1997) pode ser gerada por factores psicológicos e além disso ela pode ocasionar um sofrimento emocional extremo e um desgaste físico ao paciente.

Então, e segundo Cunha, Pires, Martins e Ventura (2004) considera-se obesidade mórbida, quando existe uma versão patológica da obesidade.

Relativamente à obesidade mórbida em Portugal, a SPCO (2000) estima que existam entre 80 a 100 mil doentes com necessidade de recorrer ao tratamento por intervenção cirúrgica.

Silva (2005, p.25) salienta que “A mortalidade aumenta muito quando um indivíduo apresenta 50% de peso acima do chamado saudável”.

De acordo com Kral, referido por Silva (2005, p.25)

“resumiu bem quando concluiu que obesos mórbidos exibem problemas graves em qualquer medida: fisicamente, emocionalmente, economicamente e socialmente. A obesidade mórbida é, em realidade, uma doença muito grave.”

Mello (1980, p.75) descreve que:

“Já estabelecida a obesidade, o paciente passa a viver em função das dificuldades que o excesso de peso lhe traz. É nesta ocasião que uma série de aspectos ligados à gordura passam a incomodar o obeso: adinamia, dificuldades de executar o acto sexual, limitação de se expor em actividades de praia ou desportivas ou sociais, sensação de vergonha, inferioridade ,dificuldades de comunicação, etc.”

## **2.1. Qualidade de Vida do Paciente Obeso Mórbido**

Nas últimas décadas, a questão da qualidade de vida do ser humano tem adquirido cada vez mais importância.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) qualidade de vida é definida através da percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, metas, expectativas, padrões e preocupações.

Matos (2007) refere que a qualidade de vida inclui dimensões positivas e negativas e alcançando essas dimensões, tem-se um conceito mais abrangente da percepção do indivíduo,

sendo que esta definição salienta a visão que a qualidade de vida é subjectiva e multidimensional.

A qualidade de vida é um desejo inerente a cada ser humano desde o princípio dos séculos, tendo sido alargada a várias áreas, nomeadamente familiar, social, ambiental e à própria estética existencial. (Matos, 2007)

Cada ser humano é único, sendo influenciado pela sua sociedade, também os seus padrões de bem estar serão afectados por esta, pelo que ele procurará conhecimentos, experiências de valores de indivíduos e colectividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto considerada uma construção social com a marca da relatividade cultural. (Matos, 2007)

Com a perda de peso, estas pessoas podem atingir um índice de massa corporal adequado, ou seja sem riscos de co-morbidades, reflectindo consideravelmente na sua qualidade de vida. Além disso, a mudança na composição corporal com redução do compartimento gorduroso e aumento da massa magra pode projectar um melhor padrão somático. (Carlini, 2001).

Segundo Lima (1995) o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Silva (2005) defende que a cura da obesidade mórbida resulta em nítida melhoria de muitos distúrbios associados com a mesma e oferece probabilidade de uma qualidade de vida melhor para o indivíduo.

A obesidade, portanto, não é só um problema de estética, mas uma doença que gera numerosas complicações afectando a qualidade de vida.

## **2.2. Complicações Associadas à Obesidade Mórbida: co-morbidades**

Para Gray (*cit in* Ogden, 1999, p.148), “a obesidade tem vindo a ser associada às doenças cardiovasculares, diabetes, traumatismo das articulações, cancro, hipertensão e mortalidade”.

Reis e Freitas (1996) são da mesma ideia quando referem que o excesso de peso e obesidade têm complicações graves e, ao contrário do que habitualmente se pensa, extremamente frequentes. Os problemas psicológicos, quer da não-aceitação da própria imagem, quer dos comentários desfavoráveis que ela produz, são vulgares e preocupantes como o são as complicações metabólicas, respiratórias e ortopédicas.

Refere Fonseca (1998, p.208) que “ a obesidade é um factor de risco major, para a resistência à insulina e diabetes, hipertensão, cancro, doenças vasculares e aterosclerose”. Segundo o mesmo autor, os programas de modificação do comportamento têm sido desenvolvidos para aumentar a eficácia da diminuição da ingestão calórica e do aumento do exercício físico. Estes programas podem a curto prazo originar perda de peso mas, os resultados são mais modestos a longo prazo. Na perspectiva do mesmo autor, a prevenção é um acto importantíssimo apesar do aumento do conhecimento sobre a obesidade que revela novos tratamentos.

A dislipidémia, a hipertensão e uma resistência à insulina são problemas frequentes no obeso. Estes problemas parecem estar todos directamente ligados ao excesso de gordura na zona abdominal. (OMS, 2003).

Silva (2005, p.25) refere que:

“Associam-se à obesidade diversas outras patologias, tais como hipertensão arterial sistémica, diabetes mellitus, artropatias, insuficiências respiratórias e /ou cardíacas, colecistopatias litiásicas, doença do refluxo gastro-esofágico, varizes e trombozes em membros inferiores, doenças coronárias e cerebrais, infertilidade, amenorreia, incontinência urinária, impotência, hipercolesterolemia, alguns tipos de tumores e, frequentemente, alterações psicossociais”

## **3. Tratamentos para Combate à Obesidade**

Não existe uma fórmula de tratamento para a obesidade, mas sim um conjunto de procedimentos a adquirir pelo paciente para progressivamente diminuir o seu peso corporal de

maneira correcta e saudável. Estes procedimentos englobam mudanças na atitude familiar e do paciente, mudança nos hábitos alimentares e no estilo de vida (Barbosa, 2004).

Carlini (2001) refere que já existem muitos tratamentos, como é o caso do plano alimentar, educação nutricional, acompanhamento psicológico, medicamentos, cirurgia bariátrica, que são utilizados por estes doentes. Com novas perspectivas de tratamento muitas pessoas acabam por renovar os seus hábitos alcançando assim, auto-estima e a possibilidade de melhorar a qualidade de vida.

A incapacidade de trabalhar, frequentar escolas, realizar serviços domésticos, pequenas tarefas e até a higiene pessoal são razões muito fortes para indicar um tratamento cirúrgico. A cirurgia bariátrica impõe-se, por vezes, como a única opção de tratamento. (Coutinho, Benchinol, 2002).

### **3.1. Tratamento Cirúrgico: Cirurgia Bariátrica**

Citando Filho (2004), a palavra bariátrica advém do latim *Baros* (peso) + *Iatrein* (tratamento).

Um aspecto muito importante a ter em conta é definir concretamente o que é a cirurgia bariátrica. Assim, e tal como referem Boas, Casais, Moura, Povoas e Raffaelli (S.d., *in* Centro de Cirurgia da Obesidade – Cirurgia da Obesidade – o que é preciso saber)

“A cirurgia bariátrica deve, em primeiro lugar, ser bem diferenciada de algumas técnicas da cirurgia plástica. Não estão incluídas nesta especialidade procedimentos estéticos como lipo-aspiração, lipo-redução, dermolipectomia, e outros do género. O princípio da cirurgia bariátrica consiste em induzir a perda de peso por meios cirúrgicos”.  
([http://www.obesidademorbida.com.br/imagens/manual\\_do\\_paciente.pdf](http://www.obesidademorbida.com.br/imagens/manual_do_paciente.pdf)).

O tratamento cirúrgico da obesidade surgiu na década de 50, na primeira experiência cirúrgica foi retirado um grande segmento do intestino do paciente mas os resultados não foram bons, devido à intensa diarreia, cirrose hepática e desnutrição e, com o passar dos anos as técnicas foram sendo aperfeiçoadas. Quanto melhores os resultados, maior sua divulgação e aceitação,

tanto no meio médico como entre os pacientes, por outro lado, a cirurgia passou a ser vista por muitos obesos como uma solução mágica, capaz de resolver todos os seus problemas (Garrido Jr, 2003).

Segundo a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica, e referido por Farias (2005), o procedimento pioneiro para tratamento da obesidade foi descrito em 1954, pelos cirurgiões Kremen e Linner, que, baseados em experiências com animais, realizaram um *bypass* intestinal, na qual resultou uma diminuição da área absorptiva do trato gastrintestinal e, consequentemente, com redução eficaz do peso.

Para Sérgio (2004), a cirurgia é a melhor forma de tratar a obesidade grave, não só no que diz respeito ao tratamento, mas também pela redução de custos que acarreta a longo prazo, além de acabar com a necessidade de medicação.

Com a opção de alguns tratamentos revolucionários como a cirurgia bariátrica, os pacientes obesos mórbidos, podem perder muito peso, aproximando-se assim, do seu peso ideal. Esta opção de tratamento pode mudar toda a rotina e hábitos de vida inerentes à pessoa obesa. (Carlini, 2001)

### **3.1.1. Critérios para Cirurgia Bariátrica**

Kolanowski (1997 *cit in* Carlini, 2001, p.31) descreve os critérios para levar um obeso para a cirurgia bariátrica:

- “o peso acima de 100% do peso ideal -  $IMC > 40Kg/m^2$ ;
- história dietética com tentativa de dietas hipocalóricas sem sucesso nos últimos cinco anos;
- obesidade exógena (excluir genética, causas endócrinas);
- boa saúde geral;
- estabilidade psiquiátrica;
- não ocorrência de alcoolismo;
- operação realística para os resultados e impacto sobre a vida.”

Silva (2005, p.60) concorda com os critérios anteriormente descritos, no entanto, acrescenta:

- “IMC igual ao maior do que 35 kg/m<sup>2</sup>, com doença clínica importante associada, isto é, co-morbilidade;
- Insucesso ou resistência ao tratamento clínico prévio;”

### **3.1.2. Contra-Indicações à Cirurgia Bariátrica**

A cirurgia bariátrica é contra-indicada nos casos em que o paciente não esteja plenamente de acordo com a cirurgia ou não seja capaz de verificar as mudanças que ocorrerão após a operação. São também consideradas as seguintes patologias, contra-indicação para a não realização de cirurgia bariátrica: pneumopatia grave, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio, cirrose hepática, consumidores de drogas, doentes com distúrbios alimentares, mais propriamente compulsões e suporte social inadequado. Pela grande possibilidade de insucesso pós-cirúrgico, são considerados também os distúrbios psiquiátricos como contra-indicação (Azevedo; Linardi; Oliveira, 2004) .

Silva (2005) afirma que na Europa e Estados Unidos, se elaboraram consensos sobre os critérios para a indicação/contra indicação de tratamento operatório, que foram referendados pela Federação Internacional de Cirurgia da Obesidade e tiveram adesão da afiliada Sociedade Brasileira de Cirurgia da Obesidade. Assim, e de acordo com os consensos (Silva, 2005, p.60,61) são contra-indicação para a cirurgia de obesidade:

- “DPCO severa ( asmáticos e enfisematosos severos);
- Episódios tromboembólicos de repetição;
- Miocardiopatia avançada;
- Insuficiência hepática severa ( cirrótico grave );
- Insuficiência renal;
- Distúrbios psiquiátricos;
- Alcoolismo;
- Dependência química importante.”

### **3.2. Tipos de Procedimentos Cirúrgicos**

Segundo Marchesini et al (2002), existem três formas básicas de tratamento através de técnicas restritivas, de má absorção (disabsortivas) e mistas.

#### **3.2.1. Técnicas Restritivas**

As técnicas restritivas são aquelas que “diminuem a capacidade gástrica e induzem a saciedade precoce.” (Gurski; Schirmer; Volkweis, 2005, p.139).

Para Conco e Filho (2004) as cirurgias restritivas, como o próprio nome indica, reduzem a capacidade gástrica (devido ao fechamento de uma porção do estômago, através de uma sutura, havendo a criação de um compartimento fechado). A utilização de um anel de contenção resulta num esvaziamento mais lento deste “pequeno estômago”.

Gurski, Schirmer, Volkens (2005) referem que as principais técnicas são a gastroplastia vertical com banda gástrica, criada por Mason e a banda gástrica ajustável por videolaparoscopia, que é actualmente a mais realizada na Europa.

Por seu lado, Filho (2004) referem o bypass gástrico, banda gástrica ajustável por videolaparoscopia e balão intra-gástrico.

Já Henriques e Pereira (2006) são da opinião que apenas, a gastroplastia, a gastroplastia vertical com banda e a banda gástrica externa são consideradas técnicas restritivas.

##### **3.2.1.1. Gastroplastia Vertical com Banda**

A aceitação e o respeito da comunidade científica no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida devem-se ao árduo e incansável trabalho realizado por Edward Mason. Em 1980 ele introduziu a “Gastroplastia Vertical com Banda”, um procedimento que é baseado na restrição mecânica à ingestão de alimentos. (Berti; Oliveira; Garrido Jr.; 2002).

No entanto, um ano antes, em 1979, Laws introduziu o conceito de uma câmara gástrica vertical, junto à pequena curvatura, baseado na menor distensibilidade dessa região, quando é comparada ao fundo gástrico. (Tanaka, 2006).

As vantagens desta técnica é que é facilmente reproduzível, causando alterações metabólicas mínimas, apresentando desta forma uma mortalidade reduzida. (Berti; Oliveira; Garrido Jr., 2002).

As desvantagens desta técnica é que o paciente pode ingerir líquidos em grande quantidade em detrimento de alimentos sólidos, mas se estes forem hipercalóricos, a perda de peso não será a esperada. É uma técnica que deve ser usada em pacientes especiais, tendo como principais características a disciplina e serem muito colaborantes em todo o processo, exigindo desta forma que a escolha seja criteriosa e com rigor. (Carlini, 2001).

No decorrer dos anos seguintes, foram incorporadas várias alterações (na sua maioria detalhes) à técnica original, sem contudo alterar os mecanismos básicos. (Berti; Oliveira; Garrido Jr., 2002)

É considerada restritiva, pois o volume que o paciente ingere na refeição irá depender da consistência do alimento, isto é, quanto mais sólido for o alimento, menor a quantidade que irá ingerir. (Franceschi, 2002)

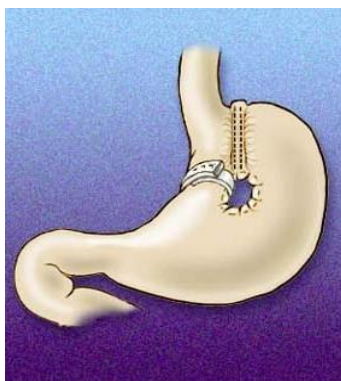
A Gastroplastia Vertical com Banda não é uma técnica isenta de complicações, no entanto a sua ocorrência é rara. As embolias pulmonares foram descritas como sendo as mais frequentes, dentro das complicações de maior gravidade, apresentando 0,8 % do total dos 1260 pacientes sujeitos ao estudo. A taxa de mortalidade descrita é de 0,2%. (Berti; Oliveira; Garrido, Jr.,2002).

De acordo com Gurski, Schirmer, Volkweis (2005, p.140) “A taxa de reoperações chega até um terço dos pacientes, geralmente por falha, estenose da bolsa, erosão da banda ou refluxo gastroesofágico intenso.”

Segundo Macgregor, citado por Berti, Oliveira, Garrido Jr. (2002, p.153) “o período de 12 a 24 meses após os procedimentos restritivos é o ideal para avaliarmos o sucesso ou falha do método”. Ainda, segundo estes autores, Mason apresentou resultados de 54% a 70% de redução de excesso de peso em 70% dos pacientes (após três anos da cirurgia).

Fandiño e Segal (2002) referem, entretanto, que esta técnica apresenta um nível alto de recidiva da obesidade após dez anos da cirurgia, motivo pela qual vem sendo abandonada mundialmente.

**Figura 1** – Gastroplastia Vertical com Banda



Fonte: <http://www.centrodaobesidademorbidacom.br/COM/Faq/Faq.aspx>

### 3.2.1.2. A Banda Gástrica Ajustável

A banda gástrica foi desenvolvida por cirurgiões austríacos de seu nome G. Szincz e G. Schnapka, em 1982. Como proposta inicial colocaram um anel rígido de silicone em volta da porção superior do estômago de coelhos, com o objectivo de restringir a ingestão. Em 1983, o procedimento foi adoptado, como sendo uma banda fixa, modificando a síntese de silicone. Posteriormente, em 1986, foi idealizado como banda gástrica ajustável, utilizando o método nos seus pacientes a partir de Junho de 1986 (Miguel, 2005).

Em Junho de 2001, nos Estados Unidos, o Food and Drug Administration aprovou o uso do sistema de banda gástrica ajustável, no tratamento da obesidade mórbida. (Tanaka, 2006).

Este procedimento é utilizado para pacientes com IMC  $> 35 \text{ kg/m}^2$ , em pacientes obesos que reconhecem o seu problema e procuram uma solução, história de longas tentativas de perda de

peso, por diferentes formas e em situações em que os pacientes compreendem o seu papel para atingir o seu sucesso após a operação.

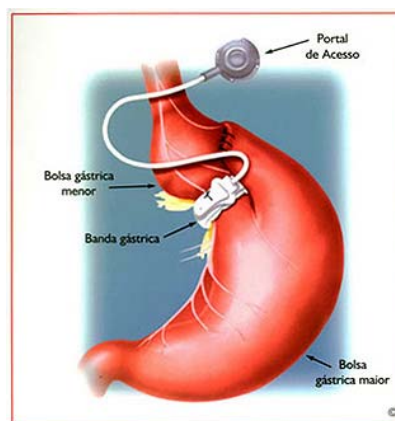
Fin (2002) refere que pacientes sem condição anestésica cirúrgica, com atraso mental e/ou doenças psiquiátricas (distúrbio bipolar e esquizofrenia), dependência maníaca e doenças auto-imunes são contra indicações absolutas para Banda Gástrica Ajustável.

Miguel (2005) refere ainda que a hiperfagia maligna, bem como a hipertensão portal são contra-indicações à colocação de banda gástrica. O mesmo autor refere que o prolapso do estômago pela banda ocorreu em 15% dos casos, nos pacientes iniciais.

Macgregor (1999) admite que no pós-operatório podem ocorrer deslizamento da banda, esvaziamento do reservatório, falha na perda de peso, vômitos persistentes e refluxo ácido.

A perda de peso, da mesma forma, fica em torno de 20 a 30% em média e depende da cooperação do paciente. (Carlini, 2001).

**Figura 2 – Banda Gástrica Ajustável**



**Fonte:** <http://www.doutorsalem.com.br/cirurgia.htm>

### **3.2.2. Técnicas Disabsortivas**

As técnicas disabsortivas são, em geral muito bem sucedidas quanto ao emagrecimento que pode chegar a 40% do peso original, no entanto têm necessidade de controle mais rígido quanto aos distúrbios nutricionais, de elementos minerais e vitaminas.

Gurski, Schirmer, Volkens (2005) referem apenas a derivação jejunoileal, como técnica puramente disabsortiva.

A mesma opinião defendem Henriques e Pereira (2006).

Já Tanaka (2006) considera como técnica disabsortiva, a derivação jejunoileal, a cirurgia biliopancreática de Scopinaro e a cirurgia Duodenal Switch.

Franco Errizzi (2008) refere que as técnicas disabsortivas impedem o alimento de percorrer o tubo digestivo, diminuindo, assim a área de absorção intestinal e considera como técnicas disabsortivas a técnica de Nicola – Scopinaro e Duodenal Switch.

### **3.2.2.1. Bypass Jejuno-Ileal**

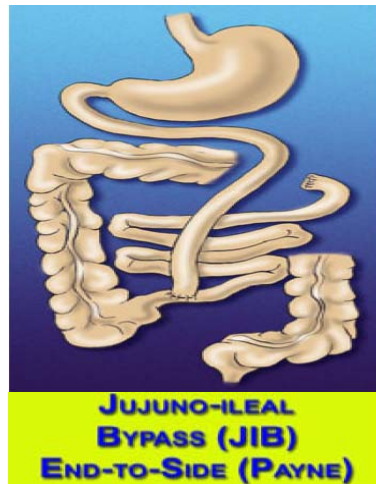
Tanaka (2006) afirma que o *bypass* jejuno-ileal foi o procedimento pioneiro das cirurgias de má absorção, bem como de todas as cirurgias bariátricas.

Leite e Rodrigues (2002) referem que o primeiro *bypass* jejuno-ileal, foi baseado em estudo em animais de laboratório e publicado em 1954, por Kremen e Linner. Os mesmos referem que este procedimento foi “amplamente utilizado ao longo da década de 1960 e popularizado por Payne e de Wind, Scott e seis colaboradores”. (Leite; Rodrigues, 2002, p.141)

Mais tarde, vários cirurgiões tentaram vários aperfeiçoamentos da técnica, outras foram idealizados, no entanto, apesar da importante perda de peso observada, as técnicas descritas são hoje inaceitáveis, como tratamento da obesidade mórbida devido à grande incidência de complicações encontradas em todos os procedimentos. (Leite; Rodrigues, 2002).

A perda de peso foi excepcional, no entanto ocorriam imensos efeitos adversos, como diarreia, distúrbios electrolíticos, fibrose e insuficiência hepática (devido à desnutrição e à absorção de toxinas produzidas na grande extensão do intestino delgado excluído do trânsito), nefrolitíase, erupções cutâneas e febre, limitando o seu uso, e motivando outras técnicas de tratamento para a obesidade mórbida (Tanaka, 2006).

**Figura 3 - Bypass Jejuno-Ileal**



Fonte: [www.asbs.org/html/story/chapter2.html](http://www.asbs.org/html/story/chapter2.html)

### 3.2.2.2. Técnica de Nicola Scopinaro

Em 1976, após estudos em cães, Nicola Scopinaro idealizou a derivação bilio-pancreática, tendo como principal objectivo reduzir, ou eliminar, a diarreia intratável distúrbios hidroelectrolíticos, desnutrição proteica, hipovitaminoses, insuficiência hepática, nefrolitíase, náuseas, vômitos e poliartrites (complicações referentes ao *bypass* jejuno-ileal). (Lima; Paiva, 2005)

Numa tentativa de encontrar a melhor perda de peso e o menor índice de complicações, Scopinaro realizou várias alterações no seu novo procedimento cirúrgico. (Lima; Paiva; 2005). Dessa forma a SPCO (2000) considera que é um processo em que nenhum segmento do intestino delgado é disfuncionalizado, tornando os problemas hepáticos muito menos frequentes.

Segundo o site da SPCO (2000) este processo apresenta um componente restritivo e um segundo componente que induz má absorção. Este componente disabsortivo mantém a perda de peso estável ao longo do tempo. É por isso considerada uma técnica mista.

A mesma opinião referem Henriques e Pereira (2006, p.1227), onde relatam que “são consideradas operações mistas (que provocam diminuição da absorção e são restritivas), (...) o *bypass* biliopancreático de Scopinaro”.

Habitualmente a vesícula biliar é retirada neste procedimento: quase 90 % dos pacientes podem apresentar pedras na vesícula durante o processo de emagrecimento.

Segundo, o Grupo de Estudos da Cirurgia da Obesidade Mórbida (S.d.) esta técnica permite que o emagrecimento ocorra devido a uma má-absorção dos alimentos ingeridos, existindo uma moderada restrição no tamanho do estômago, permitindo desta forma a ingestão de grandes volumes de alimentos após o procedimento.

Existe, como constatamos, alguma contrariedade em relação aos autores supra – citados.

Segundo a SPCO (2000) as grandes vantagens desta técnica são a capacidade de ingerir grandes quantidades de alimentos e mesmo assim atingir uma excelente perda de peso ao longo do tempo.

Para Lima e Paiva (2005), outra das vantagens em relação aos procedimentos restritivos é o grau de elevada satisfação que os pacientes obtêm com este procedimento.

Já para a APPOM (*cit in* <http://www.appom.com.br>, S.d.)

“As principais vantagens desta cirurgia são:  
Redução do estômago sem a presença de bandas ou anéis;  
A cirurgia pode ser totalmente revertida (com exceção da faixa de estômago que foi retirada);  
Não é retirado nada do intestino como é proposto em outras técnicas;  
O volume de alimento que vai poder ingerir em alguns meses de pós-operatório vai ser praticamente normal;  
A perda de peso é consistente e duradoura.”

As grandes desvantagens são a sua associação com fezes moles, aumento do número de dejeções, úlceras do estoma, fezes com cheiro fétido e flatulência. (SPCO, 2000)

Esta técnica pode ter como consequências a osteomalácia por deficiência de vitamina D e cálcio.

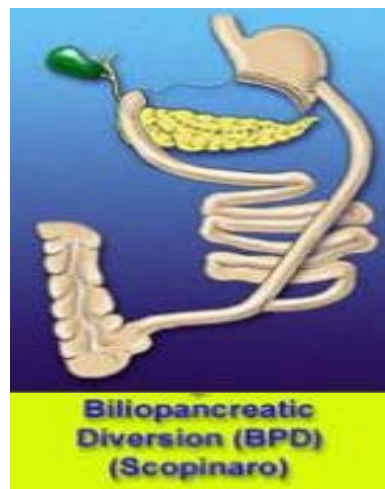
Para o paciente superobeso (IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup>), portadores de dislipidemia grave, diabetes mellitus tipo II, portadores de volumosa hérnia hiatal ou submetidos a tratamento cirúrgico para a mesma, a derivação bilio-pancreática apresenta-se como uma das melhores opções. (Paiva; Lima, 2005)

Paiva e Lima (2005) afirmam que a polineurite pode aparecer nas primeiras semanas de pós-operatório, sendo considerada como complicação precoce, devido à baixa ingestão de alimentos ou perda rápida de peso.

Os mesmos autores indicam a hipoproteinémia como complicação tardia, estando associada a baixa albumina, anemia, edema, astenia e alopecia. Outra das complicações tardias poderá ser a diarreia, estando esta relacionada com a ingestão de gordura, sendo responsável pela redução na absorção de cálcio e proteína, essencialmente.

O cálcio e o ferro têm o duodeno e jejuno proximal como os principais locais de absorção. Por este facto, as cirurgias em que se exclui o trânsito alimentar nesses locais, são causadoras de potenciais deficiências de cálcio. (Paiva; Lima, 2005).

**Figura 4** – Derivação Biliopancreática de Scopinaro



**Fonte:** [http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2003/Iliescul/these\\_body.html](http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2003/Iliescul/these_body.html)

### 3.2.2.3. Cirurgia Duodenal Swith

Esta técnica cirúrgica foi realizada pela primeira vez por Gagner, em 1999 tendo como seu criador Marceau, e 1993. (Leite; Rodrigues,2002). Trata-se de uma gastrectomia parcial vertical, que deixa uma maior área absorptiva.

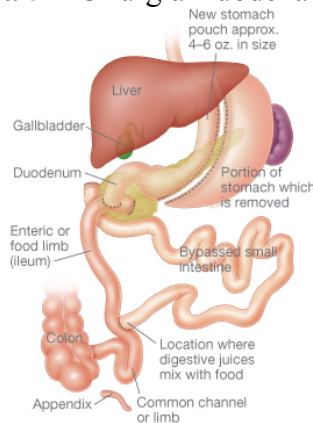
Este procedimento é adequado para pacientes superobesos (IMC >50), que não toleram mudanças radicais nos seus hábitos alimentares.

Apresenta uma vantagem relativa face à cirurgia de Scopinaro, pois possui menos complicações (Gurski; Schirmer; Volkweis, 2005)

Gurski, Shirmer, Volkmeis (2005) indicam que no primeiro ano ocorre anemia, em 30% dos casos, deficiência de vitaminas lipossolúveis, em 30 a 50%, dos casos e, complicações nutricionais em 3 a 5% dos casos, descritos, diarreias e fezes de cheiro fétido são comuns após o *bypass* biliopancreático, referem os mesmos autores.

Os pacientes podem apresentar ainda: desnutrição, possibilidade de fistula, embolia pulmonar, e abertura dos agrafos com eventração causando septicemia, distúrbios metabólicos e evacuações de volume e frequência aumentados. (Patiño, 2003).

**Figura 5 - Cirurgia Duodenal Switch**



Fonte: <http://www.cpmc.org/advanced/obesity/ds.html>

### 3.2.3. Técnicas Mistas

As técnicas mistas associam à restrição gástrica alguma técnica de derivação intestinal (*bypass*). É o caso do *bypass* gástrico em Y de Roux e a derivação biliopancreática criada por Scopinaro. (Gurski; Schirmer; Volkens, 2005).

A mesma opinião defendem Henriques e Pereira (2006).

Franco Erizzi (2008) relata que devido ao insucesso relativo das cirurgias de técnica restritiva nos Estados Unidos, os cirurgiões americanos continuaram as pesquisas no início da década de 1990 dois cirurgiões, em 2 cidades diferentes, desenvolveram coincidentemente a mesma

técnica cirúrgica, sendo eles: o Dr. Mathias Fobi e o Dr Rafael Capella. Esta cirurgia une o conceito restritivo e o conceito disabsortivo, numa só técnica cirúrgica.

### 3.2.3.1. *Bypass* Gástrico em Y de Roux

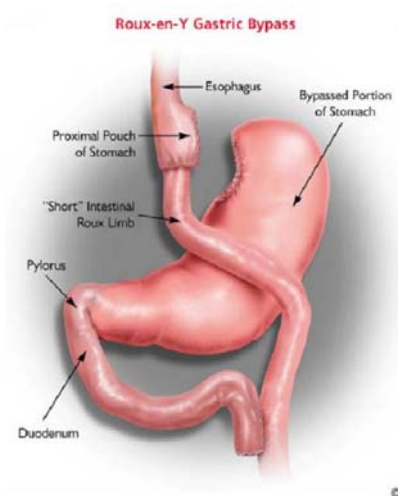
Tanaka (2006) refere que este procedimento é restritivo, pois forma-se a “câmara” gástrica proximal com capacidade para 30 mililitros ou menos. Também é denominado como procedimento de má absorção, pois o extenso segmento digestivo é retirado do “trânsito” intestinal.

De salientar “Fobi, em 1986, propôs o *bypass* gástrico com anel de silicone sem secção do estômago, utilizando o anel como elemento de limitação da bolsa”. (Leite; Rodrigues, 2002, p.145). Os mesmos autores referem que, em 1991 o cirurgião realizou o mesmo procedimento com secção gástrica, denominado pelo seu próprio nome: Fobi.

Capella, em 1990, já tinha proposto uma operação semelhante à de Fobi. As dimensões do reservatório criado por Capella, no entanto, eram menores.

Leite e Rodrigues (2002) são da opinião que a modificação do *bypass* gástrico proposta por Fobi e Capella é hoje considerada “padrão ouro” da cirurgia bariátrica e tornou-se o mais realizado para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

**Figura 6** - Técnica Fobi Capela (Y de Roux)



Fonte: [http://www.surgicalclinic.ms/BARI\\_Weight\\_Loss.php](http://www.surgicalclinic.ms/BARI_Weight_Loss.php)

Segundo o Centro Avançado de Gastroenterologia e Cirurgia da Obesidade (S.d., *cit in* <http://www.gastroobesocenter.com.br>), são indicações para o *bypass* gástrico em Y de Roux:

- “Pacientes com um IMC > 40;
- Pacientes com IMC > 35 que apresentem co-morbidade cardiopulmonar grave ou diabetes severa;
- Pacientes que avaliados por médico experiente em matéria de tratamento da obesidade, tenham pequena probabilidade de sucesso com medidas não cirúrgicas .”

Segundo Fandiño e Segal (2002) é uma operação segura, com baixa morbidade, que mantém perdas médias de 35 a 40% do peso inicial a longo prazo e maior facilidade de controle pós-operatório.

Tanaka (2006) refere que entre as complicações mais comuns podem referenciar-se as úlceras nas anastomoses, sangramento intestinal, úlcera gástrica duodenal do segmento excluído, torção do braço do “ Y de Roux”, obstrução de alça, estenose do estoma e colelitíase.

Negrão (2006) refere também que os pacientes também podem apresentar Síndrome de Dumping (fenómenos associado ao consumo de açúcar simples), no pós-operatório.

#### **3.2.4. Balão Intragástrico (BIG)**

A bolha Gástrica de Garren-Edwards em 1985, tornou-se o primeiro balão intragástrico colocado endoscopicamente. No entanto, os resultados obtidos foram contestados e o seu formato desencadeou erosões e úlceras gástricas e obstruções intestinais, pelo que foi retirado do mercado. (Torresini, 2005)

As pesquisas continuaram e a versão final dessa evolução é o Balão Intragástrico da Bioenterics (BIB). (Torresini, 2005).

Como refere o mesmo autor (2002), o BIB é introduzido por via oral com monitorização endoscópica, tendo capacidade de 400 a 700 ml. É introduzido vazio, no entanto o seu preenchimento é feito com 10 ml de azul metileno em 1000 ml de solução salina. O azul-de-metileno serve para, corar a urina de verde e assim monitorizar qualquer vazamento da

prótese. É uma solução temporária, proporciona no máximo a perda de 10% do peso. Pode ser usada em pacientes com elevado risco de vida e contra-indicados para a cirurgia definitiva, que perdendo 10% do seu peso possam diminuir o tal risco de vida. O uso do balão é contra-indicado em pacientes portadores de hérnia de hiato ou portadores de úlcera gastroduodenal.

A colocação do balão está indicada em obesidade mórbida para baixar o peso antes da cirurgia bariátrica, pois foi demonstrado que diminui riscos cirúrgicos de forma significativa, para paciente com IMC entre 35 e 40 sem respostas às dietas, pacientes com IMC entre 30 e 35 com patologias associadas e pacientes com contra indicações cirúrgicas. (Fluxá, 2003)

O sucesso do balão está directamente associado à colaboração do paciente, que deverá modificar os seus hábitos alimentares e associá-los a exercícios físicos. Em média os pacientes perdem 50% do excesso de peso e baixam o seu IMC entre 4 a 5 pontos. (Tanaka, 2006).

Para a mesma autora, as complicações mais frequentes são os efeitos adversos referentes à intolerância inicial do balão, que gera náuseas, vômitos e dor epigástrica. São raras úlceras e perfurações gástricas. Caso haja ruptura do balão a urina ficará esverdeada.

**Figura 7** – Balão intragástrico



**Fonte:** [www.surgicare.com.br/Tipos-Cirurgia.htm](http://www.surgicare.com.br/Tipos-Cirurgia.htm)

## **4. A Importância do Enfermeiro**

### **4.1. Na Educação Para a Saúde**

Tratar o obeso é uma tarefa árdua e muitas vezes pouco gratificante. Temos contra nós (enfermeiros) todo o peso de uma cultura ancestral assente sobre o fantasma da fome: “gordura é formosura” e “morra Marta, morra farta”. A desenfreada oferta de produtos muitíssimo energéticos – que estão, muitas vezes, associados a imagens de juventude, boa forma física, harmonia familiar ou sucesso – o modo de vida urbano que favorece, por um lado o sedentarismo e por outro, obriga muitas vezes a longos intervalos de jejum, e a refeições rápidas, com uma escolha geralmente limitada a alimentos hipercalóricos de baixo valor nutricional. (Carmo; Reis; Galvão-Teles,1990)

Carmo, Reis, Galvão-Teles (1990, p.22), no I Congresso Português da Obesidade referem que:

“O modo de vida urbano está em expansão – esta é uma realidade sobre a qual não podemos intervir. A desinformação é infelizmente generalizada. Assim, a prevenção e o tratamento da obesidade passam, em primeiro lugar, pela educação.

Sendo a obesidade uma doença de difícil tratamento, a melhor estratégia a executar é a sua prevenção. Em virtude da sua posição nos cuidados de saúde primários, o Enfermeiro, encontra-se bem posicionado para dar formação às pessoas sobre assuntos básicos, como alimentação saudável, peso “ideal” e os perigos da dieta. (Timms, 1993)

Quando se pensa na obesidade vem logo à mente a figura do obeso com muitos e muitos quilos a mais, sem lembrar que tudo começou pelo sobrepeso, ou seja, por um pequeno excesso de peso. O profissional de saúde é, em parte o responsável pela busca e pela manutenção de um crescimento e desenvolvimento adequados da criança desde o nascimento até ao final da adolescência, e como tal precisa de estar atento aos distúrbios nutricionais possíveis, para assim poder actuar, a nível dos cuidados primários.

Na prevenção da obesidade, os aspectos psicológicos são amplos e intrincados, exigindo, por parte dos profissionais de saúde, uma reflexão contínua e uma prática clínica persistente. A atitude preventiva face à obesidade deve iniciar-se, no fundo, desde a infância, não só através de uma alimentação saudável e adequada, como através de uma “relação com a comida” desdramatizada desde muito cedo. (Carmo et al, 1990). As ideias do “bebé lindo e rechonchudo” e do “adulto gordo e desajeitado” devem ser combatidas!! Como tal, cabe aos profissionais de saúde, parte da tarefa de eliminar estas ideias e consciencializar a população para o facto de estarmos perante uma verdadeira e grave epidemia.

Esta assume maior importância na criança e no adolescente como refere Cardoso (2005), pela grande possibilidade de se manter na vida adulta, além dos riscos para a saúde a que o adolescente obeso fica exposto.

Segundo Carmo et al (1990, p.24) “ O obeso mais difícil de tratar é aquele que começou por ser uma criança obesa.” Sendo assim, o enfermeiro deve dirigir a sua actuação precocemente, envolvendo a criança, bem como a sua família, pois a criança encontra-se numa fase da vida em que é mais fácil aprender novos hábitos, facilitando assim o sucesso da intervenção.

A mesma autora indaga que é extremamente importante que, desde muito cedo as mães não returcam às demonstrações de desassossego dos seus filhos, enchendo-os de comida, pois mais tarde eles procurarão superar os seus conflitos da mesma forma, sem recurso a outras estratégias adaptativas.

Na perspectiva de Warden e Warden (1997), a prevenção da obesidade deve iniciar-se na infância. É necessário uma forte campanha de saúde pública, para reverter as antiquíssimas tendências de aumentar o estilo de vida sedentário e a ingestão de alimentos gordurosos.

Segundo o mesmo autor, a qualidade da educação acerca de nutrição e obesidade, necessitam ser melhoradas para aumentar a ênfase acerca da vida saudável e da prevenção do excesso de peso e obesidade, na assistência primária à saúde.

Cedo na vida se instalam os hábitos alimentares, adquirindo os alimentos conotações positivas e negativas, das quais são paradigmáticas a adoração pelo chocolate e o ódio pela sopa e legumes.

A prevenção começa pela educação nutricional, por promover comportamentos alimentares saudáveis, desde os mais pequenos, consciencializando gradativamente e mostrando o verdadeiro sentido e valor da alimentação saudável, onde até se pode comer de tudo, mas na hora e quantidade certas. É um trabalho longo, intenso, mas que traz bons frutos. E assim será, mas para que isso aconteça tem que se começar agora. As estratégias de prevenção de obesidade,

“ (...) devem começar nos comportamentos e ambiente da família, melhorando os padrões de actividade física e ingestão nutricional, de modo a influenciar as crianças e a reduzir o risco de obesidade no adulto” (Moreira, 2005, p.67).

Deve ser prestada, especial atenção aos adolescentes. A grande prevalência de obesidade, com maior risco de persistência na idade adulta e repercussões graves na imagem corporal, tornam a intervenção neste grupo etário muito importante, embora difícil. De acordo com o autor citado, é necessário estar atento aos riscos de graves alterações do comportamento alimentar (bulimia/anorexia) e saber respeitar a necessidade de identificação com os pares e os comportamentos de grupo.

Diversas iniciativas de educação alimentar, de educação para a saúde e de formação de consumidores encontram eco e contribuem para a difusão de boas práticas nutricionais, conquistando pouco a pouco mais pessoas para comerem racionalmente. (Peres, 2003)

A alteração de conceitos e atitudes seria mais fácil com programas a nível nacional que promovessem a educação alimentar e o exercício, envolvendo a comunicação social, a escola, o centro de saúde e centros especializados.

Na escassez destes existem outros espaços possíveis: o centro de Saúde, em que o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada, uma vez que tem acesso a o utente inserido no seu meio.

Carmo et al (1990, p.23) referem que:

“Tem possibilidade de detectar precocemente situações de risco – a grávida obesa, a criança obesa ou filha de obesos. Tem acesso à escola. E finalmente, conhece o terreno – os hábitos alimentares, o tipo de actividade dos utentes. Assim, as acções formativas sobre nutrição, prevenção da obesidade e educação do obeso têm grande efeito potencial na população”.

Na terapêutica da obesidade, outro dos aspectos primordiais é a educação. O conhecimento por parte do obeso dos riscos que corre e dos benefícios de um programa alimentar e de exercício é o primeiro passo para a adesão a esse programa.

De acordo com Carmo et al (1990), consideram ser igualmente importante o ensino do valor nutricional dos diversos alimentos, através de ideias/noções básicas e do provimento de tabelas de interpretação fácil que contenham os alimentos utilizados habitualmente em Portugal.

Fornecimento de dietas-tipo facilmente adaptáveis, com 5 a 7 refeições diárias, ou elaboração de dietas, se o horário do obeso não aprovar a dieta-tipo.

A elaboração de um programa de exercício adequado de indivíduo para indivíduo, que explique as suas vantagens (nomeadamente no decurso de uma dieta de emagrecimento).

#### **4.2. Cuidados de Enfermagem no Peri-Operatório**

A enfermagem peri-operatória vem assumindo cada vez mais uma importância fundamental nos doentes que irão ser submetidos a cirurgia, quer pela responsabilidade do enfermeiro a nível da instrumentação, durante o processo anestésico, assim como os cuidados essenciais no pré e pós operatório, garantindo desta forma a qualidade de cuidados prestados ao doente.

Importante é todo o processo de educação para a saúde, referenciado anteriormente, para evitar estilos de vida que poderão predispor o indivíduo à obesidade. Quando isso não acontece e a cirurgia acaba por ser o meio de tratamento mais eficaz. É importante o apoio e o cuidado prestados ao doente nestes casos.

Todo o processo de enfermagem deve conter cuidados de enfermagem ao paciente submetido a cirurgia bariátrica, contendo um plano no pré, intra (trans) e pós-operatório, tendo em atenção, sempre a visão holística do doente. Não esquecendo que, nestes doentes é necessária uma adequada avaliação psicológica de forma a identificar factores de risco que poderão interferir na adequada recuperação do doente (Bianchi; Negrão, 2006).

Os cuidados no peri-operatório da cirurgia bariátrica passam pelos cuidados fundamentais do pré, trans e pós-operatório. No período pré-operatório, o doente será informado da necessidade cirurgia, tipo e complicações. O enfermeiro deve estar atento à assinatura do consentimento informado. (Timby, 2001)

De extrema importância, além dos cuidados inerentes a qualquer pré-operatório é a avaliação efectuada pelo enfermeiro, relacionada não só com as co-morbidades do doente obeso, mas também aos riscos anestésicos e cirúrgicos a que estão propensos. (Bianchi; Negrão, 2006).

A colheita de dados deve inserir nos hábitos nutricionais da pessoa, avaliação psicossocial, incluindo aspectos sociais de apoio após cirurgia e fundamentalmente psicológicos, dado a elevadas alterações que ocorrerão no estilo de vida da pessoa. (Brunner; Suddarth, 2002). Nem todos os obesos sofrem de problemas do foro psicológico, mas provavelmente a grande parte sofre de distúrbios do comportamento alimentar, sendo necessário que haja um suporte psicológico para que a terapêutica de combate à obesidade ocorra com sucesso.

Durante a terapêutica e mesmo após a sua finalização, para que os resultados sejam mantidos, os obesos mórbidos terão de se adaptar a um novo estilo de vida, completamente diferente do que estavam habituados.

De salientar, também o exame físico incluindo a função cardiovascular e respiratório como requisito para os pacientes obesos mórbidos se submeterem à cirurgia. (Bianchi; Negrão, 2006)

O conhecimento do tipo de cirurgia de obesidade existentes, assim como as vantagens e desvantagens, possíveis complicações, a noção dos riscos e perigo para a vida inerentes a um indivíduo com obesidade mórbida, torna o enfermeiro um elemento activo da equipa

multidisciplinar, que envolve o doente que irá ser submetido a cirurgia para a obesidade. Aliada ao facto de serem os enfermeiros os cuidadores, nas 24 horas, do doente internado para cirurgia, sendo portanto um grande responsável pelo cuidado e até mesmo um elemento importante para a adesão a todo o tratamento que estará sujeito. (Bianchi; Negrão, 2006)

O período trans-operatório envolve o tempo que o doente se encontra no bloco operatório, onde estará ao cuidado e segurança dos enfermeiros do bloco, tal como a circulante, instrumentista e anestesista, que zelaram pelo cuidar e minimizar de complicações. (Timby, 2001) Dado o peso excessivo destes doentes será necessário a utilização de material adequado, tal como: mesas cirúrgicas específicas, macas tipo guindaste para transferência do doente, instrumentos específicos adaptáveis a tamanhos maiores. (Tanaka, 2006)

Os cuidados pós-operatório envolvem todos os procedimentos de um pós-operatório imediato desde o receber o doente na enfermaria até á monitorização de possíveis complicações. (Timby, 2001). Os cuidados pós-operatórios de enfermagem, num doente submetido a cirurgia bariátrica, são similares a um doente submetido a ressecção gástrica, não esquecendo os riscos das complicações associadas à própria obesidade mórbida. (Brunner; Suddarth, 2002). No período pós-operatório é importante, todas as orientações para a alta, que devem inserir desde alterações na nível alimentar, sinais de possíveis complicações, apoio psicológico para as alterações que irão decorrer, cuidados na medicação que irão tomar em casa, garantindo um internamento com qualidade e mínimas complicações. (Timby, 2001)

Assim, é importante o papel do enfermeiro, tanto na prevenção da obesidade, ajudando na aquisição de hábitos alimentares saudáveis e diminuindo desta forma, as complicações inerentes a uma obesidade mórbida, pois embora a saúde não tenha preço acarreta muitos custos. É igualmente essencial, o enfermeiro reconhecer e ter a noção do seu papel em todo o processo que envolve a cirurgia bariátrica, pois desta forma aumenta a qualidade de cuidados prestados, assim como a adesão do doente a este tratamento garantindo o sucesso da mesma.

### **4.3. Cuidados Específicos após Cirurgia**

Um dos aspectos a ter em atenção após a cirurgia é a avaliação nutricional que é feita periodicamente .

“ (...) e incide na progressão da diminuição do peso, na tolerância e adesão à alimentação prescrita e indicada para cada fase do pós-cirurgia, na ingestão de micronutrientes tanto na forma de alimentos, como na forma de suplementos, e nas técnicas para que os conselhos ministrados a nível da alimentação sejam respeitados. (Rangel, 2006, p.27)

É igualmente de elevada importância que nestas consultas sejam recolhidos dados relativos a sintomas. Assim deve ser verificada a existência de náuseas, vômitos, entre outros sintomas mais específicos. (Rangel, 2006)

#### **4.3.1. Náuseas e Vômitos**

As náuseas e vômitos são bastante comuns entre os indivíduos sujeitos a cirurgia bariátrica. A sua ocorrência pode ser devida a uma rápida ou excessiva ingestão dos alimentos, ou por outro lado uma insuficiente mastigação dos mesmos. Após a cirurgia, a introdução de um novo alimento, pode não ser bem suportada e levar o doente a ter vômitos e/ou sentir-se nauseado. (Rangel, 2006)

#### **4.3.2. Adaptação a um Novo Estilo de Vida**

São três os componentes que um doente obeso deve adoptar: alimentação, actividade física e a união de comportamentos e estratégias utilizadas pelo próprio doente, para que as alterações propostas nestas áreas ocorram eficazmente.

Rangel (2006) refere que é bastante importante o reforço e o estímulo positivo da equipa de profissionais de saúde que acompanham o doente. Para esta mesma autora, conseguir que as modificações anteriormente fornecidas ao obeso, sejam adquiridas por este, como algo a manter ao longo da sua vida é, a intervenção mais correcta.

Segundo a SPEO, e como refere Rangel (2006, p.41)

“ (...) o objectivo do emagrecimento deve ser a perda de massa gorda e não a perda de água e músculo. Por isso é que é importante que a redução de peso seja lenta e acompanhada de actividade física, para que seja atenuada a perda de massa muscular.

A actividade física é extremamente importante na manutenção do peso, no doente submetido a cirurgia bariátrica. Esta deve ser praticada de forma regular e com uma intensidade moderada. É importante esclarecer o doente que esta prática regular de actividade física, pode ser adaptada à sua rotina diária (não necessita de instrutores ou equipamento especial, nem de um gasto extra a nível económico), e ajudá-lo, desta forma, a planear estratégias para que a sua vida se torne fisicamente mais activa.(Rangel, 2006)

Joana Alexandra de Jesus Amorim

**Cirurgia Bariátrica – Conhecimentos dos Estudantes do 3º Ano da Licenciatura em  
Enfermagem da UFP**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2008



Joana Alexandra de Jesus Amorim

**Cirurgia Bariátrica – Conhecimentos dos Estudantes do 3º Ano da Licenciatura em  
Enfermagem da UFP**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2008

Joana Alexandra de Jesus Amorim

**Cirurgia Bariátrica – Conhecimentos dos Estudantes do 3º Ano da Licenciatura em  
Enfermagem da UFP**

Assinatura:

---

“Monografia apresentada à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de  
licenciado(a) em Enfermagem.”

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a todos os que me fizeram acreditar quando eu achava que era impossível.

## **Agradecimentos**

Este é o espaço onde agradeço e demonstro o meu carinho pelas pessoas que contribuíram directa ou indirectamente para a concretização deste trabalho. Esta é uma altura em que a nostalgia nos persegue e nos abre os olhos, mostrando quem nos faz feliz.

Á minha orientadora, Enfermeira Marta Silva, pela sua disponibilidade, pelos conselhos sempre oportunos, pela dedicação, ponderação, pelo estímulo e exigência crescentes, à medida que caminhava para a sua conclusão e pela excelente orientação, o meu profundo e sincero agradecimento.

Aos meus Pais pela formação dada até ao momento, pelos valores e princípios éticos e morais que me inculcaram, pela compreensão, pelo carinho e apoio que sempre me deram.

Ao meu irmão, P., pela força e coragem que sempre me deu e pelo apoio em enfrentar com optimismo e sempre com um sorriso, os momentos mais difíceis.

Aos meus avós paternos, por terem estado sempre presentes, pela confiança que depositam em mim, pelos conselhos e carinho que me transmitiram no dia-a-dia e pelo desejo, com tanta força quanto eu, que esta etapa que agora termina seja rodeada de sucessos.

Aos meus Padrinhos e prima pela presença constante e pela coragem e confiança.

Ao D. pela força, perseverança, coragem e paciência que me transmitiu, em especial, durante todo este percurso.... Por me mostrar que sou capaz e que tenho força para lutar. A ele, com um carinho muito especial.

A todos aqueles que directa ou indirectamente acreditaram e me incentivaram a correr atrás dos meus ideais.

*“Embora ninguém possa voltar  
atrás e fazer um novo começo,  
qualquer um pode (re)começar  
e fazer um novo fim”*

*(Autor desconhecido)*

## Sumário

A obesidade é actualmente um dos grandes problemas de saúde pública mundial, sendo já considerada pela sua dimensão, uma das mais graves doenças que o Homem tende a enfrentar. Quando existe uma versão patológica da obesidade considera-se obesidade mórbida. Esta acarreta inúmeros problemas de ordem física/psicológica, sendo causa de muitas doenças associadas, grande morbilidade e aumento de mortalidade. Aliás, refere Silva (2005) que, quando um indivíduo apresenta 50% de peso acima do “saudável” a incidência da mortalidade aumenta. Por tais factos, a obesidade é considerada um problema de saúde em todo o mundo e a cirurgia bariátrica mostra-se como uma ferramenta eficaz no tratamento da obesidade mórbida. Devido aos factos apresentados prevê-se que tenhamos cada vez mais, na nossa prática, esse procedimento cirúrgico, que depende do atendimento de uma equipa multidisciplinar, na qual faz parte a enfermagem. (Tanaka, 2006).

Para que os enfermeiros respondam com competência e sejam uma mais valia, no contexto de equipa de saúde, quer na área da prevenção, quer na área do cuidado, é fundamental, desde cedo dar maior atenção à formação holística dos estudantes de enfermagem. Desta forma, pareceu-nos pertinente desenvolver este estudo, com a finalidade de conhecer/identificar os conhecimentos dos estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre a Cirurgia Bariátrica.

Partindo desta perspectiva, levantaram-se cinco questões de investigação para o presente estudo: “Quais os conhecimentos dos estudantes de Enfermagem, do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP, sobre a Cirurgia Bariátrica?” ; “A abordagem nas aulas sobre a temática da Cirurgia Bariátrica influencia o nível de conhecimento dos estudantes?” ; “Como foram adquiridos os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP relativamente à Cirurgia Bariátrica?” ; “A realização do ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II é preponderante para os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP?”; “O contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica influencia os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP?”

Trata-se de um estudo de tipo exploratório-descritivo com uma abordagem quantitativa, em que se utilizou como instrumento de recolha de dados um questionário, que foi realizado na Universidade Fernando Pessoa. A população alvo é constituída pelos alunos do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem e a amostra é constituída por 60 (sessenta) estudantes da população referida anteriormente.

Na tentativa de compreender a relação das variáveis (Realização do ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, contacto com a temática e contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica) com os conhecimentos apresentados pelos estudantes, recorreu-se à ajuda de testes quantitativos como o do Qui-Quadrado de *Pearson* e o teste de *Hipóteses*.

A principal conclusão a retirar deste estudo é que os estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP, apresentam conhecimentos suficientes, no que respeita à Cirurgia Bariátrica, no entanto denota-se alguma falta de conhecimento, em relação aos tipos de cirurgia e indicações/contra-indicações para Cirurgia Bariátrica.

Assim, depois do estudo efectuado constatamos os seguintes factos:

- A abordagem sobre a temática Cirurgia Bariátrica nas aulas durante o curso de Licenciatura em Enfermagem não influencia os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP;
- Os conhecimentos que os estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem apresentam foram maioritariamente adquiridos através da Televisão;
- A realização do estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica II não influencia os conhecimentos que os estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem apresentam;
- O contacto com a temática da Cirurgia Bariátrica não influencia os conhecimentos que os estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP apresentam.

Desta forma, torna-se importante e necessário prevenir a obesidade nas crianças/jovens bem como inculcar modos de vida saudáveis. Igualmente, é de extrema importância o apoio e o cuidado prestados ao doente submetido a cirurgia bariátrica, uma vez que o conhecimento do tipo de cirurgia de obesidade existentes, assim como as vantagens e desvantagens, possíveis

complicações, a noção dos riscos e perigo para a vida inerentes a um indivíduo com obesidade mórbida, torna o enfermeiro um elemento activo da equipa multidisciplinar, que envolve o doente que irá ser submetido a cirurgia para a obesidade.

# ÍNDICE

<b>Introdução</b>	17
<b>I. Enquadramento Teórico</b>	
1. Obesidade	23
1.1. Resenha Histórica da Obesidade	23
1.2. A obesidade: definição	24
1.3. Prevalência da Obesidade em Portugal	25
1.4. Etiologia da Obesidade	28
1.5. Morfofisiologia da Obesidade	28
1.6. Índice de Massa Corporal	29
1.7. Classificação da Obesidade	30
2. Obesidade Mórbida	31
2.1 Qualidade de Vida do Paciente Obeso Mórbido	32
2.2 Complicações Associadas à Obesidade Mórbida: co-morbidades	34
3. Tratamentos para Combate à Obesidade	34
3.1. Tratamento Cirúrgico: Cirurgia Bariátrica	35
3.1.1. Critérios para Cirurgia Bariátrica	36
3.1.2. Contra-Indicações à Cirurgia Bariátrica	37
3.2. Tipos de Procedimentos Cirúrgicos	38
3.2.1. Técnicas Restritivas	38
3.2.1.1. Gastroplastia Vertical com Banda	38
3.2.1.2. Banda Gástrica Ajustável	40
3.2.2. Técnicas Disabsortivas	41
3.2.2.1. <i>Bypass</i> Jejuno-Ileal	42
3.2.2.2. Técnica de Nicola Scopinaro	43
3.2.2.3. Técnica Duodenal Switch	45
3.2.3. Técnicas Mistas	46
3.2.3.1. <i>Bypass</i> Gástrico em Y de Roux	47
3.2.4. Balão Intragástrico	48
4. A Importância do Enfermeiro	50
4.1. Na Educação para a Saúde	50

4.2. Cuidados de Enfermagem no Peri-Operatório	53
4.3. Cuidados Específicos após Cirurgia	56
4.3.1. Náuseas e Vômitos	56
4.3.2. Adaptação a um Novo Estilo de Vida	56
<b>II. Metodologia</b>	
1. Questões de Investigação	59
2. Objectivos do Estudo	59
3. Princípio Éticos	60
4. Justificação do Tema	62
5. Tipo de Estudo	63
5.1. Caracterização do Meio de Estudo	64
6. População Alvo	64
7. Processo de Amostragem	65
7.1. Amostra	65
8. Variáveis	66
8.1. Variável Dependente	66
8.2. Variável Independente	67
8.3. Variáveis Atributo	67
8.4. Operacionalização das Variáveis	67
9. Instrumento da Colheita de Dados	69
9.1. Pré-Teste	71
10. Tratamento e Análise dos Dados	71
<b>III. Apresentação e Análise dos Resultados</b>	73
<b>IV. Discussão dos Resultados</b>	93
<b>V. Conclusão</b>	96
<b>VI. Bibliografia</b>	
<b>Anexos</b>	
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	
Anexo II – Escala de Avaliação do Nível de Conhecimentos	

## **Índice Figuras**

<b>Figura 1</b> – Cirurgia de Mason	40
<b>Figura 2</b> – Banda Gástrica Ajustável	41
<b>Figura 3</b> – <i>Bypass</i> Jejuno-Ileal	43
<b>Figura 4</b> – Derivação Biliopancreática de Scopinaro	45
<b>Figura 5</b> – Cirurgia Duodenal Switch	46
<b>Figura 6</b> – Técnica Fobi Capela (Y de Roux )	47
<b>Figura 7</b> – Balão Intragástrico (BIB)	49

## Índice Quadros

<b>Quadro 1</b> – Prevalência da Obesidade em Portugal (dos 18 aos 65 anos)	27
<b>Quadro 2</b> – Classificação da Obesidade segundo o IMC e o Risco de Co-morbilidade	30
<b>Quadro 3</b> – Enquadramento por níveis de conhecimentos demonstrados pelos estudantes em estudo.	66
<b>Quadro 4</b> – Distribuição nominal da Idade dos Estudantes segundo a amostra	73
<b>Quadro 5</b> – Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra segundo “Disciplinas em que foi abordada a temática da Cirurgia Bariátrica”	75
<b>Quadro 6</b> – Respostas dos Estudantes relativamente a questões relacionadas com a obesidade	77
<b>Quadro 7</b> – Respostas dos Estudantes relativamente a questões relacionadas com o <u>tecido adiposo</u> .	79
<b>Quadro 8</b> – Respostas dos Estudantes relativamente a questões relacionadas com <u>Cirurgia Bariátrica</u>	80
<b>Quadro 9</b> – Respostas dos Estudantes relativamente a questões colocadas sobre <u>Índice de Massa Corporal</u>	81
<b>Quadro 10</b> – Respostas dos Estudantes relativamente a questões colocadas sobre <u>critérios/indicações para Cirurgia Bariátrica</u>	82
<b>Quadro 11</b> – Respostas dos estudantes relativamente às <u>contra-indicações para Cirurgia Bariátrica</u>	83
<b>Quadro 12</b> – Respostas dos estudantes relativamente às <u>contra-indicações para Cirurgia Bariátrica</u>	84
<b>Quadro 13</b> – Respostas dos estudantes relativamente às <u>complicações da Cirurgia Bariátrica</u>	85
<b>Quadro 14</b> – Respostas dos estudantes relativamente <u>à importância do Enfermeiro</u>	86
<b>Quadro 15</b> - A relação conhecimentos dos estudantes/ contacto com a temática	88
<b>Quadro 16</b> - Relação conhecimentos dos estudantes/realização do ensino clínico	89
<b>Quadro 17</b> – A relação conhecimentos dos estudantes/contacto com doentes submetidos a cirurgia bariátrica.	90

## Índice Gráficos

<b>Gráfico 1</b> – Estimativa para a prevalência de Obesidade (para pessoas com 30 ou mais anos), em Portugal, em 2010	26
<b>Gráfico 2</b> – Estimativa para a prevalência de Obesidade (para pessoas com 15 ou mais anos), em Portugal, em 2010.	27
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição dos Estudantes segundo o Género	74
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição percentual da amostra segundo “Abordagem da temática da Cirurgia Bariátrica nas aulas durante o curso de Licenciatura em Enfermagem”	74
<b>Gráfico 5</b> – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo “Contacto com Cirurgia Bariátrica”	75
<b>Gráfico 6</b> – Distribuição dos Estudantes segundo a realização do Ensino Clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica II	76
<b>Gráfico 7</b> – Distribuição percentual da amostra segundo “Contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica”	76
<b>Gráfico 8</b> – Relação entre Idade e as Classificações médias por escalão etário	91
<b>Gráfico 9</b> – Classificações médias obtidas acerca dos “Conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem”	91

## **Glossário**

AORN – Association of PeriOperative Registered Nurses

APPOM – Associação dos Pacientes Portadores de Obesidade Mórbida

BIB – Balão Intragástrico da Bioenterics

Cit in – Citado em

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPCO – Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade

SPEO – Sociedade Portuguesa Para o Estudo da Obesidade

UFP – Universidade Fernando Pessoa

## **0. Introdução**

A investigação em Enfermagem assume, actualmente, um papel desejável e recomendável para a aquisição e solidificação de conhecimentos. A mudança de mentalidades, multiplicada pelas necessidades sentidas, por parte de todos aqueles que da Enfermagem se ocupam, favorece em grande escala o crescimento da investigação, tornando-se a sua prática absolutamente crucial para acompanhar e dar resposta às necessidades de toda a população no que concerne à sua saúde (Gonçalves, 2007).

Na perspectiva de Quivy e Campenhoud (1998, p.31) “ a investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica.”

Como refere Quintela (1991, p.45), “nos dias de hoje ouve-se, talvez como nunca, falar em Investigação em Enfermagem.” O mesmo autor justifica tal facto pela seriedade que a mesma representa para o reconhecimento e valorização da Enfermagem; dito de outra forma, pelos contributos que fornece para a evolução da profissão.

Conforme Polit e Hungler (1995, p.7) argumentam,

“ a pesquisa serve para descrever as características de situações especiais em enfermagem acerca das quais se tenha pouca informação, explicar fenómenos que devam ser tidos em conta no planeamento de cuidados de saúde, prever prováveis resultados de acções tomadas, em relação ao atendimento do paciente”.

No âmbito do 4º ano curricular da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, faz parte da avaliação final, a realização de um trabalho de investigação, a elaboração de uma Monografia.

Numa época em que tanto se fala de obesidade e das consequências que a mesma pode acarretar, optou-se por elaborar um trabalho monográfico subordinado ao tema: “Cirurgia Bariátrica – Conhecimentos dos Estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP. Desta forma, foi levantada a seguinte pergunta de investigação, como base do tema

mencionado: “Quais os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre a Cirurgia Bariátrica”, já que o conhecimento e informação acerca de determinada temática, tornará o enfermeiro apto para cuidar o doente, aumentando a qualidade dos cuidados e preparando-o para a educação para a saúde.

Tudo nasce de uma dúvida que brota no espírito do investigador e lhe desperta curiosidade e indo de encontro com esta preocupação, colocaram-se as seguintes questões de investigação:

- “Quais os conhecimentos dos estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre a Cirurgia Bariátrica?”;
- “A abordagem nas aulas sobre a temática da Cirurgia Bariátrica influencia o nível de conhecimento dos estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP?”;
- “Como foram adquiridos os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP relativamente à Cirurgia Bariátrica?”;
- “A realização do ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II é preponderante para os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP?”;
- “O contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica influencia os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP?”

De facto existe muita informação acerca desta patologia, que é a obesidade, no entanto os dados estatísticos continuam a demonstrar um aumento de peso na população portuguesa, nos últimos anos. (OMS, 2003).

Para Reis e Freitas (1996, p.221) recentemente, “a obesidade pode definir-se como acumulação excessiva de tecido gordo”. Recentemente estabeleceu-se que este processo de armazenamento de energia sob a forma de gordura se traduz por aumento da morbidade e mortalidade, pela sua associação a doenças e alterações metabólicas.

A própria Direcção Geral de Saúde (*cit in* <http://www.dgsaude.pt>, 2005), chama a atenção sobre a obesidade:

“A obesidade é uma doença crónica, com génese multifactorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças.”

Rolland-Cachera, citado por Reis e Freitas (1996), demonstrou em estudos feitos, que em dez anos, a prevalência da obesidade aumentou de modo considerável e calculou esse aumento em cerca de 28%.

Também sobre os principais factores de risco a Direcção Geral de Saúde (*cit in* <http://www.dgsaude.pt>, 2005) refere que:

“Entre os principais factores de risco individuais, a combater, destacam-se, além do sedentarismo, a alimentação inadequada, que obrigam a uma especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção e correcção, não apenas no que diz respeito às acções que evitam a perda de saúde mas, também, todos os cuidados que promovem a sua recuperação.”

A obesidade é considerada uma doença crónica, de origem metabólica e genética, definida como um estado anormal de saúde, associado ao excesso de gordura corporal, e corresponde, actualmente, a uma epidemia global e a cirurgia bariátrica vem-se mostrando uma ferramenta eficaz no tratamento da obesidade mórbida. Devido a esses factos é de se esperar que tenhamos cada vez mais, na nossa prática esse procedimento cirúrgico, que depende do atendimento de uma equipa multidisciplinar na qual a enfermagem está inserida. (Carlini, 2001)

No nosso país, a obesidade assume actualmente proporções preocupantes, sendo este o facto que levou à necessidade de realizar um estudo acerca desta realidade pessoas de todas as idades. De acordo com a SPCO (*cit in* <http://www.spco.pt>, 2000) “Em Portugal, uma grande percentagem da população tem peso superior ao normal e uma outra percentagem é mesmo obesa”. Para a mesma sociedade “A prevalência no nosso País para a obesidade é estimada em 13% para o sexo masculino e 15% para o sexo feminino”.

Assim, considera-se importante e pertinente a escolha deste tema, pois o conhecimento do tipo de cirurgia de obesidade existentes, assim como as vantagens e desvantagens, possíveis complicações, a noção dos riscos e perigo para a vida inerentes a um indivíduo com obesidade mórbida, torna o enfermeiro um elemento activo da equipa multidisciplinar, que envolve o doente que irá ser submetido a cirurgia para a obesidade. Aliada ao facto de serem os enfermeiros os cuidadores, nas 24 horas, do doente internado para cirurgia, sendo portanto um grande responsável pelo cuidado e até mesmo um elemento importante para a adesão a todo o tratamento que o doente estará sujeito.

Surge desta forma, um tema adequado à área das ciências da enfermagem, actual, exequível e de grande influência para a prática profissional.

Com efeito, para a realização deste estudo de investigação, aplicou-se um instrumento de recolha de dados (questionário) a uma amostra de sessenta estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

A nível académico, o estudo será realizado com vista à concretização dos seguintes objectivos:

- Aprofundar conhecimentos na temática
- Servir de instrumento de avaliação da unidade curricular
- Melhorar a actuação enquanto futura profissional na área de investigação
- Aprender a aplicar metodologia científica
- Aprofundar a aplicação da metodologia científica.
- Demonstrar os conhecimentos adquiridos e as capacidades desenvolvidas durante a licenciatura.

É da necessidade de delimitação e redefinição dos objectivos gerais que surgem os objectivos específicos. Estes procuram descrever, de forma clara e precisa, a finalidade do estudo no levantamento dos dados, indicando exactamente os que se pretendem obter. (Botica, 2006)

Assim, a consecução deste trabalho assentou nos seguintes objectivos:

- Identificar os conhecimentos dos estudantes do 3º ano, da Licenciatura em Enfermagem da UFP, sobre a Cirurgia Bariátrica;
- Identificar quais os temas em que existe défice de informação sobre a Cirurgia Bariátrica nos estudantes de Enfermagem do 3º ano da UFP;
- Verificar se a temática da Cirurgia Bariátrica foi abordada nas aulas durante o curso de Licenciatura em Enfermagem;
- Verificar a existência de contacto com a temática da Cirurgia Bariátrica;
- Verificar a realização do ensino clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica II;
- Descrever a existência de contacto em ensino clínico com doentes sujeitos a Cirurgia Bariátrica;

A Monografia divide-se em cinco capítulos intimamente ligados, pois as discussões e conclusões observadas, só serão edificadas tendo por alicerces a relação entre os dados obtidos e o enquadramento teórico. Para além da presente introdução, conta ainda com a primeira parte pertencente à fase conceptual, onde se apresenta a fundamentação teórica, na qual é feita uma abordagem à obesidade, obesidade mórbida e sua etiologia, morfofisiologia, complicações e uma pequena abordagem ao Índice de Massa Corporal. Quanto à temática da Cirurgia Bariátrica é feita uma abordagem aos critérios, contra – indicações da Cirurgia Bariátrica, tipos de cirurgia e papel do Enfermeiro.

A segunda parte refere-se à investigação metodológica. Nesta mesma fase são apresentados os objectivos do estudo, bem como as questões de investigação e se descrevem os princípios éticos, tipo de estudo, população e amostra, processo de amostragem, as variáveis em estudo e sua operacionalização, instrumento da colheita de dados, colheita de dados e previsão do tratamento estatístico.

A terceira parte relaciona-se com a fase empírica, que inclui a análise dos dados, através da realização de quadros e gráficos para a apresentação e interpretação dos resultados obtidos.

A quarta parte compreende a discussão, que inclui a discussão da metodologia utilizada (se foi ou não adequada), e a discussão dos resultados.

Na quinta e última parte, encontra-se a conclusão, na qual se referem os aspectos mais relevantes na elaboração do trabalho científico.

No final do trabalho, contam a bibliografia e todos os anexos.

A metodologia a seguir será a descritiva exploratória, inserida no paradigma quantitativo, baseada na pesquisa bibliográfica, na colheita de dados, locais da Internet e na reflexão conjunta.

A interpretação dos dados procura dar um sentido mais amplo às respostas. Por outras palavras, é o expor do verdadeiro significado dos resultados obtidos, em relação aos objectivos propostos e ao tema (Lakatos e Marconi, 1996).

Após a realização deste estudo e analisando os dados obtidos, verificou-se que os estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa apresentam conhecimentos suficientes no que concerne à temática da Cirurgia Bariátrica, no entanto, não devem descurar a Educação para a Saúde, principalmente na criança e no adolescente, pois uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físico podem contribuir para que, no futuro, a percentagem de pessoas com obesidade mórbida e com necessidade de recorrer à Cirurgia Bariátrica diminua, e deste modo, poder evitar co-morbidades, como é o caso da hipertensão, dislipidémia e resistência à insulina.

Verificou-se igualmente que as variáveis Independentes (inclusão da temática da Cirurgia Bariátrica nas aulas durante o curso de Licenciatura em Enfermagem, a forma de abordagem ao tema, realização de ensino clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica II e contacto com doentes sujeitos a Cirurgia Bariátrica) não interferem com os conhecimentos que os estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem apresentam.

## **II. FASE METODOLÓGICA**

Para o investigador conseguir um estudo viável é importante desde o início traçar a metodologia relativamente aos objectivos que quer seguir e atingir. Segundo Fortin (1999), o desenho de investigação é uma base ou um plano coerente criado pelos investigadores que tem como objectivo obter respostas válidas às questões de investigação, que constituem o ponto de partida para o desencadear de um estudo.

Consequentemente, “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões colocadas ou às hipóteses de investigação formuladas” (Fortin, 1999, p. 40).

Relativamente à metodologia, Fortin (1999, p.372) defende que é a “secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”. Ou seja, na metodologia são descritas todas as técnicas e métodos que foram utilizadas com o intuito de suportar as “preocupações e as orientações de uma investigação”.

De acordo com Hungler e Polit (1995), o método científico é o método mais sofisticado de aquisição de conhecimentos, criado pelo ser humano.

Aquando da escolha do método, o investigador terá sempre presente que os melhores métodos são aqueles que mais ajudam na compreensão dos fenómenos a ser estudados (Lakatos e Marconi, 1996).

No desenvolvimento deste capítulo irão ser apresentadas todas as etapas, enumeradas por Fortin (1999), em relação à fase metodológica. Começa-se por enunciar e explicar o desenho do estudo, definir a população e amostra, enunciação das variáveis e finalmente descrever os métodos adoptados para a colheita e análise dos dados.

## **1. Questões de investigação**

De acordo com Fortin (1999, p.101) “ a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”.

Assim, segundo os objectivos deste trabalho, procuramos responder às seguintes questões:

“Quais os conhecimentos dos alunos de Enfermagem, do 3º ano, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, sobre a Cirurgia Bariátrica?”;

“A abordagem nas aulas sobre a temática da Cirurgia Bariátrica influencia o nível de conhecimento dos estudantes?”;

“Como foram adquiridos os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP relativamente à Cirurgia Bariátrica?”;

“A realização do ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II é preponderante para os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP?”;

“O contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica influencia os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP?”

## **2. Objectivos do estudo**

- Identificar os conhecimentos dos estudantes de Enfermagem, do 3º ano, da Universidade Fernando Pessoa, sobre a cirurgia bariátrica;
- Identificar quais os temas em que existe défice de informação sobre a cirurgia bariátrica nos estudantes de Enfermagem do 3º ano da Universidade Fernando Pessoa;
- Verificar se a temática da Cirurgia Bariátrica foi abordada nas aulas durante o curso de Licenciatura em Enfermagem.
- Verificar a existência de contacto com a temática da Cirurgia Bariátrica;

- Verificar a realização do ensino clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica II;
- Descrever a existência de contacto em ensino clínico com doentes sujeitos a Cirurgia Bariátrica;

### 3. Princípios éticos

Toda a investigação que envolva directa ou indirectamente os seres humanos deve ter em conta que estes têm direitos que não podem em caso algum ser desrespeitados, pelo que a ética em investigação com seres humanos é fundamental. Sendo a ética, um “Conjunto de regras que regem o carácter moral do processo de investigação” (Fortin, 1999)

Nesta investigação serão preservados os “cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos” que “foram determinados pelos códigos de ética: o direito à auto-determinação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.” (Fortin, 1999, p.369)

- **O direito à Auto-Determinação:** este direito baseia-se no princípio ético de respeito pelas pessoas, no sentido que todas as pessoas são capazes de decidir por elas próprias e responsabilizar-se pelos seus próprios destinos.

Tendo em conta este direito, os estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP foram convidados a participar no estudo, decidindo de uma forma livre sobre a sua participação ou não.

- **O direito à intimidade:** refere-se à liberdade da pessoa de decidir sobre a quantidade da informação que dá ao participar numa investigação, como também, determinar até que ponto aceita partilhar informações íntimas e privadas;

Este estudo foi realizado com o cuidado de que fosse o menos invasivo possível e que a intimidade dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP fosse protegida, respeitando assim este direito.

- **O direito ao anonimato e à confidencialidade:** não se pode referenciar qualquer informação acerca dos dados pessoais dos inquiridos, a menos que este autorize a sua divulgação;

Considerando este direito, os estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP responderam ao questionário de forma anónima e confidencial, de modo a que a sua identidade não fosse associada a qualquer resposta.

- **O direito à protecção contra o desconforto e prejuízo:** corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe provocar mal ou de a prejudicar;

Este estudo foi realizado tendo sempre em atenção que, o desconforto e o prejuízo de ordem fisiológica, psicológica, legal e económica devem ser eliminados.

- **O direito ao tratamento justo e equitativo:** menciona a obrigatoriedade de informar o adquirido sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado, bem como os métodos utilizados no estudo.

Aquando da solicitação da participação dos estudantes em estudo, estes foram informados sobre a natureza, o fim e a duração da investigação. Estas informações foram dadas para que o estudante consentisse ou não a sua participação.

Estes direitos serão preservados uma vez que todos os estudantes que participarem neste estudo não serão obrigados a fazê-lo, isto é fá-lo-ão de livre vontade, sabendo que, se se recusarem a participar não serão sujeitos a qualquer tipo de penalização. Não haverá exploração da vida íntima dos inquiridos. Todas as respostas obtidas serão confidenciais e anónimas e nem o próprio investigador terá como relacionar as respostas obtidas com a identidade dos inquiridos. Este estudo não trará prejuízos aos inquiridos, pelo contrário, ele poderá trazer benefícios sobre as competências relacionais inerentes ao acto de “cuidar”.

Para as pessoas que preenchem os questionários é muito importante serem informadas do tema de estudo, da finalidade do estudo, dos seus objectivos e da confidencialidade. Sendo assim, a nota introdutória com essas informações é muito relevante para quem preenche um questionário.

Para muitas pessoas, o anonimato é das questões primordiais, logo este factor deve ser fulcral nestes estudos. O facto de saberem que o questionário é confidencial, deixa-os mais à vontade para o seu preenchimento, uma vez que nunca será usado contra si.

#### **4. Justificação do tema**

A obesidade é considerada um comprometimento orgânico complexo, de diversas etiologias e de difícil tratamento desenvolvendo-se ao longo do tempo e está geralmente associada a comorbilidades, nem sempre reversíveis após a intervenção terapêutica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), no mundo existe mais de um bilião de adultos com excesso de peso e pelo menos 300 milhões de obesos. Excesso de peso e obesidade constituem um risco mais elevado para o surgimento de doenças crónicas, como é o caso da diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e alguns tipos de cancro. (Negrão, 2006).

A obesidade é considerada um problema de saúde em todo o mundo e a cirurgia bariátrica mostra-se como uma ferramenta eficaz no tratamento da obesidade mórbida. Devido aos factos apresentados prevê-se que tenhamos cada vez mais, na nossa prática, esse procedimento cirúrgico, que depende do atendimento de uma equipa multidisciplinar, na qual faz parte a enfermagem. (Tanaka, 2006)

Importa então, informar, no sentido de preparar os alunos de Enfermagem, futuros profissionais de saúde, sobre este flagelo que é a obesidade mórbida e sobre a cirurgia bariátrica.

## 5. Tipo de estudo

De acordo com Fortin (1999, p. 133),

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de casualidade”.

Pela natureza do estudo que se pretende efectuar, a estratégia de investigação versa a metodologia da investigação exploratória e descritiva, transversal, inserida no paradigma quantitativo, sendo os resultados obtidos através de um questionário.

O método quantitativo é um procedimento metódico da colheita de dados observáveis e quantificáveis. O seu contributo aplica-se no sentido do desenvolvimento e validação dos conhecimentos e, a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos (Fortin, 1999, p. 22).

Segundo Fortin (1999, p.371) o estudo quantitativo é uma “investigação cuja finalidade é descrever, verificar as relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente”.

Através do método utilizado pretende-se, fundamentalmente, identificar os conhecimentos dos estudantes do 3º ano, da Licenciatura em Enfermagem, sobre a Cirurgia Bariátrica.

O estudo realizado é do tipo exploratório - descritivo, na medida em que, através da descrição de dados, por termos, números ou enunciados descritivos o investigador obtém os seus resultados. (Fortin, 1999).

Fortin (1999, p. 161), refere que, “os estudos descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação”.

Relativamente à dimensão temporal, trata-se de um estudo transversal, pois segundo Polit e Hungler (2005, p.180) envolve “(...) a colheita de dados em um ponto do tempo. Os fenómenos sobre o estudo são obtidos durante um período de colheita de dados (...)”.

### **5.1. Caracterização do Meio de Estudo**

Fortin (1999) considera que o estudo fora do laboratório, denomina-se estudo em meio natural, o que significa que ele se faz em qualquer lugar fora de locais fortemente controlados, como são os laboratórios.

O questionário foi aplicado em meio natural, ou seja, “ (...) em qualquer parte fora de lugares altamente controlados” (Fortin,1999, p.132), como é o caso da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

## **6. População Alvo**

Citando Fortin (1999, p. 202), população “ (...) é um conjunto de todos os sujeitos ou todos os elementos de um grupo bem definido, tendo em conta uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”.

Relativamente à população de um estudo, Polit e Hungler (1995, p.34) referem:

“A exigência de definir-se uma população para um projecto de pesquisa decorre da necessidade de ser especificado o grupo ao qual podem ser aplicados os resultados de um estudo. Costuma ser quase impossível o estudo de toda uma população, a menos que seja particularmente pequena”.

A população alvo em estudo é constituída pelos Estudantes, do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem, da UFP.

## **7. Processo de Amostragem**

Por processo de amostragem compreende-se um procedimento através do qual é escolhido um grupo de pessoas representativo da população alvo, de tal forma a que a população inteira esteja representada. (Fortin, 1999, p.202)

O processo de amostragem aleatório seria o ideal para este estudo de investigação, uma vez que, consiste em elaborar uma lista numérica com identificação de cada elemento, tirando, com o apoio de uma tabela, números aleatórios, uma série de números que constituíssem a amostra (Fortin, 1999, p.207). Mas tendo em conta o curto período de tempo académico disponível, este não será utilizado neste estudo de investigação.

Assim, o processo de amostragem utilizado neste estudo de investigação será uma Amostra Não Aleatória Acidental.

Seleccção não aleatória ou também designada não probabilística, é uma conduta segundo o qual, cada elemento da população não apresenta a mesma probabilidade de ser escolhido para a constituição da amostra. (Fortin, 1999) Seguindo a mesma ideia, é uma amostra acidental, pois é “formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso”. Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentem e até à amostra atingir o tamanho desejado. (Fortin, 1999, p.208).

O questionário foi aplicado aos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

### **7.1. Amostra**

“Uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo” (Fortin, 1999, p. 41).

Neste estudo a amostra, é constituída por 60 alunos da Licenciatura em Enfermagem, do 3º ano, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, do ano lectivo 2007/2008.

## **8. Variáveis**

De acordo com Fortin (1999, p.36), são características de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, à qual se pode atribuir valores.

Para Polit e Hungler (1995, p.25), variável é “algo que varia”. Em investigação, os conceitos são conhecidos como variáveis. Por isso, a maioria das actividades de investigação relacionadas com os seres humanos e o meio têm por objectivo compreender de que maneira variam, com o fim de relacionar as diferenças entre as mesmas. Assim, as mesmas autoras clarificam que uma variável é qualquer qualidade de um organismo, grupo ou situação que toma valores diferentes.

Existem vários tipos de variáveis, das quais se destacam as variáveis dependentes, independentes e atributo.

### **8.1. Variável Dependente**

Variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente, ou seja, é o comportamento, a resposta, ou o resultado devido à presença da variável independente (Fortin,1999).

Por outro lado, e conforme Lakatos e Marconi (1996, p. 172), a variável dependente,

“ (...) consiste naqueles valores a serem explorados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afectados pela variável independente, é factor que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente; a propriedade que é efeito, resultado, consequência ou resposta a algo que foi manipulado”.

Neste estudo, a variável dependente são os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre a Cirurgia Bariátrica.

## **8.2. Variável Independente**

Segundo Fortin (1999), a variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.

A variável independente é aquela que influencia, determina ou afecta outra variável para ver que influência exerce sobre um possível resultado. (Lakatos e Marconi, 1996).

As variáveis independentes consideradas são a inclusão da temática da Cirurgia Bariátrica nas aulas durante o curso de Licenciatura em Enfermagem, a forma de abordagem ao tema, a realização de ensino clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica II e contacto com doentes sujeitos a Cirurgia Bariátrica.

## **8.3. Variáveis Atributo**

De acordo com Fortin (1999, p. 37), “ (...) as variáveis atributo são características dos sujeitos num estudo.”

As variáveis atributo consideradas são:

- Idade;
- Género;

## **8.4. Operacionalização das Variáveis**

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2007), **conhecimento** é o acto ou efeito de conhecer; ideia; noção; informação. [<http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx>]

Neste estudo, foi considerado o **conhecimento** como o acto ou efeito de conhecer; é a ideia, noção, informação que os estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa possuem acerca da cirurgia bariátrica.

Para a mensuração da variável dependente foi utilizada uma escala de 43 afirmações com cinco possibilidades de resposta e posteriormente foram atribuídos valores aos itens e feito o somatório para saber o nível de conhecimentos dos estudantes. Assim, foi atribuído o valor de 1 (um) à opção correcta, -0,5 (meio valor negativo) à opção incorrecta e 0 (zero) à possibilidade “Sem opinião”.

Para classificar o nível de conhecimentos, teve-se em conta o número de respostas certas. Em anexo (anexo II) encontra-se a escala de avaliação do nível de conhecimentos, correctamente preenchida. Para tratamento estatístico foi feita a divisão em três níveis (Concordo/Concordo Totalmente; Discordo/Discordo Totalmente; Sem Opinião). Para melhor classificação, foi feita a divisão das pontuações por três níveis, de acordo com os valores apresentados no quadro seguinte:

**Quadro 3** – Enquadramento por níveis de conhecimentos demonstrados pelos estudantes em estudo.

<b>Nível</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>I</b> – Conhecimentos Insuficientes	[-0.5 – 0,0[	[00-33[
<b>II</b> – Conhecimentos Suficientes	[0,0-0,5[	[33-66[
<b>III</b> – Conhecimentos Bons	[0,5-1[	[66-100[

**A cada nível equivale:**

**I** – Conhecimentos Insuficientes;

**II** – Conhecimentos Suficientes;

**III** – Conhecimentos Bons.

Desta forma é importante definir o que cada nível significa, para posteriormente classificar o nível de conhecimentos dos estudantes em estudo.

### **I – Conhecimentos insuficientes:**

Segundo Lello (1996) insuficientes quer dizer que não chega, que não tem idoneidade, a habilidade necessária. Deste modo, considera-se neste nível os estudantes que apresentem apenas um número de respostas correctas inferiores a 14 (<33%)

### **II – Conhecimentos Suficientes:**

Para o mesmo autor, suficiente traduz-se por uma “ (...) quantidade que chega, ou basta, que está entre o bom e o medíocre”. Neste nível integra-se os estudantes que responderam entre 14 e 28 das respostas correctas (33 a 65%)

### **III – Conhecimentos Bons:**

Segundo Costa et al (1998, p.1344), bons significa “ ...quantidade aceitável, classificação entre o suficiente e o muito bom”. Este nível, abrange os alunos que respondem correctamente de 28 a 43 das respostas correctas (65 a 100%).

## **9. Instrumento de Colheita de Dados**

É através do instrumento de colheita de dados que o investigador vai obter respostas às suas perguntas de investigação, inicialmente formuladas.

Entende-se por instrumento de pesquisa, o conjunto de processos ou meios que se utilizam para obter a recolha de dados (Polit e Hungler, 1995).

O instrumento de colheita de dados utilizado para obtenção dos resultados segundo os objectivos deste estudo, foi o questionário. Este instrumento foi escolhido tendo por base os objectivos traçados, a população e amostra seleccionada.

Como refere Fortin (1999, p.249):

“Um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. (...) é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência (...). É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa (...) As questões são concebidas com o objectivo de colher informação factual sobre os indivíduos (...) as situações conhecidas dos indivíduos” (...)

O questionário está dividido em duas partes:

- A primeira parte corresponde à caracterização da amostra e contém sete perguntas ( idade; género; se a temática da cirurgia Bariátrica foi abordada nas aulas durante o curso de Licenciatura em Enfermagem; se sim, em que disciplinas; onde foi efectuado o contacto com o conceito de cirurgia bariátrica; se já realizou o estágio de Enfermagem Médico – Cirúrgica II; se já teve contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica ( da obesidade );
- A segunda parte corresponde aos objectivos da investigação em que foi elaborada uma escala tipo Likert. Está organizada em 43 afirmações com cinco opções de resposta (Concordo Totalmente; Concordo; Sem opinião; Discordo; Discordo Totalmente).

Segundo Richardson (1999), o método começa com a recolha de uma quantidade importante de itens que indicam atitudes negativas e positivas sobre uma instituição, um objecto, um tema ou sobre uma pessoa. Cada item classifica-se ao longo de um contínuo de cinco pontos, que variam entre “ concordo totalmente a discordo totalmente”.

Este questionário é da autoria da investigadora.

Foram assegurados o anonimato e confidencialidade dos inquiridos.

### **9.1. Pré-teste**

Como refere Fortin (1999), o pré-teste colocará em evidência os problemas na formulação das questões, na sua sequência e na maneira de registar as respostas.

Na perspectiva de Gil (1995, p.132), “para que o pré-teste seja eficaz, é necessário que os elementos seleccionados sejam típicos em relação ao universo”

Com a finalidade de validar a pertinência, a clareza e compreensão das questões e prever o tempo médio de preenchimento do questionário, é aplicado um pré-teste a seis estudantes do 3º ano, da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. Para manter a viabilidade do estudo, os elementos que realizaram o pré-teste foram excluídos da amostra.

Objectivo de aplicação: verificar se possui validade, fidedignidade e acessibilidade.

### **10. Tratamento e Análise dos Dados**

De acordo com Fortin (1999), a análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela média da variável.

Na apresentação dos resultados utilizar-se-ão tabelas, gráficos e a sua respectiva descrição. A apresentação dos resultados será efectuada através de estatísticas uma vez que se trata de um estudo descritivo. Os respectivos gráficos/tabelas também servem para caracterizar as relações entre duas ou mais variáveis com a ajuda de quadros de contingência e de coeficientes de correlação.

No tratamento e análise quantitativa, procedeu-se à elaboração da estatística descritiva, em que se recorreu à determinação de frequências (absolutas e percentuais), de medidas de tendência central (médias, medianas e modas) e de medidas de dispersão (desvio padrão e

coeficiente de variação). Utilizar-se-á o programa Excel para Windows, bem como o programa estatístico EViews.

Em termos de estatística inferencial, calculou-se os intervalos de confiança para uma proporção e para diferentes proporções e para verificar a associação entre variáveis foi utilizada a correlação com base no teste Qui-Quadrado de Pearson.

Considerou-se a existência de correlação estatisticamente significativa, para um valor de prova ( $p$ ) inferior a  $\alpha$  (nível de significância do teste = 5% ( 0,05) ).

Se:

$p > 0,05$  = Não existe associação entre as variáveis.

$p < 0,05$  = Existe associação entre as variáveis.

Os resultados irão ser apresentados através de gráficos e quadros para melhorar a visualização e interpretação dos resultados.

### III – Apresentação e Análise dos Resultados

Após a recolha dos dados obtidos a partir da aplicação dos questionários, torna-se fundamental organizar a informação de forma a torná-la interpretável e útil. Neste capítulo pretende-se, portanto, proceder à apresentação e análise dos dados recolhidos. Salientamos que a referencia à fonte de dados, local e data foi omitida em todos os gráficos e quadros, pois estes são da autoria do investigador.

A apresentação dos dados será efectuada de forma sistemática. Inicialmente, apresenta-se a informação que permite caracterizar a população, através da análise descritiva. Nesta fase, optou-se por apresentar os dados seguindo a ordem pela qual as questões surgem no questionário. Os resultados são apresentados em dois sub-capítulos. No primeiro é efectuada uma análise descritiva com base na informação retirada do questionário realizado. Aqui, são analisadas todas as questões presentes no questionário. No segundo, a análise inferencial, para analisar a relação entre as variáveis independentes com a dependente.

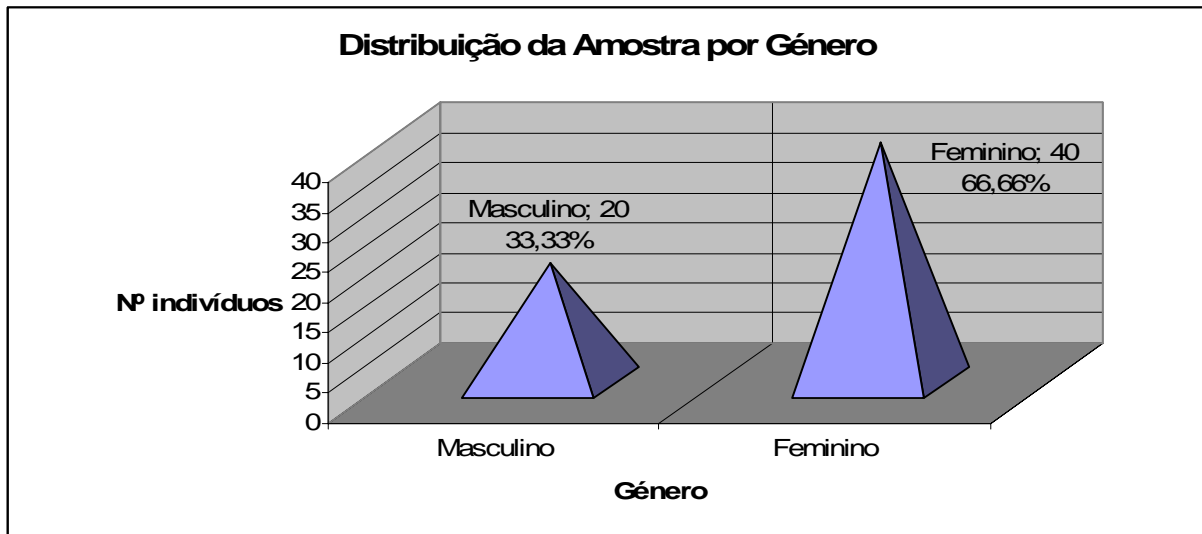
Passaremos de seguida à apresentação de quadros/gráficos relativamente à primeira parte do questionário.

**Quadro 4** – Distribuição nominal da Idade dos Estudantes segundo a amostra

	<b>Moda</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Variância</b>
<b>Idade</b>	<b>20</b>	<b>21,68</b>	<b>1,97004</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>3,8811</b>

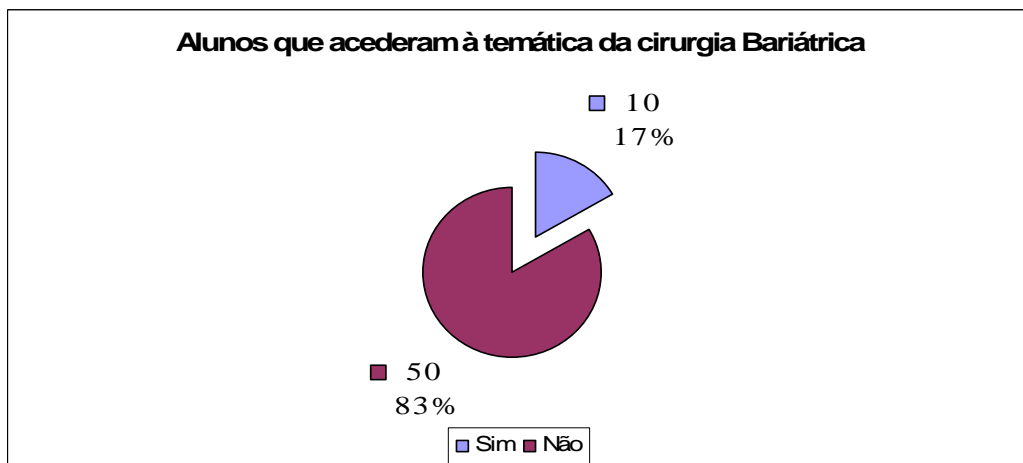
Pelo Quadro 3, podemos verificar que a média das idades é 21,68 anos (limite mínimo 20 anos e limite máximo 30 anos), moda de 20 anos e mediana de 21 anos. O desvio padrão encontrado é de 1,97004, logo podemos constatar que não existe uma grande dispersão dos valores em torno da média. A variância é 3,8811.

**Gráfico 3 – Distribuição dos Estudantes segundo o Género**



Como referido anteriormente a amostra é constituída por 60 estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, de ambos os sexos. Da análise do Gráfico 4, verifica-se que 33,33% (n=20) pertencem ao sexo masculino e 66,66% (n=40) pertencem ao género feminino. Pode-se então verificar, pela análise de resultados que predomina o género feminino nesta amostra.

**Gráfico 4 – Distribuição percentual da amostra segundo abordagem da temática da Cirurgia Bariátrica nas aulas durante o curso de Licenciatura em Enfermagem”**



Pela análise do Gráfico 4 podemos constatar que 17% da amostra (n=10) referem que a temática da cirurgia bariátrica foi abordada nas aulas, durante o curso de licenciatura em

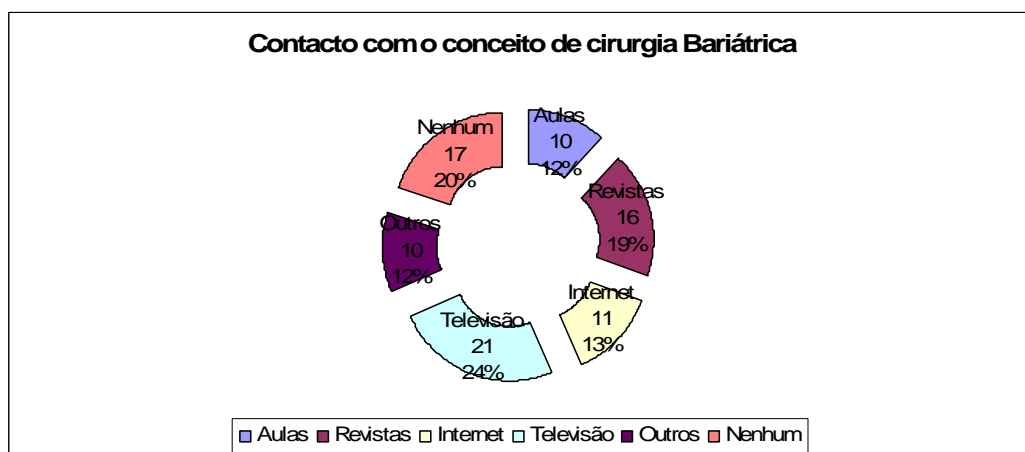
Enfermagem. Por outro lado, 83% (n=50) referem que a temática da cirurgia bariátrica não foi referida nas aulas durante o curso de Licenciatura em Enfermagem.

**Quadro 5** – Distribuição numérica e percentual dos elementos da amostra segundo “Disciplinas em que foi abordada a temática da Cirurgia Bariátrica”

	Disciplinas em que foi abordada a temática da Cirurgia Bariátrica.	
	N	%
<b>Enfermagem Médico-Cirúrgica I</b>	9	90,0000%
<b>Fundamentos e Enfermagem Médico-Cirúrgica</b>	1	10,0000%
<b>Total</b>	10	100,0000%

Analisando o Quadro 4, verifica-se que, dos 10 estudantes que responderam que a temática da Cirurgia Bariátrica foi abordada nas aulas durante o curso de Licenciatura em Enfermagem, 90 % afirmou que esses conteúdos foram abordados nas aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica I, enquanto que 10% respondeu Fundamentos e Enfermagem Médico-Cirúrgica I.

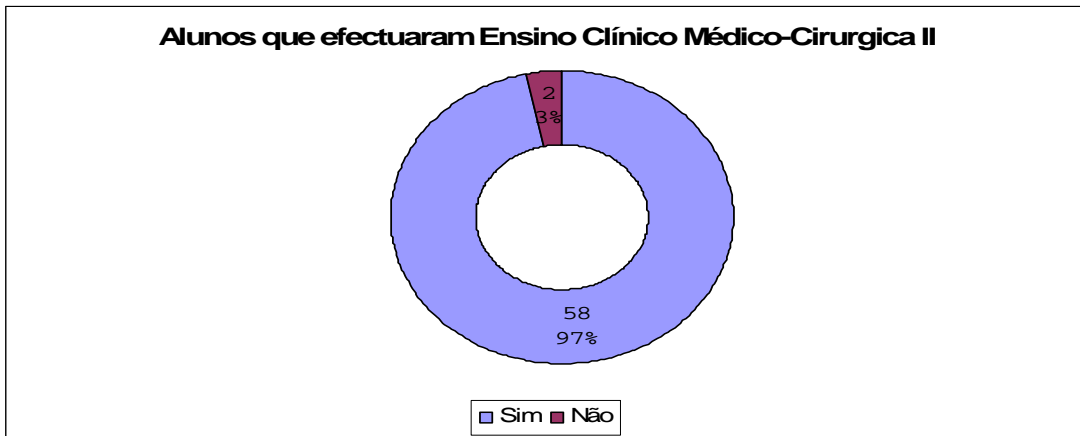
**Gráfico 5** – Distribuição numérica e percentual da amostra segundo “contacto com Cirurgia Bariátrica”



De acordo com o referido no Gráfico 5 podemos observar que o contacto com o conceito de cirurgia bariátrica foi efectuado 12% (n=10) nas aulas, 12% (n=10) outros, 13% (n=11)

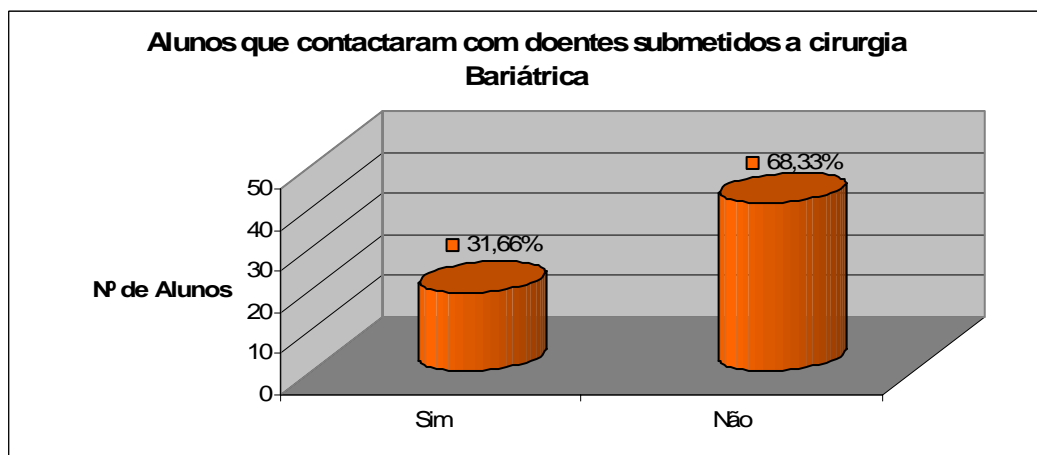
através da Internet, 19% (n=16) através de revistas, 24% (n=21) através da televisão. É de constatar que 20% da amostra (n=17) referem que ainda não tiveram nenhum contacto com o conceito de cirurgia bariátrica.

**Gráfico 6** – Distribuição dos Estudantes segundo a realização do Ensino Clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica



Relativamente à realização do Ensino Clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica, 97% (n=58) já realizaram o Ensino clínico referido, enquanto que 3% (n=2) ainda não realizaram o ensino Clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica II, como pode ser verificado, através do Gráfico 7.

**Gráfico 7** – Distribuição percentual da amostra segundo “contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica”



Quanto ao contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica, pela análise do histograma pode-se verificar que apenas 31, 66% (n=19) afirmam já ter contactado com doentes submetidos a cirurgia Bariátrica e 68,33% (n=41) afirmam que nunca tiveram contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica.

Em seguida serão apresentados os dados referentes à segunda parte do questionário. Para facilitar a apresentação dos resultados, as afirmações foram agrupadas segundo as seguintes temáticas: obesidade, tecido adiposo, cirurgia bariátrica, índice de massa corporal, critérios/indicações para Cirurgia Bariátrica, contra-indicações para Cirurgia Bariátrica, tipos de Cirurgia Bariátrica, complicações da Cirurgia Bariátrica e importância do Enfermeiro.

**Quadro 6 – Respostas dos Estudantes relativamente a questões relacionadas com a obesidade.**

	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente		Sem opinião	
	n	%	n	%	n	%
A obesidade sempre esteve presente de forma marcante nos seres humanos, sendo vista como símbolo de beleza e fertilidade.	30	50,0000%	24	40,0000%	6	10,0000%
A obesidade é considerada como um problema de saúde pública que integra a lista dos vinte maiores factores de risco para a saúde global.	57	95,0000%	0	0,0000%	3	5,0000%
Actualmente, a obesidade é considerada um dos maiores factores de risco para o desenvolvimento de fibromialgias.	30	50,0000%	4	6,6667%	26	43,3333%
Portugal apresenta uma taxa de 40% relativamente à obesidade.	16	26,6666%	7	11,6667%	37	61,6667%
A obesidade é o sinal mais comum de boa nutrição no mundo ocidental.	2	3,3333%	54	90,0000%	4	6,6667%
A obesidade envolve na sua génese factores hereditários, bioquímicos, hormonais, ambientais, comportamentais e culturais.	59	98,3333%	0	0,0000%	1	1,6667%
A obesidade atinge maioritariamente o sexo feminino.	22	36,6667%	23	38,3333%	15	25,0000%
As principais complicações relacionadas com a obesidade mórbida são: Diabetes Mellitus, incontinência urinária e hipertensão.	16	26,6667%	33	55,0000%	11	18,3333%
As doenças das glândulas supra-renais, bem como o mau funcionamento da tiróide podem causar obesidade.	48	80,0000%	3	5,0000%	9	15,0000%

Assim, em relação à afirmação: “ *A obesidade sempre esteve presente de forma marcante nos seres humanos, sendo vista como símbolo de beleza e fertilidade*”, pudemos constatar que 30 estudantes (50,000%) responderam que concordavam/concordavam totalmente, 24 estudantes (40,000%) responderam discordo/discordo totalmente e apenas 6 estudantes (10,000%) respondeu sem opinião.

Já em relação à afirmação: “*A obesidade é considerada como um problema de saúde pública que integra a lista dos vinte maiores factores de risco para a saúde global*”, 57 estudantes, correspondente a 95,000% da amostra, responderam que concordam/concordam totalmente, 3 dos estudantes da amostra afirmaram que não tinham opinião e nenhum dos estudantes referiu que discorda/discorda totalmente (0,000% da amostra).

Pela visualização do quadro, podemos verificar que em relação à afirmação: “*Actualmente, a obesidade é considerada um dos maiores factores de risco para o desenvolvimento de fibromialgias.*” 30 estudantes responderam que concordam/concordam totalmente( 50,000%), enquanto que apenas 4 estudantes(6,6667%) referiram que discordam/discordam totalmente desta afirmação. Dos 60 estudantes da nossa amostra, 26 (43,3333%) referem que não têm opinião. Na afirmação seguinte: “*Portugal apresenta uma taxa de 40% relativamente à obesidade*”16 estudantes (26,6666%) afirmam que concordam/concordam totalmente, 7 estudantes (11,6667%) afirmam que discordam/discordam totalmente e 37 estudantes (61,6667%) admite que não tem opinião para esta afirmação.

“*A obesidade é o sinal mais comum de boa nutrição no mundo ocidental.*”, apenas 2 estudantes (3,3333%) concordam/concordam totalmente com esta afirmação, enquanto que 54 estudantes (50,000%) refere que discorda/discorda totalmente. Quatro dos estudantes (6,6667%) da nossa amostra admitem não ter opinião em relação a esta afirmação, como podemos verificar no quadro 5.

Na afirmação seguinte verifica-se consenso na maioria dos estudantes da nossa amostra. Assim, e segundo o quadro 5, 59 estudantes (98,3333%) concordam/concordam totalmente que “*A obesidade envolve na sua génese factores hereditários, bioquímicos, hormonais, ambientais, comportamentais e culturais*”, 1 estudante (1,6667%) refere não ter opinião e nenhum dos estudantes discorda com a afirmação supra citada.

Vinte e dois dos estudantes inquiridos (36,6667%) concordam/concordam totalmente que a “*Obesidade atinge maioritariamente o sexo feminino*”, enquanto que 23 (38,3333%) discordam/discordam totalmente e 15 estudantes (25,0000%) referem não possuir opinião. Na afirmação seguinte “*As principais complicações relacionadas com a obesidade mórbida são: Diabetes Mellitus, incontinência urinária e hipertensão.*”, através da análise do quadro,

vemos que 16 estudantes (26,6667%) concordam/concordam totalmente, 13 estudantes (55,000%) discordam/discordam totalmente e 11 estudantes (18,3333%) não têm opinião.

Na derradeira questão sobre a obesidade: “*As doenças das glândulas supra-renais, bem como o mau funcionamento da tiróide podem causar obesidade.*” 80,0000% (48 estudantes) concordam/concorda totalmente, enquanto que apenas 3 (5,0000%) discordam/discordam totalmente e 9 estudantes (15,0000%) não possuem opinião para esta afirmação.

**Quadro 7 - Respostas dos Estudantes relativamente a questões relacionadas com o tecido adiposo.**

	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente		Sem opinião	
	n	%	n	%	n	%
O tecido adiposo é um tipo especial de tecido conjuntivo que tem como característica armazenar glicose dentro das suas células.	23	38,3333%	20	33,3333%	17	28,3333%
O tecido adiposo é capaz de remover ácidos gordos da circulação para a síntese de triglicéridos.	25	41,6667%	7	11,6667%	28	46,6667%

Relativamente ao sub-tema Tecido Adiposo, foram elaboradas duas afirmações: “*O tecido adiposo é um tipo especial de tecido conjuntivo que tem como característica armazenar glicose dentro das suas células.*” e “*O tecido adiposo é capaz de remover ácidos gordos da circulação para a síntese de triglicéridos*”.

Para a primeira afirmação 23 estudantes (38,3333%) responderam que concordam/concordam totalmente, enquanto que 20 dos estudantes inquiridos (33,3333%) responderam que discordam/discordam totalmente. Dos estudantes inquiridos, 28,3333% (n=17) afirmam que não possuem opinião sobre esta afirmação. Já em relação à segunda afirmação, pudemos constatar que a maioria dos estudantes (28, 46,6667%) referiu que não possuía opinião. Por outro lado, 41,6666% (n=25) concordam/concordam totalmente com a afirmação apresentada, enquanto que apenas 7 ( 11,6667%) discordam/discordam totalmente.

**Quadro 8 - Respostas dos Estudantes relativamente a questões relacionadas com Cirurgia Bariátrica**

	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente		Sem opinião	
	n	%	n	%	n	%
A Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade estima que existam actualmente 100 a 150 mil doentes com necessidade de recorrer ao tratamento por intervenção cirúrgica.	18	30,0000%	5	8,3333%	37	61,6667%
Todas as pessoas resolvem o problema da obesidade recorrendo a dietas, obtendo dessa forma resultados duradouros.	7	11,6667%	49	81,6667%	4	6,6667%
A cirurgia bariátrica impõe-se como única opção de tratamento nos pacientes que apresentam obesidade mórbida.	20	33,3333%	25	41,6667%	15	25,0000%
A Cirurgia Bariátrica é a cirurgia que utiliza como instrumento principal bário, para obter maior sucesso cirúrgico.	12	20,0000%	9	15,0000%	39	65,0000%
A Cirurgia Bariátrica é a cirurgia da obesidade.	34	56,6667%	5	8,3333%	21	35,0000%

Relativamente à temática da Cirurgia Bariátrica foram elaboradas cinco afirmações. Através do quadro acima apresentado poderemos verificar que para a primeira afirmação, 18 estudantes (30,0000%) referiram que concordam/concordam totalmente, 5 (8,3333%) que discordam/discordam totalmente e 37 dos estudantes inquiridos (61,6667%) responderam “Sem opinião” . Na segunda afirmação, a maior percentagem de respostas foi de discordo/discordo totalmente (81,6667% ; n=49), seguidamente 7 estudantes (11,6667%) responderam que concordam/concordam totalmente e 4 dos estudantes (6,6667%) não apresenta opinião. Visualiza-se, através do quadro 7, em relação à terceira afirmação que 20 estudantes (33,3333%) referiram que concordam/concordam totalmente, 25 (41,6667%) que discordam/discordam totalmente e 15 dos estudantes inquiridos (25,000%) referem que não possuem opinião. Em relação à quarta afirmação visualiza-se que 12 dos inquiridos (20,0000%) referem que concordam/concordam plenamente, 9 (15,0000%) que discordam/discordam totalmente e 39 (65,0000%) referem não ter opinião. Por fim, e analisando a última afirmação sobre a temática da cirurgia bariátrica, podemos constatar que 34 dos inquiridos (56,6667%) respondeu que concorda/concorda totalmente, 5 dos estudantes em estudo (8,3333%) referiram que discordam/discordam totalmente e 21 (35,0000%) escolheram a opção “Sem opinião”.

**Quadro 9** – Respostas dos Estudantes relativamente a questões colocadas sobre Índice de Massa Corporal

	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente		Sem opinião	
	n	%	n	%	n	%
A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica universalmente o índice de Massa Corporal (IMC) como instrumento indicador da obesidade, sendo este calculado pela seguinte fórmula: $IMC = altura/peso^2$	28	46,6667%	29	48,3333%	3	5,0000%
Índice de massa corporal de 35-40, associado a doenças relacionadas à obesidade como a diabetes ou hipertensão é indicação para a realização de cirurgia bariátrica.	28	46,6667%	7	11,6667%	25	41,6667%

Observando o quadro acima podemos explicitar as respostas dos estudantes acerca da grande temática: Índice de Massa Corporal. Assim, foram elaboradas 2 afirmações para os estudantes responderem segundo uma escala tipo Likert. As questões colocadas foram: “A *Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica universalmente o índice de Massa Corporal (IMC) como instrumento indicador da obesidade, sendo este calculado pela seguinte fórmula:  $IMC = altura/peso^2$* ” e “*Índice de massa corporal de 35-40, associado a doenças relacionadas à obesidade como a diabetes ou hipertensão é indicação para a realização de cirurgia bariátrica.*”.

Como pudemos constatar observando o quadro 9, para a primeira afirmação 28 estudantes (46,6667%) afirmaram que concordo/concordo totalmente, por seu lado, 29 estudantes (48,3333%) referiram que discordam/discordam totalmente e 3 dos inquiridos (5,000%) responderam “Sem opinião”. Quanto à segunda afirmação apresentada neste tema, 28 dos estudantes (46,6667%) referiram que concordam/concordam totalmente, 7 (11,6667%) que discorda/discorda totalmente e finalmente 25 (41,6667%) demonstraram não possuir opinião sobre esta afirmação.

**Quadro 10** – Respostas dos Estudantes relativamente a questões colocadas sobre critérios/indicações para Cirurgia Bariátrica

	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente		Sem opinião	
	N	%	n	%	n	%
Os critérios para cirurgia bariátrica são: história dietética com tentativa de dietas hipercalóricas sem sucesso nos últimos cinco anos, boa saúde geral, não ocorrência de alcoolismo e estabilidade psiquiátrica.	16	26,6667%	14	23,3333%	30	50,0000%
Ter pelo menos 45 quilos acima do peso considerado ideal e pacientes submetidos a outros procedimentos cirúrgicos para obesidade sem obter efeito desejado são critérios desejáveis para a realização da cirurgia para a obesidade.	16	26,6667%	15	25,0000%	29	48,3333%
Tentativas prévias sem sucesso de perda de peso através de tratamento médico ou nutricional bem conduzidos não são indicação para a cirurgia bariátrica.	14	23,3333%	20	33,3333%	26	43,3333%
A cirurgia da obesidade é indicada para redução de peso e melhora clínica, quando já se tentou um tratamento clínico bem conduzido ( Educação Alimentar, actividade física e medicamentos) sem sucesso.	38	63,3333%	5	8,3333%	17	28,3333%
O objectivo principal da cirurgia bariátrica é a indução da perda de peso por meios cirúrgicos.	36	60,0000%	11	18,3333%	13	21,6667%
A cirurgia bariátrica induz perda de peso não apenas por redução da capacidade gástrica e da ingestão alimentar, mas também por redução do apetite e mesmo aumento do gasto energético.	27	45,0000%	10	16,6667%	23	38,3333%

Segundo o quadro acima, foram elaboradas várias afirmações sobre o tema: Critérios/Indicações para Cirurgia Bariátrica,

Em relação à primeira afirmação, podemos constatar que 16 dos estudantes inquiridos (26,6667%) afirmou que concorda/concorda totalmente, por sua vez 14 (23,3333%) responderam discordo/discordo totalmente e 30 (50,0000%) referem não possuir opinião para esta afirmação. No que concerne à segunda afirmação verificamos que possuem valores muito idênticos à afirmação anterior. Assim 16 (26,6666%) responderam que concorda/concorda totalmente, 15 (25,000%) afirma discordar ou discordar totalmente e 29 dos inquiridos (48,333%) refere “Sem opinião”. Na terceira afirmação somos elucidados sobre a percentagem 23,333% (n=14) que responderam concordo/concordo totalmente, 33,3333% (n=20) que responderam discordo/discordo totalmente e 43,3333% (n=26) que respondeu “Sem opinião”. Na quarta afirmação, 63,3333% (n=38) responderam concordo/concordo totalmente, 8,3333% (n=5) responderam discordo/discordo totalmente e 28,3333% (n=17) que responderam “Sem opinião”. No que se refere à penúltima afirmação 60,000% (n=36) responderam concordo/concordo plenamente, 18,3333% (n=11) responderam discordo/discordo totalmente e 21,6667% (n=13) responderam “Sem opinião”. E por último, a

sexta afirmação mostra-nos que 45,000% (n=27) responderam concordo/concordo totalmente, 16,6667% (n=10) responderam discordo/discordo totalmente e 38,3333% (n=23) responderam “Sem opinião”.

**Quadro 11** - Respostas dos estudantes relativamente às contra-indicações para Cirurgia Bariátrica

	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente		Sem opinião	
	n	%	n	%	n	%
A cirurgia bariátrica deve ser contra-indicada em qualquer caso em que o paciente não esteja plenamente de acordo com a cirurgia.	39	65,0000%	5	8,3333%	16	26,6667%
Se o utente não for capaz de apreciar as mudanças que ocorrerão após a operação, quer por transtornos psiquiátricos ou por incapacidade cognitiva poderá ser condição de contra-indicação.	29	48,3333%	4	6,6667%	27	45,0000%
Tentativas prévias sem sucesso de perda de peso através de tratamento médico ou nutricional bem conduzidos não são indicação para a cirurgia bariátrica.	20	33,3333%	14	23,3333%	26	43,3333%

Segundo o quadro acima foram elaboradas três afirmações respeitantes ao tema: Contra-indicações para Cirurgia Bariátrica. As afirmações são: “A *cirurgia bariátrica deve ser contra-indicada em qualquer caso em que o paciente não esteja plenamente de acordo com a cirurgia.*” , “*Se o utente não for capaz de apreciar as mudanças que ocorrerão após a operação, quer por transtornos psiquiátricos ou por incapacidade cognitiva poderá ser condição de contra-indicação.*” e “*Tentativas prévias sem sucesso de perda de peso através de tratamento médico ou nutricional bem conduzidos não são indicação para a cirurgia bariátrica.*”

Em relação à primeira afirmação, pela visualização do quadro podemos constatar que 65,000% (n=39) referiram concordo/concordo/totalmente, enquanto que apenas 8,3333% (n=3) referiram discordo/discordo totalmente e 26,6667% (n=16) responderam “Sem opinião”. No que concerne à segunda afirmação, 48,3333% (n=29) responderam concordo/concordo totalmente, no entanto, apenas 6,6667% (n=4) responderam discordo/discordo totalmente. A percentagem de estudantes que respondeu “Sem opinião” é de 45,0000% (n=27). Para a última afirmação 33,3333% (n=20) respondeu concordo/concordo totalmente, 23,3333% (n=14) respondeu discordo/discordo totalmente. A percentagem de estudantes que respondeu “Sem opinião” é de 43,3333% (n=26).

**Quadro 12** – Respostas dos estudantes relativamente aos tipos de Cirurgia Bariátrica

	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente		Sem opinião	
	n	%	n	%	n	%
As cirurgias antiobesidade podem ser divididas em procedimentos que: 1) limitam a capacidade gástrica (as chamadas cirurgias restritivas); 2) interferem na digestão (os procedimentos mal-absortivos); e 3) uma combinação de ambos as técnicas.	20	33,3333%	4	6,6667%	36	60,0000%
A cirurgia pode ser disabsortiva quando se reduz a capacidade de armazenamento do estômago e a velocidade de esvaziamento (mais conhecida como “redução de estômago”).	20	33,3333%	3	5,0000%	37	61,6667%
A cirurgia pode ser restritiva quando se retiram segmentos do intestino delgado, encurtando-o e reduzindo o tempo que os nutrientes permanecem no intestino, o que dificulta sua absorção.	15	25,0000%	9	15,0000%	36	60,0000%
As técnicas mistas são técnicas que associam restrição gástrica com algum grau de má absorção.	11	18,3333%	1	1,6667%	48	80,0000%
O objectivo das técnicas restritivas é a redução da capacidade gástrica e da velocidade de esvaziamento do estômago.	27	45,0000%	5	8,3333%	28	46,6667%

Segundo o quadro acima descrito foram elaboradas algumas afirmações relativamente ao tema: Tipos de Cirurgia Bariátrica. Segundo o que visualizamos no quadro 12, e relativamente à primeira afirmação podemos constatar que 33,3333% (n=20) responderam que concordam/concordam totalmente, 6,6667% (n=4) responderam que discordam/discordam totalmente e 60,0000% (n=36) responderam “Sem opinião”. No que concerne à segunda afirmação e pela análise do quadro referido anteriormente podemos verificar que 33,3333% (n=20) responderam, tal como na afirmação anterior, concordo/concordo totalmente, apenas 5,0000% (n=3) responderam discordo/discordo totalmente e 61,6667% (n=37) responderam “Sem opinião”. Analisando a terceira afirmação, constata-se que 25,0000% (n=15) responderam concordo/concordo totalmente, 15,0000% (9 estudantes) responderam discordo/discordo totalmente e 60,0000% (n=36) responderam “Sem opinião”. Quanto à penúltima afirmação, 18,3333% dos inquiridos (n=11) respondeu concordo/concordo totalmente, 1,6667% (n=1) respondeu discordo/discordo totalmente e 80,0000% (n=48) responderam “Sem opinião”. Finalmente, e no que respeita à última afirmação, 45,0000% dos estudantes (n=27) responderam concordo/concordo totalmente, 8,3333% (n=5) responderam discordo/discordo totalmente e 46,6667% (n=28) respondeu “Sem opinião”.

**Quadro 13** – Respostas dos estudantes relativamente às complicações da Cirurgia Bariátrica.

	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente		Sem opinião	
	N	%	n	%	n	%
Dez a vinte por cento das pessoas que se submeteram à cirurgia para perda de peso necessitaram de outras operações para corrigir complicações.	27	45,0000%	6	10,0000%	27	45,0000%
Deficiências nutricionais como anemia, osteoporose e doença metabólica óssea são complicações muito raras da cirurgia bariátrica.	15	25,0000%	11	18,3333%	34	56,6667%
Os vômitos são riscos comuns das cirurgias restritivas, que são causados quando o estômago é excessivamente preenchido por alimentos mal mastigados.	33	55,0000%	7	11,6667%	20	33,3333%
Em menos de 1% de todos os casos pode ocorrer, infecção ou morte devido a complicações.	29	48,3333%	7	11,6667%	24	40,0000%
Além dos riscos da cirurgia restritiva, as operações disabsortivas também podem levar a um grande risco de deficiências nutricionais.	21	35,0000%	1	1,6667%	38	63,6667%

Segundo o quadro acima descrito foram elaboradas várias afirmações relativamente ao tema: Complicações da Cirurgia Bariátrica.

Relativamente à primeira afirmação poderemos constatar que 45,000% (n=27) responderam concordo/concordo totalmente, 10,000% (n=6) respondeu discordo/discordo totalmente e 45,000% (n=27) respondeu “Sem opinião”. No que concerne à segunda afirmação, poderemos concluir que 25,0000% (n=15) respondeu concordo/concordo totalmente, 18,3333% (n=11) respondeu discordo/discordo totalmente e 56,6667% (n=24) respondeu “Sem opinião”. Já para a terceira afirmação, e observando o quadro concluímos que 55,0000% (n=33) refere que concorda/concorda totalmente, 11,6667% (n=7) refere que discorda/discorda totalmente e 33,3333% (n=20) refere não possuir opinião. Para a penúltima afirmação 48,3333% (n=29) responderam que concordam/concordam totalmente, apenas 11,6667% (n=7) discorda/discorda totalmente e 40,0000% (n=40) não possui opinião para esta afirmação. No que respeita à última afirmação, 35,0000% (n=21) dos estudantes referem que concordam/concordam totalmente, apenas 1,6667% (n=1) discorda/discorda totalmente e 63,6667% (n=38) respondeu “Sem opinião”.

**Quadro 14** – Respostas dos estudantes relativamente à importância do Enfermeiro

	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente		Sem opinião	
	n	%	n	%	n	%
É de extrema importância o papel do enfermeiro na adesão de forma mais eficiente ao tratamento, envolvendo-o e tornando-o responsável pela vivência de criação de uma nova identidade e estimulando a sua participação efectiva no processo de emagrecimento.	52	86,6667%	2	3,3333%	6	10,0000%
O enfermeiro tem um papel fundamental na educação para a saúde do utente submetido a cirurgia bariátrica.	52	86,6667%	3	5,0000%	5	8,3333%
O enfermeiro deve conhecer as propostas cirúrgicas, as vantagens e desvantagens da cirurgia eleita.	52	86,6667%	3	5,0000%	5	8,3333%
O enfermeiro deve dar especial atenção no pós operatório da cirurgia bariátrica, devido ao elevado desconforto do utente e devido à adaptação à nova dieta.	50	83,3333%	3	5,0000%	7	11,6667%
O aspecto emocional dos doentes submetidos a cirurgia para a obesidade, não é um cuidado de enfermagem importante.	10	16,6667%	47	78,3333%	3	5,0000%
No pós-operatório, as mudanças rápidas que acontecem, tanto relacionadas aos hábitos alimentares, quanto às mudanças do próprio corpo, acabam exigindo do paciente uma reflexão, e emergem questões emocionais.	44	73,3333%	1	1,6667%	15	25,0000%

Segundo o quadro acima descrito foram elaboradas várias afirmações relativamente ao tema: Importância do Enfermeiro. Relativamente à primeira afirmação podemos verificar que 86,6667% (n=52) responderam concordo/concordo totalmente, enquanto que apenas 2 estudantes (3,3333%) responderam que discordam/discordam totalmente e 6 estudantes (10,0000%) responderam “Sem opinião”. Na segunda afirmação a percentagem de estudantes que responderam concordo/concordo totalmente é a mesma (86,6667%), 3 estudantes (5,0000%) responderam discordo/discordo totalmente e 5 estudantes (8,3333%) responderam “Sem opinião”. No que concerne à terceira afirmação, pela análise do quadro podemos verificar que, tal como nas afirmações anteriores, a percentagem de pessoas que concorda/concorda totalmente é a mesma, que 3 estudantes (5,0000%) responderam discordo/discordo totalmente e 5 estudantes (8,3333%) responderam que não possuíam opinião para esta afirmação. Na quarta afirmação 83,3333% responderam concordo/concordo totalmente, 5,0000% (n=3) responderam discordo/discordo totalmente e 11,6667% (n=7) referiram não possuir opinião. Em relação à penúltima afirmação afirmação, 16,7777% (n=10) responderam concordo/concordo totalmente, 47 estudantes (78,3333%) responderam discordo/discordo totalmente e 5,0000% (n=3) responderam “Sem opinião”. Finalmente no que concerne à última afirmação poderemos constatar que 73,3333% (n=44) dos estudantes concorda/concorda totalmente, apenas 1 estudante (1,6667%) discorda/discorda totalmente e 25,0000% (n=15) afirmam não possuir opinião sobre esta afirmação.

## **Parte II – Estatística Inferencial - Associação entre as variáveis**

O objectivo fundamental da inferência estatística é, pois, caracterizar a população, do ponto de vista estatístico, a partir de uma ou mais amostras retiradas dessa mesma população. Por este facto, a inferência estatística é distinta da teoria das probabilidades, uma vez que esta admite um determinado modelo probabilístico calculando-se a probabilidade de certos acontecimentos, enquanto na inferência parte-se dos dados e procura-se inferir acerca do modelo probabilístico subjacente aos dados.

Embora se tenha verificado que, de uma forma geral, os estudantes apresentam conhecimentos suficientes sobre a Cirurgia Bariátrica, é importante verificar se os valores oscilam segundo indicadores que caracterizam a amostra. Para tal, recorre-se à análise do Qui-Quadrado de *Pearson*, de modo a verificar a existência de relação e associação entre as variáveis. O teste do Qui-Quadrado ( $X^2$ ) de *Pearson* permite estudar a relação entre duas variáveis discretas. Serve para verificar se a distribuição de uma variável discreta B, depende ou não de uma variável discreta A, a fim de visualizar a distribuição de uma variável discreta B em relação a uma variável discreta A, utilizamos um quadrado cruzado. O quadrado cruzado é portanto, a estatística descritiva que acompanha o teste do  $X^2$ . (Fortin, 1999)

### **Associação entre as variáveis em estudo**

Após se ter procedido à análise e apresentação dos dados que foram obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita que elaboramos, iremos em seguida proceder à sua interpretação e verificar a associação das variáveis em estudo, relativamente às questões de investigações elaboradas.

**Análise do Qui-Quadrado:**

**Quadro 15** - Relação conhecimentos dos estudantes/ contacto com a temática.

Contacto com a temática Conhecimentos	Contacto com a temática da cirurgia bariátrica		Não apresentou contacto com a temática da cirurgia bariátrica		X <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Insuficientes	0	0,0000	1	0,0166	0,2000
Suficientes	9	0,1500	49	0,8167	0,0552
Bons	1	0,0166	0	0,0000	5,0000
Total	10	0,1666	50	0,8333	5,2552

$$p \text{ (Pearson)}=0,152419$$

$$P(X^2_{(2-1)*(3-1)} > c / H_0 \text{ verdadeiro}) = 0,05 \Leftrightarrow P(X^2_{(2)} \leq c) = 0,95$$

$$C=5,99 \Leftrightarrow \text{Região de rejeição: } ]5,99 ; +\infty[$$

**Conclusão:**

A estatística obtida situa-se fora da região de rejeição ( $5,255172 < 5,99$ ), logo conclui-se, com um nível de significância de 0,05, que as variáveis contacto com a temática da cirurgia bariátrica e as classificações obtidas pelos inquiridos são independentes.

**Quadro 16** - Relação conhecimentos dos estudantes/realização do ensino clínico

Realização Ensino Clínico Conhecimentos	Realização do Ensino Clínico		Não realização do Ensino Clínico		$X^2$
	N	%	N	%	
Insuficientes	1	0,01667	0	0,0000	0,034482
Suficientes	50	0,83333	2	0,0333	0,042441
Bons	7	0,1167	0	0,0000	0,241379
Total	58	0,9667	2	0,0333	0,318302

$$p \text{ (Pearson)} = 0,305695$$

$$P(X^2_{(2-1)*(3-1)} > c / H_0 \text{ verdadeiro}) = 0,05 \Leftrightarrow P(X^2_{(2)} \leq c) = 0,95$$

$$C = 5,99 \Leftrightarrow \text{Região de rejeição: } ]5,99 ; +\infty[$$

**Conclusão:**

A estatística obtida situa-se fora da região de rejeição ( $0,318302 < 5,99$ ), logo conclui-se, com um nível de significância de 0,05, que as variáveis realização de estágio e classificações obtidas pelos inquiridos são independentes.

**Quadro 17** - A relação conhecimentos dos estudantes/ contacto com doentes submetidos a cirurgia bariátrica.

Contacto com Doentes Conhecimentos	Contacto com doentes submetidos a cirurgia bariátrica		Não apresentou contacto com doentes submetidos a cirurgia bariátrica		X <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Insuficientes	1	0,01667	0	0,0000	2,1579
Suficientes	14	0,2333	38	0,6333	0,5407
Bons	4	0,0667	3	0,050	2,0996
Total	19	0,31667	41	0,6833	4,7982

$$p \text{ (Pearson)} = 0,000806393$$

$$P(X^2_{(2-1)*(3-1)} > c / H_0 \text{ verdadeiro}) = 0,05 \Leftrightarrow P(X^2_{(2)} \leq c) = 0,95$$

$$C=5,99 \Leftrightarrow \text{Região de rejeição: } ]5,99 ; +\infty[$$

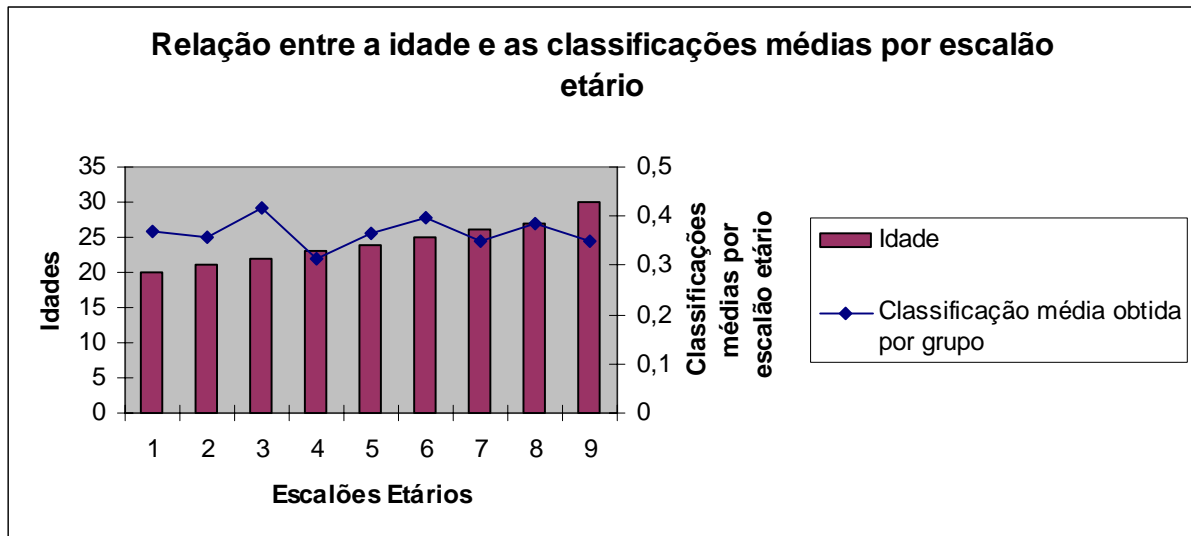
### **Conclusão:**

A estatística obtida situa-se fora da região de rejeição ( $4,798206 < 5,99$ ), logo conclui-se, com um nível de significância de 0,05, que as variáveis contacto com doentes submetidos a cirurgia bariátrica e as classificações obtidas pelos inquiridos são independentes.

Importa referir que os testes do Qui-Quadrado referentes às variáveis contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica e contacto com a temática da Cirurgia Bariátrica, apesar de concluírem que as variáveis em estudo são independentes, face às classificações obtidas, isso sucede-se, com níveis de significância de 0,05 ou menos (nível de confiança de 95% ou mais).

Todas as estatísticas obtidas no teste de correlação de *Pearson* apresentaram valores abaixo do necessário para que o teste de correlação fosse significativo.

**Gráfico 8** – Relação entre Idade e as Classificações médias por escalão etário.



Comprova-se através do gráfico 8, a análise do Qui-Quadrado realizada às variáveis idade e classificações médias obtidas pelo grupo de classificações, que não existe qualquer relação entre as variáveis, uma vez que à medida que a idade aumenta, não se verifica uma tendência de subida/descida nas classificações médias por escalão etário.

**Gráfico 9** – Classificações médias obtidas acerca dos “Conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem”

Pela análise do gráfico 9 e, dada a operacionalização das variáveis que efectuamos, poderemos constatar que os estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa apresentam conhecimentos suficientes em relação à Cirurgia Bariátrica.

#### **IV – Discussão dos Resultados**

Após a análise dos dados, surge a necessidade de interpretar toda a informação obtida, razão pela qual é apresentada uma discussão dos resultados, tendo em conta os conhecimentos e referências contactadas ao longo das leituras efectuadas para a fundamentação teórica deste estudo.

Na elaboração deste capítulo tentar-se-á, realçar os resultados que se consideram mais pertinentes e a partir dessa análise, tecer as considerações que se julgam ser as mais adequadas, quer pela aplicação do instrumento de colheita de dados, quer através das questões anteriormente formuladas.

A questão fundamental presente no estudo assenta em identificar os conhecimentos dos estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre a Cirurgia Bariátrica. Pretende-se ainda, se possível, alertar os docentes da disciplina de Enfermagem Médico – Cirúrgica I para uma breve referência à cirurgia bariátrica, dada a problemática da obesidade na nossa sociedade e sendo esta uma forma de tratamento da obesidade, onde o enfermeiro tem um papel importante, dentro da equipa multidisciplinar desde os cuidados peri-operatórios, adesão ao tratamento proposto e mesmo no plano educacional.

Atendendo aos objectivos deste trabalho monográfico, a presente discussão dos resultados obedecerá à mesma ordem encontrada na apresentação e análise dos dados.

Tem-se plena consciência de que os resultados encontrados devem ser interpretados apenas no contexto da amostra estudada.

Caracterizando a amostra, verificou-se que os estudantes inquiridos têm idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos (limite mínimo e máximo, respectivamente), sendo a média das idades 21,68 anos e o desvio padrão de 1,97004, concentrando-se a maioria dos estudantes, 33,3333% na faixa etária dos 20 anos.

Relativamente aos dados demográficos, podemos concluir que, cerca de 66,6666% (n=40) dos inquiridos pertencem ao sexo feminino e 33,3333% (n=20) pertencem ao sexo masculino,

concluindo assim, que a amostra é constituída maioritariamente por estudantes do sexo feminino.

Quanto à percepção dos inquiridos face à abordagem do conceito de cirurgia bariátrica nas aulas da Licenciatura em Enfermagem, é de realçar que apenas 16,6667% (n=10) dos estudantes referem que o conceito de cirurgia bariátrica foi abordado nas aulas da Licenciatura em Enfermagem, enquanto que os restantes 83,3333% (n=50) referem que durante o curso de Licenciatura em Enfermagem não houve qualquer referência ao conceito de cirurgia bariátrica. Dos 10 estudantes que referiram que existiu abordagem ao conceito de cirurgia bariátrica nas aulas 9 admite que foram nas aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica I, enquanto que 1 dos estudantes refere que o conceito foi abordado na disciplina de Fundamentos Básicos em Enfermagem e nas aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica I.

O contacto com o conceito de Cirurgia Bariátrica foi realizado na sua maioria através da televisão (24%, n=21), sendo posteriormente referido que 20% ainda não teve nenhum contacto com o conceito de cirurgia bariátrica (n=17). O contacto através de revistas assume 19% (n=16) dos pareceres dos estudantes, enquanto que os mesmos referem que a internet foi, para 13% dos estudantes (n=11) o desencadeador do contacto com o conceito de cirurgia bariátrica. Para 12% (n=10) os estudantes referem que foram as aulas e outros, que tiveram contacto com o conceito de Cirurgia Bariátrica.

Uma percentagem de 97% (n=58) dos estudantes já realizou o ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica, enquanto que 3% (n=2) ainda não realizaram o ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II.

Quanto ao contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica, apenas 31,66% (n=19) dos estudantes afirmam já ter contactado com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica, enquanto que 68,33% (n=41) dos estudantes não teve nenhum contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica.

### **Conhecimentos dos estudantes relativamente à Obesidade**

Fazendo uma leitura global dos dados depois de analisados, há a evidenciar algumas noções:

Dos 60 estudantes inquiridos, apenas 1 (um) apresenta conhecimentos insuficientes sobre a Cirurgia Bariátrica. Sete dos estudantes inquiridos apresentam conhecimentos Bons em relação à Cirurgia Bariátrica. Os restantes 52 (cinquenta e dois) estudantes apresentam conhecimentos suficientes em relação à temática estudada. Podemos assim constatar que a nossa amostra apresenta, maioritariamente (86,7%) conhecimentos suficientes em relação à Cirurgia Bariátrica. A média das classificações obtidas pelos estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem é 0,367.

Para dar resposta à questão de investigação “Como foram adquiridos os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa relativamente à cirurgia bariátrica?”, observou-se, através das respostas dos estudantes que o maior contacto com a temática foi realizado através da Televisão (n=21, 24%). É de realçar que 20% da amostra (n=17) referem que ainda não tiveram nenhum contacto com o conceito de Cirurgia Bariátrica.

Tendo em conta a questão de investigação “A realização do ensino clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica II é preponderante para os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa?”, constatou-se que isso não se verifica, pois a estatística obtida situa-se fora da região de rejeição.

O mesmo se verifica em relação à questão de investigação “O contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica influencia os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP?” ;

Relativamente ao contacto com a temática da Cirurgia Bariátrica, não se comprovou a associação desta com os conhecimentos dos estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP, apesar do valor do contacto se encontrar no limiar da significância;

Os itens em que os estudantes demonstram ter mais conhecimento acerca da Cirurgia Bariátrica são relativos a questões subjacentes à prática diária dos Enfermeiros; Por outro lado, os itens em que os estudantes demonstram ter menos conhecimento acerca da Cirurgia Bariátrica são relativos a questões relacionadas com o Tecido Adiposo e os Tipos de Cirurgia Bariátrica.

## V – CONCLUSÃO

A ciência vai-se edificando através de conhecimentos que vão surgindo e se vão encaixando nos já existentes, numa busca ávida para ir mais além. Nesta perspectiva, e com o objectivo de alcançar outros horizontes, foi fundamental o empenho e o trabalho árduo desenvolvido, de forma a serem atingidos os objectivos formulados anteriormente.

Ao longo deste estudo teve-se presente que o excesso de peso e obesidade, é um problema pertinente de saúde pública e, segundo a bibliografia consultada, cada vez mais comum no mundo actual.

Este estudo foi realizado a 60 (sessenta) estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, do ano lectivo 2007/2008.

A primeira conclusão a registar é a pertinência da realização de actividades desta índole. Com efeito, a elaboração do trabalho ora apresentado, permitiu não só pôr em prática um vasto leque de ensinamentos recolhidos ao longo do curso, como também aplicar e aprofundar conhecimentos, quer acerca de uma temática que se julga importante, quer na concepção/realização de trabalhos científicos e inclusive na aplicação directa da estatística. Só por isso é já de realçar a sua utilidade, pois os objectivos académicos foram plenamente conseguidos.

Com este estudo pretendeu-se avaliar os conhecimentos dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP.

O interesse e a motivação, foram a essência para que este estudo fosse uma realidade e assim ser-se capaz de atingir os objectivos e finalidades traçadas, no início do trabalho. No decorrer da investigação, as dificuldades foram sentidas, mas com muita persistência e dedicação foram ultrapassadas.

A amostra em estudo é constituída por 60 estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

As principais conclusões retiradas deste trabalho são:

- Uma percentagem de 66,6666% (n=40) dos estudantes do 3º Ano da Licenciatura em Enfermagem pertencem ao sexo feminino e os restantes 33,3333% (n=20) são do género masculino. A média das idades é de 21,68 anos;
- Quanto à percepção dos inquiridos face à abordagem do conceito de cirurgia bariátrica nas aulas da Licenciatura em Enfermagem, é de realçar que apenas 16,6667% (n=10) dos estudantes referem que o conceito de Cirurgia Bariátrica foi abordado nas aulas da Licenciatura em Enfermagem, enquanto que os restantes 83,3333% (n=50) referem que durante o curso de Licenciatura em Enfermagem não houve qualquer referência ao conceito de Cirurgia Bariátrica.
- O contacto com o conceito de Cirurgia Bariátrica foi realizado na sua maioria através da televisão (24%, n=21), sendo posteriormente referido que 20% ainda não teve nenhum contacto com o conceito de Cirurgia Bariátrica (n=17). O contacto através de revistas assume 19% (n=16) dos pareceres dos estudantes, enquanto que os mesmos referem que a internet foi, para 13% dos estudantes (n=11) o desencadeador do contacto com o conceito de Cirurgia Bariátrica. Para 12% (n=10) dos estudantes foram as alíneas aulas e outros, que tiveram contacto com o conceito de cirurgia bariátrica.
- Relativamente à realização do ensino clínico de Enfermagem Médico–Cirúrgica II, 97% (n=58) já realizaram o ensino clínico referido, enquanto que 3% (n=2) ainda não realizaram o ensino clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica II.
- Quanto ao contacto com doentes submetidos a Cirurgia Bariátrica, apenas 31,66% (n=19) dos estudantes afirmam já ter contactado com doentes

submetidos a cirurgia bariátrica, enquanto que 68,33% (n=41) dos estudantes não teve nenhum contacto com doentes submetidos a cirurgia bariátrica.

- Dos 60 estudantes inquiridos, apenas 1 (um) apresenta conhecimentos insuficientes sobre a Cirurgia Bariátrica. Sete dos estudantes inquiridos apresentam conhecimentos Bons em relação à Cirurgia Bariátrica. Os restantes 52 (cinquenta e dois) estudantes apresentam conhecimentos suficientes em relação à temática estudada. Podemos assim constatar que a nossa amostra apresenta, maioritariamente (86,7%) conhecimentos suficientes em relação à Cirurgia Bariátrica. A média das classificações obtidas pelos estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem é 0,367;
- Os itens em que os estudantes demonstram ter mais conhecimento acerca da Cirurgia Bariátrica são relativos a questões subjacentes à prática diária dos Enfermeiros;
- Por outro lado, os itens em que os estudantes demonstram ter menos conhecimento acerca da Cirurgia Bariátrica são relativos a questões sobre o Tecido Adiposo e aos tipos de Cirurgia Bariátrica existentes.

Em função dos resultados obtidos, e para um nível de significância de 0,05, pode-se concluir que não existe qualquer relação entre as variáveis estudadas e as classificações obtidas pelos estudantes do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP.

Em função dos resultados obtidos, e tendo em vista a sua aplicação na área da prevenção, deixam-se como sugestões: educação para a saúde (prevenção da obesidade) bem como a importância do enfermeiro no cuidar do paciente submetido a cirurgia bariátrica, que sugerimos que seja abordada nas aulas, durante o curso de Licenciatura em Enfermagem, para desta forma fazer parte integrante da equipa multidisciplinar e aumentar a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes de forma a permitir uma maior adesão a todo o tratamento, assim como evitar complicações.

É urgente inculcar junto da comunidade a importância de estabelecer um padrão de estilo de vida saudável. Assim, cabe aos enfermeiros, inculcar o valor da saúde como um bem, e, nesse sentido fazer com que TODOS assumam a responsabilidade pelo próprio estado de saúde. Além disso, compete ao enfermeiro alertar a população para os problemas relativos à obesidade, através de acções educativas, incentivando-a manter o “peso ideal” para cada idade.

A realização deste trabalho tornou-se uma experiência gratificante, apesar de ter exigido grande disponibilidade e esforço. Considerou-se que através da análise deste trabalho se poderá, de alguma forma, proceder a alterações a nível das estratégias e clareza da informação que é utilizada. Acreditamos que a informação já existe e está a ser transmitida. No entanto, faltará a formação, mas, antes de mais, a capacidade de conseguir motivar os jovens para a adopção de comportamentos adequados.

No excesso de peso e obesidade é de primordial importância, não só tratamento, mas sim a sua prevenção. É nela que toda a equipa de saúde responsável pelo seguimento das crianças deve investir. E, essa prevenção, passa por uma informação correcta dos progenitores e crianças sobre comportamentos alimentares adequados e os riscos que o excesso de peso e obesidade podem acarretar, tentando desde cedo cativar a criança para uma vida activa e saudável.

Este trabalho é, sem dúvida, o reflexo de muita satisfação e muito enriquecimento pessoal, esperando-se que não constitua um final, mas sim um início, para o surgimento de novos trabalhos com o objectivo de aprofundar cada vez mais esta interessante temática, de modo a minimizar o problema abordado e melhorar os conhecimentos acerca da mesma.

O enfermeiro deve ser um educador por excelência. Deve aproveitar a curiosidade e espontaneidade dos jovens/adultos e efectuar ensinamentos ajustados às suas expectativas e necessidades. Numa perspectiva de aumentar a captação e compreensão da informação através da atenção, devem-se adoptar métodos informativos inovadores.

Por tudo isto, termina-se este estudo enunciado um desejo sincero: que o prazer obtido na realização do presente trabalho de investigação encontre eco, na mesma proporção e intensidade, em quem tiver que o apreciar.

## V. Bibliografia

- Association of Perioperative Registered Nurses (2004) [Em linha] . Disponível em <http://www.aorn.org/> [consultado a 15/12/2007];
  
- Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (2005). [Em linha]. Disponível em <http://www.amb.org.br> [consultado em 23/02/2008];
  
- Associação dos Pacientes Portadores do Obesidade Mórbida (S.d.). [Em linha]. Disponível em <http://www.appom.com.br/> [consultado em 23/02/2008];
  
- Azevedo, A.P. ; Linardi, R.C. ; Oliveira, V.M. 2004) Cirurgia Bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*; 31 (4), pp. 199-201;
  
- Bacelar, V. et al (2005) Importância da Crioterapia na Lipólise. *Fisioterapia Brasil*. V. 06, n. 02, p.151-155, Março/Abril;
  
- Barbosa, V. (2004). *Prevenção da obesidade nos Jovens Adolescentes*. Brasil. Editora Manole;
  
- Benchinol, A.K. ; Coutinho, W. (2002). Obesidade mórbida e afecções associadas. *In: Garrido Júnior (Ed.) Cirurgia da Obesidade*. São Paulo, Editora Atheneu, pp. 13-17;
  
- Berti, L.V.; Garrido Júnior, A.B.; Oliveira, M. R. (2002). Gastroplastia Vertical com Bandagem. *In: Garrido Júnior, A.B. (Ed.) Cirurgia da Obesidade*. São Paulo, Editora Atheneu, pp. 149-154;
  
- Bianchi, E.; Negrão, R. (2006), A Actuação da Enfermagem na Assistência prestada ao paciente submetido a cirurgia bariátrica. *Revista Prática Hospitalar*. Mar-Abr;

- Boas, M.L. et al ( s.d. ) *Cirurgia da Obesidade – O que é Preciso Saber*. Brasil. Centro de Cirurgia da Obesidade [Em linha] Disponível em <http://www.obesidademorbida.com.br> [Consultado em 23/02/2008];
  
- Botica, M.M.C. (2006). *Obesidade na Adolescência*. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Inédita, policopiada. Porto;
  
- Brunner L., Suddarth D. (2002), *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, vol. I, , 9ª Edição. Brasil, Guanabara Koogan;
  
- Carlini, M.P. (2001). *Avaliação Nutricional e de Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica – Dissertação de Mestrado*. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação Em Engenharia de Produção [Em linha]. Disponível em <http://teses.eps.ufsc.br> [Consultado em 20/04/2006];
  
- Carmo, I. et al (2001). Prevalência da Obesidade em Portugal *in Obesity Reviews* [Em linha]. Disponível em [Publico.pt](http://Publico.pt) e Faculdade de Motricidade Humana – [www.pesoemedia.pt](http://www.pesoemedia.pt) [Consultado em 23/02/2008];
  
- Carmo, I. ; Galvão-Teles, A. ; Reis, J.P.L. (1990) . *Obesidade – perspectiva multidisciplinar*. Comunicações do I Congresso Português da Obesidade. Sociedade Portuguesa da Cirurgia de Obesidade. Dezembro;
  
- Costa, J. A, et al. (1998) *Dicionário da Língua Portuguesa*. 7.ª Edição. Porto, Porto Editora;
  
- Costill, D. L; Willmore, J. H. (2001) *Fisiologia do Esporte e Exercício*. 2ª Edição. São Paulo, Manole Editora;

- Cruz, M. C. ; Monteiro, I. ; Maia, T. (1993) Diagnóstico da Obesidade. *In: Cruz, M. C. ; Monteiro, I. ; Maia, T.. Manual sobre Obesidade na Clínica Geral.* Porto, Porto Editora, p. 13-50;
  
- Dicionário da Língua portuguesa (2007) [Em linha] Disponível em <http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx> [Consultado em 11/02/2008];
  
- Direcção Geral da Saúde (2005). [Em linha]. Disponível em <http://www.dgsaude.pt> [Consultado em 20/01/2008];
  
- Domar, A., Dreher, H. (1997) *Equilíbrio Mente / Corpo na mulher.* São Paulo, Editora Campus;
  
- Fandiño J., Segal A. (2002) Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, pp.68-72 [Em linha] Disponível em <http://www.abeso.org.br/pdf/set/Segal-Contra%20ind%20para%20cirurgia520bariatrica.pdf> [Consultado em 23/02/2008];
  
- Farias, F. (2005) Cirurgia Bariátrica: Histórico. *In: Silva, R. S. Cuidados pré e pós operatórios na Cirurgia da Obesidade.* Porto Alegre, Editora Age, pp.136-145;
  
- Fin, A.S. (2002) Bandagem Gástrica Ajustável por Laparoscopia. *In: Garrido Júnior, A.B. Cirurgia da Obesidade* São Paulo, Editora Atheneu, pp.179-188;
  
- Filho, A.C. (2004) *Cirurgias restritivas.* *In: Concon Filho, A. Curso de Cirurgia Bariátrica de Valinhos.* Grupo de Cirurgia Bariátrica de Valinhos. Cap.8;
  
- Fitness Performance Journal (2006). *Cirurgia Bariátrica do Fitness Performance Journal.* Volume. Ano 5-Número 03-maio/Junho;
  
- Fluxá, G.F. (2003). Balón gástrico. *Revista Medicina Clínica Condes* 14(3), pp.130;

- Fonseca, M. (1998). Obesidade na criança e adolescente. *Nascer e Crescer* 7 (3/3), p.208;
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Loures, Lusociência;
- Francheschi, W.(2005) . Videogastroplastia Vertical com Bagem – Gastroplastia Vertical com Bandagem. In: Silva, R. S. .*Cuidados pré e pós operatórios na Cirurgia da Obesidade*. Porto Alegre, Editora Age, pp.146-160;
- Garrido Jr, A.B. (2003) *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo, Editora Atheneu, pp 9-43;
- Gil, A.C. (1995) *Métodos e investigação em pesquisa social*. São Paulo, Editora Atlas;
- Gonçalves, V.J.C. (2007). *Níveis de depressão no idoso institucionalizado – Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa*. Inédita, policopiada. Porto;
- Guirro, E.; Guirro, R. (2002) *Fisioterapia dermatofuncional*. 3ª Edição. Brasil, Editora Manole ;
- Gurski, R.; Schirmer, C. C. ; Volkweis, B. S. (2005) Obesidade Mórbida. In: Luiz Rohde et al. *Rotinas em Cirurgia digestiva*. Brasil, Porto Alegre, Artmed Editora, pp.138-144;
- Halpern, A, et al (1998) *Obesidade*. São Paulo, Lemos Editorial;
- Henriques, J,; Pereira, C.A. ( 2006) *Cirurgia – Patologia e Clínica*. 2ª Edição. Madrid Editora Mc Graw Hill;
- Junqueira ,L. C.; Carneiro, J. (1995) *Histologia Básica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan Editora;

- Lakatos, E.M.; Marconi, M. de A. (1996). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados*. 3ª Edição. São Paulo, Atlas Editora;
- Leite, M.A.M; Rodrigues, M.P.F. (2002). Procedimentos Cirúrgicos - Introdução Histórica. *In: Garrido Júnior, A.B. Cirurgia da Obesidade*. São Paulo. Editora Atheneu, pp.141-148;
- Lello, J. et al. (1996). *Dicionário Enciclopédico Luso-Brasileiro*. Porto, Lello & Irmão, Lda;
- Lima, D.S.; Paiva, L.B. (2005) Derivação Bilio-Pancreática – Cirurgia de Scopinaro-Videolaparoscópica. *In: Silva, R.S. Cuidados pré e pós operatórios na Cirurgia da Obesidade*. Porto Alegre, Editora Age, pp.220-233;
- Lima, I.S. (1995) *Qualidade de Vida no Trabalho na Construção de Edificações: Avaliação do nível de satisfação dos operários de empresas de pequeno porte*. - Tese de Doutorado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção [Em linha]. Disponível em <http://teses.eps.ufsc.br> [Consultado em 04/07/2007];
- Longo, E. & Navarro, E. (2002). *Manual Dietoterápico*. 2ª Edição. Porto Alegre, Editora Artmed;
- Macgregor A, Compilador. (1999) The history of surgery for obesity [online]. Gainesville: American Society For Bariatric Surgery;. Disponível em [www.asbs.org/html/story/chapter1.html](http://www.asbs.org/html/story/chapter1.html) [Consultado em 23/02/2008];
- Malheiros, V.M. et al (2008) Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. *Jornal Público e Revista Peso e Medida* [Em linha]. Disponível em <http://static.publico.clix.pt/pesoemedida/noticia.aspx?id=1314207&idCanal=1623> (Dez 2007). [Consultado em 15/01/2008];

- Marchesini, JC ;Sallet, JÁ; Paiva, DS. (2002) Balão Intragástrico *In* : Garrido Júnior, A.B. (Ed.). *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo. Editora Atheneu, p.61-70;
  
- Matos, C.M. P. (2007). *Parâmetros Respiratórios e qualidade de vida de indivíduos obesos, antes e após gastroplastia redutora: um estudo longitudinal*. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais [Em linha]. Disponível em <http://teses.eps.ufsc.br> [Consultado em 20/04/2006];
  
- Mayo, M. (2002). *Dossier Obesidade*. Porto, Notícias Magazine.
  
- Mello, J.F., et al (1980) *Psicossomática Hoje*. São Paulo, Editora Artes Médicas, p.75;
  
- Miguel, P.R. (2005) *In*: Silva, R.S. *Cuidados pré e pós operatórios na cirurgia da Obesidade*. Porto Alegre, Editora Age, pp.161-179;
  
- Moreira, P. (2005). *Obesidade – muito peso, várias medidas*. Porto, Editora Âmbar;
  
- Negrão, R.J.S. (2006). *Cirurgia Bariátrica: Revisão Sistemática e Cuidados de Enfermagem no Pós-operatório*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Área de Saúde do Adulto, da Escola De Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre. São Paulo. [Em linha]. Disponível em <http://teses.eps.ufsc.br> [Consultado em 20/04/2006];
  
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa, Climepsi Editora;
  
- Oliveira, C. (2006). Associação de doentes obesos e ex-obesos de Portugal [Em linha]. Disponível em <http://www.adexo.pt/index.php?pagina=presidente>, [Consultado em 23/02/2008];
  
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Obesité: Prévention et Prise en Charge de L'épidémie Mondiale – Rapport d'une Consultation de L'OMS*. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.org> [Consultado em 11/02/2008] ;

- Patiño, J.F. (2003) Cirurgia Bariátrica. *Revista Comb Cir* : 18(1) , pp.28-50;
- Peres, E. (2003). *Emagrecer – porque se engorda e porque se emagrece*. Lisboa. Editora Caminho;
- Pires, R.; Martins, V.; Ventura, C.; Cunha, S. ( 2004) *Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica*. [Em linha] [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300010&script=sci_arttext) [Consultado em 23/02/2008];
- Polit, D.; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Edição Porto Alegre. Artes Médicas Editora;
- Quintela, M. (1991). Investigação: uma estratégia em enfermagem. *Enfermagem em Foco*, (1/Novembro/Janeiro), pp.45-8;
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Gradiva Editora;
- Rangel, M.T.P.M. (2006). *Alguns aspectos sobre Obesidade – A Cirurgia Bariátrica no seu tratamento*. Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Inédita, policopiada. Porto;
- Reis, J. P. L.; Freitas, P. I. (1996) Obesidade Infantil: problemas clínicos terapêuticos. *Endocrinologia, Metabolismo e Nutrição*, 5(5), pp.221-226;
- Richardson, R.J. (1999). *Pesquisa Social – métodos e técnicas*. 3ª edição, revista e ampliada. São Paulo, Editora Atlas;
- Rizzi, F. (2008). Clínica e Cirurgia da Obesidade [Em linha]. Disponível em <http://www.francoerizzi.com.br/> [Consultado em 15/12/2007];

- Saldanha, H. (1999). *Nutrição clínica*. Lisboa. Edições Lidel;
- Santos, I (1995). *Controvérsias em Pediatria*. III Jornadas do Serviço de Pediatria Hospital de Santa Maria. Universidade de Lisboa;
- Sérgio, A. (2004). Associação Portuguesa de Professores de Educação Física [Em linha] Disponível em <http://www.appefis.org> [Consultado em 22/12/2007];
- Silva, R. S. (2005) Obesidade: Conceito, Diagnóstico e Classificação. *In: Cuidados pré e pós operatórios na cirurgia da obesidade*. Porto Alegre, Brasil, Age Editora; p.5-34;
- Sociedade Portuguesa da Cirurgia de Obesidade (2000) [Em linha]. Disponível em <http://www.spco.pt> [Consultado em 11/02/2008];
- Tanaka, D.S. (2006) *O desafio do enfermeiro na assistência ao paciente obeso mórbido submetido a cirurgia bariátrica no período transoperatório*. – Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo [Em linha]. Disponível em <http://teses.eps.ufsc.br> [Consultado em 20/04/2006];
- Teles, G. (1996). Comportamento alimentar e nutrição. *Jornal Clínico* 3, p.6-9;
- Timby, B. (2001). *Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem*. Porto Alegre. Editora Artmed;
- Timms, P. (1993). O medo da gordura: 2. *Nursing*, 66, p.30-32;
- Torresini, R (2005) Balão Intragástrico. *In: Silva, R.S. Cuidados pré e pós operatórios na cirurgia da obesidade*. Porto Alegre, Editora Age;
- Warden N. S. ; Warden, M. D. C. II (1997). Obesidade Pediátrica. *Endocrinologia Pediátrica*, 2, pp.343-359.