

Gabriela João Tinoco Bazan

Satisfação com o tratamento em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Gabriela João Tinoco Bazan

Satisfação com o tratamento em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Gabriela João Tinoco Bazan

Satisfação com o tratamento em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica

Gabriela João Tinoco Bazan

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem.

RESUMO

Este estudo foi realizado no âmbito da cadeira de Projeto de Graduação do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e a temática abordada foi: “Satisfação com o tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica”.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), obesidade é um dos principais problemas de saúde pública atuais, sendo considerada uma doença crónica e ao mesmo tempo um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas que constituem as principais causas de mortalidade e morbilidade.

O tipo de estudo adotado para a investigação é um estudo descritivo simples, transversal de abordagem quantitativa, sendo a população constituída por indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica há pelo menos 3 meses.

A amostra é constituída por 73 indivíduos, predominantemente do género feminino em número de 62 (84,9%) com idades compreendidas entre 25-75 anos, a maioria destes 73 inquiridos realizou a cirurgia no Hospital São João e no Hospital Nossa Senhora de Guimarães.

Os resultados obtidos com o presente estudo de investigação permitem-nos afirmar que a maioria está satisfeita com o procedimento realizado, o bypass gástrico, com 56 respostas, o que corresponde a uma percentagem de 75,3%.

Palavras-chave: Obesidade; Satisfação; Tratamento; Cirurgia bariátrica;

SUMMARY

This study was carried out as part of the Graduation Project Chair of the 4th year of Nursing Degree, Faculty of Health Sciences, Fernando Pessoa University and the subject addressed was: "Satisfaction with treatment in patients undergoing bariatric surgery."

According to the Directorate General of Health (2017), obesity is one of the main public health problems today, being considered a chronic disease and at the same time a risk factor for the development of other chronic diseases that are the main causes of mortality and morbidity.

The type of study adopted for the investigation is a descriptive, simple, cross-sectional study with a quantitative approach, the population consisting of individuals who have undergone bariatric surgery for at least 3 months.

The sample consisted of 73 individuals, predominantly of the female gender, 62 (84.9%), aged 25-75 years. Most of these 73 patients underwent surgery at Hospital São João and at Hospital Nossa Senhora de Guimarães.

The results obtained with the present study allow us to affirm that the majority is satisfied with the procedure performed, the gastric bypass, with 56 responses, which corresponds to a percentage of 75.3%.

Key Words: Obesity; Satisfaction; Treatment; Bariatric surgery;

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de Investigação, a todos que me apoiaram neste longo percurso da minha vida, agradeço primeiramente aos meus pais e madrasta, pois sem eles nada disto seria possível, também ao meu irmão pelo apoio e incentivo, ao meu namorado pela força, amor e paciência, aos meus avós por tudo o que ensinaram, à minha orientadora Teresa Moreira pelo apoio e dedicação e aos meus amigos pela fé e incentivo.

Muito Obrigado!

AGRADECIMENTOS

Todos os agradecimentos aqui explícitos, dedico com todo o amor e carinho sentido pelos mesmos.

Com a finalização deste percurso não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram nesta caminhada tão importante da minha vida pessoal e futura profissional.

Em primeiro lugar agradeço ao meu pai e madrasta, Francisco Bazan e Cristina Santos, por todo o apoio, força, empenho e acima de tudo muito amor e carinho, por todo o apoio e muita paciência nesta etapa da minha vida, que me fez caminhar sem nunca baixar os braços.

À minha mãe e irmão, Cândida Tinoco e André Bazan, por todo o amor e por estarem sempre prontos a dar-me força e apoio e por torcerem sempre por mim.

Ao meu namorado Fábio Gomes, pelo apoio, paciência e pelo amor que demonstrou dando sempre a esperança de nunca desistir nos piores momentos.

Aos meus avós maternos, por todos os ensinamentos. A vocês por serem as minhas estrelinhas, os meus anjos da guarda.

À minha orientadora Professora Teresa Moreira, pelo apoio prestado ao longo deste caminho. O meu sincero obrigada.

A todos os docentes, que contribuíram para aquilo que sou hoje.

Um agradecimento especial para o meu grupo de colegas de curso, por terem tido paciência para me aturar.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha família e amigos. Por estarem sempre lá para me amparar, para me criticar, para me congratular fazendo-me sentir uma pessoa melhor.

A todos, que de forma direta ou indireta deram o seu contributo para a realização deste estudo, os meus maiores agradecimentos por tudo o que fizeram por mim.

Satisfação com o tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica

“Todo o presente é todo o passado e todo o futuro”

Fernando Pessoa

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

Ao longo deste trabalho irão surgir algumas abreviaturas,

% - Percentagem

Kg - Quilogramas

OMS – Organização Mundial de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

IMC – Índice Massa corporal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
I. FASE CONCEPTUAL	21
1. Definição do tema.....	21
1.1. Problema de investigação	21
1.2. Questão de investigação.....	22
2. Revisão da literatura.....	22
2.1. Obesidade	23
2.1.2. Causas da obesidade	24
2.2. Satisfação versus qualidade de vida	25
2.3. Tipos de cirurgia bariátrica	27
2.4. O papel do enfermeiro na cirurgia bariátrica.....	28
2.4.1. Papel do Enfermeiro no planeamento pré-operatório.....	30
2.4.2. Papel do Enfermeiro no planeamento pós-operatório.....	30
2.5. Atividades de vida	31
II. FASE METODOLÓGICA.....	32
1. Tema.....	32
1.1. Delineação do Tema	32
1.2. Questões de investigação	33
1.3. Objetivos gerais e específicos	33
1.4. Desenho de investigação	34
1.4.1. Tipo de estudo	34
1.4.2. Meio de realização do estudo	35

1.4.3.	População alvo e amostra	35
1.4.4.	Processo de amostragem.....	36
1.4.5.	Instrumento e método de colheita de dados	37
1.5.	Variáveis em estudo	38
1.5.1.	Variáveis dependentes	38
1.5.2.	Variável independente.....	38
1.5.3.	Variável de atributo.....	38
1.6.	Análise e tratamento de dados	39
1.7.	Salvaguarda dos princípios éticos	39
III.	FASE EMPÍRICA.....	40
1.	Apresentação e análise dos resultados	40
	Discussão dos resultados obtidos	70
	CONCLUSÃO	74
	BIBLIOGRAFIA	76
	ANEXOS.....	79
	ANEXO I. Consentimento Informado	80
	ANEXO II. Questionário.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Classes de obesidade	60
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao Género.....	41
Gráfico 2. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à idade.....	41
Gráfico 3. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao local onde realizou a cirurgia.....	42
Gráfico 4. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao procedimento realizado.....	42
Gráfico 5. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao peso inicial.....	43
Gráfico 6. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao peso atual.....	44
Gráfico 7. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente aos objetivos dos inquiridos quando aceitaram ser submetidos à cirurgia.....	44
Gráfico 8. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao peso que pensavam que iam atingir.....	45
Gráfico 9. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à altura nas mulheres.....	46
Gráfico 10. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à altura nos Homens.....	46
Gráfico 11. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Se voltasse atrás, voltaria a querer ser operado?”	47
Gráfico 12. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Recomendaria a cirurgia a que foi submetido a outras pessoas?”	47
Gráfico 13. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de	

satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente aos objetivos que a cirurgia lhe permitiu alcançar.48

Gráfico 14. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com o peso que atingiu.49

Gráfico 15. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da autoestima dos inquiridos.....50

Gráfico 16. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a forma como passaram a ser vistos pelos outros.....51

Gráfico 17. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da saúde do indivíduo em geral.....52

Gráfico 18. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da vida sexual dos indivíduos.....53

Gráfico 19. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da vida profissional dos indivíduos.....54

Gráfico 20. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da vida amorosa dos indivíduos.....55

Gráfico 21. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da vida social dos indivíduos.....56

Gráfico 22. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com

a melhoria do bem-estar emocional dos indivíduos.....57

Gráfico 23. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com o aspeto físico do individuo quando está vestido.....58

Gráfico 24. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com o aspeto físico do individuo quando está despido.....59

Gráfico 25. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria do bem-estar físico do inquirido.....60

Gráfico 26. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a necessidade de tomar medicação devido à cirurgia.....61

Gráfico 27. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com os hábitos alimentares pós-cirurgia.....62

Gráfico 28. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a possibilidade de usar roupa do agrado do individuo.....63

Gráfico 29. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da capacidade de tratar da sua própria higiene.....64

Gráfico 30. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a sensação de fome que o individuo tem.....65

Gráfico 31. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com o prazer de comer do inquirido.....66

Gráfico 32. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com o tipo de alimentos que conseguem comer.....**67**

Gráfico 33. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a quantidade de alimentos que o inquirido come.....**68**

Gráfico 34. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da liberdade de movimentos.....**69**

Satisfação com o tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica

“A Obesidade é a epidemia global do século XXI” (OMS)

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular de projeto de graduação, inserida no 2º semestre do 4º ano do ano letivo 2017/2018, e constitui um requisito para finalização da licenciatura de enfermagem na Universidade Fernando Pessoa. Foi proposto a realização de um trabalho de investigação, escolhido para tema “Satisfação com o tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica”.

Segundo Ribeiro (1999), a investigação permite dar resposta a questões que emergem nas nossas vivências em sociedade e cuja ciência ainda não foi capaz de encontrar solução. É assim, um método científico de prever, planear e antecipar a realização do processo de esclarecimento das nossas pesquisas. A investigação científica enriquece não só a prática como também a nível científico.

Por sua vez, Fortin (2009) afirma que investigação científica “permite descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos” e que um projeto de investigação é “uma etapa preliminar de uma investigação científica, no decurso da qual é necessário estabelecer os limites do objeto de estudo e precisar a maneira de realizar cada uma das etapas do processo de investigação”.

A motivação para a escolha do tema prende-se com o gosto pela Enfermagem Cirúrgica que pude desenvolver durante o Ensino Clínico realizado durante a licenciatura e também pela preocupação enquanto futura Enfermeira com as questões ligadas à obesidade e sedentarismo as quais afetam a qualidade de vida de jovens adultos e idosos e contribuem para o aumento de doenças crónicas como as doenças cardiovasculares.

A prevalência da obesidade, a nível mundial, é tão elevada que a organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) considerou esta doença como a epidemia global do século XXI. Segundo a OMS, o excesso de peso e a obesidade são condições crónicas em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Esta patologia resulta do consumo de uma maior quantidade de calorias do que aquelas que uma pessoa consegue utilizar/gastar, através de uma maior inatividade física. O tratamento cirúrgico da obesidade tem sido executado com maior frequência por resultar de uma perda de peso significativa. Como tal e, com o objetivo de compreender a satisfação do tratamento dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, foi escolhido este tema para a realização do meu projeto de investigação.

O presente estudo divide-se em três fases de investigação: a fase concetual que retrata a justificação do tema e a revisão da literatura. A posteriori a fase metodológica onde evidencia o desenho de investigação, que retrata o tipo de estudo, população alvo, amostra e processo de amostragem, variáveis em estudo, instrumento de recolha de dados e por fim o tratamento e apresentação dos dados. Na terceira, e ultima fase, a fase empírica, engloba a apresentação dos dados, análise e interpretação dos mesmos e as respetivas conclusões do estudo.

Para dar cumprimento ao trabalho estabeleceram-se três objetivos específicos, que foram determinar o género que mais cirurgia bariátrica realiza, identificar o tipo de mudanças pós-cirúrgicas que ocorreram nas atividades de vida diária e perceber o nível de satisfação do tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica.

Tendo em conta a questão de investigação, “Compreender o nível de satisfação do tratamento em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica”, e os objetivos de estudo optou-se por realizar um estudo descritivo simples, transversal, de abordagem quantitativa. Para conseguir responder a estes objetivos, foi utilizado um questionário da autoria da Dra. Maria Luísa Gonçalves, ao qual foi concedida autorização para a utilização do mesmo.

Na realização deste estudo deparamos com algumas limitações das quais destacamos a falta de tempo dado que ao desenvolvimento do estudo coincidiu com os Ensinos Clínicos do 4º ano, a escassez de bibliografia pertinente, a dificuldade na recolha de dados e a inexperiência da aluna com a investigação científica pois trata-se dum primeiro trabalho.

As principais conclusões que resultam deste trabalho permitem-nos dizer que a maioria dos inquiridos está satisfeita com a cirurgia, com o peso que atingiu após terem sido intervencionados e que de fato a maioria recomendaria a intervenção a próximos doentes.

I. FASE CONCEPTUAL

Segundo Fortin (2009), “A fase concetual desempenha um papel fundamental pois fornece ao investigador os pilares necessários para o desenvolvimento do processo de investigação.”

A mesma autora defende que (2009):

“A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação.”

Fortin (2009), afirma ainda que esta fase consiste:

"(...) em definir os elementos de um problema. (...) O investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema que precisa, com vista a chegar a uma conceção clara do problema. O processo começa pela escolha de um tema de estudo e de uma questão apropriada, a partir da qual se orientará a investigação."

No decorrer desta fase foi realizado uma revisão bibliográfica da literatura, a qual nos permitiu determinar o nível dos conhecimentos face ao problema de investigação escolhido e de terminar os conceitos que servirão de quadro de referência ao nosso problema, efetuamos ainda a escolha do tema, bem como a formulação do problema de investigação, questões, objetivos e elaboração da revisão bibliográfica.

1. Definição do tema

“O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos” (Fortin, 2009), ou ainda “(...) o assunto que se deseja provar ou desenvolver” (Lakatos & Markoni, 2007).

Posto isto, o objetivo deste tema é conseguir perceber o nível de satisfação do tratamento em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

1.1.Problema de investigação

De acordo com Marconi e Lakatos (2007), um problema de investigação é uma dificuldade no conhecimento de algo com verdadeira importância para a qual se procura uma solução.

Tendo em conta esta definição, este estudo parte do seguinte problema de investigação:

- “Qual o nível de satisfação dos doentes submetidos ao tratamento da cirurgia bariátrica?”

1.2. Questão de investigação

“As questões de investigação (...) são enunciados interrogativos precisos, escrito no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população a estudada” (Fortin, 2009).

Uma vez a questão de investigação estar definida e estruturada “Qual o nível de satisfação dos doentes submetidos ao tratamento da cirurgia bariátrica?”, estabeleceram-se as seguintes questões pivot:

Qual será o género que mais cirurgia bariátrica realiza?

Quais são as mudanças que ocorreram nas atividades de vida diária após cirurgia?

Qual será o nível de satisfação do tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica?

Após definida a questão pivô, a investigação está orientada e pode-se avançar para a revisão da literatura. Esta serve para delinear o domínio da investigação, ou seja, é necessária uma pesquisa aprofundada dos conteúdos relacionados com a ideia principal para obter maior exatidão (Fortin, 2009).

2. Revisão da literatura

Segundo Fortin (2009) a revisão da literatura, “permite apresentar o estado dos conhecimentos relativos a um problema de investigação. Os documentos devem ser pertinentes ao problema em estudo.”

Iremos de seguida abordar os seguintes temas pertinentes: Obesidade e as respetivas causas, satisfação versus qualidade de vida, tipos de cirurgia, papel do enfermeiro na cirurgia bariátrica e atividades de vida.

2.1. Obesidade

2.1.1. Conceito e definição

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), obesidade é um dos principais problemas de saúde pública atuais, sendo considerada uma doença crónica e ao mesmo tempo um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas que constituem as principais causas de mortalidade e morbilidade.

A prevalência de obesidade está a aumentar a um ritmo alarmante em todo o mundo e representa uma epidemia quer nos países desenvolvidos quer nos países em vias de desenvolvimento, Fried M et al (2008).

Segundo o instituto nacional de estatística (2015), em 2014 mais de metade (52,8%) da população com 18 ou mais anos, tinha excesso de peso (50,9% há uma década). O aumento da obesidade foi o mais expressivo, tendo afetado principalmente as mulheres e a população com idades entre 45 e 74 anos.

Em Portugal, é estimado que cerca de 16,5% da população, com idade superior a 18 anos, apresenta obesidade, e que devido à morbilidade e mortalidade associadas a esta patologia, esta represente um grave problema de saúde pública, Tavares (2011).

A obesidade pode ser definida como uma condição do organismo marcada pela deposição geral e excessiva de gordura no tecido adiposo, OMS (2011).

Para estimar o peso ideal ou a obesidade, a ferramenta mais utilizada é o índice de massa corporal (IMC), é a relação entre o peso (massa corporal) e a altura de um indivíduo e traduz-se pelo quociente entre a massa corporal em quilos e o quadrado da altura em metros ($IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$). Para poder ser identificada a obesidade, tem de ser portador de um índice de massa corporal ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), o indicador mais rápido e simples, onde ficamos a perceber se temos baixo peso, peso normal ou excesso de peso, e pode ser classificada em três classes.

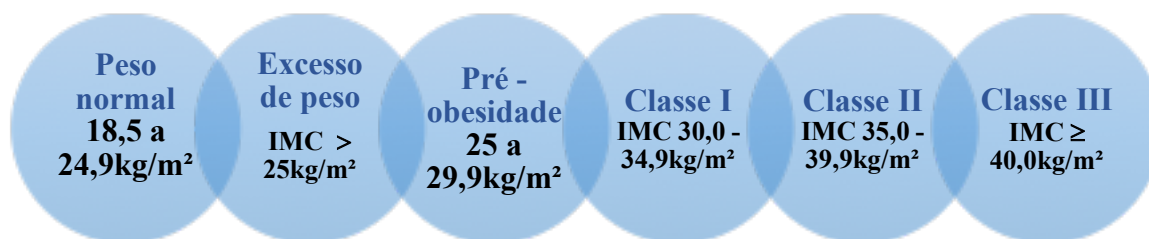


Figura 1. Classes de obesidade

A Obesidade mórbida, é conhecida como uma condição. É um critério de inclusão para cirurgia, quando existe uma qualidade de vida prejudicada, uma frequência de morbidade associada, uma redução da expectativa de duração de vida e um fracasso dos tratamentos conservadores, que são exemplo disso: Dietas rigorosas, medicamentos, psicoterapia e exercícios físicos.

Segundo Ferraro (2004), numerosos estudos demonstraram uma ligação entre a perda de peso com uma melhoria significativa na qualidade de vida dos pacientes, nos aspetos físicos, social e psicológico.

2.1.2. Causas da obesidade

A obesidade pode ser desencadeada por diversos fatores, tais como genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais. O mais frequente é, sem dúvida, a questão metabólica uma vez que na maioria destes indivíduos o que desenvolve a obesidade, é a ingestão em demasia de calorias e o sedentarismo, que leva a um armazenamento de tecido adiposo, assim como pode estar associado a patologias como hipotireoidismo, problemas no hipotálamo, desordens endócrinas. Em casos genéticos quando os pais são portadores de obesidade, há um maior risco de tendência de hereditariedade. Uma multigesta apresenta maior risco um risco de obesidade três vezes superior a uma nulípara (Maltinha, R. 2013).

Outro fator que contribuiu para a presença da obesidade nos indivíduos, é a mudança de vida, aqui destaca-se o casamento, viuvez, divórcio, determinadas situações de violência, fatores psicológicos tais como o stress, ansiedade, compulsão alimentar, abstinência do tabaco, consumo excessivo de álcool e a toma de medicação como psicofármacos e corticoides (Maltinha, R. 2013).

2.2.Satisfação versus qualidade de vida

Segundo Maria Luísa Gonçalves (2014), a cirurgia bariátrica realizada desde os anos 50, é um dos procedimentos cirúrgicos com maior taxa de crescimento dos últimos anos. Esta cirurgia traz cada vez mais benefícios para a saúde, destacando-se a melhoria da qualidade de vida, a redução da mortalidade e melhoria das doenças crónicas associadas.

O estado emocional, a motivação e as expectativas do doente submetido à cirurgia, assim como os comportamentos adotados após a cirurgia e as ocorrências de vida podem afetar o período pós-operatório. A própria satisfação com o tratamento pode afetar o comportamento do doente relativamente à sua saúde, o que por sua vez tem impacto nos resultados do tratamento. Uma avaliação da satisfação do tratamento permitirá o desenvolvimento de opções terapêuticas com maior aceitação por parte do doente, e deste modo permitir uma evolução no tratamento desta condição tão prevalente (Maria Luísa Gonçalves, 2014).

Esta patologia traz com ela muitas consequências para os indivíduos portadores dela. Nomeadamente a baixa autoestima que, sem dúvida é um dos fatores mais relevantes, por prejudicar a imagem corporal, a atividade de vida diária, por vezes a vida profissional, social e amorosa. Está comprovado que a obesidade não surge apenas por desequilíbrios bioquímicos e de doenças físicas, mas também pela existência de perturbações psicológicas. Claro que, a satisfação do tratamento é negativa nos indivíduos que não tiveram sucesso com os tratamentos convencionais, não realizaram a cirurgia ou não obtiveram os resultados esperados pós-cirurgia. Outro fator relevante neste impacto negativo, é o aumento da prevalência de doenças, aumento da dor no campo da dor crónica, e o aumento da mortalidade, morbidade somática e também mental (Marques, J., 2012; Santos, M., 2012; Vicente, C., 2009).

Qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde como “um conceito alargado que é afetado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de dependência e relações sociais da pessoa, e a relação com as características salientes do respetivo meio” (WHOQOL Group, 1993).

Os objetivos principais das operações bariátricas são reduzir as comorbidades e melhorar a qualidade de vida do paciente (Segal, Fandino, 2002). Segundo vários estudos científicos, está comprovado que o sofrimento psicológico de utentes com obesidade mórbida, leva á necessidade da realização da cirurgia bariátrica, especialmente, no sexo feminino. Nas mulheres a necessidade de melhorar o aspeto físico é bastante acrescida, é relatado por estas que se sentem 100% ridicularizadas por serem morbidamente obesas (Marques, J., 2012; Santos, M., 2012; Vicente, C., 2009).

Com a realização da cirurgia bariátrica, o sentimento destes doentes é totalmente alterado no sentido positivo devido, essencialmente, à perda de peso, diminuição de comorbidades e á alteração da imagem corporal, ou seja, a qualidade de vida passa a ter um impacto positivo na vida destes indivíduos (Marques, J., 2012).

Em baixo, são apresentadas algumas das condições melhoradas com as cirurgias bariátricas (Segal, Fandino. 2002).

- **Cardiopulmonares:** Hipertensão, Insuficiência cardíaca, edema, insuficiência respiratória, síndrome da hipoventilação da obesidade, asma.

- **Ginecológicas:** Infertilidade, gestação do parto, incontinência urinária.

- **Índices de qualidade de vida:** Desemprego, depressão, Ansiedade, autoestima, interação social, mobilidade física.

- **Diabetes Mellitus, esofagite, tromboembolismo, osteoartrite, transtornos do sono.**

2.3. Tipos de cirurgia bariátrica

Como alternativa ao tratamento conservador (orientação dietética, exercício físico e o uso de fármacos anti-obesidade), vários estudos publicados na literatura vêm demonstrando uma evidencia crescente de que a cirurgia bariátrica é a única forma de tratamento que conduz a uma perda significativa de peso, Chauhan et al (2010), e a mais eficaz para a perda de peso ao longo prazo, Marielle et al (2008).

O Termo bariátrico surge em 1965 e deriva do prefixo grego baro, que significa peso, e do sufixo iatros que significa os que praticam medicina. Segundo Tavares (2011), este termo associado à palavra cirurgia passou a definir a cirurgia para o tratamento da obesidade.

Segundo Mancini (2001), as condições clínicas e cirúrgicas associadas à obesidade são: cardiovasculopatias (com arritmia ventricular, cardiomiopatia associada à obesidade, hipertensão arterial, doença coronária, entre outras), doenças respiratórias (como doença pulmonar restritiva, apneia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação), endocrinopatias (como diabetes mellitus, hipotireoidismo, infertilidade), doenças gastrointestinais (como hérnia de hiato, litíase biliar, colecistite), doenças dermatológicas (estrias, dermatite perianal), doenças geniturinárias (anormalidades menstruais e anovulação, hipertensão e diabetes gestacional, proteinúria), neoplasias (de mama, cérvix, ovário, endométrio, próstata, colorretal e vesícula biliar), doenças musculoesqueléticas (osteoartrose de coluna e do joelho, gota..), disfunção psicossocial (como baixa auto-estima, isolamento social, discriminação social, susceptibilidade e psico-neuroses), além de aumentar o risco de ocorrência de hérnia inguinal e incisional.

O tratamento cirúrgico é efetivamente utilizado, quando um paciente não consegue atingir a perda de peso desejada através dos tratamentos convencionais. Para este tipo de pacientes é gratificante esta perda de peso com a execução da cirurgia, para além de trazer essa vantagem traz muitas outras, relacionadas com as comorbilidades associadas à obesidade, assim como também apresentam resultados positivos em utentes com distúrbios de sono (Mancini, 2001).

Segundo Fried M et al (2008), os pacientes que devem ser submetidos a esta cirurgia devem ter uma idade compreendida entre 18 e 60 anos e ser portadores de um IMC superior ou igual a 40kg/m² ou IMC igual ou superior a 35kg/m² com comorbilidades relacionadas à obesidade, falhas documentadas de tratamentos não cirúrgicos para perder peso, doente bem informado e motivado, com expectativas realistas e psicologicamente estável.

Existem três tipos de cirurgias para este tipo de intervenção, que são as cirurgias de má absorção, cirurgias restritivas e cirurgias mistas. Na intervenção cirúrgica denominada cirurgia de má absorção (bypass jejuno – ileal) o objetivo é diminuir a absorção de alimentos pela recessão cirúrgica na anatomia intestinal, enquanto que nas cirurgias restritivas (banda gástrica, gastroplastia vertical e balão gástrico) o objetivo é promover a saciedade precoce e diminuir o volume de estomago promovendo assim a perda de peso. Por fim, nas cirurgias mistas (bypass Y roux, derivação bilio-pancreática com gastrectomia parcial) é realizada a combinação das duas cirurgias anteriormente referidas, as de má absorção e as restritivas, com o objetivo de atingir uma perda de peso superior às outras técnicas cirúrgicas, promovendo a saciedade e a intolerância a doces (Santos, M., 2012).

2.4.O papel do enfermeiro na cirurgia bariátrica

O plano clínico do doente com obesidade mórbida requer uma preparação cuidadosa no pré-operatório, intra e pós-operatório. Para Abir e Bell (2004), o planeamento pré-operatório é fundamental para a obtenção de resultados satisfatórios no doente. Os teóricos ressaltam, ainda, o relevante papel e aproximação da equipa multidisciplinar, incluindo os cuidados primários do psicólogo, anestesista, enfermeiro, nutricionista e assistente social. Um histórico detalhado do doente e uma avaliação psicológica têm como objetivo identificar os riscos que possam interferir na cirurgia.

O doente portador de obesidade deve ser avaliado minuciosamente antes da cirurgia, devido a muitas comorbilidades que geralmente acompanham esta patologia. Os riscos cirúrgicos e anestésicos são maiores no doente com obesidade (Lins, Barbosa, Brodsky, 1999).

O cuidadoso planeamento pré-operatório é essencial para o sucesso da cirurgia e para o doente suportar e conhecer todas as etapas a que será submetido na cirurgia proposta. A otimização dos medicamentos para as comorbilidades, o cuidadoso planeamento intraoperatório e a minuciosa orientação de cuidados pós-operatórios são também importantes para o sucesso da cirurgia. Doentes portadores de obesidade requerem cuidados pós-operatórios e os de alto risco podem ter a indicação de ir para uma unidade de cuidados intensivos (Abir, Bell, 2004).

O Enfermeiro que efetua o acolhimento do doente dentro da área hospitalar, tem um papel fundamental. Este profissional tem o dever de conhecer os aspetos técnico-científicos do tratamento proposto, se inteirar de todas as informações pré-operatórias, intra e pós-operatórias, para garantir uma assistência de qualidade para que o resultado final seja o mais satisfatório possível (Negrão, Renata, 2006).

Uma dessas formas de atuação é representada pela ação educativa do enfermeiro junto ao doente, promovendo o desenvolvimento de atitudes e estratégias novas, frente a um problema específico de saúde (Zago, 1993).

Como já foi escrito, o período pré-operatório impulsiona uma adesão ao tratamento proposto e o enfermeiro participa ativamente nesse período. Ele é o responsável, 24 horas por dia, da orientação, do cuidado e até do incentivo para que o doente consiga superar as etapas, muitas vezes dolorosas e desgastantes, a que o doente será submetido (Negrão, Renata, 2006).

É importante que o enfermeiro esteja em alerta para observar se o paciente com obesidade mórbida, que se submeteu ao ato cirúrgico, requer alguns cuidados específicos devido ao alto grau de obesidade. Dessa forma, uma adaptação a sua nova realidade, a reeducação da dieta e uma perda gradativa de peso pós cirúrgicos, deverá ser implementada, fornecendo suporte e apoio ao doente e respetiva família (Negrão, Renata, 2006).

Diversas são as alterações que o doente com obesidade pode apresentar após o ato cirúrgico, principalmente no período do pós-operatório imediato e onde a equipa de enfermagem deverá estar de prontidão para intervir no momento certo. Partindo do

pressuposto que a assistência prestada deve estar baseada em literatura científica, a enfermagem deve estar preparada a nível de recursos para poder assistir a este doente de modo a fazer com que todos os cuidados, que direta ou indiretamente, possam depender da equipa de enfermagem, sejam seguidos para um melhor desempenho da equipa que presta cuidados ao doente, a fim de garantir que a sua recuperação tenha o sucesso esperado (Negrão, Renata, 2006).

2.4.1. Papel do Enfermeiro no planeamento pré-operatório

Antes da cirurgia o Enfermeiro deve instruir o paciente sobre rotinas nutricionais e as restrições no pré-operatório bem como implementar estratégias que contribuam para a redução da ansiedade (Brunner & Suddarth, 2015).

2.4.2. Papel do Enfermeiro no planeamento pós-operatório

No pós-operatório o Enfermeiro deve gerir a analgesia de forma a aliviar a dor do doente, caso esteja presente e prestar ensino ao doente sobre o uso de analgesia no domicílio. É de elevada relevância, a adesão do utente ao esquema nutricional, logo é necessário instruir e incentivar o doente a aderir ao esquema, assim como também é importante prestar o ensino ao doente sobre a necessidade de suplementos vitamínicos e limitações nutricionais no pós-cirurgia. Será, também, bastante relevante no pós-operatório lembrar todos os cuidados a ter com a alimentação, deve introduzir lentamente a alimentação oral, iniciando com pequenos volumes (30ml) de líquidos orais sem açúcar de 15 em 15 minutos, assim como interromper a ingestão de líquidos se apresentar náuseas ou sensação de plenitude. Quando tiver o retorno dos sons intestinais e a retomada da ingestão oral, são aconselhadas 6 refeições pequenas, constituindo um total de 600 a 800 calorias por dia. O consumo de líquidos entre as refeições é incentivado para evitar desidratação. Supervisionar e ensinar sobre as complicações da cirurgia bariátrica, também é um fator importante, para que os doentes possam contar com uma possível complicação, tal como: hemorragia, refluxo da bile, disfagia, obstrução intestinal ou pilórica (Brunner & Suddarth, 2015).

Quando um doente relata a insatisfação com a imagem corporal, é importante que o enfermeiro oriente o utente sobre o fato de que o período da maior perda de peso ocorrerá nos primeiros 6 meses e incentive a prática de exercício físico assim como, deve

proporcionar o encaminhamento para grupos de apoio de cirurgia bariátrica (Brunner & Suddarth, 2015).

2.5. Atividades de vida

O modelo escolhido para este projeto como fonte de descrição das atividades de vida foi o Nancy Roper, Winifred W. Logan e Alison J. Terney visto que este valoriza a ideia de que todos os indivíduos estão envolvidos em atividades que lhes permitem viver, logo quando essas atividades ficam comprometidas, o indivíduo poderá precisar de cuidados de enfermagem.

Este modelo foi desenvolvido por Nancy Roper, Winifred W. Logan e Alison J. Terney, e baseia-se no modelo de vida. O modelo de vida é uma tentativa para identificar as características principais de um fenômeno altamente complexo - viver - e para indicar as relações entre os vários conceitos do modelo: as atividades de vida, o ciclo de vida, o continuum independência/dependência, os factores que influenciam as actividades de vida e a individualidade de viver (Roper Logan e Terney 1995).

As atividades de vida são todas aquelas que contribuem para o processo complexo da existência humana. São a manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestir-se, controlo da temperatura do corpo, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e morte (Roper, Logan e Terney 1995).

As atividades de vida estão todas relacionadas umas com a outras, não podem ser vistas isoladamente. Os fatores que determinam as atividades de vida são descritos em cinco grupos principais: fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos (Roper, Logan e Tierney 1995).

II. FASE METODOLÓGICA

Fortin, (2009), define a fase metodológica como:

“(...) um conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.”. Permite definir o desenho de investigação, a população, a amostra, as variáveis e os métodos de colheita e análise de dados.”

Nesta fase, é descrito o tipo de estudo, o meio para a sua realização, a população e amostra, o processo de amostragem, as variáveis de estudo, o instrumento de colheita de dados a utilizar e modo de tratar e analisar os dados.

1. Tema

Segundo Fortin (2009), para estar em condições de formular um problema de investigação, é necessário escolher previamente um tema de investigação que se reporte a uma situação problemática e estruturar uma questão que orientará o tipo de investigação a realizar e lhe dará uma explicação.

Posto isto, o tema escolhido foi: “Satisfação do tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica.”

1.1.Delineação do Tema

Para Fortin (2009):

“A etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina.”

Segundo Fortin (2009), qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é (...exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”.

Posto isto, com este estudo pretendeu-se estudar o nível de satisfação do tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica, uma vez que a maior parte dos pacientes portadores de obesidade mórbida não conseguem obter resultados através dos tratamentos convencionais, o que leva a ter um impacto negativo na qualidade de vida dos mesmos. Com a realização da cirurgia, está comprovado através de estudos científicos, a melhoria desta qualidade de vida, para chegar a esta conclusão foi necessária a realização de um

estudo de investigação com o objetivo de obter mais conhecimento nesta temática (Marques, Joana Sofia. 2012).

Seguidamente serão delineadas as questões de investigação.

1.2. Questões de investigação

Partindo da questão principal “Qual o nível de satisfação do tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica?” vai surgindo as questões inerentes a esta investigação.

Que segundo Fortin (2009):

“São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada”.

Sendo assim, surgiram as seguintes questões de investigação que se interligam com a questão principal em estudo:

- Quais eram as vossas expectativas, antes de serem operados?
- Qual o nível de concretização dessas expectativas?
- Quais os aspetos do tratamento com que se sentem satisfeitos?
- Quais os aspetos do tratamento com que se sentem insatisfeitos?
- Que tipo de cirurgias foi mais utilizada?

De seguida, iremos abordar os objetivos inerentes ao tema.

1.3. Objetivos gerais e específicos

Para que a investigação tenha um sentido de orientação, segundo (Quivy & Campenhoudt, 1998):

" (...) tais como as questões de investigação os objetivos de estudo são o fio condutor particularmente eficaz que nos dão a amplitude e asseguram a coerência entre as diversas fases do estudo".

Para Fortin (2009):

“o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis – chave, a

população alvo e a orientação da investigação”.

Assim sendo serão traçados os seguintes objetivos para o estudo:

Objetivo geral:

- Perceber o nível de satisfação do tratamento de vida no paciente submetido a cirurgia bariátrica.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a população relativamente às variáveis sociodemográficas;
- Conhecer o nível de satisfação do tratamento do paciente;
- Perceber se as mudanças pós-cirúrgicas nas atividades de vida diária foram satisfatórias;
- Analisar como a cirurgia bariátrica contribui para a melhoria das atividades de vida diárias;

Seguidamente, irá abordar-se o desenho de investigação.

1.4. Desenho de investigação

De acordo com Fortin, (2009), o desenho de investigação é:

“O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.”

Assim sendo, para além de responder às questões de investigação, o desenho tem também como objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo de investigação.

Abaixo será referido o tipo de estudo utilizado nesta investigação.

1.4.1. Tipo de estudo

Segundo Fortin (2009) “descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.”

Assim, optou-se por realizar um estudo descritivo simples, transversal, de abordagem quantitativa. A colheita de dados para o estudo realizou-se sob a forma de bola de neve. Os participantes para serem incluídos no estudo tiveram que satisfazer os seguintes critérios de inclusão: doentes submetidos à cirurgia bariátrica há pelo menos três meses, com idade igual ou superior a 18 anos. Como critérios de exclusão temos, todas as pessoas que apresentem défice cognitivo aparente e indivíduos que não saibam ler ou escrever.

Segundo Fortin (2009) um estudo descritivo simples:

“(…) consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

Em relação à dimensão temporal, segundo Polit (1995), o estudo é transversal porque:

“(…) a colheita de dados em um ponto do tempo. Os fenómenos sobre o estudo são obtidos durante um período de colheita de dados...”

Neste estudo o método de abordagem escolhido foi o quantitativo pois, segundo Fortin, (2009), uma abordagem quantitativa baseia-se no tratamento da colheita de dados quantificáveis, ou seja,

”O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. (...) cuja finalidade é contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e oferecer também a possibilidade de prever e controlar os acontecimentos.”

Em seguida abordamos o meio onde foi realizado o estudo.

1.4.2. Meio de realização do estudo

De acordo com a população – alvo, foi realizado uma reunião com duas pessoas que realizaram a cirurgia e através das mesmas, conseguimos uma rede de contactos para obter a amostra desejada. Os questionários foram entregues às duas primeiras inquiridas e que conseguiram o preenchimento dos restantes aos membros que constituíram esta amostra.

1.4.3. População alvo e amostra

Segundo Fortin, (2009):

“A descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos

resultados. As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção.”

Segundo Fortin (2009) amostra:

“é um conjunto de sujeitos retirados de uma população.”

Assim sendo, a população alvo deste estudo são todos os indivíduos que foram submetidos à cirurgia bariátrica há pelo menos três meses e a amostra é constituída por 73 pessoas.

Assim sendo, iremos explorar o processo de amostragem utilizado nesta investigação.

1.4.4. Processo de amostragem

Para Fortin (2009) a amostragem não probabilística é um:

“processo pelo qual todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra.”

Segundo o mesmo autor (2009), o método rede é definido como:

“...é uma técnica que consiste em escolher sujeitos que seriam difíceis de encontrar de outra forma, segundo critérios determinados. Torna-se por base as redes sociais, as amizades e o fato de que os amigos têm tendência a possuir características comuns. Esta técnica é também chamada de “em bola de neve”. Logo que o investigador encontra sujeitos que satisfazem os critérios escolhidos, pede-lhes que indiquem outras pessoas possuidoras de características similares. Este procedimento é muitas vezes utilizado para recrutar sujeitos na abordagem da teoria fundamentada. Em resumo, todas as amostras não probabilísticas produzem viesamentos que nem sempre é possível ter em conta. Sendo assente que é representatividade que está em causa, os resultados dos estudos efetuados com a ajuda de amostras não probabilísticas dificilmente são generalizáveis à população alvo.”

Posto isto, foi definido como método de amostragem para este trabalho, a amostragem em bola de neve. Este tipo de amostragem é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Desta forma, foi possível adquirir um número significativo de questionários, para a realização deste estudo.

Abaixo serão referidos os instrumentos e os métodos de colheita de dados.

1.4.5. Instrumento e método de colheita de dados

Para Fortin (2009):

“Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.”

Como instrumento e método para a colheita de dados deste estudo científico, optou-se pela utilização de um questionário, de interpretação simples e com respostas claras. Foi escolhida esta ferramenta por acarretar menos despesa, por ser de fácil aplicação e por garantir anonimato das respostas obtidas, uma vez que todos eles após sofrerem análise serão destruídos.

Para concretização dos mesmos, foi marcada uma reunião com uma utente conhecida que estava de acordo com os critérios de inclusão deste estudo e iria iniciar a entrega dos questionários, para explicar os objetivos desta investigação. Inicialmente foram entregues 40 questionários, visto que teve algum interesse por parte dos participantes foi possível conseguir a entrega de mais 33 questionários. Estes, foram entregues de individuo a individuo através das duas referências iniciais, até finalizar a amostra de 73 questionários.

Esta colheita de dados foi realizada desde o dia 2 de Maio até ao dia 2 de Junho, deixando os questionários à responsável, para que depois fornecesse aos indivíduos para o seu preenchimento.

O questionário deste estudo encontra-se dividido em três partes distintas:

A primeira parte contém seis itens onde devem ser referidos os seguintes dados, número de questionário, sexo, idade, onde realizou a cirurgia, procedimento utilizado, peso inicial e atual. A segunda parte, é composta por quatro questões das quais, interrogam se quando aceitou ser operado, quais eram os objetivos pretendidos, que peso pensou que ia atingir, se voltasse atras, voltaria a querer ser operado e por fim se recomendaria, a cirurgia que foi submetido a outros indivíduos. Na terceira, e ultima parte, está representada uma grelha com a avaliação de muito satisfeito, a muito insatisfeito para os doentes manifestarem a satisfação que têm pós cirurgia.

O questionário utilizado, foi realizado por uma estudante de Medicina, na sua monografia, Maria Luísa Malvar Azevedo Magalhães Gonçalves, estudante no Instituto de ciências e

biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, realizado no ano letivo 2013/1024, para complementar os objetivos de investigação (em anexo II).

1.5. Variáveis em estudo

Na perspetiva de Fortin (2009) as variáveis:

“(…) são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

As variáveis são unidades de base da investigação, adquirindo valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados, podendo ser classificadas, segundo o papel que exercem na investigação, como independentes, dependentes, de investigação, atributo ou estranhas (Fortin, 2009)

1.5.1. Variáveis dependentes

Segundo Fortin (2009): “Variável que não é observada, mas cuja presença é deduzida da relação entre a variável dependente e a variável independente.”

Neste estudo, para as variáveis dependentes definimos a satisfação do tratamento.

1.5.2. Variável independente

Para Fortin (2009) define variável independente como sendo uma,

“Variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente.”

No presente estudo a variável independente é a: Cirurgia bariátrica.

1.5.3. Variável de atributo

Para Fortin (2009) define variável de atributo como sendo uma, “característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra.”

- Género;
- Idade;

Assim sendo, de seguida iremos apresentar a análise e os tratamentos de dados colhidos.

1.6. Análise e tratamento de dados

No tratamento dos dados obtidos, a ferramenta escolhida foi o programa Microsoft Office Excel 2017 para a construção gráfica, proporcionando uma melhor visualização e interpretação da informação fornecida. Para a construção dos gráficos foram usados o número total de inquiridos e a respetiva percentagem.

De seguida, serão apresentados os princípios éticos que se deve salvaguardar nesta investigação.

1.7. Salvaguarda dos princípios éticos

Segundo Fortin (2009):

“A investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes causar danos aos direitos e liberdades da pessoa.”

Sendo assim, Fortin (2009) definiu cinco direitos a serem respeitados:

- Direito á autodeterminação – respeito pelos indivíduos com capacidade de decisão própria.
- Direito á intimidade – proteger o anonimato da informação acerca de determinada pessoa.
- Direito ao anonimato e confidencialidade – manter a identidade dos indivíduos em anonimato, para não se reconhecer características ou determinadas informações.
- Direito á proteção contra o desconforto e prejuízo – consiste na proteção dos indivíduos quanto aos riscos da investigação.
- Direito ao tratamento justo e equitativo – direito a conhecer a investigação e seu propósito.

Para o cumprimento dos direitos dos inquiridores optou-se pela utilização de um consentimento informado onde davam autorização para a recolha dos dados. Os consentimentos foram entregues juntamente com os questionários (Anexo I). A seguir, será apresentada a fase empírica com a representação gráfica e respetiva conclusão.

III. FASE EMPÍRICA

Segundo Fortin (2009), a fase empírica consiste na “colheita dos dados no terreno, á sua organização e á sua análise estatística”.

A análise dos dados foi realizada através do questionário, utilizando o número total de indivíduos e as percentagens correspondentes.

Os dados foram analisados através da utilização do programa Microsoft Office Excel 2017, para a construção gráfica da caracterização da amostra, dos objetivos que tinha quando aceitou ser operado, se voltaria a ser operado, se recomendaria a cirurgia a outras pessoas e após cirurgia quão satisfeito/insatisfeito está com a cirurgia.

Abaixo serão apresentados os resultados e sua análise.

1. Apresentação e análise dos resultados

Os resultados obtidos do método de colheita serão apresentados em forma de gráfico com as respetivas legendas para facilitar a sua análise, interpretação e inicialmente será feita uma descrição sociodemográfica da amostra.

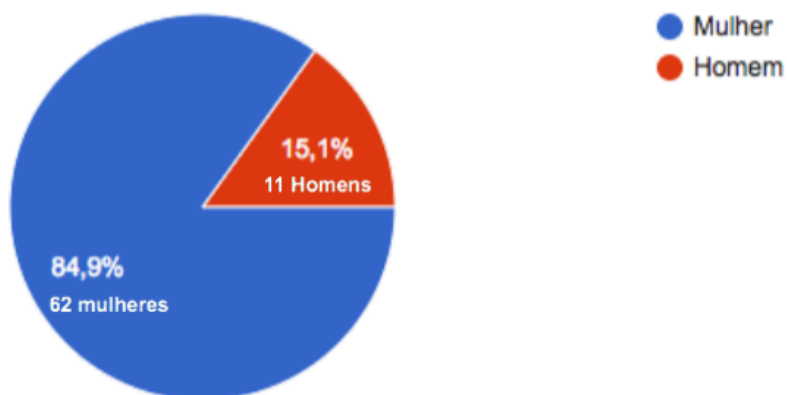
Para Fortin (2009), os resultados:

“provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados (...) são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto.”

A amostra previamente descrita é constituída por 73 indivíduos submetidos á cirurgia bariátrica há pelo menos 3 meses, com idade superior a 18 anos.

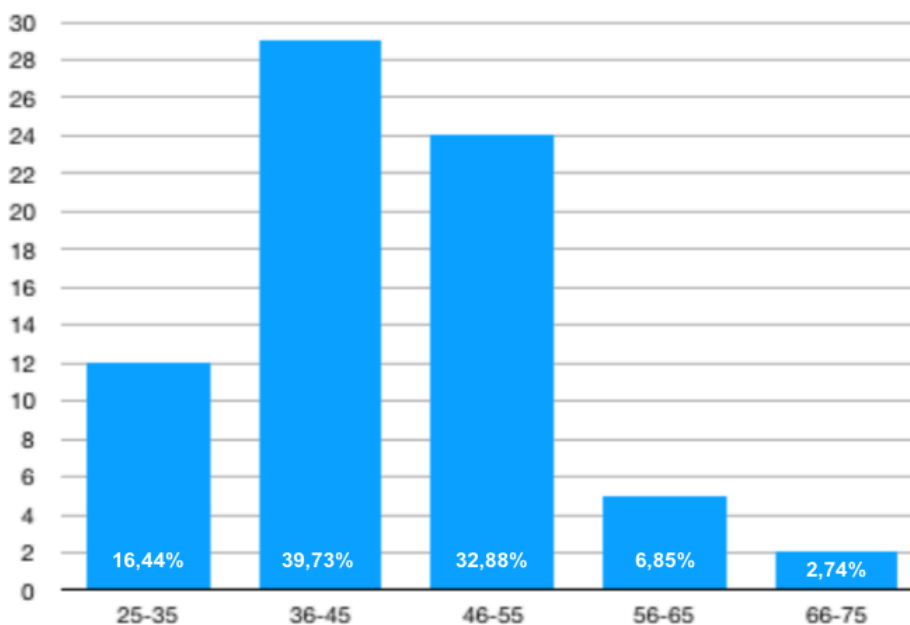
De seguida, serão apresentados os gráficos e respetiva análise.

Gráfico 1. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao Género.



No **gráfico 1**, 62 indivíduos são do sexo feminino (84,9%) e 11 são do sexo masculino (15,1%). Podemos observar, que a cirurgia bariátrica prevalece no sexo feminino, com uma maior percentagem que no masculino.

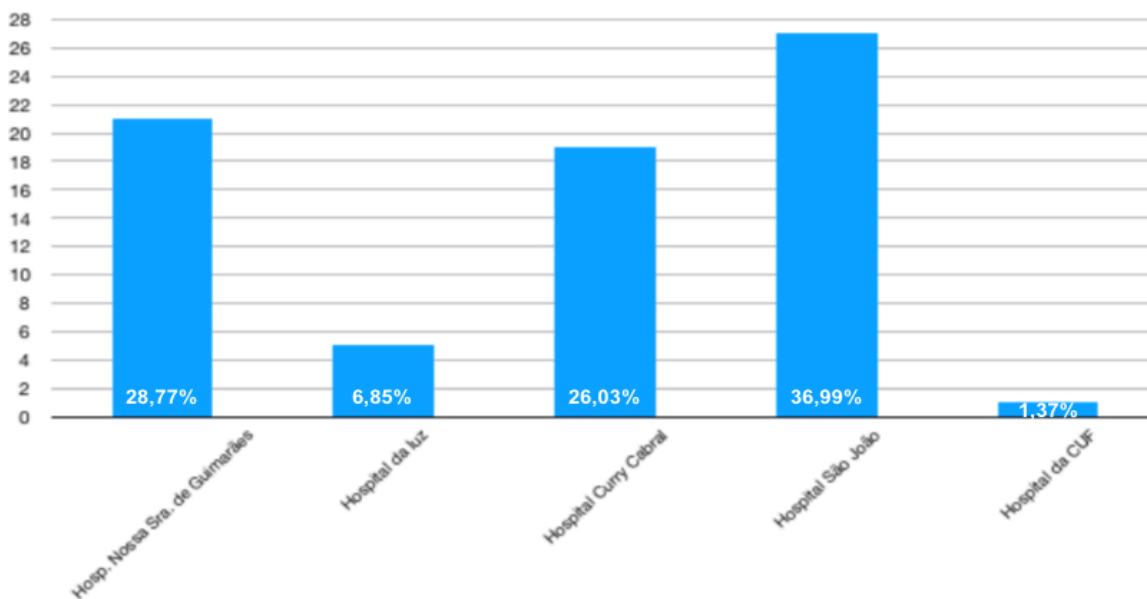
Gráfico 2. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à idade.



No **gráfico 2**, verifica-se que existe uma maior percentagem de inquiridos com idades

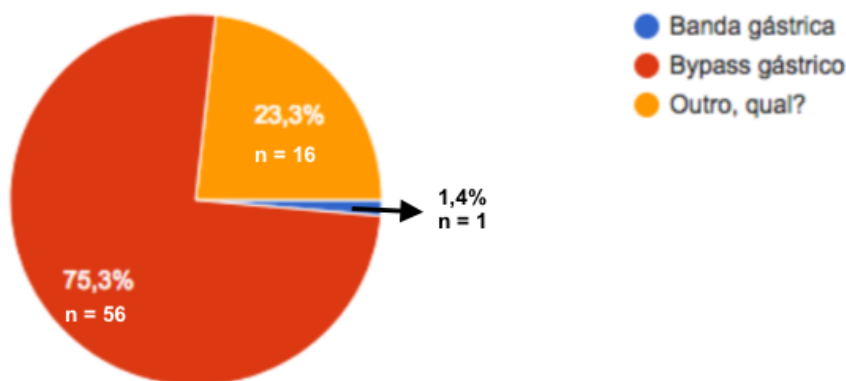
compreendidas entre os 36 e os 45 anos (39,73%) em segundo, entre os 46 – 55 anos (32,88%). Conclui-se então que a amostra é maioritariamente constituída por indivíduos com idades entre 36 e os 55 anos. Verifica-se que apenas 2,74% da amostra tem idade compreendida entre os 66 – 75 anos.

Gráfico 3. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao local onde realizou a cirurgia.



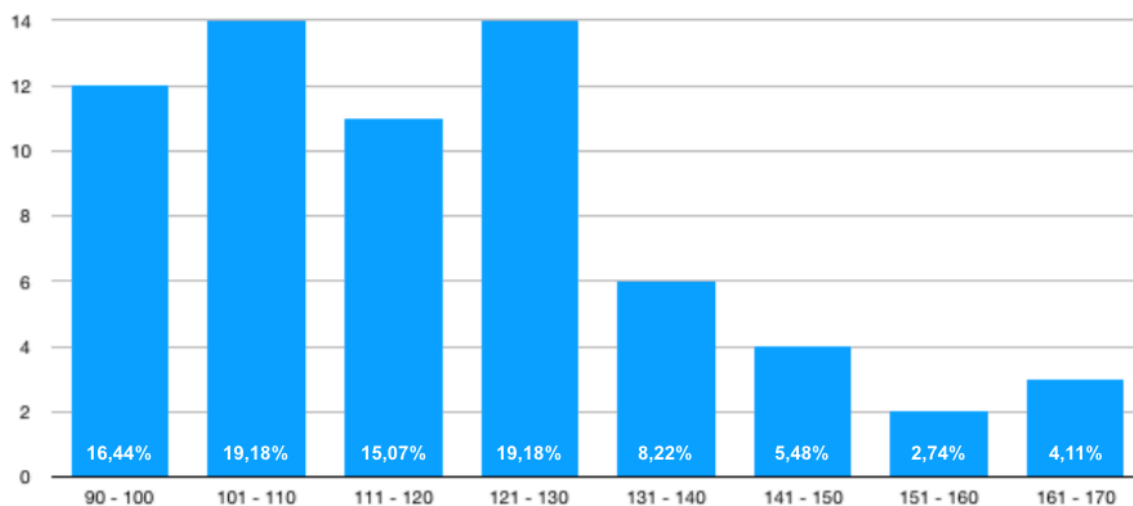
No gráfico 3. Após análise de dados pode observar-se que a maior parte dos inquiridos realizou a cirurgia no Hospital São João – Porto, 27 pessoas (36,99%), seguido pelo Hospital nossa Sra. De Guimarães com 28,77% e apenas com 1,37% o Hospital da CUF.

Gráfico 4. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao procedimento realizado.



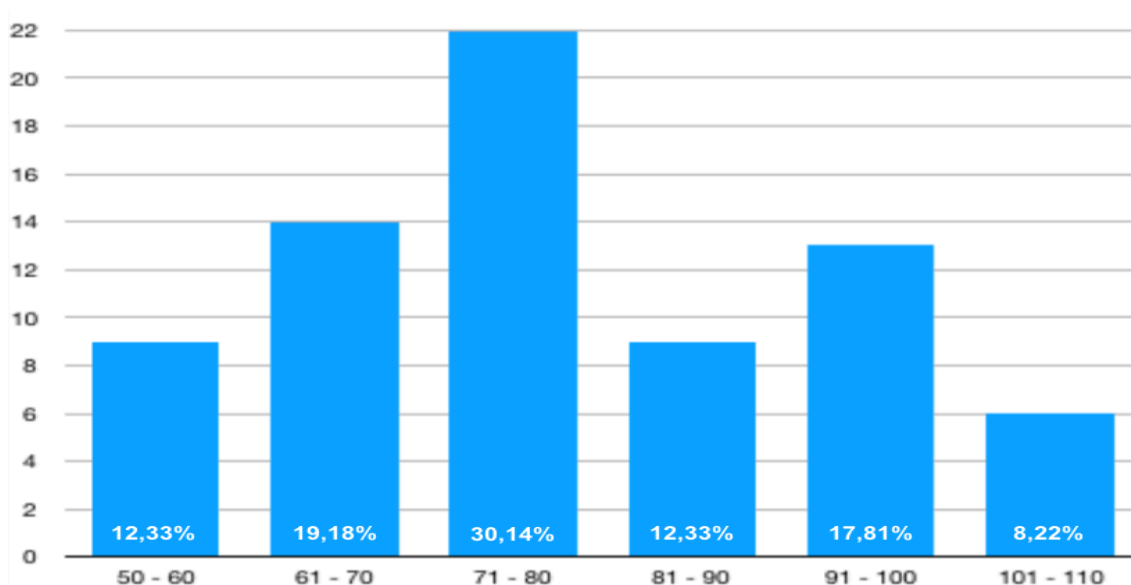
Observados os dados no gráfico 4. constata-se que 56 indivíduos (75,3%) realizaram o procedimento do bypass gástrico e 16 indivíduos (23,3%) realizaram o Sleeve gástrico ou gastrectomia vertical. Verificou-se então que numa percentagem mínima, apenas de 1,4% (1 indivíduo) realizou a cirurgia denominada banda gástrica.

Gráfico 5. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao peso inicial.



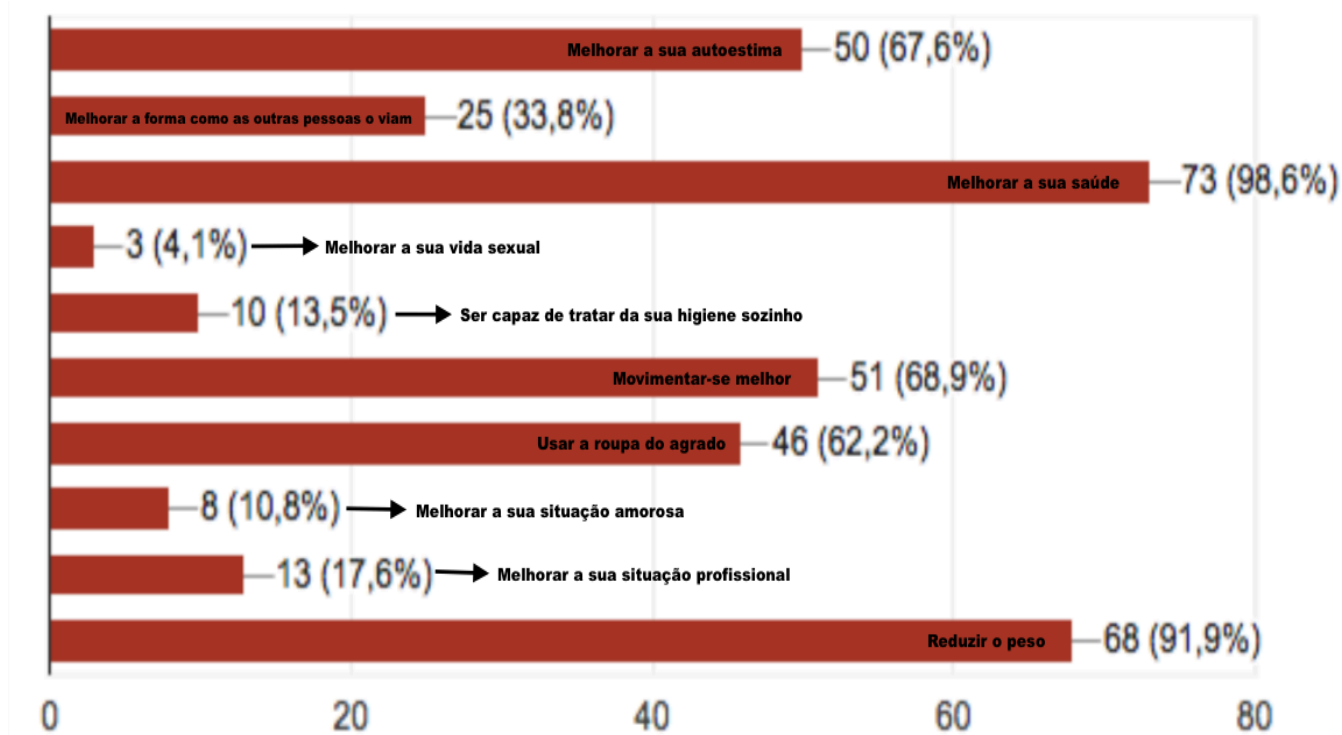
No gráfico 5. Comprova-se que o peso inicial dos inquiridos encontra-se em igual percentagem no intervalo entre os 101 aos 110kg (19,18%) e no intervalo dos 121 aos 130kg, (19,18%). Logo de seguida, temos 12 indivíduos no intervalo dos 90 aos 100kg (16,44%). Nestes inquiridos, não houve peso inicial superior a 170kg.

Gráfico 6. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao peso atual.



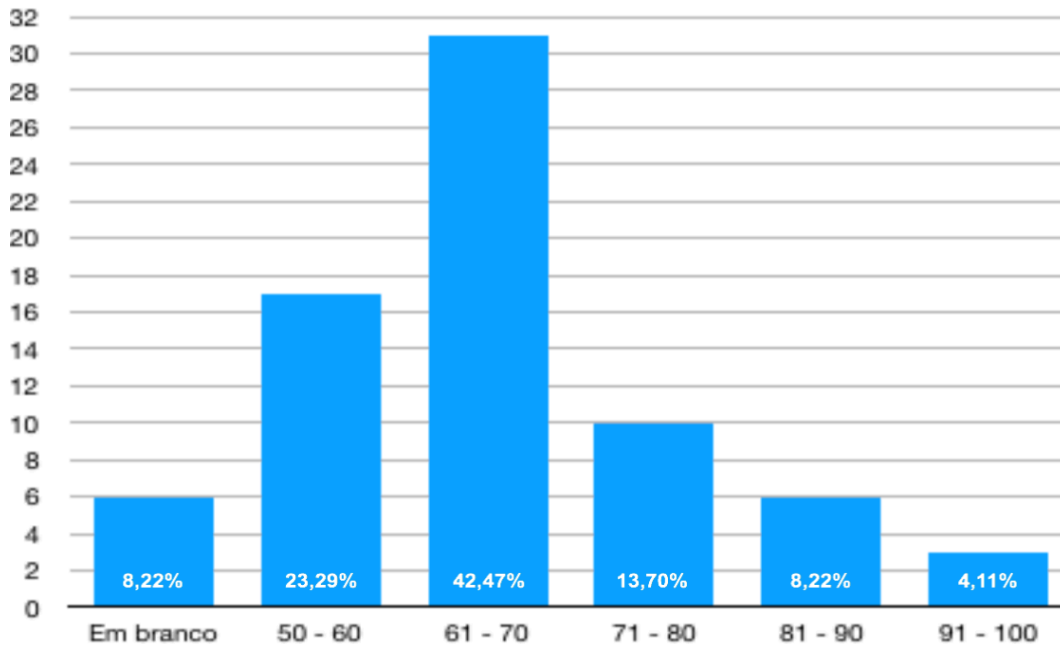
O gráfico 6. Indica-nos que a maioria dos inquiridos, 30,14% (n=22) tem um peso atual entre 71 – 80 kg. Consegue-se também observar que apenas 6 inquiridos, 8,22% estão com um peso entre os 101 – 110kg.

Gráfico 7. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente aos objetivos dos inquiridos quando aceitaram ser submetidos à cirurgia.



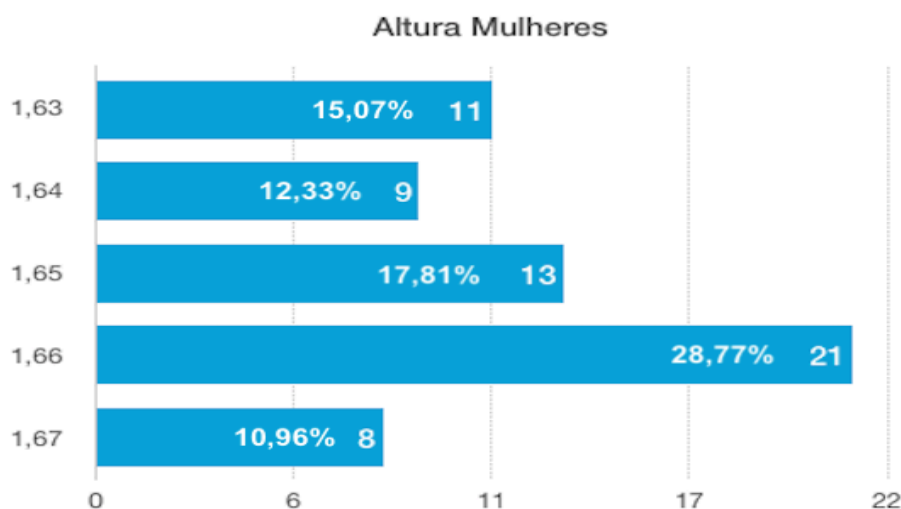
Concluiu-se com o gráfico 7 que os objetivos dos inquiridos quando aceitaram ser submetidos à cirurgia incidem, essencialmente, no melhorar a sua saúde 98,6% (n = 73), reduzir o peso 91,9% (n = 68), movimentar-se melhor 68,9% (n = 51), melhorar a autoestima 67,6% (n = 50) e usar roupa do agrado 62,2% (n =46).

Gráfico 8. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao peso que pensavam que iam atingir.



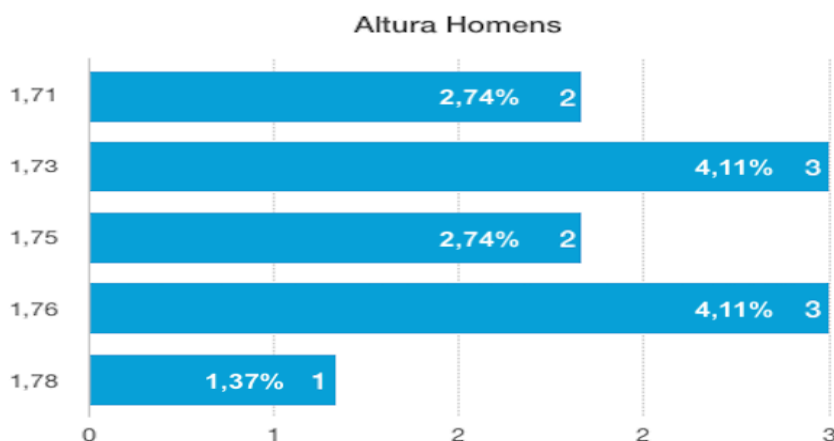
No gráfico 8 verifica-se que o peso que gostariam de atingir se incide nos 61 - 70kg, com uma percentagem de 42,47% (n=31). Com uma percentagem menor, 8,22% (n = 6) não identificaram um peso específico, apenas referiram que se queriam sentir melhor com eles mesmos e que não estipularam um peso específico como objetivo. Apenas 4,11% referem que gostariam de atingir um peso entre 91 -100kg.

Gráfico 9. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à altura nas mulheres.



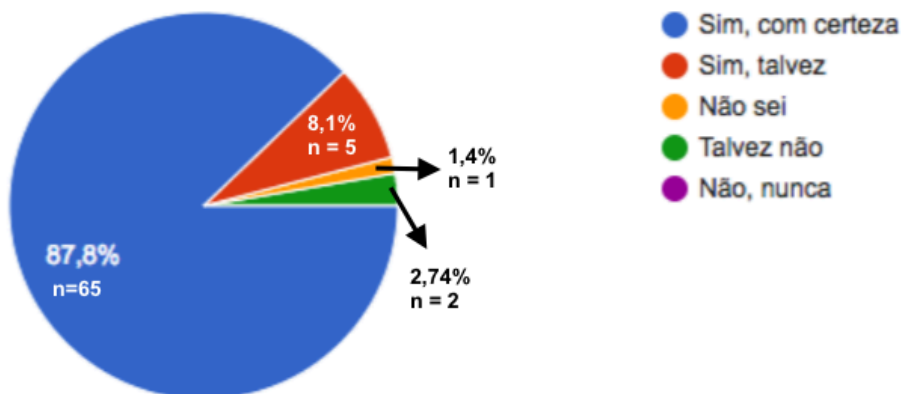
No gráfico 9. Observa-se que a maioria das mulheres tem 1,66m de altura com uma percentagem de 28,77% (n =21). Em segundo, 1,65m correspondendo a 17,81% (n = 13), a percentagem mais baixa de altura nas mulheres foi de 10,96% (n = 8) correspondente a 1,67m de Altura.

Gráfico 10. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à altura nos Homens.



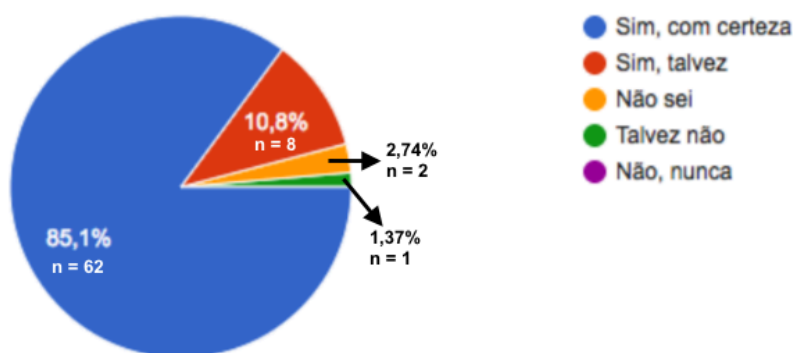
No gráfico 10. Comprova-se que a maioria dos 11 homens inquiridos, têm entre 1,73m e 1,76m de altura com uma percentagem de 4,11% (n =3) e há apenas 1 inquirido com 1,78m, 1,37%.

Gráfico 11. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Se voltasse atrás, voltaria a querer ser operado?”



No gráfico 11, verifica-se que a maioria dos inquiridos, responderam que voltariam com toda a certeza, a realizar a intervenção cirúrgica, com 87,9% (n=65). Com uma percentagem de 8,1%, ou seja, 5 indivíduos responderam “sim, talvez”. Um indivíduo respondeu que não sabia (1,4%) e os restantes 2 indivíduos (2,74%) responderam “talvez não”. Nenhum dos inquiridos respondeu “não, nunca”.

Gráfico 12. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente à questão “Recomendaria a cirurgia a que foi submetido a outras pessoas?”



No gráfico 12, Confirma-se que a grande maioria dos inquiridos respondeu “sim, com certeza” com uma percentagem de 85,1% (n=62). Obteve-se com uma percentagem de 10,8%, 8 respostas de “sim, talvez”. Nenhum dos inquiridos respondeu “Não, nunca”.

Gráfico 13. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente aos objetivos que a cirurgia lhe permitiu alcançar.



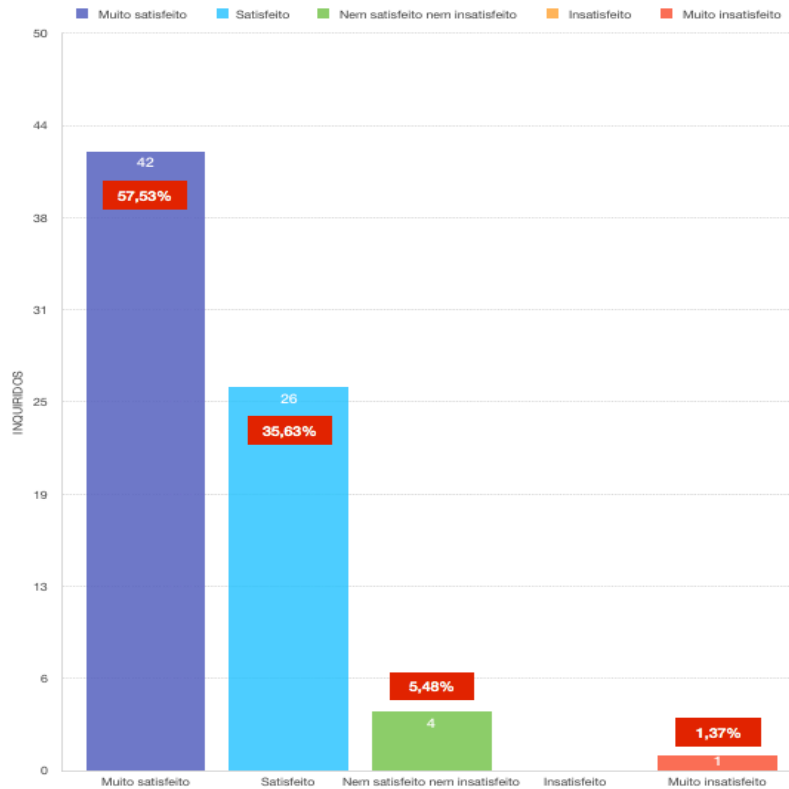
Com o gráfico 13. Pode-se confirmar que em relação aos objetivos que a cirurgia permitiu alcançar, a maioria dos inquiridos está muito satisfeita com uma percentagem de 64,38% (n = 47). Relativamente às respostas negativas a esta questão, 2 inquiridos responderam que estavam muito insatisfeitos (2,74%).

Gráfico 14. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com o peso que atingiu.



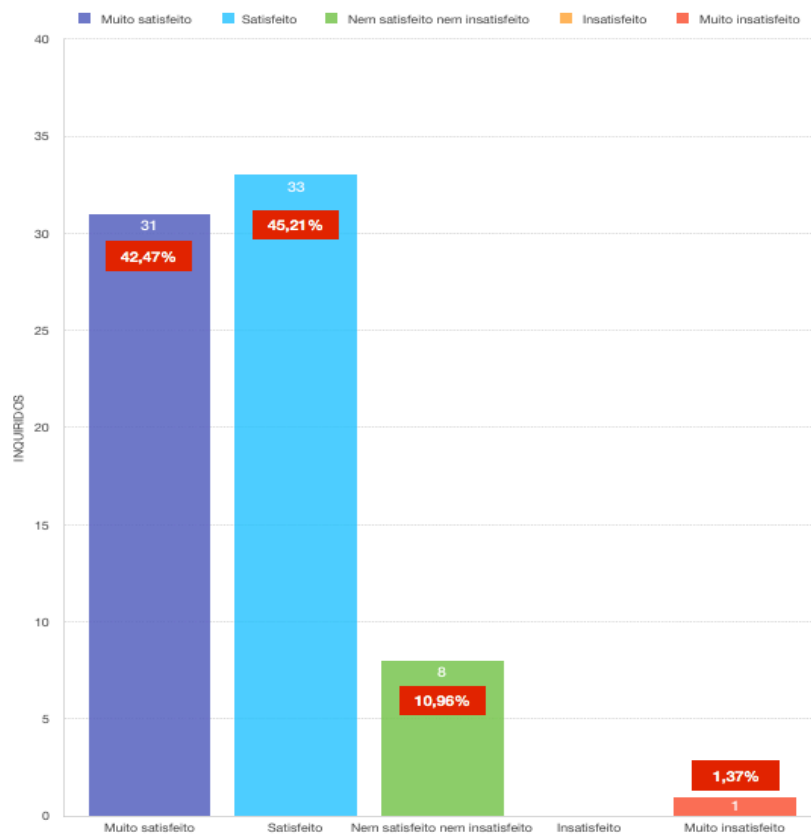
No gráfico 14. Obteve-se a confirmação que a maioria dos inquiridos se encontra muito satisfeito com o peso que atingiu pós cirurgia bariátrica, com uma percentagem de 47,95% (n = 35). Com um grau de insatisfeito obtiveram-se 2 respostas (2,74%) e de muito insatisfeito 1,37% (n = 1).

Gráfico 15. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da autoestima dos inquiridos.



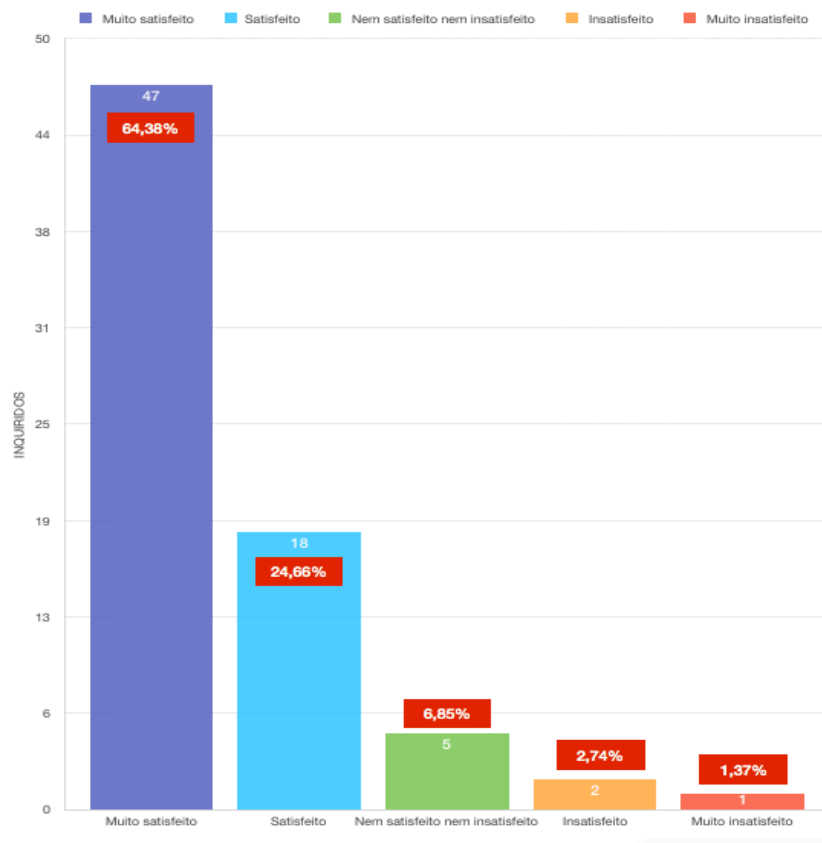
No gráfico 15. Verifica-se a maioria dos inquiridos se encontram muito satisfeitos com a melhoria da autoestima 57,53% (n = 42). Relativamente ao grau de insatisfação não se obtiveram respostas, no entanto, com o grau de muito insatisfeito obteve-se 1,37% (n = 1).

Gráfico 16. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a forma como passaram a ser vistos pelos outros.



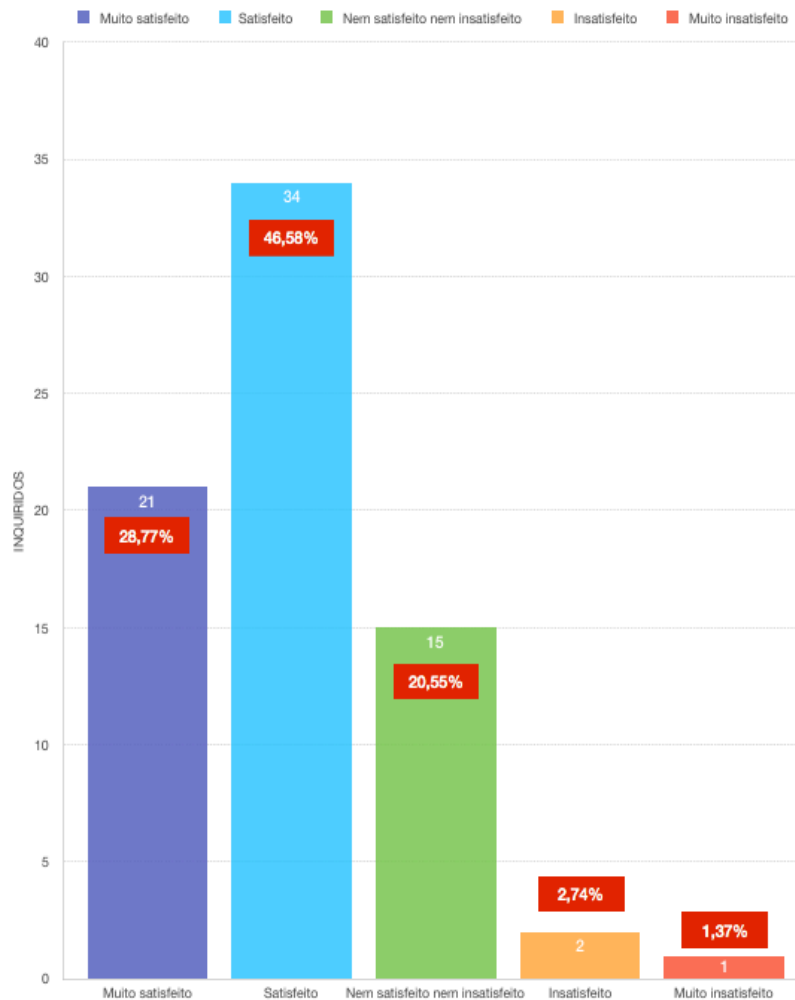
Com o gráfico 16. Observa-se que a maior parte dos inquiridos se encontra satisfeito com a forma como passou a ser visto pelos outros, com uma percentagem de 45,21% (n = 33). No grau de muito satisfeito, responderam 31 inquiridos, correspondendo a uma percentagem de 42,47%. Relativamente ao grau de insatisfação, obtiveram-se 0 respostas. Em contrapartida existe 1 resposta (1,37%) com um grau de muito insatisfeito.

Gráfico 17. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da saúde do indivíduo em geral.



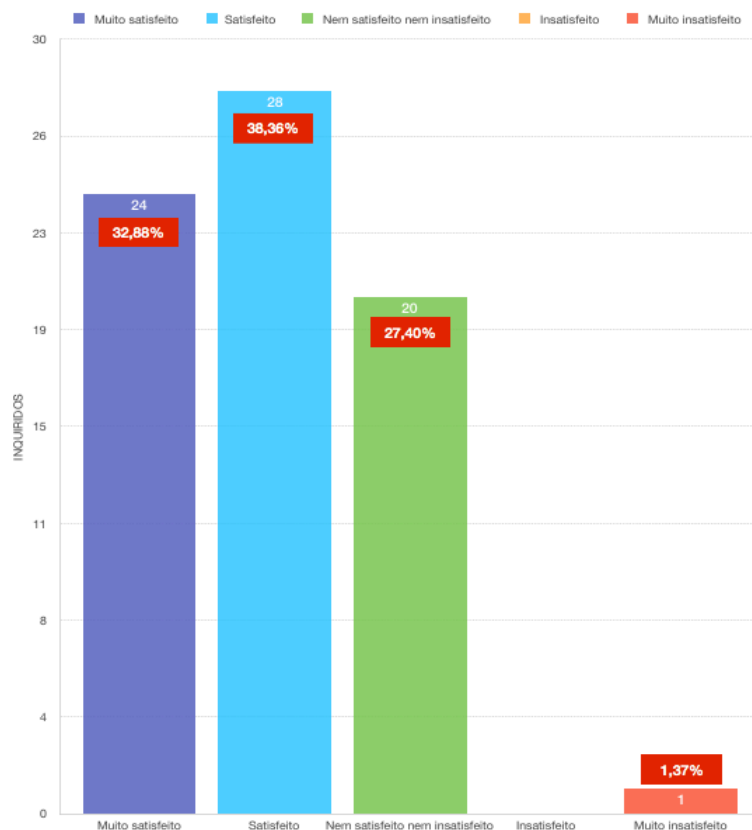
Com o gráfico 17. Obteve-se a confirmação que a maioria dos inquiridos se encontra muito satisfeito com a melhoria da sua saúde em geral, com uma percentagem de 64,38% (n = 47). Com o grau de insatisfeito obtiveram-se 2 respostas correspondentes a 2,74% e 1 resposta com um grau de muito insatisfeito com uma percentagem de 1,37%.

Gráfico 18. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da vida sexual dos indivíduos.



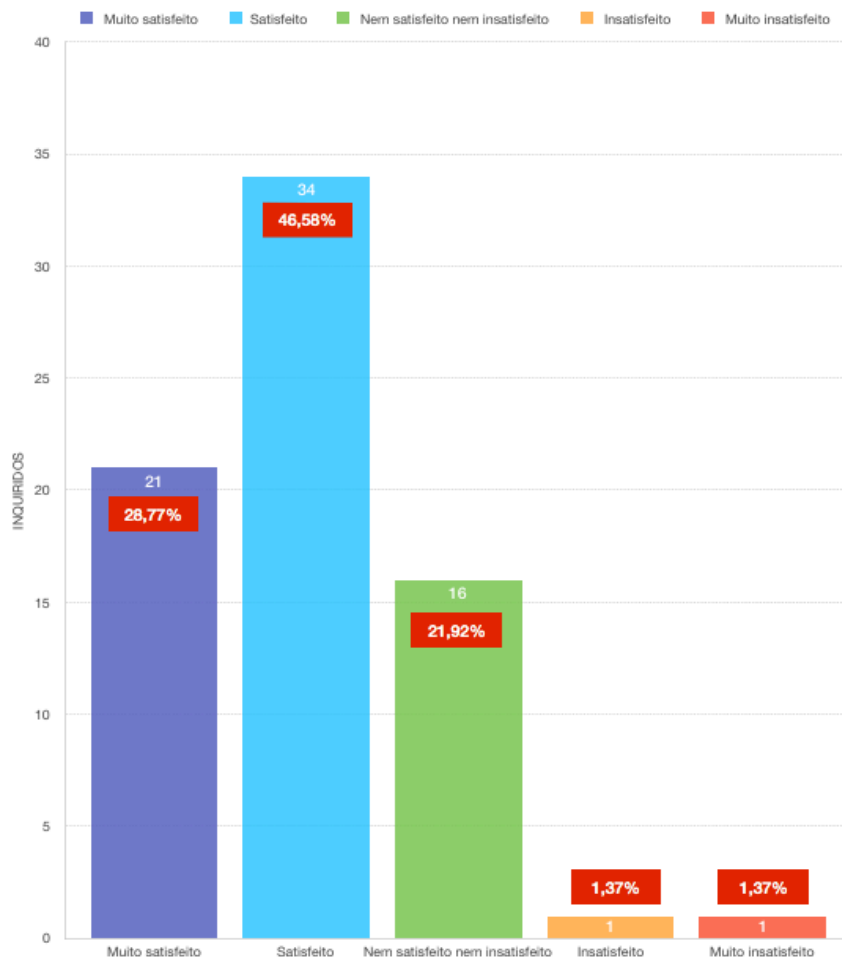
Com o gráfico 18. Podemos observar que a maioria dos inquiridos se encontra satisfeito com a melhoria da sua vida sexual, com uma percentagem de 46,58% (n =34). Com 20,55% (n = 15) dos inquiridos encontram-se nem satisfeitos nem insatisfeitos. Com a atribuição de um grau de insatisfação obtiveram-se 2 respostas (2,74%) e 1 individuo muito insatisfeito (1,37%).

Gráfico 19. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da vida profissional dos indivíduos.



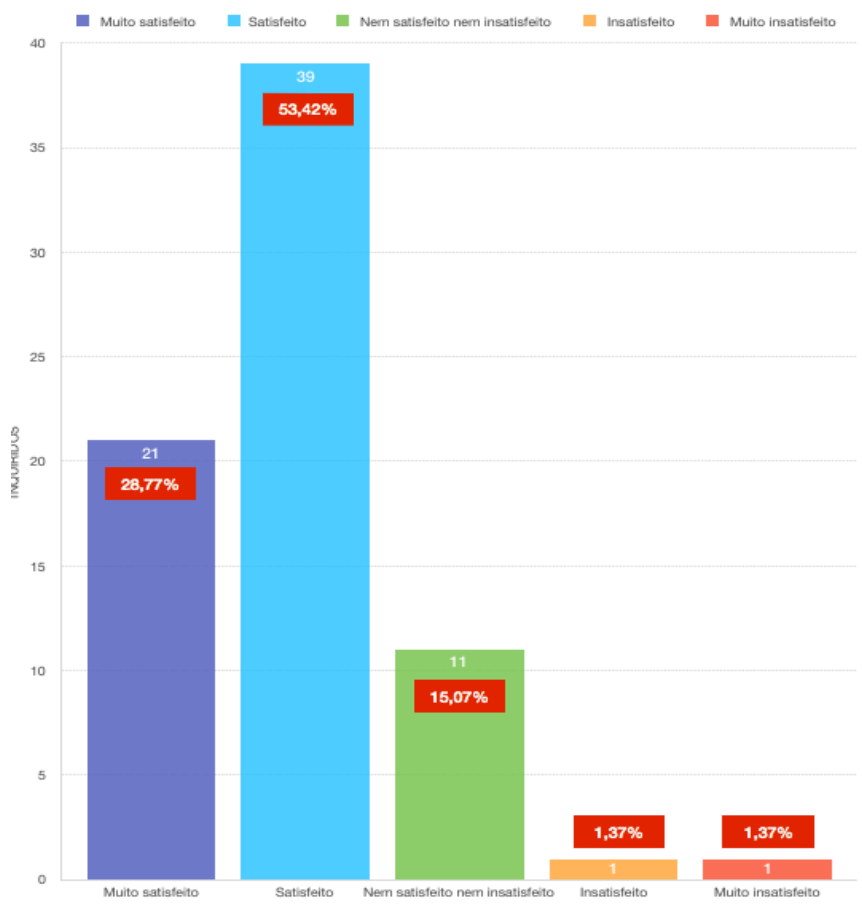
No gráfico 19. Descreve-se o grau de satisfação dos inquiridos relativamente à melhoria da sua vida profissional. Com um grau de muito satisfeito obtiveram-se 24 respostas (32,88%), relativamente ao grau satisfeito obtiveram-se 28 respostas com uma percentagem de 38,36%. Dos 73 indivíduos, 20 deles não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos (27,40%) e com um grau de muito insatisfeito obteve-se 1 indivíduo com uma percentagem de 1,37%.

Gráfico 20. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da vida amorosa dos indivíduos.



Com o gráfico 20. Confirma-se que a maioria dos inquiridos se encontra satisfeito com a melhor da sua vida amorosa 46,58% (n =34). Relativamente ao grau de muito insatisfeito obtiveram-se 21 respostas (28,77%). Com um grau de nem satisfeito nem insatisfeito responderam 16 pessoas (21,92%). Em relação aos graus negativos (insatisfeito e muito insatisfeito), responderam 2 pessoas, 1 a cada grau correspondendo a 1,37%.

Gráfico 21. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da vida social dos indivíduos.



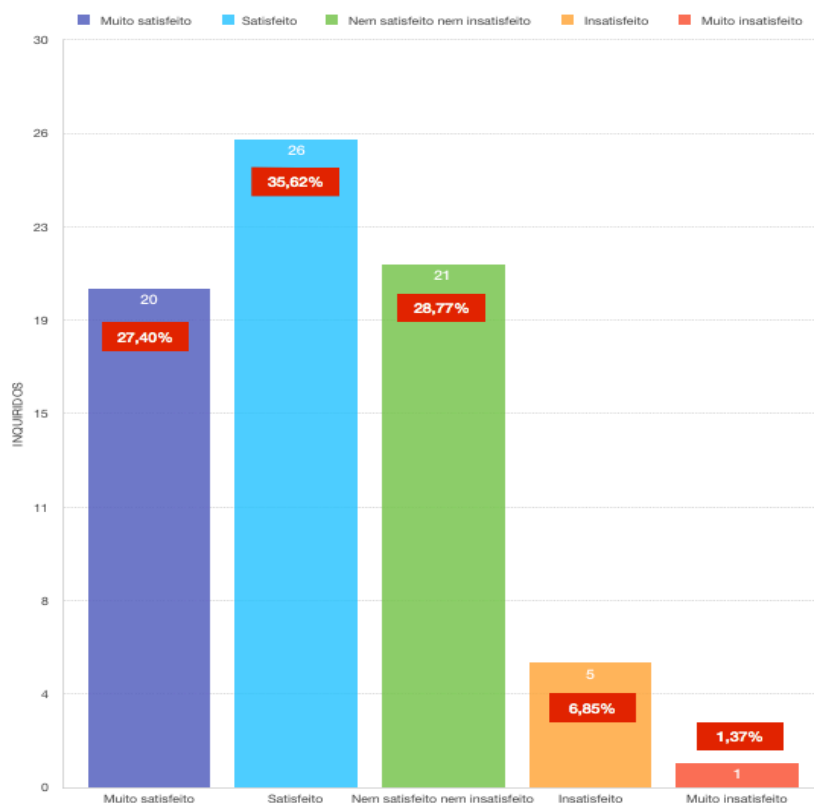
Com o gráfico 21. Concluiu-se que a maioria dos indivíduos se encontra satisfeita com uma percentagem de 53,42% (n = 39). Com o grau satisfeito obtiveram-se 21 respostas (28,77%), nem satisfeito nem insatisfeito responderam 11 pessoas (15,07%) e com os graus insatisfeito e muito insatisfeito obteve-se 1 resposta de cada (1,37%).

Gráfico 22. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria do bem-estar emocional dos indivíduos.



No gráfico 22. Verifica-se que os indivíduos estão satisfeitos 43,84% (n = 32) e muito satisfeitos 46,58% (n = 34) com a melhoria do seu bem-estar emocional. Com um grau de nem satisfeito nem insatisfeito obtiveram-se 6 respostas (8,22%) e muito insatisfeito 1 resposta (1,37%).

Gráfico 23. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com o aspeto físico do individuo quando está vestido.



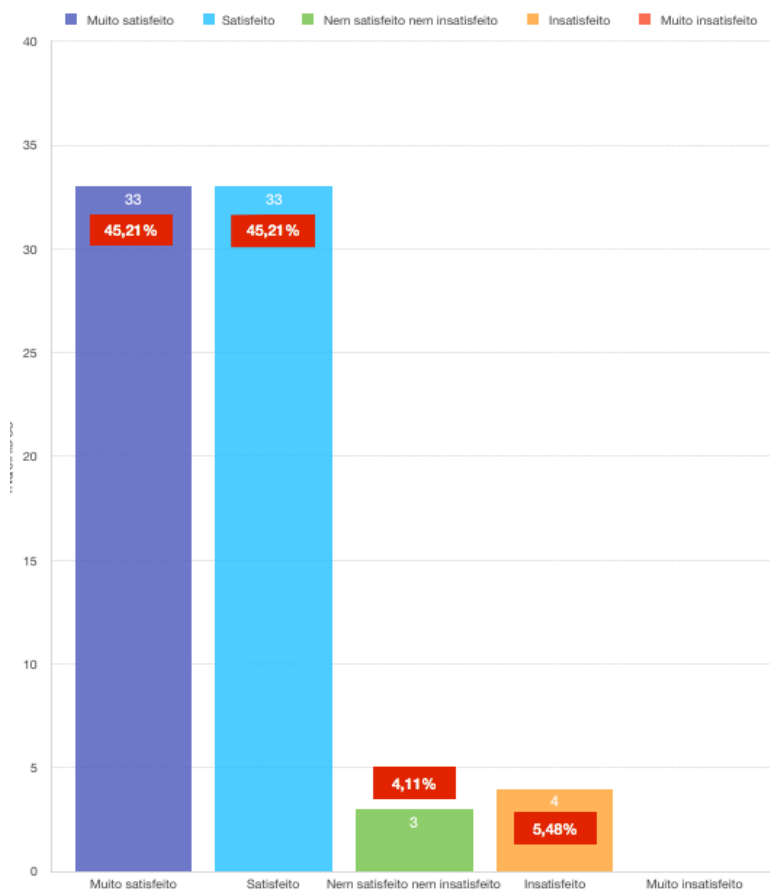
No gráfico 23. Observa-se que apenas 20 inquiridos (27,40%) se encontram muito satisfeitos com o aspeto que apresenta quando está vestido, 26 inquiridos encontram-se satisfeitos (35,62%) e 21 nem satisfeito nem insatisfeito (28,77%). Com um grau de insatisfeito obtiveram-se 5 respostas (6,85%) e muito insatisfeito apenas 1 resposta (1,37%).

Gráfico 24. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com o aspeto físico do indivíduo quando está despido.



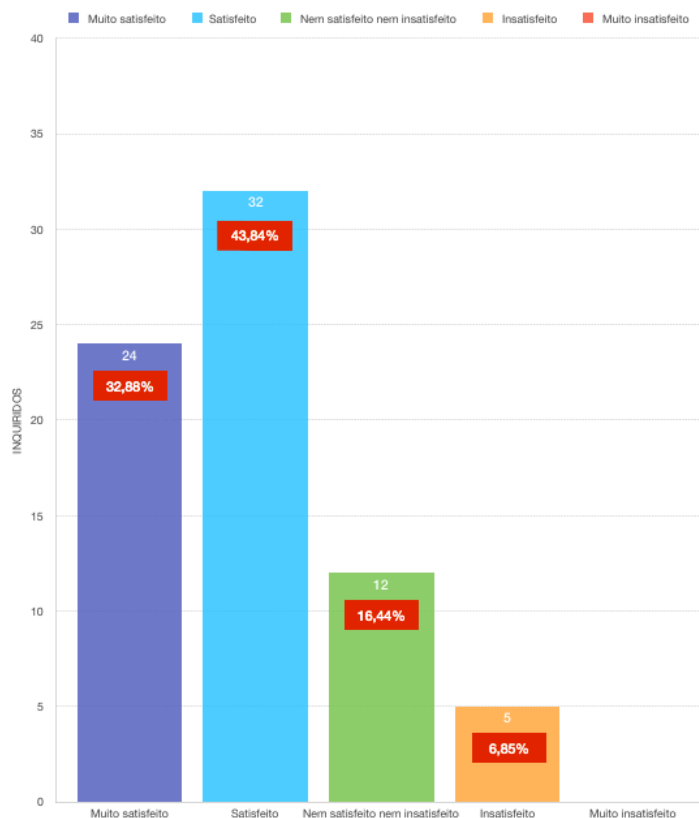
Com o gráfico 24. Verifica-se que com o grau de muito satisfeito encontram-se 20 indivíduos (27,40%), 24 inquiridos encontram-se satisfeitos (32,88%) e 23 dos inquiridos não se encontra nem satisfeito nem insatisfeito (31,51%). Com o grau de insatisfeito obtiveram-se 4 respostas (5,48%) e 2 respostas de muito insatisfeito (2,74%).

Gráfico 25. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria do bem-estar físico do inquirido.



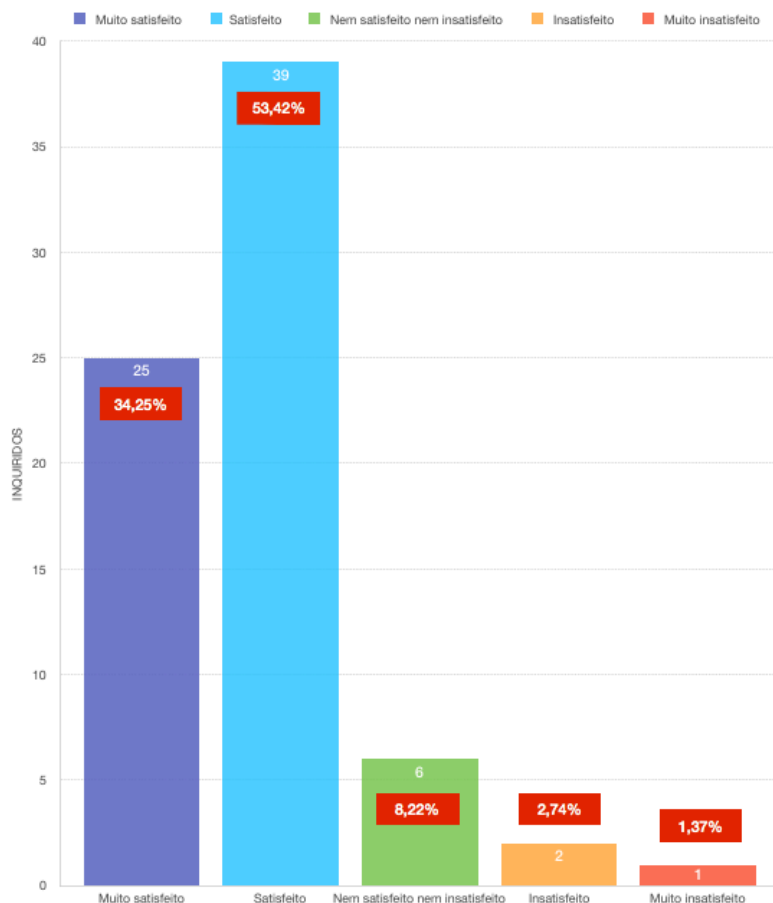
A partir da análise do gráfico 25. Pode-se observar que 45,21% (n = 33) responderam que estavam muito satisfeitos com a melhoria do seu bem-estar físico e outros 33 indivíduos (45,21%) responderam que estavam apenas satisfeitos. Dos 73 inquiridos, 4,11% (n = 3) responderam com o grau nem satisfeito nem insatisfeito e os restantes 5,48% responderam que se encontram insatisfeitos (n = 4).

Gráfico 26. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a necessidade de tomar medicação devido à cirurgia.



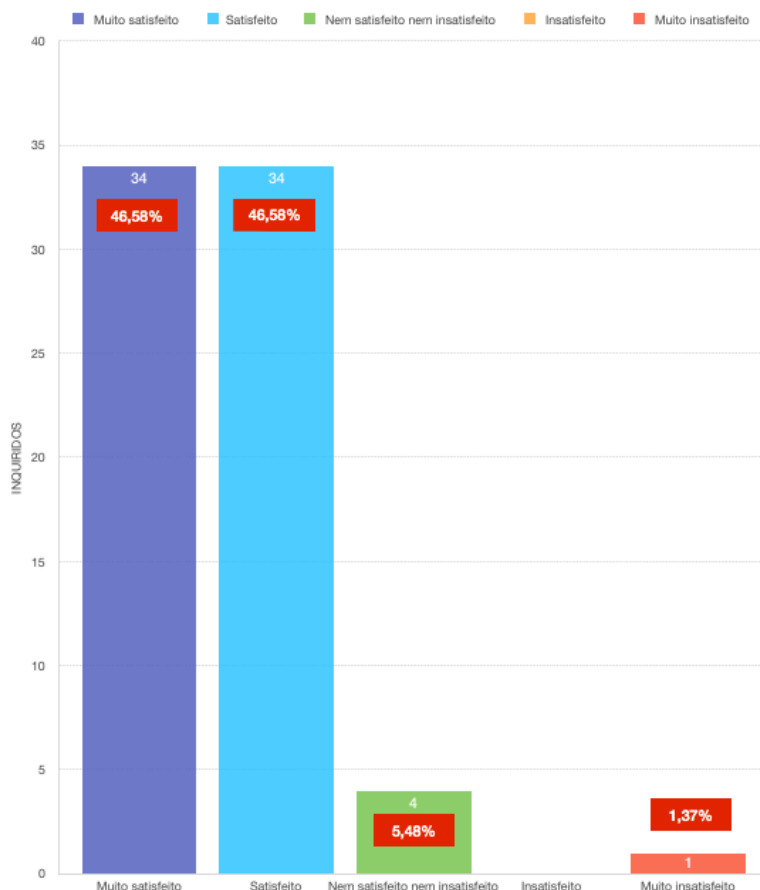
Com o gráfico 26. Conclui-se que 24 inquiridos (32,88%) estão muito satisfeitos com a necessidade de tomar medicação devido á cirurgia, 32 inquiridos (43,84%) estão satisfeitos, 16,44% inquiridos nem estão satisfeitos nem estão insatisfeitos (n = 12) e com o grau de insatisfeito responderam 5 indivíduos (6,85%). Nenhum individuo se encontra muito insatisfeito.

Gráfico 27. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com os hábitos alimentares pós-cirurgia.



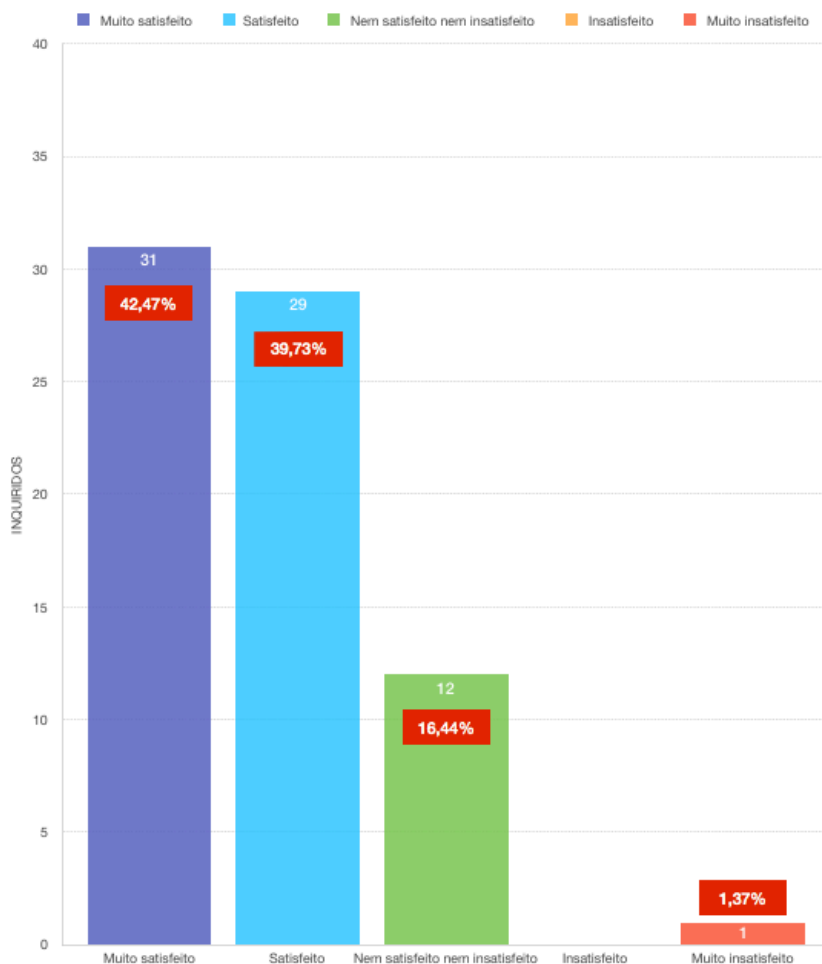
No gráfico 27. Pode-se observar que a maioria dos inquiridos se encontra satisfeita com os hábitos alimentares que tem pós-cirurgia, com uma percentagem de 53,42% (n = 39) e 25 inquiridos responderam que estão muito satisfeitos (34,25%). Com os graus de nem satisfeito nem insatisfeito obtiveram-se 6 respostas (8,22%), insatisfeito 2 respostas (2,74%) e apenas 1 resposta de muito insatisfeito (1,37%).

Gráfico 28. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a possibilidade de usar roupa do agrado do indivíduo.



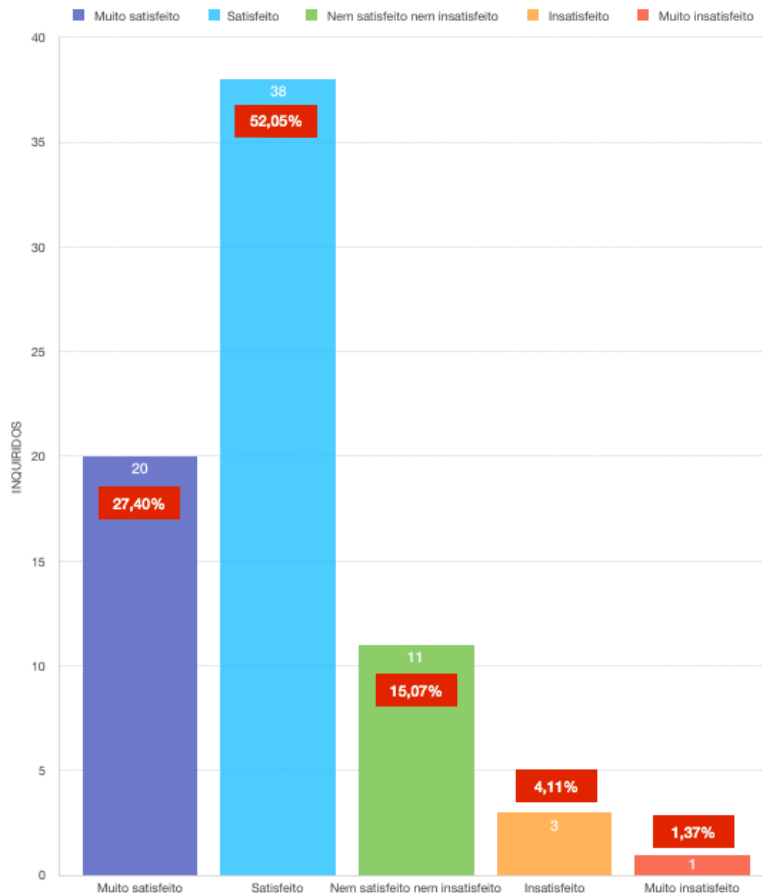
Com o gráfico 28. Confirma-se que a maioria dos inquiridos se encontra muito satisfeita, 46,58%, (n = 34) e satisfeita 46,58% (n = 34) com a roupa que usa após terem sido submetidos à cirurgia. Apenas 4 inquiridos responderam que não se encontram nem satisfeitos nem insatisfeitos (5,48%) e 1 individuo respondeu que está muito insatisfeito (1,37%).

Gráfico 29. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da capacidade de tratar da sua própria higiene.



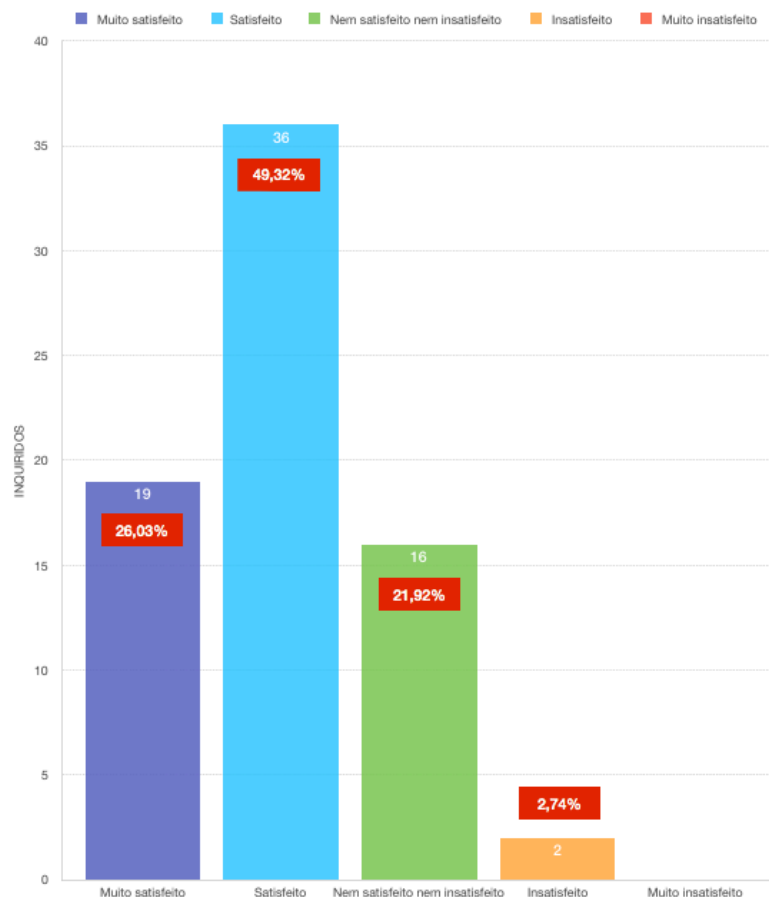
No gráfico 29. Verifica-se que a maior parte dos inquiridos se encontra muito satisfeita com a melhoria da capacidade de tratar da sua higiene, 42,47% (n = 31). Com o grau de satisfeito obtiveram-se 29 respostas (39,73%) e com o grau nem satisfeito nem insatisfeito encontram-se 12 respostas (16,44%). Apenas 1,37% (n = 1) se encontra muito insatisfeito neste parâmetro e nenhum se encontra insatisfeito.

Gráfico 30. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a sensação de fome que o individuo tem.



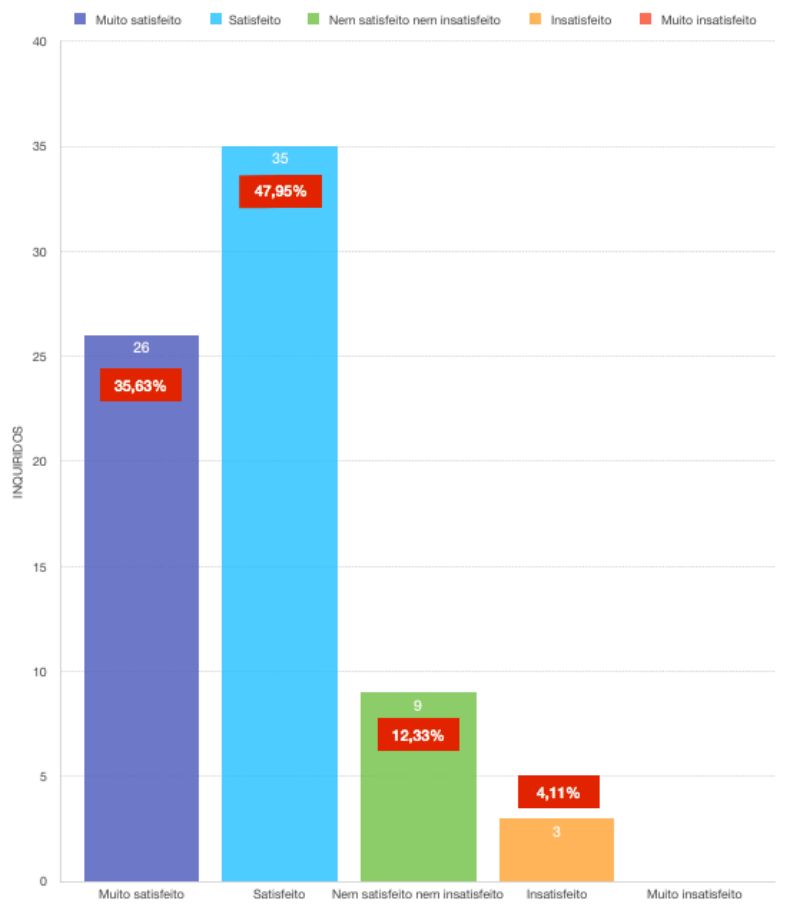
Com o gráfico 30. Podemos observar que 38 inquiridos (52,05%) se encontra satisfeito com a sensação de fome que tem, 20 inquiridos (27,40%) encontram-se muito satisfeitos, 11 (15,07%) encontram-se nem satisfeitos nem insatisfeitos. Obtiveram-se 3 respostas (4,11%) com o grau de insatisfeito e 1 resposta (1,37%) com o grau de muito insatisfeito.

Gráfico 31. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com o prazer de comer do inquirido.



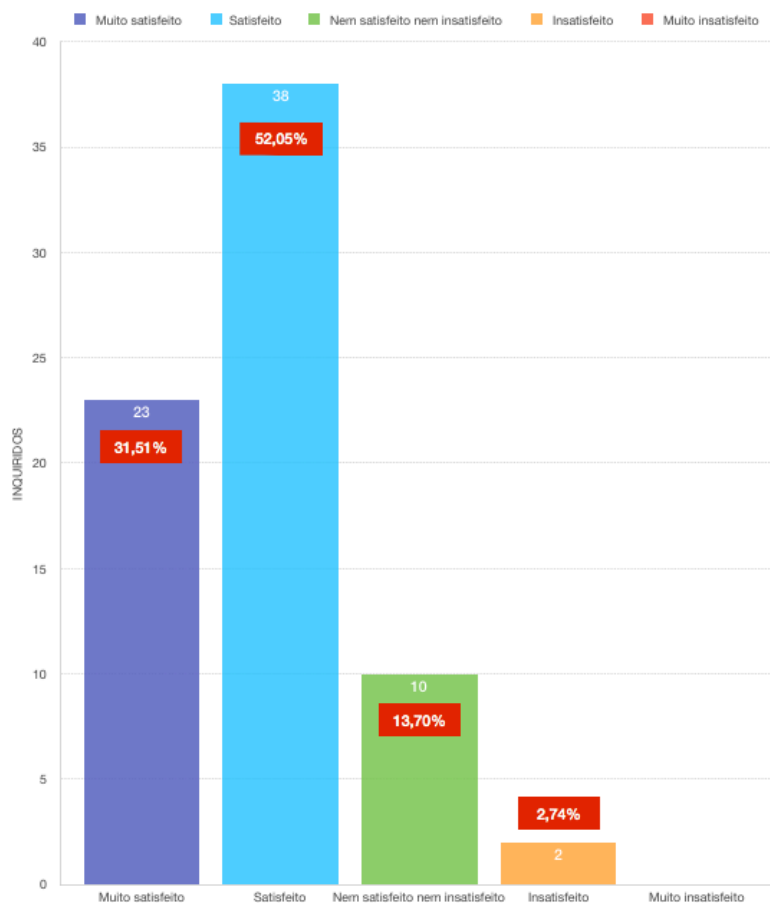
Em relação ao prazer de comer que o indivíduo tem, o **gráfico 31** demonstra-nos que 36 inquiridos (49,32%) se encontram satisfeitos e 19 deles (26,03%) encontra-se muito satisfeito. Com um grau de nem satisfeito nem insatisfeito obtiveram-se 16 respostas (21,92%) e 2 respostas (2,74%) com o grau de insatisfeito. Nenhum inquirido respondeu muito insatisfeito.

Gráfico 32. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com o tipo de alimentos que conseguem comer.



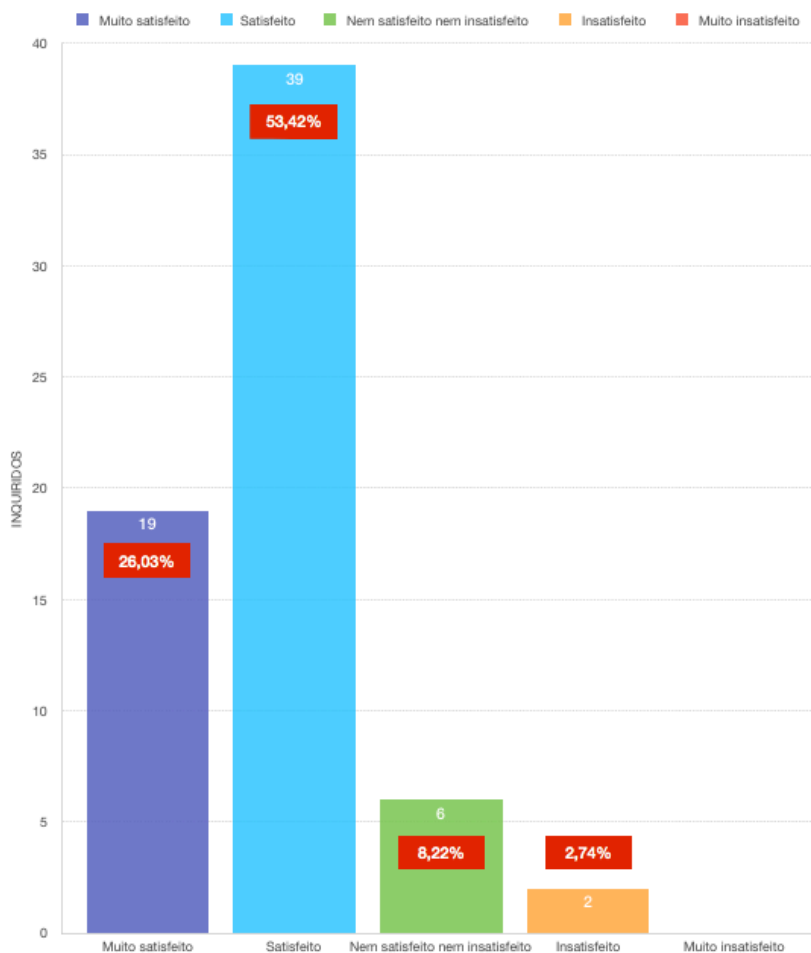
Com o gráfico 32. Concluiu-se que a maioria dos inquiridos se encontra satisfeita com o tipo de alimentos que consegue comer, com uma percentagem de 47,95% (n =35). 26 inquiridos (35,63%) responderam que estão muito satisfeitos e 9 inquiridos (12,33%) encontram-se nem satisfeitos nem insatisfeitos. Com o grau de insatisfeito obtiveram-se 3 respostas (4,11%) e com o grau de muito insatisfeito não se obteve nenhuma resposta.

Gráfico 33. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a quantidade de alimentos que o inquirido come.



Com o gráfico 33. Podemos concluir que 38 dos inquiridos (52,05%) se encontra satisfeito com a quantidade de alimentos que ingere, 23 inquiridos (31,51%) encontram-se muito satisfeitos, 10 indivíduos (13,70%) encontram-se nem satisfeitos nem insatisfeitos e apenas 2 (2,74%) se encontram insatisfeitos. Nenhum dos inquiridos respondeu que estava muito insatisfeito.

Gráfico 34. Distribuição numérica e percentual da amostra relativamente ao quadro de satisfação pós – cirurgia integrado no questionário, referente à satisfação relacionada com a melhoria da liberdade de movimentos.



No gráfico 34. Verifica-se que 39 dos inquiridos (53,42%) tiveram uma melhoria na liberdade dos movimentos e responderam que se encontram satisfeitos. Com o grau de muito satisfeito obtiveram-se 19 respostas (26,03%), nem satisfeito nem insatisfeito 6 respostas (8,22%) e com o grau de insatisfeito apenas 2 respostas (2,74%). Nenhum inquirido respondeu que se encontra muito insatisfeito.

Discussão dos resultados obtidos

Segundo Fortin (2009, p. 331) na discussão dos resultados o investigador:

“analisa o conjunto dos resultados e interpreta-os segundo o tipo de estudo...”

Esta fase consiste na discussão dos resultados obtidos pelos questionários, que se encontram representados graficamente no capítulo anterior, para realizar uma interligação com os objetivos geral e específicos predefinidos.

Foram inquiridos 73 indivíduos. A amostra teve predomínio feminino, 84,9% (n=62), com idades compreendidas entre os 25 e os 75 anos incidindo, essencialmente, entre os 36 e os 55 anos.

Comparativamente a outros estudos, comprova-se que a amostra tem sempre como predomínio o sexo feminino diferindo significativamente para o sexo masculino. No estudo da autora Maria Luísa Gonçalves (2014), existiram 74 mulheres e 12 homens com idades compreendidas entre os 23 anos e os 73 anos, assim como no estudo da autora Joana Sofia Marques (2012), existiram 26 pessoas do sexo feminino e apenas 4 do sexo masculino. O resultado está de acordo com os estudos realizados anteriormente.

Um artigo de revisão, feito por Padwall et al (2011) analisou cerca de 1838 artigos publicados na literatura desde 1950 e 2009 sobre cirurgia bariátrica. Este estudo verificou que as publicações dizem respeito, em média, a seguimentos de 24 meses pós – cirurgia, as mulheres correspondem a 44 – 97% dos doentes, a média de idade dos indivíduos submetidos à cirurgia é 30 – 48 anos e o IMC aquando da cirurgia é em média 42 – 58 kg/m².

O local onde realizaram a cirurgia incide sobre o Hospital São João, localizado no Porto, com um número de 27 indivíduos e 21 indivíduos realizaram no Hospital Nossa Senhora da Oliveira em Guimarães e no estudo de Maria Luísa Gonçalves (2014) os inquiridos tinham realizado a intervenção cirúrgica no Hospital Santo António.

A intervenção cirúrgica mais realizada foi o bypass gástrico com uma percentagem de 75,3% (n=56), não discriminando o Sleeve gástrico ou gastrectomia vertical que teve uma

percentagem de 23,3% (n=16). Neste estudo o predomínio está no bypass gástrico, estando de acordo com o estudo realizado por Maria Luísa Gonçalves (2014) que obteve uma maior resposta na cirurgia realizada através do bypass gástrico com uma percentagem de 67,4% (n=58). Podemos observar que nestes estudos nos leva a acreditar que em Portugal a cirurgia de eleição realizada nos hospitais, é o bypass gástrico. A nível Europeu as técnicas cirúrgicas mais utilizadas são: Banda Gástrica ajustável (42%), Bypass Gástrico (39%) e a Gastrectomia tipo Sleeve (5%) (Buchwald et al (2004)).

No Pré – cirurgia, o peso tem uma média de 120,25kg e o peso pós – cirurgia, ou seja, o atual tem uma média de 80,71kg. Após calcular o índice de massa corporal (IMC) para os dois pesos (inicial e atual) concluiu-se que há uma baixa de IMC significativa. No peso inicial os homens deste estudo, em média, tinham um IMC de $39,64\text{kg}/\text{m}^2$ e as mulheres, em média, apresentam um IMC de $44,08\text{kg}/\text{m}^2$. Logo chegou-se á conclusão que as mulheres eram portadoras de um IMC superior ao dos homens. Em comparação com o estudo de Maria Luísa Gonçalves (2014) verifica-se que os resultados estão de acordo, uma vez que a média do peso inicial do estudo foi de 120,56kg e o IMC foi $46,83\text{kg}/\text{m}^2$.

Segundo o estudo de Mariline Santos (2012) os objetivos da cirurgia bariátrica são a perda de peso e a consequente melhoria ou resolução de eventuais morbilidades associadas, que se traduzirão numa melhor qualidade de vida.

No entanto, nem todos os doentes mantêm a perda de peso ao longo do tempo, ou esta pode variar significativamente, o que dificulta a caracterização do sucesso da intervenção cirúrgica (Gonçalves, Maria Luísa. 2014).

Em relação ao peso atual, ou seja, pós – cirurgia obteve-se uma média de 80,71kg. O sexo masculino apresenta, em média, um IMC de $27,75\text{kg}/\text{m}^2$ e o sexo feminino apresenta um IMC de $29,75\text{kg}/\text{m}^2$, que mostra novamente que o sexo feminino apresenta um IMC superior. Verifica-se novamente, que à semelhança do estudo de Maria Luísa Gonçalves (2014) o peso atual está bastante similar aos resultados obtidos, uma vez que teve em média um peso de 84,70kg e um IMC de $32,85\text{kg}/\text{m}^2$.

Relativamente ao peso que os indivíduos pensariam que iam atingir após terem sido submetidos á intervenção cirúrgica, obteve-se uma média de 74kg. Verifica-se que esta

média está de acordo com um estudo anteriormente realizado, Maria Luísa Gonçalves (2014), visto que obteve uma média de 75kg. Nesta questão 6 indivíduos (8,22%) não referem um valor específico de peso, dois deles apenas citam que queriam perder o peso possível para se sentirem melhores com eles mesmos.

Segundo Maria Luísa Gonçalves (2014), a satisfação com o tratamento visa a melhoria ou resolução das comorbidades associadas à obesidade, sendo influenciada pelos objetivos e expectativas pré- cirurgia, fatores de ordem biopsicosocial, fatores que afetam a alimentação e o ato de comer e pelo rigoroso follow-up pós cirurgia, que inclui medicação e análises de rotina. A insatisfação com o tratamento pode traduzir-se por um alerta antecipado no que diz respeito à eficácia da cirurgia. Encarando o doente num modelo biopsicosocial, a avaliação da satisfação com o tratamento adquire especial importância, uma vez que permite ir definindo e desenhando intervenções que se adequam melhor a cada paciente e às suas necessidades.

Referente aos objetivos pré – cirurgia, que foram questionados aos indivíduos, destacam-se 5 deles que são, o melhorar a saúde com 73 respostas (98,6%), o reduzir o peso corporal com 68 respostas (91,9%), movimentar-se melhor com 51 respostas (68,9%), melhorar a autoestima com 50 respostas (67,6%) e usar roupa do agrado do indivíduo com 46 respostas (62,2%). Comparativamente com o estudo da autora do questionário, comprova-se que os objetivos mais enumerados são o melhorar a autoestima, melhorar a saúde, usar roupa do seu agrado e reduzir o seu peso.

Em relação à questão “se voltasse atrás, voltaria a querer ser operado?”, 65 dos inquiridos (87,8%) responderam sim, com certeza. Confirma-se com o estudo anteriormente realizado, com uma percentagem de 90,7% (n=78), que os doentes submetidos à intervenção cirúrgica voltariam a querer ser operados . Com a resposta “sim, talvez” há uma percentagem de 8,1% (n=5), 1,4% (n=1) respondeu “não sei” e por fim com 2,7% (n=2) com a resposta “talvez não”, nesta questão nenhum indivíduo respondeu “não, nunca”.

Tanto neste estudo como no de Maria Luísa Gonçalves (2014) os inquiridos sobre se recomendariam a cirurgia a que foram submetidos a outras pessoas, 63 indivíduos

(85,1%) responderam “sim, com certeza”, 8 inquiridos (10,8%) responderam “sim, talvez”, 2 respostas (2,7%) “não sei” e “talvez, não” apenas 1 resposta (1,4%). Nesta questão nenhum inquirido deu a resposta “não, nunca”. O resultado encontra-se novamente de acordo com o estudo anterior visto que obteve uma percentagem de 91,9% (n = 79) na resposta “sim, com certeza”.

Em relação à satisfação pós-operatória com o desempenho nas atividades de vida podemos afirmar que a maioria dos utentes submetidos a tratamento cirúrgico aumentaram a sua satisfação demonstrada através das respostas dadas às questões os objetivos que a cirurgia lhe permitiu alcançar, o peso que atingiu, a melhoria da autoestima, a melhoria da saúde em geral, a melhoria do bem-estar físico, a possibilidade de usar roupa do agrado e a melhoria de tratar da sua higiene. Em comparação com o estudo da autora deste quadro de satisfação pós-operatória, verifica-se que alguns dos objetivos coincidem com os resultados obtidos que são eles, os objetivos que a cirurgia permitiu alcançar, a melhoria da autoestima, melhoria da saúde geral, a possibilidade de usar roupa do seu agrado e a melhoria da capacidade de tratar da própria higiene.

No presente estudo pode-se observar que todos os outros parâmetros agradaram como “satisfeito/a” os inquiridos, à exceção do aspeto físico quando está despido visto que está relativamente equivalente nas respostas “satisfeito/a” com uma percentagem de 32,88% (n=24) e “nem satisfeito nem insatisfeito” 23 respostas dadas (31,51%). Assim como no estudo anteriormente realizado, que também se verificou uma opinião neutra neste ponto. Com isto, conclui-se que a imagem corporal tem um peso essencial na vida destes pacientes, posto isto:

Segundo Joana Sofia Marques (2012) “a melhoria na imagem corporal também é uma das maiores razões para a melhoria psicológica pós-cirúrgica, para uma melhor integração social e melhoria na qualidade de vida dos doentes. Além disso, os doentes mostram grandes melhorias na saúde mental, relacionados com as preocupações com a saúde, os níveis de energia e sintomas de depressão e ansiedade...”

A maioria dos estudos da atualidade dedica-se à avaliação da eficácia da cirurgia bariátrica, enquanto que a abordagem mais adequada seria incluir o impacto da cirurgia nas comorbilidades associadas, na saúde física e mental, assim como na qualidade de vida (Gonçalves, Maria Luísa. 2014).

CONCLUSÃO

A obesidade é considerada uma das epidemias do século XXI, cujas altas taxas de prevalência têm condicionado a qualidade de vida de muitos portugueses. O tratamento cirúrgico da obesidade tem sido implementado com frequência crescente e resulta em perda de peso significativa.

A obesidade mórbida é um problema cada vez mais preocupante na sociedade atual o que leva a uma procura constante e crescente da cirurgia bariátrica, aliado ao facto de o tratamento farmacológico e dietético ser na maioria das vezes ineficaz. Assim, com os resultados obtidos neste trabalho espera-se contribuir para que sejam obtidas conclusões com significado e relevo para a prática clínica relacionada com a obesidade.

Toda a pesquisa efetuada para a elaboração deste estudo foi um desafio que conseguimos levar a bom porto e a realização do mesmo constituiu uma oportunidade de enriquecimento científico.

A análise dos dados relativos a 73 cirurgias bariátricas permitiu verificar que 56 doentes foram submetidos ao Bypass gástrico, 16 doentes ao Sleeve gástrico ou gastrectomia vertical e 1 doente à colocação da banda gástrica.

Neste estudo pode constatar-se que o doente com obesidade mórbida, apesar do desejo de ser magro tem dificuldade em aderir ao tratamento, sofrendo recaídas que tornam mais difícil conseguir obter o peso ideal. Os Enfermeiros que trabalham nesta área têm um papel crucial na implementação de estratégias que motivem o doente, a família e amigos a ajudar a alcançar o sucesso da cirurgia. São aspetos fundamentais o ensino de novos hábitos alimentares, a promoção da atividade física, o apoio e suporte em momentos de maior desânimo quando não ocorre a desejada perda de peso tão ambicionada com a cirurgia.

Sendo assim, podem ser levantadas questões, como por exemplo, “Qual o papel de um enfermeiro no pós-cirurgia destes doentes?”, “Quais as intervenções de enfermagem necessárias para a melhoria da qualidade de vida destes doentes?” ou “Qual é o apoio psicológico que estes doentes têm?”. Com o levantamento destas questões é possível no futuro a realização de estudos mais aprofundados e dedicados à prática de Enfermagem.

Face ao exposto, considera-se que foi possível cumprir os objetivos propostos, porém, reconhece-se a existência de certas limitações, nomeadamente o tempo de investigação e a amostra ser constituída por um reduzido número de inquiridos. Com esta investigação, consegui consolidar conhecimentos de forma ordenada e sistemática, permitiu-me descrever, explicar e prever acontecimentos. Apesar das limitações que o trabalho possa apresentar, espera-se ter contribuído para estimular a investigação futura sobre o domínio em análise.

BIBLIOGRAFIA

- Abir F, Bell R,. (2004). *Assessment and management of the obese patient*. Crit Care Méd.
- Brunner & Suddarth,. 2015. *Manual de Enfermagem Médico – Cirúrgica*. 13^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Camolas, J., “et alli.” (2017). *Programa nacional para a promoção de alimentação saudável - Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Chauhan,V,. Vaid,M,. Gupta,M,. Kalanuria,A,. Parashar,A,.(2010). *Metabolic, Renal and Nutritional Consequences of Bariatric Surgery: Implications for the Clinician*. Southern Medical Journal.
- Ferraro, DR,. (2004). *Preparing patients for bariatric surgery*. Clin Revist.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência.
- Fortin, M.-F., 2009. *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. 5a ed. Loures: Lusociência.
- Fried M,. “et alli” (2008) *Interdisciplinary European Guidelines on Surgery of Severe Obesity*. Obesity facts.
- Gonçalves, M,. (2014). *Criação e Validação de Questionários para avaliação da Satisfação com o Tratamento da Cirurgia Bariátrica*. Porto: Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- Lakatos, E. e Marconi, M. (2007). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Lins, AAA,. Barbosa, MSA,. Brodsky, JB,. (1999) *Anestesia para gastroplastia no paciente obeso*. Revist Bras Anesthesiol.
- Maltinha, R,. 2013. *Relação entre produção de força e marcadores bioquímicos com a composição corporal de mulheres obesas*. Évora: Universidade de Évora.
- Mancini, MC,. (2001). *Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente*

obeso. Arq Bras Endocrinol Metabo Vol 45.

Mariëlle, JF., Thijs, van Dalen., e Alex, F Muller., (2008). *Surgical Treatment of obesity*. European Journal of Endocrinology.

Marques, J., (2012). *Qualidade de vida do doente submetido a cirurgia bariátrica*. Porto: Faculdade da Ciências da Nutrição e Alimentação.

Marrucho, M., (1998). *Modos de vida e situação de saúde de uma pequena comunidade rural*. Évora: Universidade de Évora.

Negrão, R., (2006). *Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório*. São Paulo: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem.

Pessoa, U. F., 2014. *Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos*, Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Polit, D., (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Quivy, R. & Campenhout, L. V., (1998). *Manual de Investigação e Ciências Sociais*. 2a ed. Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, J., (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Santos, M., (2012). *Estudo Retrospectivo de um grupo de doentes submetidos a cirurgia bariátrica*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Segal, A., Fandino, J., (2002) *Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas*. Revista Brasileira Psiquiatria.

Sérgio, A., “et alli.” (2005). *Programa nacional de combate á obesidade*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Tavares, A., “et alli” (2011). *Cirurgia Bariátrica Do Passado ao Século XXI*. Acta Médica Portuguesa.

Vicente, C,. (2009). *Indicações e resultados da cirurgia bariátrica na obesidade grave*. Coimbra: Hospital da Universidade de Coimbra.

World Health Organization (2013). *Obesity and overweight* [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publication/facts/obesity/em> > [Consultado em 21 de Fevereiro de 2018].

World Health Organization (2013). *Obesity and overweight*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>> [Consultado em 10 de Março de 2018].

Zago,MMF,. (1993). *Considerações sobre ensino do paciente cirúrgico*. Revista Esc Enfermagem USP.

ANEXOS

ANEXO I. Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/_____/20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

ANEXO II. Questionário

Questionário de satisfação - Cirurgia bariátrica -

Nº de questionário: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Onde realizou a cirurgia:

Procedimento realizado:

Banda gástrica

Bypass gástrico

Outro, qual? _____

Data: _____

Peso inicial _____

Peso atual _____

1. Quando aceitou ser operado, quais eram os seus objetivos? (pode seleccionar **VÁRIAS** respostas, coloque um visto em cada resposta)

Melhorar a sua autoestima ____

Melhor a sua forma como as outras pessoas o viam ____

Melhorar a sua saúde ____

Melhorar a sua vida sexual ____

Ser capaz de tratar da sua higiene sozinho ____

Satisfação com o tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica

Movimentar-se melhor ____

Usar roupa do seu agrado ____

Melhorar a sua situação amorosa ____

Melhorar a sua situação profissional ____

Reduzir o seu peso ____

Outros (quais)? _____

2. Que penso pensou que ia atingir? ____

3. Se voltasse atrás, voltaria a querer ser operado?

Sim, com certeza ____

Sim, talvez ____

Não sei ____

Talvez não ____

Não, nunca ____

4. Recomendaria a cirurgia a que foi submetido a outras pessoas?

Sim, com certeza ____

Sim, talvez ____

Não sei ____

Talvez não ____

Não, nunca ____

Satisfação com o tratamento no paciente submetido a cirurgia bariátrica

	Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
Os objetivos que a cirurgia lhe permitiu alcançar					
O peso que atingiu					
A melhoria da sua autoestima					
A forma como passou a ser vista pelos outros					
A melhoria da sua saúde em geral					
A melhoria da sua vida sexual					
A melhoria da sua vida profissional					
A melhoria da sua vida amorosa					
A melhoria da sua vida social					
A melhoria do seu bem estar emocional					
O seu aspeto físico quanto está despedido					
A melhoria do seu bem estar físico					
A necessidade de tomar medicação devido à cirurgia					
Os seus hábitos alimentares					
A possibilidade de usar roupa do seu agrado					
A melhoria da capacidade de tratar da sua higiene					
Sensação de fome					
Prazer de comer					
Sensação de fome					
O tipo de alimentos que consegue comer					
A quantidade de alimentos que come					