

**CAMILA ALMEIDA RIBEIRO**

**MULHERES OBESAS: GASTROPLASTIA É A SAÍDA**

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do Curso de Licenciatura em Educação Física, do Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Floresval Bianchi Filho

**CURITIBA  
2003**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que através do seu amor e da sua misericórdia, Tem me permitido realizar os desejos do meu coração.

Agradeço a meus pais, Irani e Tânia, que sempre confiaram em mim e apoiaram a minha profissão.

Agradeço a meu amigo e namorado, Everson, que sempre estive presente nos momentos difíceis e alegres e a todos os amigos, que participaram desses quatro anos ao meu lado.

Agradeço a todos os professores que contribuíram para minha formação, em especial ao professor Floresval Bianchi Filho, que me orientou para a realização deste trabalho e ao professor Wagner de Campos, que esclareceu muitas das minhas dúvidas para a apresentação desta monografia.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíam para que eu concluísse à Licenciatura em Educação Física.

## RESUMO

A obesidade, considerada uma doença segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), é um excesso de gordura corporal que frequentemente causa malefícios a saúde,. No Brasil 33% das mulheres encontram-se acima do peso e uma das maneiras de sair do estado de obesidade é a Gastroplastia. Essa prática cirúrgica possui o intuito de reduzir o volume do reservatório gástrico, aumentando o tempo de esvaziamento do mesmo e ou reduzir a área de absorção intestinal. Devido ao grande aumento no índice de obesidade nos últimos tempos, conseqüentemente o aumento na realização dessa cirurgia, várias áreas da saúde tem voltado seus olhares para essa doença. Considerando que a Educação Física é uma prática que pode prevenir e combater diretamente a obesidade, busca-se o incentivo desta: com seu papel preventivo, ou como parte do tratamento dessa "epidemia mundial".

Palavras-chave: mulheres; Gastroplastia; educação física

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<i>iii</i>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA.....	1
1.2 OBJETIVOS.....	3
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	4
2.1 OBESIDADE.....	4
2.1.1 Definição de Obesidade.....	6
2.1.2 Classificação de Obesidade.....	7
2.2 TRATAMENTO PARA COMBATER A OBESIDADE.....	12
2.3 TÉCNICAS DE GASTROPLASTIA.....	15
2.4 ROTINA NO PÓS-OPERATÓRIO.....	17
2.5 CIRURGIAS PLÁSTICAS APÓS A GASTROPLASTIA.....	18
2.6 ATIVIDADE FÍSICA APÓS A CIRURGIA.....	19
<b>3.0 METODOLOGIA</b> .....	20
<b>4.0 RESULTADOS E DISCUSÕES</b> .....	22
<b>5.0 CONCLUSÃO</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	39

## LISTA DOS GRÁFICOS

<b>4.1 GRAU DE ESCOLARIDADE.....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 EDUCAÇÃO FÍSICA NO PERÍODO ESCOLAR.....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 IMC ANTES DA GASTROPLASTIA.....</b>	<b>24</b>
<b>4.4 A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA ANTES DA REALIZAÇÃO DA GASTROPLASTIA.....</b>	<b>25</b>
<b>4.5 RELAÇÃO COM SEU CORPO ANTES DA GASTROPLASTIA.....</b>	<b>26</b>
<b>4.6 RELAÇÃO COM SEU CORPO APÓS A GASTROPLASTIA.....</b>	<b>27</b>
<b>4.7 RELAÇÃO COM OS OUTROS APÓS A GASTROPLASTIA.....</b>	<b>28</b>
<b>4.8 CONSULTA A MAIS DE UM MÉDICO ANTES DA DECISÃO PELA GASTROPLASTIA.....</b>	<b>29</b>
<b>4.9 REALIZAÇÃO DA GASTROPLASTIA.....</b>	<b>29</b>
<b>4.10 FORMA DE PAGAMENTO DA GASTROPLASTIA.....</b>	<b>30</b>
<b>4.11 TÉCNICAS DE PESO INDICADAS POR ESSAS MULHERES.....</b>	<b>31</b>
<b>4.12 PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA APÓS A GASTROPLASTIA.....</b>	<b>32</b>
<b>4.13 ASSINA PERIÓDICO.....</b>	<b>33</b>
<b>4.14 ASSISTE TELEVISÃO TODOS OS DIAS.....</b>	<b>33</b>

## **1.0 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Apresentação do problema**

Muitas pesquisas apontam o aumento significativo no índice de obesidade, tanto no Brasil, quanto no mundo! Segundo GUEDES (1995), o avanço tecnológico e a maior automação e mecanização da sociedade atual, levam a população a adotar um estilo de vida sedentário, o que gera importante redução do gasto energético.

Assim sendo, é inevitável a preocupação de vários profissionais da área da saúde, médicos, fisioterapeutas, professores de Educação Física, com a obesidade. Já que pessoas que encontram-se neste estado, tem uma probabilidade muito maior para vários tipos de patologias: hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares entre outras. No Brasil as doenças crônico-degenerativas têm representado a primeira causa de morbidade e mortalidade na população adulta, superando com larga vantagem as outras patologias (GUEDES 1995) .

Podemos verificar a preocupação com a obesidade, no trabalho realizado pelo professor britânico Philip James, que luta diariamente contra a obesidade. Como presidente da *International Obesity Task Force* (IOTF), organização criada por ele em 1996, seu trabalho é chamar a atenção para o que aponta como um dos maiores problemas do planeta atualmente: uma epidemia de obesidade que há vinte anos não pára de se espalhar. Existem hoje no mundo 800 milhões de pessoas subnutridas e 1 bilhão de obesos. Isso é assustador. Há vinte anos assistimos a uma epidemia de proporções nunca vistas na história da evolução da humanidade. Não há dúvida de que a fome requer grande atenção política, sobretudo em partes da África, da Índia e da Ásia, onde há imensa pobreza, pessoas abaixo do peso e mortalidade infantil. Mas agora estamos em uma nova fase, a chamada "transição nutricional", que reúne fome e obesidade em um mesmo país, até em uma mesma cidade. E o pior é que os dois problemas são encarados de forma diferente. Dos

famintos sentimos pena, nos comovemos com seu desespero. Dos obesos sentimos menosprezo, achamos que comem demais porque são fracos".(PHILIP JAMES 2002)

Considerando esses fatos, pode-se entender porque a obesidade é vista como um dos maiores problemas do mundo moderno. Foi prestando atenção, nas pessoas que me rodeiam que encontram-se no estado de obesidade e na grande quantidade de trabalhos publicados que tratam desse tema, que resolvi abordá-lo nessa pesquisa. Porém desejava realizá-la com uma abordagem diferente, "nova". Não apenas relacionar atividade física, como prevenção da obesidade, ou o exercício físico proporcionando uma melhor qualidade de vida para pessoas com sobrepeso. Então, tive acesso a reportagem escrita por Luciana Miranda, publicada no jornal O Estado de São Paulo em janeiro de 2001, cujo o título é: Cirurgia, a única esperança dos supergordos.

Diante dessa reportagem percebi que na grande procura por corpos perfeitos, não se pode deixar passar, a Gastroplastia<sup>1</sup> que vem como mais uma promessa para alcançar de forma rápida esse ideal ( o padrão de corpo preestabelecido e exigido pela sociedade). Esse caminho, a Gastroplastia, tem sido a saída da obesidade de muitos homens e muitas mulheres atualmente.

É um tema de grande atualidade e relevância social, já que se trata de mulheres com obesidade. E o índice de pessoas obesas tem aumentado muito nos últimos tempos, devido a vários fatores: alimentação, sedentarismo e outros. Em 1975, o Brasil tinha de dois a quatro casos de subnutrição para cada caso de obesidade. Já em 1996, virou: eram dois casos de obesidade para um de fome.

E esse assunto também aborda a busca por corpos cada vez mais perfeitos esteticamente, muitas vezes colocando a aparência em detrimento a saúde. E a cobrança desse padrão estético é muito grande, sendo explícita em vários lugares e meios: a televisão, as revistas, as próprias lojas de vestuário, a cultura e etc.

---

<sup>1</sup> Gastroplastia: cirurgia que modifica o processo normal de digestão e absorção dos nutrientes.

Levando em conta todos os fatores descritos acima, resolvi realizar o meu estudo com mulheres obesas, que realizaram a gastroplastia.

E dentro desse contexto perceber, qual tem sido o papel da Educação Física atualmente?

Essa Educação Física vem para suprir a necessidade de todos, ou para padronizar as pessoas?

A real proposta da atividade física é a busca por uma melhor qualidade de vida, ou é apenas mais um produto a ser vendido nesse imenso mercado de corpos?

E qual realmente deveria ser o papel da Educação Física, para ajudar as pessoas a cuidarem e educarem os seus corpos ?

Educação Física pode contribuir na redução da obesidade e consequentemente pela não opção da Gastroplastia?

## **1.2 Objetivos Específicos**

1.2.1 Desenvolver uma análise sobre o cotidiano de mulheres que encontravam-se, ou encontram-se no estado de excesso de peso, as quais realizaram a Gastroplastia e residem na cidade de Curitiba, ou Florianópolis.

1.2.2 Investigar as razões dessas mulheres obesas estarem recorrendo as cirurgias de redução estomacal e até mesmo intestinal, para solucionar o excesso de peso;

1.2.3 Buscar a identificação dos fatores que influenciam-nas na decisão de realizar a Gastroplastia;

1.2.4 Verificar as mudanças que a cirurgia provocou e está provocando na sua vida;

1.2.5 Dimensionar qualitativa e quantitativamente o significado da Educação Física na vida dessas mulheres ( antes e após da cirurgia).

## **2.0 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Obesidade**

O aumento da ocorrência do excesso de peso não é um problema apenas dos países desenvolvidos, como os Estados Unidos, porém também os países em desenvolvimento, como o Brasil estão sofrendo um grande aumento no índice de sobrepeso e obesidade. " Dados do Ministério da Saúde mostram uma prevalência de 32% para sobrepeso e 8% para a obesidade. De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade, cerca de 200 mil pessoas morrem por ano devido a doenças associadas ao excesso de peso." ( SANTOS, TIMERMAN, SPÓSITO 2002, pg 3)

Devido a grande atualidade e relevância social, que o tema (obesidade) ocupa nos dias de hoje, para a realização dessa pesquisa serão utilizadas várias reportagens que tratam do assunto. As quais foram encontradas no jornal Estado de São Paulo, como por exemplo:

A repórter Marisa Folgato escreveu uma matéria, cujo o título é: No Brasil: 70 milhões acima do peso, publicada em 02 de fevereiro de 2003, a qual traz para o leitor um assunto muito importante, o aumento no índice de obesidade no Brasil.

"No país em que o principal projeto do governo federal é o Fome Zero, para atender 46 milhões de pessoas que mal têm o que comer, há pelo menos 70 milhões de brasileiros (40% da população) acima do peso. Um problema que atinge todas as classes e idades. E projeta um futuro preocupante: a sobrecarga do sistema público de saúde com o atendimento das doenças decorrentes da obesidade, como diabete e hipertensão. A obesidade causa, por ano, cerca de 80 mil mortes no País - são 300 mil nos EUA." (FOLGATO,2001)

"Esse quadro deve se agravar nos próximos anos por causa do crescimento rápido dos casos entre crianças e adolescentes", alerta a coordenadora do Ambulatório de Obesidade Infantil do Hospital das Clínicas, Sandra Mara Villares. Segundo a

Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), enquanto nos EUA, nessa faixa de idade, ela aumentou em 66% em duas décadas, no Brasil, subiu 240%.

"O aumento é decorrente principalmente da mudança nos hábitos alimentares, com o consumo de alimentos cada vez mais ricos em gordura, e falta de exercício", diz Sandra, que é vice-presidente da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (Abeso).

A doutora Sandra afirma que o Brasil será muito diferente em 15 ou 20 anos, quando as crianças e os adolescentes obesos de hoje estiverem adultos, eles demonstram uma grande tendência a desenvolver diabetes do tipo 2 e doenças cardiovasculares. Não vai haver INSS que agüente a demanda.

"Apesar da gravidade da situação, até agora, um mês após a posse, o Ministério da Saúde não tem coordenador para a área de nutrição nem definiu projetos para o setor ", palavras de Marisa Folgato.

O problema da obesidade e do seu crescimento é tão grave que a Organização Mundial de Saúde (OMS) o classificou de epidemia. No Brasil, calcula-se que 40% da população esteja com excesso de peso. Segundo o endocrinologista Márcio Mancini, presidente da Associação Brasileira para o estudo da Obesidade, o atual quadro da obesidade é um fator de risco importante. Se não houver controle, em três décadas haverá uma explosão do número de infartos e derrames e o problema de falta de leitos nos hospitais se agravará. " Nos Estados Unidos, gastam-se pelo menos U\$\$ 50 bilhões por ano para tratar a obesidade e suas conseqüências" diz o endocrinologista Walmir Coutinho, coordenador da Força-Tarefa Latino-Americana de Obesidade. (ISTOÉ 2003, pg 57 e 58).

Para um maior esclarecimento do que realmente é a obesidade, o que a causa, como a atividade física influencia nesse estado, fatores que influenciam na obesidade entre outros. Será levado em conta a declaração do médico (nutrólogo) Dr. Nelson Vasconcellos, na qual o doutor responde as dúvidas mais freqüentes a respeito da obesidade. O relato do Dr. Salgado Sobrinho, que descreve as técnicas de Gastroplastia e o documento feito pela empresa farmacêutica Roche Brasil, que mostra

os fatores biológicos, sociais, psicológicos que influenciam as pessoas a chegarem, ou permanecerem no estado de obesidade.

### **2.1.1 Definição de Obesidade**

O sobre peso e a obesidade , muitas vezes são utilizados sem distinção entre eles, porem esse termos possuem significados diferentes. O sobre peso é definido com o peso corporal que excede o peso normal ou padrão de uma determinada pessoa, baseando-se na sua altura e composição corporal. Já a obesidade refere-se à condição em que o indivíduo apresenta uma quantidade excessiva de gordura corporal (WILMORE e COSTILL 2001).

A obesidade para Katch; McArdle (1996:387) é um distúrbio relacionado com numerosos fatores que desequilibram o balanço energético na direção do ganho de peso, é definida em termos de quantidade excessiva da gordura corporal total.

Para DÂMASO (1995, p.91) o sobre peso é definido como " excesso de peso previsto para o sexo, altura e idade, de acordo com os padrões populacionais de crescimento. E a obesidade é " uma condição de excesso de gordura em relação à massa corporal magra".

Segundo DILLON (1980, pg.519), " a obesidade existe quando a proporção do tecido adiposo é suficiente para alterar de maneira prejudicial a função bioquímica e fisiológica do organismo, impedir a função motora e a atividade ocupacional e, finalmente, encurtar a expectativa de vida".

Segundo MC`ARDLE (1992, pg.380), a obesidade pode ser definida como sendo "o aumento excessivo da quantidade total de gordura corporal".

A obesidade pode ser definida como um acúmulo excessivo de gordura corporal total ou localizada, sendo considerada como um estado em que há maior quantidade de tecido adiposo que o esperado para o sexo, idade e altura, em relação à massa magra (GUEDES e GUEDES, 1998; HALPERN et al. 1998).

Em 1983, o National Center for Health Statistical (NCHS), fez uma distinção entre o excesso de peso e a obesidade, sendo o primeiro referente a um excesso de peso para a altura, e a obesidade como já descrita anteriormente, é um excesso de massa gordurosa (HALPERN et al. 1998).

### **2.1.2 Classificação da Obesidade**

A obesidade é uma síndrome, com várias causas, caracterizada por um excesso de tecido gorduroso e pode ser classificada em várias modalidades. Quanto a etiologia, podemos classificá-la em:

- obesidade de longa data - indivíduos obesos desde criança; é a forma de mais difícil tratamento e entre as causas desencadeantes existe a predisposição genética (herança familiar) e a hiperalimentação precoce;
- obesidade da puberdade - aparece na puberdade, é predominante em mulheres, tem como causas angustias e ansiedades desta fase da vida e alterações orgânicas;
- obesidade da gravidez - na gravidez e no pós parto, também por fenômenos psíquicos e/ou orgânicos;
- obesidade por interrupção de exercícios - comum em esportistas que ingerem grandes quantidades de calorias e param de fazer exercícios, ou seja, deixam de gastá-las;
- obesidade secundária a drogas - alguns medicamentos como os corticóides, os antidepressivos e os estrógenos podem induzir a um ganho de peso;
- obesidade após parar de fumar - a explicação é que a nicotina aumenta o gasto calórico por sua ação lipolítica; também é responsável por perda de apetite;

- obesidade endocrina - somente 4 por cento das obesidades se enquadram nesta etiologia, que inclui doenças da tireóide, do pâncreas e da supra renal.

Outra forma de classificar a obesidade é pelo peso, que reflete, não necessariamente (a musculatura também pesa), o excesso de gordura. Os critérios utilizados para medir o tecido adiposo são variados. Podemos citar:

- a correlação do peso/altura (tabela do Metropolitan Life Insurance Company);
- medidas de espessura de prega cutânea;
- índice de Quetelet ou Índice de Massa corpórea (IMC).

O IMC é obtido pela divisão do peso em Quilos pela altura ao quadrado (expressa em metros). Podemos classificar o peso em categorias, de acordo com o IMC.

Classificação	Valores do IMC
Desnutrição crônica	= 12 kg/m <sup>2</sup>
Desnutrição	18.5 kg/m <sup>2</sup>
Baixo Peso	20 kg/m <sup>2</sup>
Normal	20 - 25kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso	25 - 30 kg/m <sup>2</sup>
Obeso	>30 - 40 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade Mórbida	> 40 kg/m <sup>2</sup>

Fonte: <http://www.cdof.com.br/obesidade>

A importância desta classificação reside no fato estatístico de que pessoas classificadas como obesas apresentam um risco muito maior de doenças as quais a diabetes, as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, a gota, a osteoartrose, doença renal, acidente vascular cerebral, dificuldades biomecânicas, distúrbios

psicológicos. Conseqüentemente a expectativa de vida é significativamente menor entre população obesa. A obesidade excessiva pode resultar em um aumento de até 100% na mortalidade, em relação àquela que se poderia esperar (FOSS e KETEVIAN 1998).

O cardiologista da Clínica Mayo de Jacksonville, na Flórida, relata em uma reportagem publicada na revista SAÚDE, que dos pacientes com problemas cardiovasculares, 30% a 40% apresentam sobrepeso, o que contribui para o agravamento da sua condição cardíaca.

Outra forma de classificar a obesidade é quanto ao mecanismo envolvido em sua gênese. O principal mecanismo fisiológico da obesidade é um desequilíbrio entre a formação e a destruição de células adiposas no organismo. Simplificando: o que comemos (medido em calorias) favorece a formação de células adiposas e o que gastamos (gasto calórico) favorece a destruição destas células; deste modo temos obesos que comem muito e obesos que comem pouco ou adequadamente mas gastam pouco (gasto calórico ineficiente).

Esquemáticamente:

- obesidade por hiperfagia - são os obesos que comem muito, em quantidade ou em qualidade (alimentos muito calóricos - neste grupo estão incluídos os populares beliscadores). Nem sempre a hiperfagia depende apenas de um auto controle. Além dos mecanismos psíquicos envolvidos (depressão, ansiedade, angustia, carência afetiva), estão sendo cada vez mais descritas alterações orgânicas condicionantes de hiperfagia (alterações no centro da saciedade, alterações hipotálamicas e alterações de alguns hormônios gastrointestinais); Nesse tópico é importante salientar que não só as pessoas com maior poder aquisitivo são obesas. Na prática, as pessoas pobres tem mais chance de serem obesas que as ricas. As pessoas de baixa renda não têm chance de escolher uma dieta de boa qualidade e de se exercitar fisicamente. Sua alimentação é carregada de gordura e açúcar. Quem cresce

lutando contra a fome acaba achando que o mais importante é simplesmente comer.

- obesidade por gasto calórico ineficiente - aqui estão incluídos indivíduos que tem vida sedentária, os que comem proporcional ao gasto com exercício e param de praticá-lo sem diminuir sua ingestão, e os indivíduos que comem pouco mas tem a famosa tendência para engordar. Sabemos que este último grupo de indivíduos não tem o seu metabolismo basal diminuído, mas gastam menos calorias para a digestão, absorção, transporte e utilização dos nutrientes, ou seja, são equipados energeticamente para serem obesos. Isto seria uma vantagem em ambientes com escassez de alimentos, como na idade da pedra, mas não hoje, onde a dieta mundial é caracterizada por uma tendência em direção a proporção maior de gordura e a uma maior ingestão calórica total, como podemos observar no esquema abaixo:

	1950	1980
Açúcares simples	10%	25%
Amido	43%	23%
Gorduras	35%	40%
Proteínas	12%	12%

O mecanismo envolvido na gênese da obesidade é fundamental para um tratamento adequado do paciente.

Na reportagem, *Cirurgia, a única esperança dos supergordos*, escrita por Luciana Miranda e publicada no jornal O Estado de São Paulo, em 29 de janeiro de 2001. Encontra-se uma triste realidade, a qual estima-se que 1 milhão de brasileiros sofram de obesidade mórbida. Eles têm risco de morte 12 vezes maior do que pessoas com peso normal. E a morte vem cedo. "Atingir os 60 anos para eles é difícil", alerta o endocrinologista Alfredo Halpern, do Hospital das Clínicas. No Hospital das Clínicas, 2

mil pessoas estão na fila de espera da cirurgia, que precisaria de 15 anos para ser zerada. Hoje, 16 hospitais de oito Estados fazem a cirurgia pelo SUS.

Na mesma reportagem encontra-se relatos como do comerciante Nilson Luiz Moi, de 42 anos, levou um ano para decidir-se pela cirurgia. Para ele, acompanhamento psicológico foi fundamental. "Não dá para descontar os problemas na comida, é preciso lidar com eles", diz o comerciante.

"Pessoas que fogem do espelho. No máximo, dão uma olhadela para checar o cabelo. E até os filhos sentem vergonha de serem vistos ao seu lado. Tudo porque são supergordos. Ou melhor, sofrem de obesidade mórbida, uma doença grave, muitas vezes fatal, para a qual o único tratamento é a cirurgia que reduz o estômago. Com o procedimento, o órgão passa a ter 30 mililitros de volume, o equivalente a duas colheres de sopa, e um anel estreita a passagem para o intestino. Assim, pouca comida já deixa o estômago cheio. Com o tempo, esse volume aumenta um pouco" (LUCIANA MIRANDA,2001)

Diante da declaração do cirurgião, Arthur Garrido Júnior do Hospital das Clínicas, ao periódico: O Estado de São Paulo emitido em 29 de janeiro de 2001, pode-se verificar a seriedade da escolha pela gastroplastia. "É um procedimento drástico para trazer saúde. Um ano após a cirurgia, o paciente terá perdido 40% de seu peso". Há 22 anos, o doutor Garrido faz essa operação e prepara equipes em todo o País. Garrido explica que as complicações físicas são raras,

A cirurgia oferece riscos. Três em cada cem pacientes enfrentam complicações, como problemas respiratórios e má cicatrização. O risco de morte é baixo, mas existe: 0,6%, ou seja, menos de um paciente em cada cem operados, porém 20% dos operados desenvolvem quadros depressivos - por comer muito menos.

Na mesma reportagem a aposentada Adlena Maria Smilg de 59 anos diz, "Eu podia ter morrido na cirurgia, mas podia morrer por causa da obesidade." Adlena, que chegou a pesar 151 quilos, hoje pesa 71.

Passado o período crítico, o paciente não está livre de problemas. Um ano depois de operada, Adlena foi parar no pronto-socorro por causa de um pedacinho de queijo que não mastigou direito. O alimento ficou entalado na saída do estômago para o intestino e teve de ser retirado por endoscopia.

## **2.2 Tratamentos para combater a obesidade**

A obesidade sendo considerada como uma condição de risco para a saúde e um fator importante de causa e agravamento varias doenças, faz-se absolutamente necessário um tratamento adequado para reversão desse quadro. Segundo LEITE (2000, pg.214) o sucesso a longo prazo das terapias de emagrecimento exige técnicas que abrangem pelo menos cinco áreas: estilo de vida, exercício, atitudes, relacionamento e nutrição.

- Tratamento básico da obesidade apoia-se na modificação do comportamento alimentar e no incremento da atividade física:

Segundo RODRIGUES (1992, pg. 74) na luta contra o aumento contra o tecido gorduroso só existem duas atitudes inteligentes e saudáveis a serem tomadas. A busca de uma atividade física diária, que seja agradável, principalmente para que não ocorra desistência e um controle alimentar com orientação de um profissional especialista.

A alimentação diária deve variar de indivíduo para indivíduo, de acordo com seus costumes, gostos e estilo de vida. "Em prescrições e orientação dietéticas que efetivamente se preocupem em alcançar algum sucesso, deverá haver preocupação em procurar adequar as informações associadas à alimentação de cada indivíduo às suas necessidades nutricionais" (GUEDES e GUEDES 1998, pg.143). Entretanto, alguns princípios devem reger o cardápio diário: a restrição às gorduras, que não devem ultrapassar 30% do total calórico diário, a preferência por verduras, legumes, frutas e carboidratos complexos (arroz, macarrão, pão, farinha, etc.). Não adianta alimentar as pessoas se a comida não for de boa qualidade.

Recomenda-se ingerir alimentos ricos em fibras como pão integral, arroz integral etc. Evidentemente que para obter uma perda de peso, deve-se ingerir menos calorias do que as calorias gastas.

A prática de uma atividade física é muito importante, podendo ser iniciada apenas uma maior atividade no dia-a-dia, como movimentar-se mais, não ficar muito tempo parado na frente da T.V. ou do computador, etc. porém é importante salientar que é necessário a prática de uma atividade física orientada. De acordo com MCARDLE, KATCH e KATCH (1998, pg.592) a evidência disponível indica que o aumento excessivo de peso costuma manter paralelismo muito mais com a atividade física reduzida do que com uma maior ingestão calórica.

Para que o obeso coma com mais disciplina e mantenha-se ativo fisicamente, muitas vezes, é necessário que ele se submeta a um tratamento comportamental.

- Tratamento Farmacológico:

Devem receber medicamentos antiobesidade os indivíduos com índice de massa corpórea  $> 30\text{Kg/m}^2$  ou com o IMC entre 25 e 30  $\text{Kg/m}^2$ , nos quais o tratamento de adequação alimentar e incentivo a atividade física não levou a bons resultados. Sendo a obesidade uma doença crônica, possivelmente o seu tratamento também será crônico. Isso inclui o uso de medicamentos antiobesidade, que na grande maioria das vezes deve ser usado por toda a vida. Existem vários tipos de medicamentos para o tratamento da obesidade com objetivos distintos:

- diminuir a fome;
- aumentar a saciedade;
- aumentar a queima de calorias;
- diminuir a absorção de gorduras.

A escolha de um ou de outro remédio depende de cada paciente, do seu grau de obesidade, do seu hábito alimentar, das complicações que tem etc., e deve ser feita pelo médico.

- Tratamento Cirúrgico:

Um dos procedimentos são as cirurgias plásticas, como lipoaspiração, lipoescultura. "Sua realização é recomendada nos casos de reconstrução plástica, com

finalidades de regularizar depósitos anômalos que possivelmente possam surgir após significativo processo de emagrecimento" (GUEDES e GUEDES, 1998, pg. 134).

E outro tratamento é a gastroplastia, o qual deve ser indicado a indivíduos com índice de massa corpórea  $> 40 \text{ kg/m}^2$  ou  $35 > \text{ kg/m}^2$  com co-morbidades, os quais os tratamentos anteriores (dieta, atividade física e farmacoterapia) não obtiveram o resultado esperado. Co-morbidades que devem ser consideradas na indicação cirúrgica: artropatia mecânica; diabetes mellitus tipo II; hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, hipertensão pulmonar, apnéia do sono, dislipidemia, cardiomiopatia da obesidade. Esse tratamento é contra indicado em casos de doenças psiquiátricas; não aderência a tratamentos prévios; abuso a substâncias ativas; idade  $> 50$  anos.

“ Qualquer que seja o recurso cirúrgico, não adianta nada, se o indivíduo não mudar realmente seus hábitos de vida, pois os adipócitos não retirados poderão facilmente, aumentarem novamente de tamanho retornando assim à situação anterior.” (RODRIGUES, 1992, p.75)

Existem dois principais tipos de operações utilizados: *operações restritivas*: essas reduzem a capacidade de armazenamento do estômago em cerca de 20ml e restringem a saída desta pequena câmara pela aplicação de um anel anelástico: gastroplastia vertical com bandagem. Também pode ser feita por laparotomia convencional ou laparoscopia. Operações exclusivamente restritivas tem efeito menos intenso sobre a redução ponderal. Resultam em médias de perda de 40 a 50% do excesso de peso a longo prazo, porém falham em muitos casos de pacientes que gostam de doces. *Operações que associam restrição gástrica com desvio gastrointestinal do trânsito alimentar*: essas podem ser realizadas por via convencional ou laparoscópica. São mais eficientes quanto às perdas ponderais a longo prazo, diminuem em médias de 60 a 80% do excesso de peso. Raramente falham, mesmo em apreciadores de doces, porque provocam sintomas do tipo *dumping*<sup>2</sup>. A síndrome de

---

<sup>2</sup> Dumping: esse problema pode acontecer devido a passagem muito rápida dos conteúdos do estômago para o intestino, principalmente alimentos ricos em açúcar. Os sintomas incluem náuseas, fraqueza, suor intenso, desmaios e diarreia após comer.

*dumping* pode melhorar evitando-se alimentos com açúcar, mel, melado, xarope, balas, geleias, sorvetes, frutas em caldas...

“Esse procedimentos podem induzir a substancial redução do peso corporal, embora raramente alcancem valores próximos dos desejados” (GUEDES e GUEDES, 1998, pg. 134)

Existem varias complicações que podem ocorrer, as mais comuns são incisionais, como seromas, abscessos e hérnias (10 a 20%). Complicações graves ocorrem em cerca de 3% dos casos, no pós operatório imediato: broncopneumonias, embolia pulmonar, deiscência de pontos gastrointestinais (obrigando as vezes a reoperação). Mortalidade ocorre em 1%.

### **2.3 Técnicas de Gastroplastia**

A Gastroplastia tem sido a saída, do estado de obesidade, para muitas pessoas. Eis algumas técnicas de Gastroplastia:

- **Gastroplastia Vertical com Bandagem (Técnica de Mason).**

Nessa cirurgia, o estômago não é "cortado". Divide-se (sem cortar, na maioria dos casos) o estômago em duas câmaras com a colocação de "grampos" no sentido vertical que irão funcionar como uma divisória e, posteriormente, coloca-se um anel na saída da câmara menor que irá fazer com que a comida ao entrar nesta, lá permaneça por algum tempo e dê ao paciente a sensação de saciedade mesmo que ele tenha comido uma pequena quantidade. A perda de peso alcançada é em torno de 30 a 40% do peso inicial, porém pode haver um reganho de até 10% do peso após 5 anos. As vantagens desta técnica são: a) maior simplicidade, o que implica em menos tempo operatório e, provavelmente, um menor número de complicações cirúrgicas, entre outros; b) facilidade para reverter a cirurgia, caso este seja o desejo do paciente; c) menor propensão a causar desnutrição; As maiores desvantagens são: a) possibilidade maior de reganho de peso; b) alguns pacientes podem necessitar reoperação devido a

pequena perda de peso; c) perda de peso menor, quando comparada à técnica de Capella; d) geralmente, não produz bons resultados em pacientes com Índice de Massa Corporal acima de 55Kg/m<sup>2</sup>.

- **Gastroplastia Vertical com Bypass Gastrojejunal (Técnica de Capella).**

Atualmente, esta é a técnica dita "padrão ouro" e a que mais é realizada no mundo. A maioria dos cirurgiões a realizam por via convencional, isto é, com uma incisão no abdome.

Nesta técnica, o estômago é separado em 2 (é cortado, mas nenhuma parte é retirada) com o auxílio de um "aparelho grampeador". Fica uma parte menor (chamada "neo-reservatório") e outra maior (chamada de "estômago excluído"). O neo-reservatório é bem pequeno e o conecta-se ele a uma porção de intestino delgado e também coloca-se um anel assim como na técnica anterior. Após a cirurgia, como o estômago que vai funcionar (chamado neo-reservatório) é pequeno, então mesmo uma mínima quantidade de alimentos fará o paciente sentir-se saciado. Há quem acredite que, com esta técnica, uma parte da perda de peso se dá também por causa de uma leve "má-absorção" causada pela conexão do estômago no intestino delgado. Não se tem certeza disso, mas o fato é que os resultados obtidos com esta técnica são melhores do que com a anterior.

Vantagens desta técnica: a) perda de peso maior (40-50% do peso inicial); b) não há problemas de reoperação como na técnica de Mason; c) a perda de peso insuficiente é rara; d) menos problemas de vômitos e intolerância a sólidos; Suas desvantagens: a) maior propensão a causar desnutrição, principalmente de Ferro e alguns minerais; b) risco maior de fístula como complicação cirúrgica; c) cirurgia mais complexa e demorada; d) reversão mais difícil;

- **Bandagem Gástrica Laparoscópica (Lap-Band).**

Esta técnica é mais recente e teve o mérito de tornar a cirurgia de obesidade mórbida possível e popular através de laparoscopia (técnica sem incisão grande). Consiste na colocação de uma banda (espécie de faixa ajustável) logo no início do estômago, fazendo-o ficar com um reservatório pequeno acima desta e, portanto,

dando ao paciente a sensação de saciedade mesmo com pequenas quantidades de alimento. Como a banda é ajustável, é possível através de uma pequena punção com agulha deixar a passagem através dela mais estreita ou mais ampla, permitindo desta maneira a melhor adequação da passagem de alimentos e evitando o inconveniente dos vômitos muito freqüentes que podem ocorrer com a técnica de Mason.

Vantagens: a) técnica minimamente invasiva, isto é, não há a grande incisão das outras técnicas; b) recuperação mais rápida; c) custo menor; d) reversão fácil; e) pouca incidência de complicações; Desvantagens: a) resultados inferiores à técnica de Capella (menos perda de peso); b) problemas freqüentes com a banda; c) incidência relativamente alta de esofagite; d) técnica não adequada para pacientes com Índice de Massa Corporal maior que  $55\text{Kg}/\text{m}^2$ ;

- **Derivação Biliopancreática (Técnica de Scopinaro).**

Técnica desenvolvida pelo italiano Nicola Scopinaro e que, de todas as aqui apresentadas é a única que funciona verdadeiramente como má-absortiva. Portanto, não há quase nenhuma restrição do volume de alimentação. Isto implica dizer que o paciente come praticamente a mesma quantidade que pessoas não operadas.

## **2.4 Rotina do Pós-operatório**

- Postura: elevação do tronco, enquanto deitada; deambulação - No 1/PO ou 2/PO; estimular a movimentação no leito e exercícios respiratórios.
- Retirar a sonda naso-gastrica na SO e a vesical no 1/PO.
- Antibiótico-terapia nas primeiras 24 horas => cefalosporina.
- Analgesia, utilização de anti-inflamatórios e anagésicos.
- Profilaxia da trombose venosa, heparina de baixo peso molecular (Clexane 20 a 40 mg ao dia SO).
- As pernas devem estar enfaixadas, desde a sala de operações.
- Dieta oral a partir do 2º/PO, mantendo a hidratação parenteral por mais 24 horas; No 2/PO a dieta é líquida e restrita (2 colheres de sopa cada 15

- minutos, sempre que acordada), não administrar líquidos açucarados (usar adoçantes); A partir do 10/PO, a dieta líquida-pastosa três vezes por dia, realizando ingestão líquida nos intervalos. Neste período a água é a vontade.
- Vitaminas por via parenteral, enquanto permanecer a via venosa. A seguir polivitaminas por via oral, os comprimidos sempre triturados.
- Após a alta Vitergan-Zn, uma dragea ao dia, ou droga similar e complexo B. os analgésicos são em gotas.

## **2.5 Cirurgias plásticas após a Gastroplastia**

O paciente submetido a gastroplastia, o qual geralmente apresenta uma perda de peso importante. Com a diminuição do seu peso corporal, observa-se uma diminuição da gordura embaixo da pele, não ocorrendo retração da mesma. Aproximadamente um ano após a cirurgia, observamos flacidez acentuada em algumas áreas, que devem ser corrigidas por meio de cirurgia plástica. Os locais mais comuns são: abdome, mamas, braços, coxas e em alguns pacientes, o pescoço.

- Abdominoplastia (Cirurgia Plástica do Abdome): Corrige o excesso de pele e reforçar a musculatura abdominal, tornando o contorno corporal mais harmonioso.
- Mamoplastia (Cirurgia Plástica das Mamas): Corrige a queda das mamas, podendo diminuí-las de tamanho, ou em alguns casos, associar a um implante de prótese de silicone visando um aumento das mesmas
- Braquioplastia (Cirurgia Plástica dos Braços): Remove o excesso de pele e gordura localizada na face medial dos braços.
- Cirurgia Plástica das Coxas: Diminui a circunferência das coxas através da ressecção do excesso de pele e gordura situados medialmente.
- Lifting Cervical (Cirurgia Plástica do Pescoço): Por meio de uma lipoaspiração abaixo do queixo, retira-se o excesso de pele, eliminando a "papada".

## **2.6 Atividade Física após a cirurgia**

Os exercícios físicos devem ser os objetivos primários após o período de recuperação da cirurgia. Já que provocam uma melhora no sistema cardio-respiratório, promovem um maior gasto energético, ajudam a regular o nível de glicemia sanguínea (muito importante para os pacientes que apresentam diabetes), aumentam a massa muscular e como consequência melhoram a auto-estima, aliviam o estresse, podem promover a sociabilização... É muito importante a autorização do médico para a prática de atividade física.

O paciente deve buscar realizar mais atividades físicas durante o seu dia, procurando aumentar o seu gasto calórico diário. É importante lembrar que atividade física é qualquer atividade, a qual retira o indivíduo do estado de repouso. Quase todos os hábitos diários de uma pessoa, andar, comer, tomar banho, são atividades físicas. Ao passo que exercício físico é uma atividade física sistematizada e controlada. Assim, todo exercício físico é considerado atividade física, mas nem toda atividade física é exercício físico.

O nível de atividade física que cada indivíduo deve praticar, irá variar de acordo com a sua recuperação após a cirurgia. A qual poderá ser mais rápida dependendo da técnica cirúrgica utilizada no paciente.

## **3.0 METODOLOGIA**

### **3.1 Caracterização da pesquisa**

Trata-se de pesquisa de campo, com caráter descritivo. Essa busca analisar o quadro de mulheres obesas, que realizaram a Gastroplastia para eliminar o excesso de peso, a qual tem como objetivo verificar os fatores que as influenciaram a buscar a Gastroplastia, no que a cirurgia modificou suas vidas, qual a relação que elas tiveram com a Educação Física e se após a cirurgia essa relação foi alterada.

### **3.2 População e Amostra**

A população escolhida são mulheres que realizaram a Gastroplastia, independente da técnica utilizada e do tempo que fez a cirurgia, as quais moram em Curitiba, ou em Florianópolis. A escolha das duas cidades é decorrente da facilidade encontrada para contato com esse público, nesses locais.

A amostra é composta por 53 mulheres que optaram pela Gastroplastia para sair do estado de obesidade e residem em Curitiba, ou em Florianópolis.

### **3.3 Instrumentos e Procedimentos**

O instrumento utilizado para coletar os dados da população escolhida foi um questionário misto (anexo 1) contendo 22 questões, das quais 5 eram objetivas e 17 eram descritivas. Para validar o questionário, esse foi analisado por três professores especialistas.

Os questionários foram respondidos por via telefone, ou pessoalmente. A coleta desses dados ocorreu nos meses de abril a outubro de 2003.

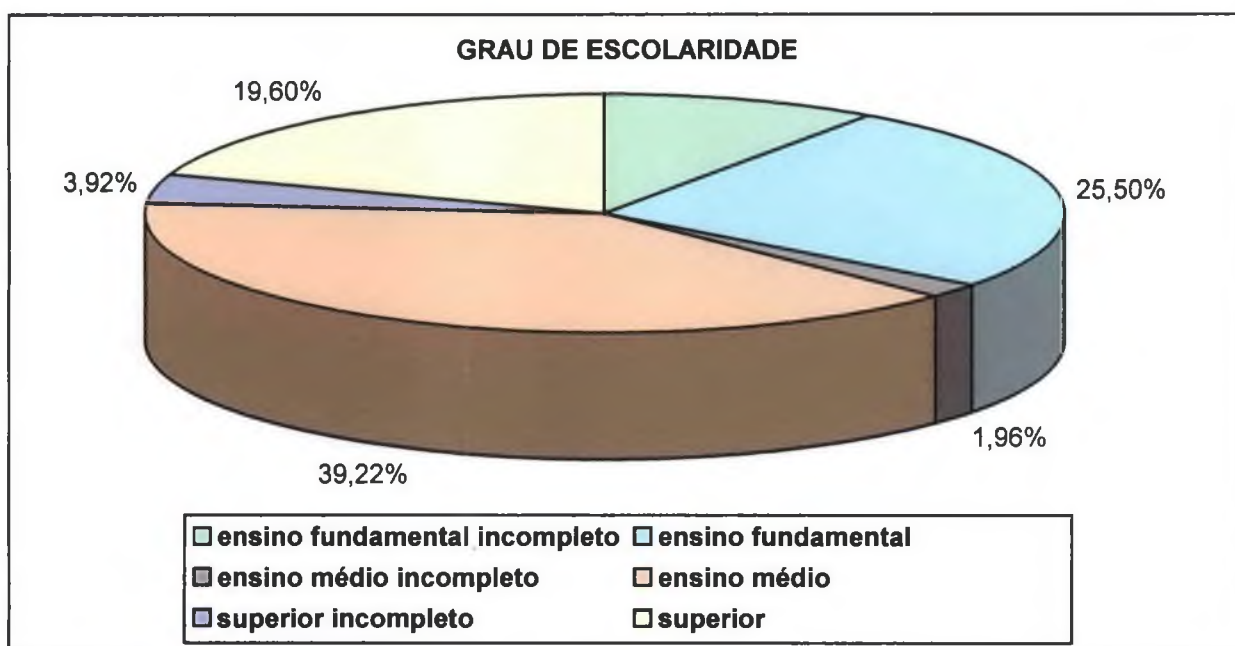
### **3.4 Planejamento e Tratamento estatístico**

Os resultados da pesquisa estarão relatados de maneira percentual, caráter descritivo, em forma de gráficos.

## 4.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Grau de Escolaridade

No primeiro gráfico encontra-se o grau de escolaridade das mulheres que participaram da pesquisa, através dos questionários, conseqüentemente quanto tempo elas passaram dentro da escola.



Em relação ao grau de escolaridade (gráfico 1) desse público, observa-se que 42% estudou até o ensino médio - concluindo-o ou não - aproximadamente 35% dessas mulheres realizaram pelo menos uma parte do ensino fundamental e apenas 23% das participantes da pesquisa obtiveram acesso ao ensino superior.

Através desses resultados verifica-se que todas as participantes tiveram acesso a escola e conseqüentemente ao ensino, infelizmente apenas a minoria teve condições, ou melhor, oportunidade de chegar ao ensino superior, mostrando uma triste realidade do Brasil.

## 4.2 Educação Física no período escolar

O segundo gráfico mostra qual foi a relação das participantes, durante o seu período escolar, com a Educação Física.



Analisando os dados encontrados no gráfico 2, nota-se que independente do tempo que passou na escola, todas tiveram contato com a educação física escolar, 43,14% das participantes relataram nas sua respostas que gostavam de participar das aulas de Educação Física.

Como exemplo a Elaine Tavares da Costa, que disse: " Minha relação com a Educação Física, durante o meu período escolar foi muito boa, antes de casar eu era magrinha."

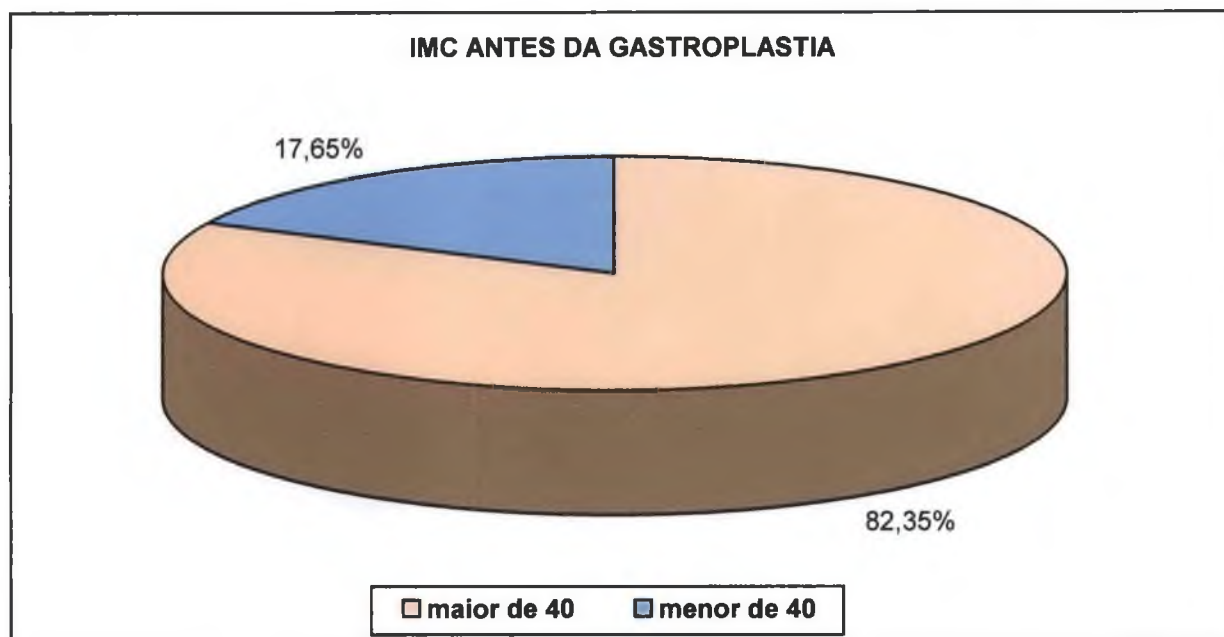
Porem 56,86% das pessoas entrevistadas, a maioria, relataram que não tinham prazer em participar das aulas de educação física. algumas que já apresentavam excesso de peso nesta época escreveram que quando tentavam fazer as atividades propostas na aula, sentiam-se excluídas.

Como exemplo a Sandra C. S. que descreve, que a sua relação com Educação Física, durante o período escolar foi muito ruim, pois não conseguia participar das aulas devido ao excesso de peso.

Outro exemplo é o da Thais Carolina Lopes, a qual ainda é estudante, que respondeu essa questão com a seguinte frase: "Nunca fiz Educação Física, nunca me senti bem fazendo-a."

### 4.3 IMC antes da Gastroplastia

O terceiro gráfico mostra qual era o valor do IMC (Índice de Massa Corpórea) dessas mulheres antes de optarem pela realização da gastroplastia.



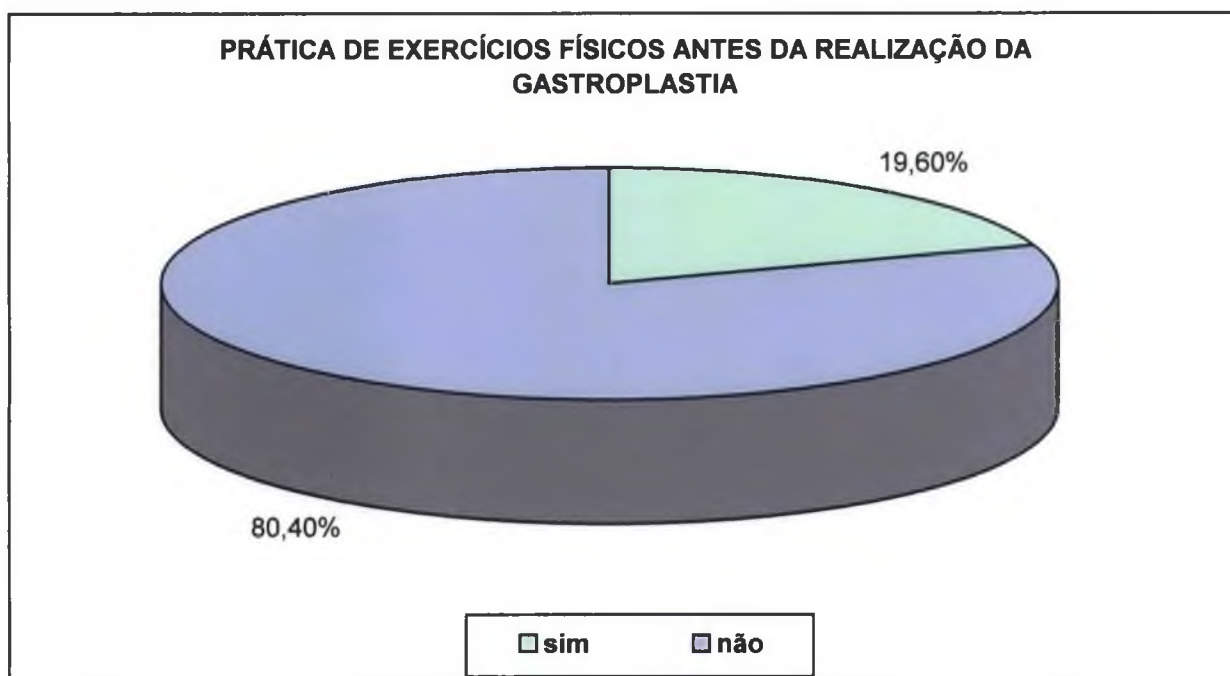
Mais de 82,35% desse público encontrava-se em estado de obesidade mórbida, segundo a classificação do seu IMC (índice de massa corpórea) o que é um dos pré requisitos para a indicação da cirurgia.

Porem 17,65%, dessas mulheres, não encontravam-se em estado de obesidade mórbida pela classificação do valor do seu IMC e mesmo assim

realizaram a gastroplastia. Que é uma cirurgia e como qualquer outra cirurgia possui seus riscos, apesar do baixo nível de mortalidade oscilando em 1%, o pós-operatório é muito complicado principalmente se a cirurgia não for realizada por videolaparoscopia, o que diminui muito o sofrimento do paciente no seu período de recuperação.

#### 4.4 Prática de Atividade Física antes da realização da Gastroplastia

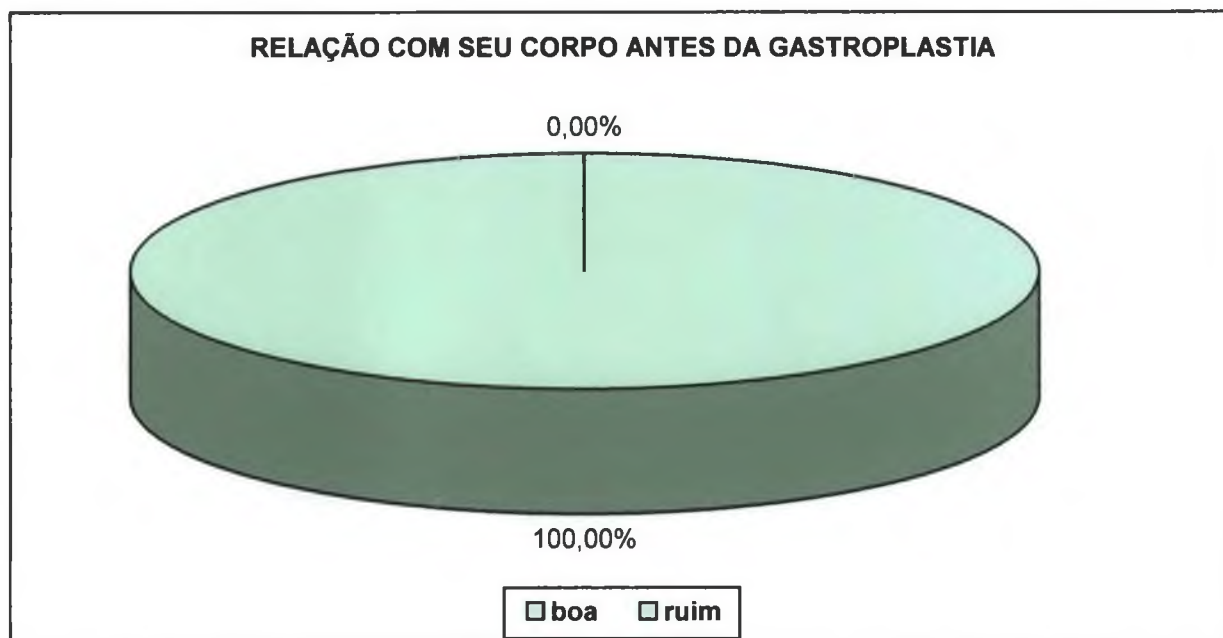
No quarto gráfico encontra-se os valores percentuais de quantas, dessas mulheres que estavam com excesso de peso corporal, praticavam alguma atividade física antes de optarem pela realização da Gastroplastia.



Através dos valores percentuais expostos no gráfico acima, pode-se verificar que mais de 80% desse público não praticava atividade física antes da cirurgia.

#### 4.5 Relação com seu corpo antes da Gastroplastia

O gráfico 5 mostra como era a relação dessas mulheres com seu corpo antes da realização da Gastroplastia.



Todas as pessoas que responderam e conseqüentemente participaram da pesquisa, relataram que não tinham uma boa relação com o seu corpo, antes da gastroplastia, devido ao seu excesso de peso. Muitas escreveram que sequer olhavam-se no espelho.

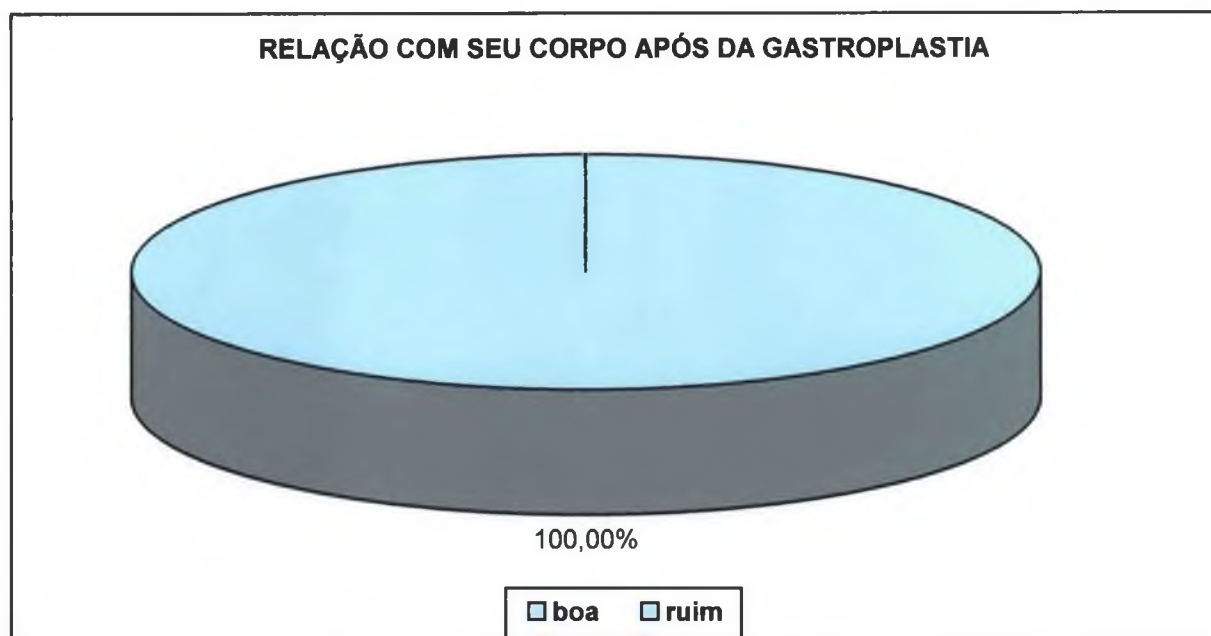
Como exemplo a Tatiana Rodrigues que diz: "A minha relação com o meu corpo era péssima, já não me enxergava no espelho. Quando via uma foto ficava desolada."

Segundo a resposta da Elaine T. da Costa, ela não se gostava, se achava horrível era mal humorada.

Já a Leila Almeida relata que não gostava do seu corpo, sentia-se pesada e sem vontade para nada.

#### **4.6 Relação com seu corpo após a Gastroplastia**

No sexto gráfico mostra a relação dessas mulheres com seu corpo após a gastroplastia.

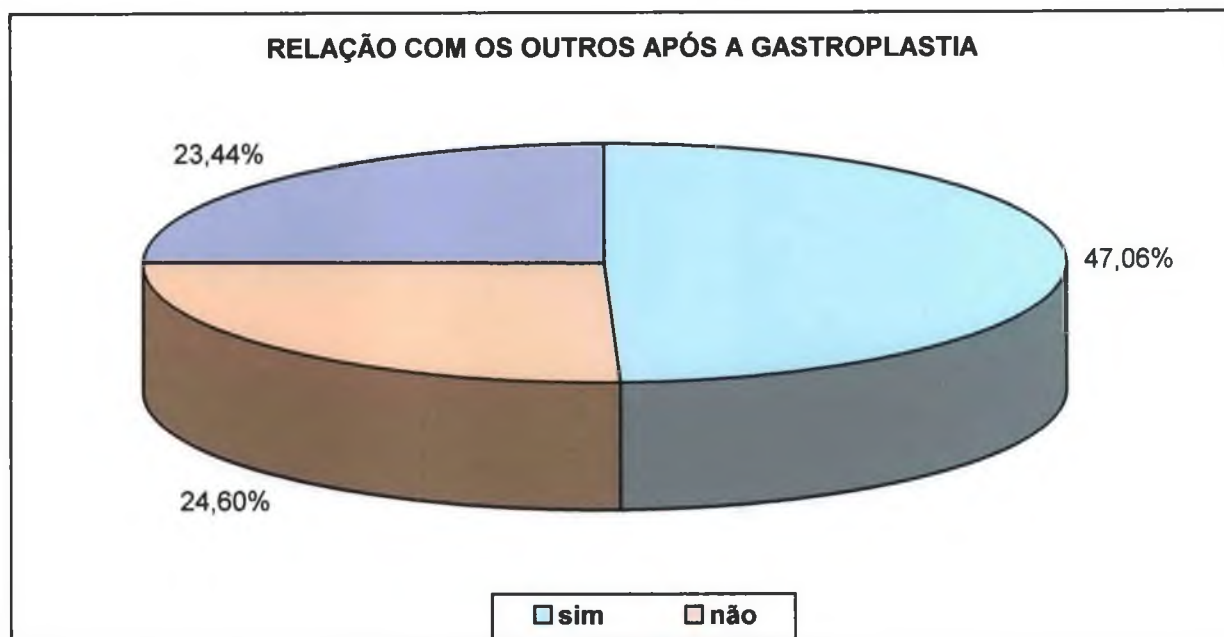


Após a cirurgia todas as mulheres passaram a ter uma melhor relação com o seu corpo, algumas descrevem que voltaram a se olhar no espelho, o que não faziam a muito tempo, começaram a gostar de sair de casa, gostar de se arrumar.

Utilizando novamente o exemplo da bancária Tatiana Rodrigues ela acredita que atualmente a sua relação com o seu corpo é normal, ela diz que sente-se muito melhor, apesar de estrias, flacidez, sobra de tecido. Outro exemplo é o da Martha L. de Mônaco, a qual fala que antes da cirurgia não gostava de espelho e após o resultado da gastroplastia está de bem com a vida! Segundo a Maria Antonieta G. Cava a sua relação com seu corpo melhorou, hoje ela se aceita sem maiores problemas, consegue comprar roupas em lojas de pessoas normais, que nunca conseguiu comprar antes.

#### **4.7 Relação com os outros após a Gastroplastia**

O sétimo gráfico relata se houve alguma mudança no relacionamento dessas mulheres com as outras pessoas, no ambiente de trabalho, em casa.



Levando em conta o resultado do gráfico verifica-se que a maioria das pessoas notaram diferença para melhor nos seus relacionamentos após a realização da cirurgia. Por exemplo a Adriane Gomes Cordeiro, a qual relata que os seus relacionamentos melhoraram, todos a elogiam e apoiam, incentivando-a para perder mais peso. Ou a Dulcineia da Silva que diz: "Mudou a minha relação comigo mesma e consequentemente com os outros."

Outro exemplo é o da Josiane Gualdessi, a qual relata que antes havia preconceito por parte de seus colegas e ela já não tinha mais disposição e nem paciência com eles.

A Inês Fátima C. Cantador relata que o emagrecimento interferiu na sua relação com as pessoa , a relação melhorou e houve mais interação no seu dia-a-dia.

#### **4.8 Consulta a mais de um médico antes da decisão pela Gastroplastia**

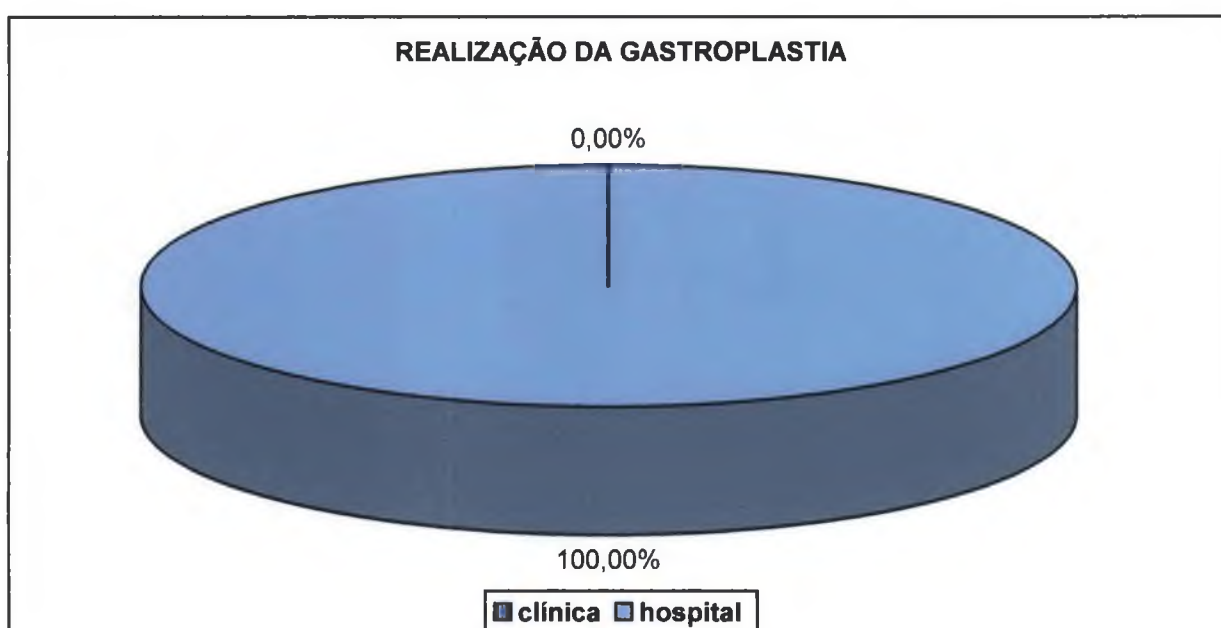
O gráfico 8 apresenta o percentual de mulheres que consultaram mais de um médico antes de decidirem pela gastroplastia.



Verifica-se que 64,70% das mulheres buscaram mais de uma opinião médica.

#### 4.8 Realização da Gastroplastia

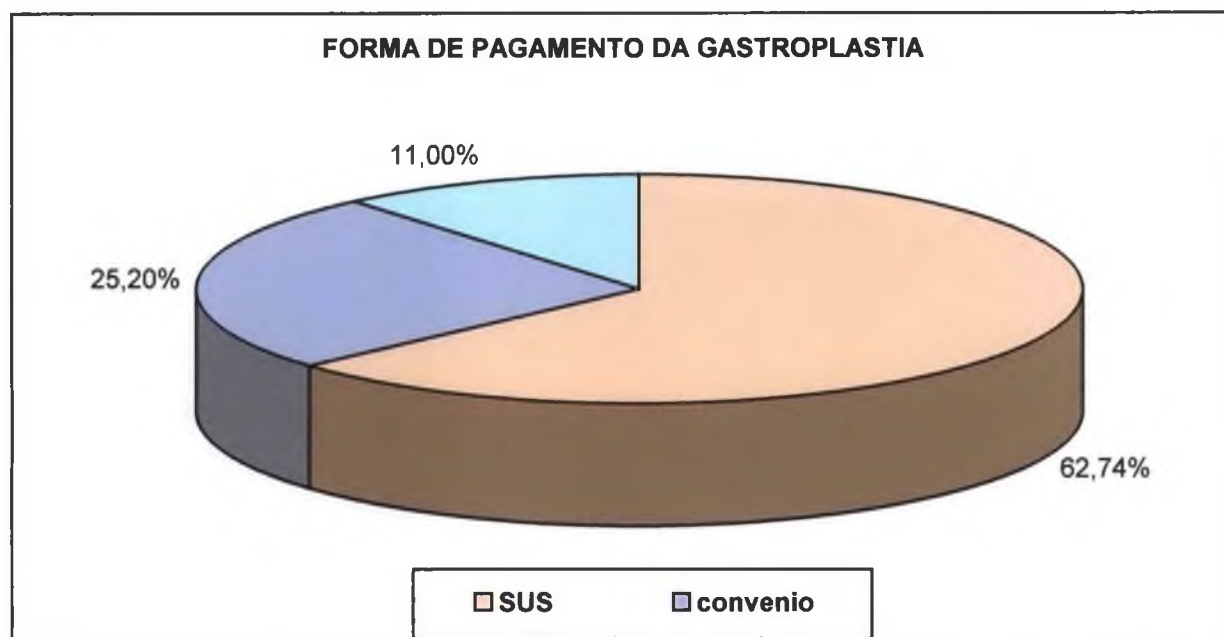
O gráfico 9 mostra em que local foi realizada a cirurgia.



Observando o gráfico, verifica-se que todas as cirurgias foram realizadas em hospitais. Apenas uma técnica de gastroplastia pode ser realizada em clínica, a técnica que coloca um balão no estômago da pessoa.

#### 4.10 Forma de pagamento da Gastroplastia

O décimo gráfico relata a maneira de pagamento da gastroplastia.



O gráfico acima descreve que a maioria, 62,74%, das cirurgias foram quitadas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), Portaria GM/MS 628, de 26 de abril de 2001, que aprovou o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida - Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde. É importante lembrar que o SUS, considerando a Portaria nº545, de março de 2002, proporciona o pagamento aos procedimentos de cirurgia plástica corretiva pós Gastroplastia.

Somente 25,20% das cirurgias foram financiadas pelos convênios e apenas 11% do pagamento das cirurgias foi particular.

#### 4.11 Técnica de perda de peso indicada por essas mulheres

O gráfico 11 relata, de forma percentual, a indicação que essas mulheres fariam, à alguém, se fossem indicar alguma técnica de perda de peso.



Devido ao grande benefício que a Gastroplastia trouxe para essas mulheres, 66% delas ao indicarem uma técnica de perda de peso à alguém, indicaria a Gastroplastia, alegando que foi a única técnica de emagrecimento que realmente obteve o resultado esperado nas suas vidas.

A Sirlane Vargas relata que ela conhece várias técnicas de emagrecimento, mas para ela nenhuma dessas resolveu o seu excesso de peso.

A Tereza Jesus Machado expõem a sua opinião. "Estando com muito peso só a cirurgia."

A Esther Maria Braga Côrtes concorda com a Tereza, dizendo que se a pessoa estiver em estado de obesidade mórbida, apenas a Gastroplastia poderá ajuda-la a alcançar o resultado esperado, pois os outros métodos não obtiveram, ou não mantiveram o resultado.

#### 4.12 Prática de atividade física após a Gastroplastia

O décimo segundo gráfico quantifica a aderência desse público a prática de atividades físicas após a realização da cirurgia.

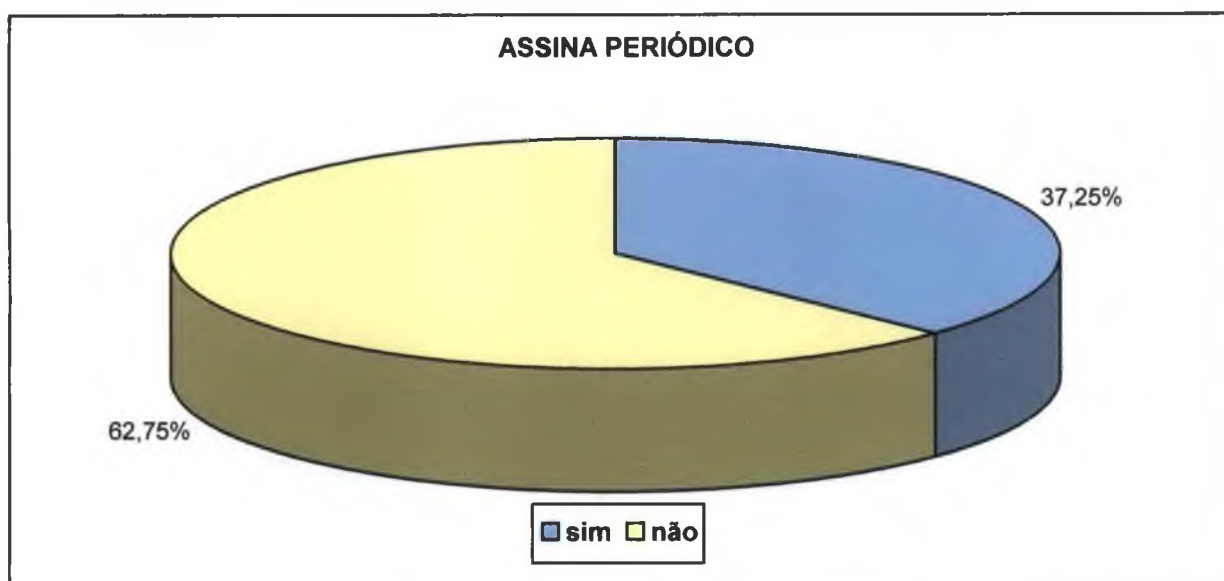


Observando o resultado do gráfico acima, apenas 43% das mulheres, as quais participaram dessa pesquisa, aderiram a prática de atividade física, após ter submetido-se a Gastroplastia.

Deve-se levar em conta que antes da cirurgia, apenas 19,60% dessas mulheres praticavam alguma atividade física, o que mostra um aumento de 23,04% neste grupo.

#### 4.13 Assina periódico

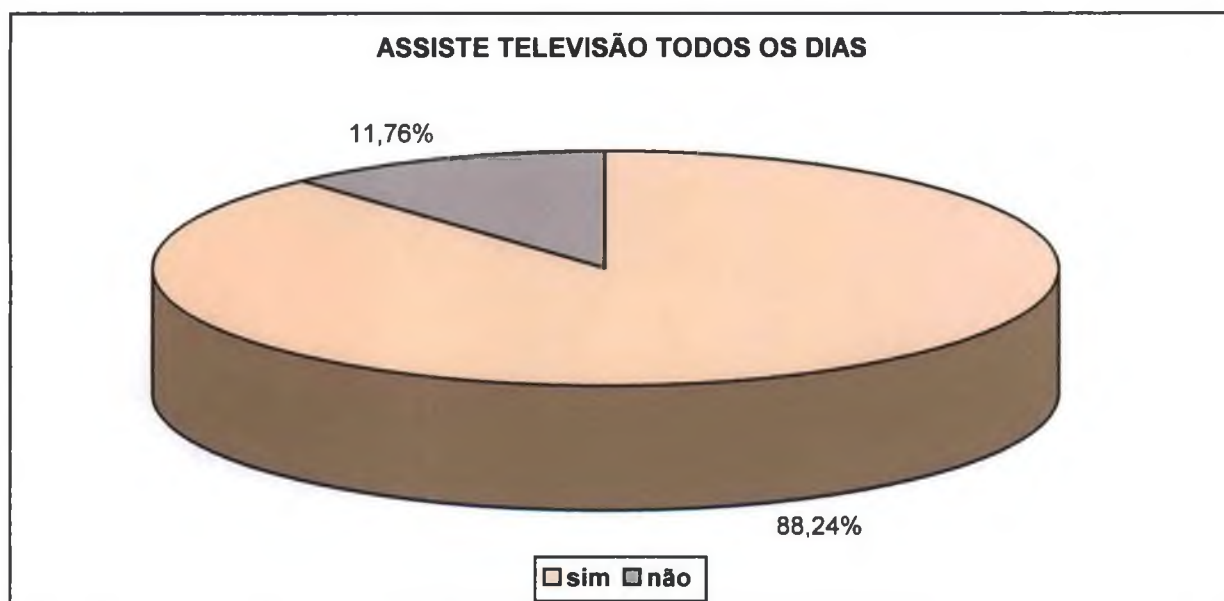
O décimo terceiro gráfico mostra quantas dessas mulheres tem a assinatura de algum periódico.



O gráfico mostra que apenas 37,25% assinam algum periódico, o que mostra na maneira que essas mulheres buscam o seu conhecimento.

#### 4.14 Assiste televisão todos os dias

O gráfico 14 mostra frequência que esse público assiste televisão.



Levando em consideração o último gráfico , observa-se que a grande maioria dessas mulheres assiste televisão diariamente, o que reflete a maneira que essas pessoas buscam o conhecimento, também reflete na pratica diária dessas pessoas, na utilização do seu tempo, no seu gasto calórico e também pode refletir aderência a programas de atividade física.

## 5.0 CONCLUSÃO

Neste presente estudo conclui-se, que a grande maioria (aproximadamente 80%) das mulheres encontravam-se em estado de obesidade mórbida - IMC > 40 - e todas sentiam dificuldade de aceitar o seu estado físico, antes de submeterem-se a Gastroplastia. Isso pode ser verificado em algumas declarações: não me olhava no espelho; me sentia pesada; não tinha ânimo para nada... Diante desse fatos percebe-se que a opção pela Gastroplastia caracterizou-se como a saída de um lugar indesejável!

Posteriormente verifica-se que a cirurgia realmente proporcionou uma melhora na qualidade de vida dessas mulheres, já que todas descrevem o melhoramento da sua relação com seu próprio corpo e algumas citam a melhora nos seus relacionamentos com os outros, após a realização da Gastroplastia. E quando questionadas à aconselhar um método de emagrecimento para alguém, 66,67% dessas mulheres escolhem a redução do estômago e/ou intestino . Mostrando que apesar das dificuldades encontradas no pós operatório, de algumas privações e obrigações durante um certo período, esse público ficou satisfeito com o resultado da Gastroplastia.

Porem surgiu um questionamento, qual realmente foi a principal motivação, ou preocupação dessas mulheres para optarem pela Gastroplastia? É inquestionável que o estado de obesidade em que essas pessoas encontravam-se , antes da cirurgia, era extremamente prejudicial e perigoso para as suas vidas. Entretanto se a saúde realmente foi a principal razão pela escolha cirúrgica, porque apenas 43% desse público aderiu a um programa de atividade física depois da realização da Gastroplastia? Segundo CAMPOS (2000,pg.134) a obesidade é freqüentemente considerada um assunto estético e não de saúde. Segundo NAHAS (1999, pg.03) “ Mais do que uma questão estética, o excesso de gordura corporal ( sobrepeso e obesidade) é uma questão de saúde pública, reconhecida com uma doença e considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ‘epidemia de proporções mundiais’.”

No artigo( Espelho, espelho meu... Existe alguém mais perfeita do que eu?) publicado pela professora Sara Quenzer Mathiesen, docente da Universidade

Estadual Paulista, verifica-se essa cobrança realizada especificamente na mulher, para que essa tenha o seu rosto e seu corpo de acordo com o padrão preestabelecido pela sociedade. E para alcançar esse objetivo não existem limites, malhar o dia inteiro, injeções milagrosas, cirurgias corretoras... Enfim na guerra pela beleza, vale tudo! Pode-se encontrar um exemplo real desse fato na reportagem, Busca por boa forma vira obsessão por muitas mulheres. Publicada em 20 de outubro de 2002. Que relata a experiência da advogada Silvia Buonfiglio, de 38 anos, que ganhou 30 quilos durante a gravidez. Com 1,73 metro de altura, ela recuperou a forma - 63 quilos - com três horas de exercícios físicos (de segunda a sexta, das 5h30 às 8h30), acompanhados por um personal trainer e um regime rígido. "Me dou de presente uma fatia de bolo aos sábados", diz. Sua rotina inclui visitas diárias ao cabeleireiro para retocar as unhas e lavar os cabelos - com água mineral Perrier. Segundo ela, o cloro do chuveiro estraga os fios, que ganham volume com injeções mensais de vitamina no couro cabeludo, feitas no consultório do cosmiatra Otávio Macedo, um dos mais disputados do País, que ela frequenta duas vezes por semana.

Por esse motivo faz-se necessário e importante lembrar que atualmente existe uma grande venda, gerando uma grande cobrança social, do corpo padrão (um modelo pré estabelecido), o que pode levar muitas pessoas a submeterem-se a vários tipos de tratamento para alcançar esse corpo modelo. Dessa maneira deveria ocorrer uma conscientização na população, através de profissionais conscientes e competentes, através da mídia e outros meios, dos riscos de uma cirurgia. Na pesquisa constatou-se que 64,7% das mulheres antes de decidirem pela Gastroplastia consultaram a mais de um médico, buscando opiniões e informações diferentes, mostrando uma certa preocupação antes de decidirem pelo processo cirúrgico. Mas não deve-se esquecer que 35,3% das pesquisadas, sofreram a cirurgia escutando apenas a opinião de um médico.

Outro fato avaliado através das respostas do questionário é que 88,24% das mulheres assistem televisão todos os dias, o que pode reflectir no seu gasto calórico diário dependendo do tempo gasto à frente desse meio de comunicação e na

maneira que esse público busca o seu conhecimento. Para analisar esse último factor deve-se levar em conta que apenas 37,25% dessas mulheres assinam algum tipo de periódico.

O grau de escolaridade dessas mulheres foi muito variável, mas grande maioria estudou até o segundo grau completando-o ou não, isso reflecte uma triste realidade, apenas uma minoria da população brasileira tem acesso ao ensino superior no Brasil, mas esse é outro problema... Voltando a obesidade, no seu período escolar a maioria (56,86%) dessas mulheres não gostava de participar das aulas de Educação Física. Essa reação foi provocada por diversos motivos: exclusão, preconceito... Esse fato deve trazer a uma reflexão, de qual é o real objetivo da Educação Física escolar. Essa deve passar a atividade física para os alunos que gostam de praticá-la, ou deve proporcionar a maior gama possível de atividades físicas, para todos os alunos, buscando plantar nessas pessoas o desejo de se mexer, de se conhecer em várias situações, de tentar algo novo, de melhorar... Enfim a Educação Física Escolar o objetivo de selecionar ou proporcionar, de excluir ou incluir, de omitir ou educar!

Em relação a Gastroplastia, durante o período pré e pós operatório é realizado um trabalho interdisciplinar com os pacientes que farão, ou fizeram a Gastroplastia. Nesta equipe encontra-se profissionais de diversas áreas: medicina, psicologia, fisioterapia, os quais trabalham em conjunto buscando alcançar o mesmo objetivo da maneira mais harmoniosa possível. Infelizmente, na maioria, dessas equipes de apoio ao paciente, não existe um profissional de Educação Física para realizar um trabalho de exercícios físicos orientados especificamente para essas pessoas. Tanto antes de fazer a cirurgia, como exemplo pacientes que necessitam perder peso antes de submeter-se a Gastroplastia, quanto depois para a recuperação do pós operatório e principalmente para a educação corporal dessa pessoa. Provavelmente isso não ocorra, porque os profissionais de Educação Física ainda não prestaram atenção no crescimento desse novo público. É imprescindível que o profissional de Educação Física volte os seus olhares a essas pessoas e busque capacitar-se para suprir as suas necessidades.

Outra maneira que a Educação Física deve trabalhar é com a prevenção da obesidade, iniciando esse trabalho desde a fase escolar, pois se a criança tiver uma boa educação corporal, criar o hábito de praticar atividade física desde cedo, é possível que essa criança seja, no futuro, um adulto saudável. O SUS gasta rios de dinheiro combatendo a obesidade e todas as doenças que vêm junto com essa. E a Educação Física é a área da saúde que tem a possibilidade de realizar o seu trabalho com o objetivo de prevenção.

Concluindo temos diversas possibilidades de trabalhar com pessoas que apresentam obesidade ou podem vir a apresentá-la, só precisamos começar!

## REFERÊNCIAS

- CAMPOS, Maurício de Arruda. **Musculação: diabéticos, osteoporóticos, idosos, crianças e obesos**. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.
- CONSENSO OBESIDADE - ABESO 2002.
- DÂMASO, Ana R. **Obesidade na Infância e na Adolescência**. São Paulo: Efusp, 1995.
- FOSS, Merle L.; KETEVIAN, Steven J. **FOX Bases Fisiológicas do Exercício e do Esporte**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2000.
- GUEDES, Dartagnam Pinto. **Composição corporal: princípios, técnicas e aplicações**. Londrina: Apef, 1994.
- GUEDES, Dartagnam Pinto; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. **Exercício Físico na Promoção da Saúde**. Londrina: Midiograf, 1995.
- GUEDES, Dartagnam Pinto; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. **Controle de peso corporal, atividade física e nutrição**. Londrina: Midiograf, 1998.
- HALPERN, Alfredo; MATOS, Amélio F. de Godoy; SUPLICY, Henrique I; MANCINI, Marcio C. ; ZANELLA, Maria Teresa. **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- ISTOÉ, 30 de julho de 2003, ed: 1765, pg 57 e 58.
- LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3ª Edição. São Paulo: Atlas, 1994.
- NAHAS, Markus Vinícius. **Obesidade, controle de peso e atividade física**. Londrina, Midiograf, 1999.
- MCARDLE, William D.; KATCH, Victor L.; KATCH, Franck I. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.
- MATTHIESEN, Sara Quenzer. **Espelho Espelho Meu... Existe alguém mais perfeita do que eu?** Motriz, jan-abr 2002, vol.8 n.1, pp.25-26.
- RODRIGUES, Carlos E. Cossenza; CARNAVAL, Paulo Eduardo. **Musculação Feminina**. Rio de Janeiro: Sprint, 1992.
- SANTOS, Raul D; TIMERMAN, Sérgio; SPÓSITO, Andrei. **Diretrizes para cardiologistas sobre excesso de peso e doença cardiovascular**. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2002.
- SAÚDE, julho de 2003, ed: 238, pg 25.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Normas e técnicas para apresentação de trabalhos**. 3ª Edição. Volumes 1-8, Curitiba: Editora UFPR, 2000.

VASCONCELLOS, Nelson. **Obesidade: As dúvidas mais freqüentes.** Curitiba: Agenda Local, dezembro de 2002.

WILMORE, Jack H.; COSTILL, David L. **Fisiologia do Esporte e do Exercício.** São Paulo, Ed. Manole, 2001.

**Obesidade , fatores biológicos, atividade física, patologias, fatores sociais.** Copyright - Roche Brasil, 1997 - 2002  
<<http://www.roche.com.br/farma/obesidade/xenical/web>>: 06/05/2003: 22:30h.

SOBRINHO, Salgado Sobrinho. **Obesidade Mórbita.**  
<<http://www.internext.com.br/videocirurgia/obesidade>>: 06/05/2003: 23:00h.

FOLGATO, Marisa. **No Brasil: 70 milhões acima do peso.** O Estado de São Paulo, 2 de fevereiro de 2003. Disponível em:  
<<http://www.abeso.org.br/noticias.htm>>: 15/03/2003: 22:00h.

**Busca pela boa forma vira obsessão para muitas mulheres.** O Estado de São Paulo, 20 de outubro de 2002. <<http://www.abeso.org.br/noticias.htm>>: 18/04/2003: 21:45h.

MIRANDA, Luciana. **Cirurgia, a única esperança dos supergordos.** O Estado de São Paulo, 29 de janeiro de 2001. <<http://www.abeso.org.br/noticias.htm>>: 18/04/2003: 22:30h.

VEJA, ed: 1 766 - 28 de agosto de 2002.

**Operação só deve ser feita com o objetivo de melhorar a saúde.** O estado de São Paulo, 29 de janeiro de 2001.

## **APÊNDICE**

## QUESTIONARIO

### DADOS PESSOAIS:

Nome:

Data de nascimento:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Sexo:

Altura:

Peso atual:

### PERGUNTAS OBJETIVAS:

Você procurou mais de um médico antes de realizar a cirurgia

Sim ( ) Não ( )

A gastroplastia foi realizada em

Hospital ( ) Clínica ( )

A cirurgia foi feita pelo

Sistema Único de Saúde ( ) Particular ( )

Você praticava alguma atividade física antes da gastroplastia

Sim ( ) Não ( )

Você costuma assistir televisão com que frequência

Uma vez por semana ( ) Duas vezes por semana ( ) Três vezes por semana ( )

Todos os dias ( )

### PERGUNTAS DESCRITIVAS:

Qual era seu peso antes da cirurgia?

.....

Quanto tempo faz, que você fez a cirurgia?

.....

Durante quanto tempo você ficou internada?

.....

Quais as técnicas de perda de peso que você conhece e indicaria à outras pessoas?

.....

.....

Como era a sua relação com o seu corpo antes da operação?

.....  
.....  
.....

E como é essa relação ( você e seu corpo) atualmente?

.....  
.....  
.....

Você pratica alguma atividade física? Qual (is) e com que frequência?

.....  
.....  
.....

Quantas refeições você faz ao dia? E qual delas é a principal?

.....  
.....

Quais os alimentos que freqüentemente aparecem na sua dieta alimentar? Liste-os.

ANTES DA CIRURGIA	DEPOIS DA CIRURGIA

Quantas horas de sono você tem por dia? Sente que é suficiente? Porque?

.....  
.....

Como é o seu convívio familiar e como a sua família reagiu em relação a sua decisão pela gastroplastia?

.....  
.....  
.....

Qual é o seu grau de escolaridade?

.....

Como foi a sua relação, com a Educação Física, durante o seu período escolar?

.....

.....

Qual é a sua profissão?

.....

O emagrecimento interferiu, de alguma maneira, na sua relação com seu colegas de trabalho? Explique.

.....

.....

Qual atividade você tem mais interesse no seu tempo de lazer? Especifique estilos tendências. Exemplo:

<b>ATIVIDADE</b>	<b>ESTILO/ TENDÊNCIA</b>
ASSISTIR TELEVISÃO	NOVELA

.....

.....

.....

Assina algum periódico? Qual (is)? Exemplo:

<b>PERIÓDICO</b>	<b>EXEMPLO</b>
ASSINATURA DE JORNAL	FOLHA DE SÃO PAULO

.....

.....