

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Lilian da Silva Loureiro

**Geniosas e Determinadas: Mapeando o estilo de vida de
portadoras de Síndrome dos Ovários Policísticos sob o olhar da
Psicologia Analítica – Um estudo de caso**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
da Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo, como exigência parcial para obtenção
do título de Mestre em Psicologia Clínica, pelo
Núcleo de Psicossomática e Psicologia
Hospitalar, PCL-PUC/SP, sob orientação da
Profa. Dra. Marlise A. Bassani

SÃO PAULO
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Banca Examinadora

*Dedico este trabalho a todas as mulheres que
se dispõem a ouvir a própria alma e têm
coragem de ser fiel a ela.*

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da presente pesquisa.

Às mulheres que participaram desta pesquisa e que, com seus depoimentos, me ajudaram a entender o estilo de vida da mulher contemporânea.

Sou muito grata ao meu marido Laércio que tem me estimulado em todas as etapas de minha vida pessoal, profissional e acadêmica compartilhando os momentos difíceis e as vitórias acumuladas ao longo deste estudo, com paciência e tolerância.

Aos meus pais Marisa e Ruy, e toda querida família, pelo amor, crença, compreensão e alegria que me infundiram a confiança necessária para realizar os meus sonhos.

À minha orientadora Marlise, companheira de trabalho, que sempre acreditou nesta pesquisa. Serviu de muito incentivo e dedicação, estando ao meu lado em todos os momentos, sejam de conquistas, sejam de lutas.

Ao Dr. Ademir por acompanhar e acreditar em meu trabalho desde minha graduação, sempre muito disposto a me ajudar.

Às Prof^{as}. Dras. Angela e Ceres pela disponibilidade e por todos os apontamentos que enriqueceram muito esta pesquisa.

Às minhas amigas e companheiras de SEJA, Noely, Fernanda, Carla e Marina por todas as discussões e trocas valiosas que enriqueceram e muito este trabalho. Muito obrigada “pelas ajudas” de última hora. Agradecimento especial à Noely, por estar sempre presente nos momentos mais importantes de minha vida.

Aos meus colegas de mestrado que muito contribuíram com suas colocações e reflexões. Em especial ao Eduardo que, por ser médico, tinha muito a acrescentar em termos de adequações e indicações.

Aos amigos que, mesmo não citados individualmente, sabem da importância deles nesta e em outras etapas deste processo e de minha vida. Sabem o afeto, respeito e torcida mútua que temos.

Enfim, MUITO OBRIGADA A TODOS!!!

RESUMO

LOUREIRO, Lilian da Silva. **Geniosas e Determinadas: Mapeando o estilo de vida de portadoras de Síndrome dos Ovários Policísticos sob o olhar da psicologia analítica – Um Estudo de Caso.** São Paulo, 2007.

A presente pesquisa teve como objetivos: 1. Fazer leitura do conceito de estilo de vida a partir do olhar da psicologia analítica e 2. Verificar quais aspectos psicológicos refletem no estilo de vida das portadoras de SOP. Participaram deste estudo cinco portadoras de SOP, de acordo com o critério diagnóstico de Rotterdam de 2003, pacientes de um médico dermatologista especialista, particular. Os instrumentos utilizados foram entrevista semidirigida e questionário de qualidade de vida (WHOQOL-bref). Em levantamento bibliográfico, observamos uma falha que compromete todos os trabalhos que pretendem modificar o estilo de vida de portadoras de SOP. Em primeiro lugar, porque nenhum deles define conceitualmente o que entendem por estilo de vida e, em segundo, porque adotam uma concepção totalmente parcial, deixando subentendido que o referencial adotado pela medicina é o de interferir em qualquer aspecto que atrapalhe, ou interfira negativamente na saúde do indivíduo. A ênfase é dada em mudanças comportamentais, sendo que a intervenção ocorre em dois níveis: modificação alimentar e introdução de atividades físicas. Contudo, a introdução de hábitos, novos comportamentos, não leva em consideração os aspectos psicológicos envolvidos. Nos trabalhos que apontam tal dimensão, a visão do psicológico parece ser mecanicista, como um remédio a ser tomado. Sob o olhar da psicologia analítica propomos olhar o estilo de vida como um recurso mais pessoal do indivíduo. Seria equivalente a uma *persona* bem adaptada, flexível, que não massacra o eu, restringido a expectativas sociais, mas que o alimenta. Na população estudada, ter recebido o diagnóstico da SOP, seja direta ou indiretamente, pareceu uma possibilidade de ponto de ruptura da repetição para o estilo de vida das portadoras. Passaram a atentar para o fato de adotarem novos hábitos, relativos à alimentação e rotina, principalmente. Contudo, a mudança não se consolidou, pois os valores e crenças não foram mudados ainda. A escolha por um determinado estilo de vida pode ser consciente ou não, podendo ser influenciada tanto pela *persona*, quanto pela sombra. Adotando a possível leitura do estilo de vida a partir da psicologia analítica, observamos que querer modificar o estilo de vida, não é sinônimo de poder modificá-lo. Isso porque devemos levar em consideração a atuação do inconsciente na maneira como nos colocamos no mundo. De forma que a dificuldade em manter, a longo prazo, as modificações do estilo de vida de portadoras de SOP pode ser devida a essa negligência. Presas à *persona* profissional, por exemplo, mulheres esquecem outros aspectos de suas vidas, e até de si mesmas, trazendo diversos comprometimentos à saúde. Não olhando para si, não percebem que aspectos inconscientes podem estar atuando em seus comportamentos e escolhas. É importante que as pesquisas de SOP e estilo de vida o conceituem. Dessa forma, serão levados em consideração todos os aspectos envolvidos pelo conceito e assim resultados mais satisfatórios podem vir a serem encontrados. Nossa contribuição é a de que em qualquer programa de modificação de estilo de vida, a dimensão psicológica deve ser incorporada. A compreensão da dimensão psicológica do estilo de vida pode ser de grande valia. Os programas devem levar em consideração as particularidades psicológicas de cada participante: quais são seus valores, crenças, personalidade, como vêem a vida, tais características podem interferir positiva ou negativamente nos resultados da modificação.

Orientadora: Profa. Dra. Marlise Aparecida Bassani

Palavras-chaves: psicologia analítica, estilo de vida, síndrome dos ovários policísticos

ABSTRACT

LOUREIRO, Lilian da Silva. **Temperamental and Determined:** Tracing the lifestyle of women who were diagnosed with polycystic ovary syndrome from the perspective of analytical psychology – A Case Study. São Paulo, 2007.

The objectives of this research were to 1. Understand the concept of lifestyle from the perspective of analytical psychology. 2. Verify which psychological aspects reflect the lifestyle of the women diagnosed with PCOS. For this research five women diagnosed with PCOS were interviewed. The criteria used for the PCOS diagnose was the Rotterdam 2003. The interviewees were patients from a dermatology specialist who has a private practice. The instruments used were a semi-structured interview and a lifestyle questionnaire (WHOQOL-bref). In the bibliographical research it was observed that the researches that deal with lifestyle changes related to PCOS patients omitted important questions which compromised their results. Prior researches have not defined conceptually what is understood by lifestyle. These researches are also at fault because they adopt a conception of lifestyle which is partial. They take into consideration that medicine has a specific perspective of the human being, which is to intervene in any aspect considered an obstacle or that interferes negatively in an individual's health. In these cases the emphasis is given to behavioral changes, being that the intervention occurs in two levels: changing dietary habits and introducing physical activity. However the introduction of new dietary habits does not take into consideration the psychological aspects involved. On the other hand the analyses that take into consideration the psyche, the psychological perspective used seems to be mechanized, as if it was a pill. Using the perspective of analytical psychology we propose to look at the lifestyle chosen by an individual as a personal resource. This is equivalent to a well adapted persona which is flexible and nourishes the individual, it does not massacre the ego restricting it to social expectations. The studied population, that received the PCOS diagnose directly or indirectly, saw in the diagnose a possibility of ending with their repetitious lifestyle. These women diagnosed with PCOS started to incorporate new habits, especially related to their eating and daily routine. However the changes brought by the diagnosis were not maintained because the values and beliefs that were attached to their lifestyle had still not changed. The choice for a specific lifestyle may be or may not be conscious. This choice may be influenced by the persona and by the shadow. When looking at this issue from an analytical psychological perspective it is observed that wanting to change one's lifestyle does not mean being able to change it. This occurs because the influence of the unconscious in our lives should be taken into consideration when we analyze how we put ourselves in the world. Therefore the difficulty of these women to maintain their lifestyle changes may have happened because their unconscious was not taken into consideration. These women who may be too attached to their professional persona, for example, forget about other aspects of their lives, and even about themselves, all this may compromise their health. As a consequence of not being able to look at themselves they are not aware that unconscious aspects may be influencing their behavior and choices. Therefore it is important that the researches of PCOS and lifestyle conceptualize the lifestyle. In this manner all the different aspects involved in the concept of the lifestyle will be taken in consideration and better results can be found. Our contribution is that any program which envisions to change a lifestyle must incorporate the psychological dimension. The comprehension of the psychological dimension of a lifestyle may be very helpful. The programs must take into consideration the psychological particularities of each participant: what are their values, beliefs, personalities, and how they see life. These characteristics will interfere positively or negatively in the lifestyle change results.

Key words: analytical psychology, lifestyle, polycystic ovary syndrome

SUMÁRIO

I. Introdução	11
1. Trajetória Pessoal	11
2. Estilo de Vida.....	14
2.1. Considerações sobre a Contemporaneidade	14
2.2. Estilo de Vida na Contemporaneidade	17
3. Síndrome dos Ovários Policísticos: definição, histórico, sintomatologia, critérios diagnósticos.....	27
3.1. Levantamento Bibliográfico.....	39
3.1.1. Estilo de Vida e SOP	39
3.1.2. SOP e Qualidade de Vida	51
3.1.3. Aspectos Psicológicos da SOP.....	57
4. Os olhares da Psicologia Analítica.....	69
4.1. Visão de desenvolvimento da consciência de acordo com a Psicologia Analítica.....	70
4.2. Desenvolvimento egóico: Persona / Sombra.....	82
5. Feminino e o papel da mulher na sociedade	89
5.1. Princípio Feminino	89
5.2. Desenvolvimento psicológico da mulher	93
5.3. Transformações históricas do papel das mulheres.....	100
5.4. A mulher contemporânea e o retorno da Grande Deusa	109
6. Reflexão e colocação do problema.....	118
6.1. Reflexão.....	118
6.2. Colocação do problema	121
6.3. Objetivos específicos	121
II. Método	122
1. Considerações metodológicas	122

2. Sujeito	122
3. Local da Coleta	126
4. Instrumentos e Materiais	126
5. Procedimento de coleta	128
6. Cuidados éticos	129
7. Procedimento de análise.....	130
III. Resultados e Análise	131
1. Uma leitura do conceito de estilo de vida a partir do olhar da Psicologia Analítica	131
2. Verificar quais aspectos psicológicos refletem no estilo de vida das portadoras de SOP	138
2.1. Resultados das entrevistas	138
2.2. Questionário WHOQOL-Bref.....	166
IV. Discussão	168
V. Considerações Finais.....	181
VI. Referências Bibliográficas.....	184
VII. Anexos.....	196
Anexo 1 - Levantamento Bibliográfico	
Anexo 2 - Inventário WHOQOL-bref e autorização de uso	
VIII. Apêndices	197
Apêndice 1 - Carta de apresentação da Pesquisa	
Apêndice 2 - Autorização do local de coleta	
Apêndice 3 - Termo de Consentimento Informado	
Apêndice 4 - Formulário Padrão / Condição de Vida	
Apêndice 5 - Roteiro de Entrevista semidirigida	
Apêndice 6 - Aprovação Comitê de Ética	

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Incidência de Sintomas na Síndrome dos Ovários Policísticos (Hart et. al, 2004)	30
Tabela 2 - Revisão dos Critérios Diagnósticos da Síndrome dos Ovários Policísticos.....	32
Quadro 1 - Resultados da revisão de literatura para a combinação das palavras-chaves “Lifestyle” (estilo de vida) e “Polycystic Ovary Syndrome” (Síndrome dos Ovários Policísticos).....	39
Quadro 2 - Caracterização dos Sujeitos	124
Quadro 3 - Informações Clínicas dos Sujeitos	125
Quadro 4 - Sintomas críticos de cada Sujeito	148
Quadro 5 - Definições de estilo de vida dadas pelos Sujeito.....	164
Tabela 3 - Resultados do questionário WHOQOL-bref, por domínio dos Sujeitos.....	166
Tabela 4 - Nuvem de pontos	167

I.

INTRODUÇÃO

1. Trajetória Pessoal

O interesse pelo tema ovário é antigo. Nasceu quando cursava o 3º ano da Faculdade de Psicologia da PUC/SP, em uma disciplina eletiva, ocasião em que foi solicitado estudar o simbolismo das diferentes partes do corpo humano. O trabalho foi realizado com muito prazer e afinco e retomado no 5º ano, como tema de meu Trabalho de Conclusão de Curso¹ (TCC). Na época, o tema já estava mais amadurecido e foi nesse momento que o interesse pela Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) nasceu.

A monografia do TCC proporcionou-me muitas possibilidades em minha iniciante vida de profissional. Por intermédio dele, conheci um médico especialista em SOP que ficou muito interessado em meu trabalho, em virtude da escassez de estudos psicológicos sobre o tema. Além disso, deu uma direção para a saída da Faculdade, uma vez que me foi sugerido continuar os estudos acerca da SOP no mestrado. Senti, como mencionei nas considerações finais de meu TCC, que efetivamente meu “trabalho havia ganhado vida própria” (p.76) .

E foi assim que o potencial criativo de meu trabalho começou a germinar. Logo no primeiro semestre do mestrado, fui convidada pelo médico especialista a realizar uma palestra sobre a SOP para portadoras. Foi uma experiência muito especial e gratificante. As mulheres ali presentes mostraram muita atenção e interesse. Naquele momento senti a primeira confirmação de meu papel como psicóloga, no sentido de orientar e acolher as angústias do ser humano, e da importância de meu trabalho, como construção de conhecimento.

Além dessa palestra, também fui convidada a dar uma entrevista em programa de rádio (Programa Saúde em Forma) sobre a SOP e o olhar psicológico. O programa foi ao vivo e a troca com as ouvintes também foi muito construtiva.

¹ Monografia, como exigência da Faculdade de Psicologia da PUC/SP, para formação de psicólogo.

A partir disso, a relação com o médico especialista foi se tornando mais sólida, de forma que o acesso às portadoras de SOP aqui estudadas deu-se por intermédio. Como será observado mais adiante², esta é uma população específica, uma vez que esse especialista em SOP é uma dermatologista. Optou-se por esse acesso por sua facilidade e pelo tempo restrito para a realização do mestrado.

O interesse inicial da pesquisa a ser realizada no mestrado girava em torno de um trabalho de intervenção, no modelo de oficina, de questões e temas concernentes ao princípio feminino, tal como é proposto pela psicologia analítica. A partir da literatura levantada na época do TCC, pude hipotetizar que o Feminino encontrava-se ferido nas portadoras, e manifestava-se através dos sintomas da SOP.

Contudo, a forma como poderia realizar este trabalho não estava clara para mim. Quais temas, quais atividades seriam abordadas? Além disso, precisaria de uma disponibilidade grande das participantes, uma vez que, com intervenção, há a necessidade de encontros freqüentes e regulares.

Após muita reflexão a respeito, pude constatar que, além das dificuldades operacionais que uma oficina de intervenção exige, existia a minha inexperiência como psicóloga, uma vez que havia acabado de me formar.

Não que tenha abandonado essa idéia, muito pelo contrário, ela está mais presente do que nunca, mas de forma incubada, esperando o momento certo para desabrochar. Mas, para que isso possa se efetivar, é preciso ser feito um mapeamento minucioso do pode, e é interessante sofrer intervenção na SOP.

E foi dessa forma que o interesse em estudar o estilo de vida e a SOP surgiu. Em levantamento bibliográfico dos últimos 10 anos, sobre pesquisas médicas, publicadas em periódicos indexados, pude perceber uma lacuna acerca da dimensão psicológica do estilo de vida nas portadoras de SOP.

² No capítulo 6, “Reflexão e colocação do problema”, p. 118.

O problema de pesquisa refere-se à dimensão psicológica do estilo de vida de portadoras de SOP, sob o olhar da psicologia analítica, tendo por objetivo verificar quais aspectos psicológicos são refletidos no estilo de vida das portadoras, assim como propor a compreensão do conceito de estilo de vida a partir da abordagem teórica adotada.

A intenção da presente pesquisa é contribuir para a construção de conhecimento acerca da SOP, para os profissionais de saúde e as pessoas de forma geral que trabalham ou se relacionam direta ou indiretamente com as portadoras de SOP, assim como para que as portadoras tenham a possibilidade de adquirir conhecimento sobre a SOP, no sentido de facilitar a busca de auxílio clínico e psicológico.

Para tanto, o presente trabalho será composto pelos seguintes capítulos: *Estilo de vida*, em que abordaremos as diferentes definições do estilo de vida, apontando a que será utilizada neste trabalho, assim como apresentaremos a revisão bibliográfica do conceito. *Síndrome dos Ovários Policísticos*, onde apresentaremos a revisão de literatura médica, com informações acerca do funcionamento, critérios diagnósticos, sintomas, tratamentos dessa síndrome. Apresentaremos também a revisão de literatura sobre estilo de vida e SOP, assim como as implicações na qualidade de vida das portadoras e seus aspectos psicológicos.

Em seguida, será apontado o referencial teórico que dará subsídio à análise dos dados, que é a *Psicologia Analítica*, como também a leitura do estilo de vida pela abordagem. Na seqüência, abordaremos questões sobre o *Feminino e as transformações históricas dos papéis desempenhados pelas mulheres*.

Adiante, será exposta reflexão da revisão de literatura, justificando a relevância desta pesquisa, e *colocado o problema de pesquisa*.

Na seqüência apresentaremos o método adotado, os *resultados* encontrados e análise, e por fim, *discussão e considerações finais*.

2. Estilo de Vida

O presente item tem por objetivo discorrer sobre o conceito de estilo de vida, e definir a leitura do conceito que a pesquisa adotará, tendo em vista que um dos objetivos é contribuição da psicologia analítica.

2.1. Considerações sobre a Contemporaneidade

Um primeiro apontamento importante a ser feito refere-se à definição de contemporâneo e de contemporaneidade que abarcará este trabalho. Apesar de a contemporaneidade ser um conceito amplamente discutido na sociologia, no presente trabalho será adotado como sinônimo de “hoje”, “atualidade”, “dias atuais”.

Moderno e modernidade são palavras usadas como sinônimo de avanço, progresso, desenvolvimento, contrapondo-se com o que não é moderno, ou seja, atrasado, “retro”, fora de época. Os termos moderno e modernidade, configuram-se desta forma como adjetivos qualificando tempo, espaço e objeto.

Para Giddens (2002), o mundo moderno contemporâneo, aquilo que ele chama de “modernidade tardia” ou “alta modernidade” é apocalíptica, não no sentido de encaminhar-se para a calamidade, mas, sim, por introduzir riscos que gerações anteriores não tiveram de enfrentar. Em suas palavras:

Nas situações a que chamo de “alta” ou “tardia” – nosso mundo de hoje –, o eu, como os contextos institucionais mais amplos em que existe, tem que ser construído reflexivamente. Mas esta tarefa deve ser realizada em meio a uma enigmática diversidade de opções e possibilidades. (p.11)

Contemporaneidade também é conhecida como sociedade avançada, pós-industrial, pós-moderna, e tem como característica a pluralidade. Segundo Santos (2000), ela acontece a partir da segunda Guerra Mundial.

De acordo com Giddens (2002), modernidade seria um equivalente tosco de mundo industrializado, que é caracterizada por seu extremo dinamismo. O autor compreende a modernidade em um sentido mais geral, referindo-se às instituições e modos de comportamentos estabelecidos primeiramente na Europa pós Feudal, mas com forte impacto no século XX. Em suas palavras:

(...) O mundo moderno é um “mundo em disparada”: não só o ritmo da mudança social é muito mais rápido que qualquer sistema anterior; também a amplitude e a profundidade com que ela afeta as práticas sociais e os modos de comportamentos preexistentes são maiores.
(p.22)

Um das explicações de Giddens (2002) para o caráter dinâmico da vida social moderna é a separação do tempo e espaço. Nas eras pré-modernas, para a maior parte da população e para a maior parte das atividades ordinárias da vida cotidiana, o tempo e o espaço permaneciam essenciais e ligados através do lugar. O “quando” ligava-se não só ao “onde” da conduta social, mas à substância dessa mesma conduta. Já, na modernidade, a organização social pressupõe uma coordenação mais rigorosa das ações de muitos seres humanos que estão fisicamente ausentes, o “quando” dessas ações está diretamente ligada ao “onde”, mas não através da mediação do lugar.

Santos (2000) aponta que pós-modernismo é o nome aplicado às mudanças ocorridas nas ciências, nas artes e nas sociedades avançadas desde 1950, quando, por convenção, encerra-se o modernismo. Dessa forma, o pós-modernismo nasce na conjuntura do pós-guerra com a arquitetura e computação dos anos 50. Segundo o autor, os shoppings *centers* constituem o altar do pós-moderno, com o indivíduo seduzido pelo consumo.

A esse respeito, para Quintino (2004), o contemporâneo ou pós-moderno foi gerado em meio ao fortalecimento da cultura de consumo. Com ela mantém relações estreitas de retroalimentação e fortalecimento, de forma que o mundo das mercadorias e seus princípios de estruturação são centrais para a compreensão da sociedade e cultura contemporâneas. A cultura econômica

transforma bens materiais em instrumentos de reconhecimento implementando-lhes uma nova simbolização de forma que acabam por determinar valores e estilos de vida.

Segundo Harley (1996), a sociedade contemporânea engendra uma gama de transformações culturais que não se legitima pela referência ao passado, mas, sim, propõe novos horizontes para a ação humana, no sentido da liberdade, diversidade e tolerância.

Quintino (2004) caracteriza a sociedade contemporânea, ou pós-moderna, como uma sociedade em que a velocidade faz com que a realidade pareça antiquada em segundos, o que impõe a necessidade de uma renovação e re-atualização constante. A autora sustenta essa definição na mídia, uma vez que esta se configura como uma rede de informações cuja teia alcança os mais remotos lugares e grupos.

Contudo, Peixoto (1997) já fazia uma explanação minuciosa das discussões que vinham sendo realizadas acerca da modernidade “versus” pós-modernidade, e concluiu que as idéias da pós-modernidade são manifestações subjetivas das contradições desenvolvidas pelo capitalismo em seu estágio atual. A autora apóia essa visão na análise de três idéias: a) de que a existência de uma chamada pós-modernidade é produzida dentro do panorama social, econômico e político típico do capitalismo atual; b) de que o capitalismo em seu estágio atual possui várias manifestações subjetivas, que podem ser agrupadas teoricamente de diversas maneiras, sendo a chamada pós-modernidade um desses possíveis agrupamentos e c) a idéia que aponta a produção de idéias, sejam da pós-modernidade ou não, estão profundamente contaminadas de caráter ideológico, uma vez que foram produzidas em uma sociedade de classes, independentes do estágio no qual o capitalismo se encontra, sendo esta última visão a mais importante para a autora.

O mundo contemporâneo para Giddens (2002), ou em suas palavras, a modernidade tardia, faz com que o EU sofra mudanças maciças em função da forma como tempo e espaço, local e global são organizados abstratamente.

Para Giddens (2002) é na alta modernidade, ou modernidade tardia, ou ainda pós-modernidade, que não só seguimos estilos de vida, mas, num sentido mais importante, somos obrigados a fazê-lo. Não temos escolha senão escolher. Quanto mais pós-tradicionais as situações, mais o estilo de vida diz respeito ao próprio centro da auto-identidade, se fazer e refazer, implicando ao indivíduo escolhas constantes. Segundo o mesmo autor, no nível do EU, um componente fundamental da atividade do dia-a-dia é o da escolha. De forma que a modernidade confronta o indivíduo com uma complexa variedade de escolhas e, ao mesmo tempo, oferece pouca ajuda sobre quais opções devem ser selecionadas.

(...) No nível do EU, uma atividade fundamental da atividade do dia-a-dia é simplesmente o da escolha. (...) Enquanto a tradição ordena a vida dentro de canais relativamente fixos. A modernidade confronta o indivíduo com uma complexa variedade de escolhas e ao mesmo tempo oferece pouca ajuda sobre opções que devem ser selecionadas. (Giddens, 2002, p. 79)

2.2. Estilo de vida na contemporaneidade

Retomando Giddens (2002), na pós-modernidade o indivíduo é constantemente confrontado com a necessidade da escolha e, conseqüentemente, de adotar um estilo de vida.

O espaço urbano é o local que mais sofre os efeitos da velocidade, o que acaba por influenciar as relações sociais. A cidade é o espaço preferencial onde ocorrem as interações características da sociedade contemporânea. É na cidade onde transcorrem grande parte dos acontecimentos, confluência de tribos, grupos, possibilitando a manifestação de diferentes estilos de vida.

De acordo com Filardo (2004), sob o ponto de vista histórico, é bem recente a existência de várias tribos urbanas, cada uma com sua moda. A autora comenta que entre o final do século XIX e início do XX era a alta costura quem ditava a moda, sendo a única tendência que todos “copiavam” para estar dentro da moda. Ainda segundo a autora, no período anterior ao século XV, a moda sequer existia,

sendo que a civilização tinha um vestuário único, que não sofreu alterações significativas durante séculos, de forma que o conceito de moda só começou a surgir na metade do século XIV.

Embora o que a autora apresente seja relevante no que diz respeito à repetição de padrões pré-determinados, não deixa claro quando a moda surgiu.

Como o indivíduo vive em um mundo pós-moderno, Giddens (2002) aponta que transições na vida dos indivíduos sempre demandaram uma reorganização psicológica. Em culturas tradicionais, as transições eram frequentemente ritualizadas na forma de ritos de passagem, de forma que a mudança de identidade era claramente indicada.

Contudo, atualmente são poucas as tradições que marcam rituais únicos em determinado momento de nossas vidas. Não é mais a tradição quem mostra os passos a serem dados. Essa tarefa cabe ao próprio indivíduo e à observância ao seu processo de autoconhecimento (individuação).

A busca de auto-identidade é um problema moderno, já que em tempos pré-modernos a ênfase atual na individualidade estava ausente. Apenas com o surgimento das sociedades modernas, particularmente com a diferenciação da divisão de trabalho, que o indivíduo se tornou um ponto de atenção.

Baseados na visão de Giddens (2002) de auto-identidade, podemos refletir que o estudo do estilo de vida é algo recente e fruto da atualidade. Como fruto das transformações sofridas na sociedade, o indivíduo passa a ser e estar de diferentes formas, muito além das formas impostas pelas sociedades tradicionais. Os modelos deixam de ser únicos e passam a ser construídos conforme as ocupações e funções vão se transformando, caracterizando diferentes estilos de vida.

Para Giddens (2002), estilo de vida pode ser definido como um “conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo abraça, não só porque essas práticas preenchem necessidades utilitárias, mas porque dão forma material a

uma narrativa particular da auto-identidade”. (p. 79). O conjunto de práticas envolve hábitos como se vestir, comer, modos de agir e lugares preferidos de encontrar os outros, portanto refere-se à rotina de vida. Contudo, não são rotinas fechadas, mas abertas às mudanças que a reflexão da auto-identidade traz. Cada uma das decisões que a pessoa toma no seu dia-a-dia (o que vestir, comer...) contribuem para a rotina, sendo que tais escolhas são decisões não apenas de como agir, mas também de quem ser. A esse respeito, García-Viniegras e Gonzáles (2002) aprofundam a visão de Giddens (2002), ao propor a especificidade psicológica do estilo de vida.

Segundo García-Viniegras e Gonzáles (2002), estilo de vida é definido como conjunto de condutas do indivíduo em seu meio social, cultural e econômico. Enfatizam o caráter ativo, que reflete o comportamento do indivíduo e seu contexto social e a sua especificidade psicológica na realização da sua atividade vital, sendo regulado, dessa forma, pela personalidade.

Podemos refletir acerca da construção desses autores. Enquanto para Giddens (2002) a construção do “quem sou” é formada pelo estilo de vida, uma vez que ao tomar decisões sobre como agir, o indivíduo escolhe quem ser, García-Viniegras e Gonzáles (2002), por sua vez, apontam que as condutas do indivíduo são reguladas pela personalidade.

Para Giddens (2002), apesar da noção de estilo de vida soar um tanto quanto trivial, por ser pensada por um consumismo superficial (imagens sugeridas pela publicidade), na modernidade, como o autor mencionou acima, não apenas seguimos estilos de vida, mas somos obrigados a fazê-lo.

O conceito de estilo de vida é amplo e complexo, sendo difícil defini-lo e posicioná-lo dentro de um marco referencial. Bassani (2004), ao pontuar as interfaces da Psicologia Ambiental, Psicossomática e Psicologia da Saúde, ressalta que definições de conceitos relativos a fenômenos ou temas de estudos comuns a essa subárea da psicologia, como é o caso do estilo de vida, merecem análise epistemológica das definições encontradas na literatura, a fim de não gerar um conhecimento inconsistente.

Dentro da psicologia, a Psicologia Ambiental é uma das sub-áreas que estuda o tema “estilo de vida”. A Psicologia Ambiental apresenta reflexões acerca do conceito de “estilo de vida”, uma vez que esse tema tem sido estudado, tanto como parte da questão sobre comportamentos e atitudes pró-ambientais e de degradação ambiental, como no que se refere ao estresse urbano.

Carvalho (Maria Lúcia) (2004) analisou o estilo de vida de crianças obesas em Bauru. Carvalho e Bassani (2004), por sua vez, analisaram o estilo de vida de famílias de agricultores enfocando o uso de agrotóxicos e a saúde. Bassani (2003) enfatiza que as definições dos conceitos em trabalhos em Psicologia Ambiental devem ser coerentes com a abordagem teórica adotada devido a características de multiabordagens da área. Como na psicologia analítica não há definição feita a esse respeito, a análise do conceito mais pertinente será apresentada mais adiante, tendo em vista a produção do grupo de Psicologia Ambiental, Psicossomática e Psicologia Hospitalar da PUC-SP.

A seguir são apresentados os trabalhos da Psicologia Ambiental que enriquecem a definição de estilo de vida proposto por Giddens (2002).

Corraliza e Martín (2000) definem estilo de vida como um conjunto de valores relacionados entre si, que orientam a pessoa em sua compreensão do mundo, bem como a sua experiência, refletindo a maneira pessoal do indivíduo estruturar a sua vida cotidiana. Tais autores ressaltam três características do estilo de vida que são normalmente aceitas:

1. Sistemas de valores de cada pessoa;
2. Aplicabilidade desse sistema em todos os âmbitos em que o ser humano se move;
3. Possibilidade de um mesmo indivíduo poder pertencer a várias categorias de estilo de vida, já que não são excludentes entre si.

García-Viniegras e Gonzáles (2002) por sua vez, definem estilo de vida como conjunto de condutas do indivíduo em seu meio social, cultural e econômico, enfatizando o caráter ativo, que reflete o comportamento do indivíduo e seu

contexto social e a sua especificidade psicológica na realização da sua atividade vital, sendo regulado, dessa forma, pela personalidade.

Já Werner e Sandstrom (2002) relatam que o estilo de vida é estruturado por escolhas, e pode ser respondido através das perguntas: Quem você é? Qual sua ocupação? Quais são seus gostos e preferências?

O que esses trabalhos não enfatizam, e que a leitura de Giddens (2002) nos permite refletir, é que o estilo de vida é um fenômeno característico da contemporaneidade. Contudo, enriquecem a definição proposta por Giddens (2002) e abrem margem para reflexão acerca do estilo de vida para a psicologia analítica, conforme será melhor elucidado mais adiante.

Ozaki (2002) define estilo de vida como padrões de atividades culturalmente e socialmente adquiridos, carregados de valores e crenças particulares que permeiam as práticas diárias das pessoas, variando de sentido, dependendo do contexto sócio-cultural e ambiental.

Guevara (2006), por sua vez, segue uma vertente diferente ao discutir estilo de vida. Segundo o autor seria o aspecto comportamental do conceito de modo de vida. Para ele, modo de vida implica: suporte mental, práticas sociais, sistemas de relação, significação social, processos cognitivos e estilo de vida.

Em levantamento bibliográfico realizado na PUCSP, pode-se observar o quanto a produção da Universidade puquiense acerca do estilo de vida é escassa, ao mesmo tempo que bem diversa. O estilo de vida é um tema estudado nas mais diversas áreas, desde a psicologia, fonoaudiologia, ciências sociais, medicina, até língua portuguesa e religião.

Em um levantamento mais abrangente, utilizaram-se os seguintes indexadores: *Scielo*, *Medline 1996-2006*, *Lilacs* e *ScienceDirect*. As palavras-chaves utilizadas foram estilo de vida, psicologia, medicina, nutrição e enfermagem. Contudo, tais palavras foram utilizadas em inglês, uma vez que a busca fica facilitada dessa

forma, levantando um número maior de artigos, incluindo os artigos em português. São elas: *lifestyle, psychology, medicine, nutrition and nursing*.

Os critérios de seleção foram: palavra estilo de vida, e seus cruzamentos, no título, resumo e palavra-chave, dentro do período de 1995 a 2006. Inicialmente, a acessibilidade do artigo também foi um critério. Contudo, foi abandonada, uma vez que em artigos mais recentes não foi possível o acesso ao texto integral, apenas ao resumo.

Pudemos observar que o estilo de vida vem sendo muito estudado na área da saúde, principalmente pela Nutrição, 846 trabalhos encontrados na Medline, onde a incidência foi maior. Em todos os indexadores utilizados, foi o cruzamento que apresentou os resultados mais altos. A Psicologia por sua vez, parece não estar tendo muito interesse no tema, uma vez que do total, ficou bem abaixo. Utilizando o mesmo referencial da Medline, apenas 23 trabalhos foram encontrados.

A Organização Mundial de Saúde tem trabalhado desde as décadas de 1970 e 1980 no conceito de prevenção e promoção de saúde. Este conceito está associado à qualidade de vida, que engloba fatores de proteção e de risco.

De acordo com Kahhale (2005), os fatores de risco e de proteção são compostos por dois aspectos: condição de vida e estilo de vida. Condição de vida pode ser entendida por fatores sociais, políticas públicas, aspectos econômicos e ecológicos, tais como moradia, saneamento básico, enfim tudo que é condição objetiva de realidade que permita uma pessoa viver. Estilo de vida, por sua vez, é entendido como uma experiência individual, dentro de pequenos grupos e da condição de vida a que esse grupo pertence, podendo ser visto a partir do comportamento, das questões emocionais, trabalho, lazer que a condição de vida pode propiciar.

Na tentativa de compreender os diferentes sentidos de estilo de vida abordados pela psicologia, assim como medicina, nutrição e enfermagem, destacamos alguns trabalhos que mostram concepções e definições de estilo de vida, com o intuito de mapear as visões das diferentes áreas da saúde sobre o tema.

A leitura de artigos selecionados, conforme será apresentado a seguir, evidenciou que estes não buscam definir conceitualmente estilo de vida, mas, sim, discorrer acerca do impacto do estilo de vida na saúde, tanto como fator de risco como fator de prevenção, sendo que, muitas vezes, o estilo de vida é referido como “rotina”.

Dentro da medicina, a especialidade médica que mais se destacou foi a cardiologia. Encontramos uma hegemonia de estudos que abordam problemas cardiovasculares. Compreensível, dada à enorme incidência na população em geral, conforme observamos diariamente na mídia.

Todavia, a questão de drogadição e alcoolismo, bem como programas que buscam mapear o estilo de vida para, a partir disso, propor intervenções, também foram muito encontrados.

No que se refere a programas de intervenção, Barros e Nahas (2001) tiveram como objetivo identificar a prevalência, assim como analisar a associação entre comportamento de risco à saúde, percepção de estresse e auto-avaliação do nível de saúde, na população de trabalhadores da indústria. Nesse estudo, os resultados encontrados sugerem elevada prevalência de bebidas alcoólicas e inatividade física e de lazer, delineando, dessa forma, o estilo de vida como fator de risco.

Seguindo a mesma linha, mas estudando outra população, Chiang-Salgado et. al. (1999) estudaram o estilo de vida de universitários chilenos a partir das seguintes variáveis: números de horas livres por dia útil e por dia da semana, atividades realizadas durante as horas livres, satisfação quanto à frequência de atividades de lazer, atividades realizadas ao faltar às aulas e os lugares que freqüentam dentro da universidade. Ambos os trabalhos não apresentam uma definição conceitual de estilo de vida, procurando estudar o tema a partir da rotina acadêmica dos sujeitos pesquisados.

Silva et al. (2006), por sua vez, em pesquisa também realizada com estudantes, tiveram como objetivo verificar o grau de associação entre estilo de vida e situação sócio-econômica e o uso de álcool, tabaco, medicamentos e drogas ilícitas nos

últimos 12 meses. Concluíram que alunos com renda familiar alta e sem religião podem ser considerados com maior risco de consumo nessa população.

A partir dos dados encontrados, Silva et al. (2006) puderam supor que a religião age de forma protetora ao uso de drogas na população estudada. Os autores presumem que os alunos praticantes de alguma religião pertencem a um grupo com valores e normas estabelecidas e compartilhadas. Citam outros trabalhos em que a presença da religião é tida como um fator de proteção ao uso de substâncias psicoativas e perceberam, dessa forma, que o estilo de vida determinado por uma religião age como fator de proteção ao consumo de drogas, deixando um pouco mais clara a dimensão de crenças e valores que compõem o estilo de vida.

Perez, Magna e Viana (2003), apontam que aspectos psicossociais e as crenças de saúde parecem interferir diretamente no conceito que o paciente tem sobre a doença hipertensiva e nas práticas de saúde adotadas. Por conta disso, os autores consideram importante propor novas formas de orientação aos pacientes com hipertensão arterial.

Salas Martins et al. (1995) realizaram um estudo que era parte do projeto “Doenças cardiovasculares, aterosclerótica, dislipidemias, hipertensão, diabetes melito em população da área metropolitana da região sudeste do Brasil”, que teve como um dos objetivos estabelecer os hábitos e as morbidades citadas, entre os ateroscleróticos. Constataram que na população abordada os hábitos componentes do estilo de vida (tabagismo, etilismo e sedentarismo), se constituem em fatores de risco de morbidades determinantes das doenças cardiovasculares,

Hassan e Killick (2004) tiveram como objetivo avaliar a associação de padrões e quantificar os efeitos do estilo de vida durante a gravidez. Realizaram um estudo observacional de 2112 grávidas consecutivas. Utilizaram um questionário para avaliar o uso de contraceptivo, planos para engravidar, subfertilidade e gravidez prévia, idade e características de estilo de vida de cada parceiro. Os autores concluíram que o estilo de vida tem um impacto significativo e acumulativo na

fecundidade. Os efeitos dependentes ocorreram com fumo, álcool e consumo de chá e café. Segundo os autores, aconselhamentos apropriados podem resultar em redução substancial na orientação para investigação e tratamento da fertilidade.

Kennett e Nisbet (1998) tiveram como objetivo examinar a importância do índice de Massa Corpórea (IMC) leve, moderado e alto, e habilidades espontâneas aprendidas sem vergonha, na percepção da imagem corporal e práticas de estilo de vida de 184 mulheres universitárias que estavam com o peso relativamente normal. Foram observados os principais efeitos do IMC e as habilidades desembaraçadas aprendidas. Segundo as autoras, a literatura aponta que grupos de mulheres com peso alto ou médio, são mais insatisfeitas com o peso e aparência, em comparação com o grupo de peso mais leve. Contudo, em seu estudo, ambos os grupos dividem atitudes similares de alimentação e práticas de estilo de vida.

Além disso, segundo Kennett e Nisbet (1998), como previsto, mulheres com habilidades espontâneas têm mais distúrbios alimentares, percebem menos controle sobre seus estilos de vida, estão mais preocupadas com seus pesos em comparação com o grupo médio. As autoras concluíram que, contrariando a literatura, mulheres com alto peso e baixas habilidades espontâneas não estão insatisfeitas com suas formas corporais, tampouco susceptíveis a adquirir práticas de estilos de vida não saudáveis e atitudes de distúrbios alimentares.

O objetivo desta breve apresentação, acerca de como o estilo de vida vem sendo estudado nas diferentes áreas da saúde, a saber: medicina, nutrição e enfermagem, não foi o de fazer uma análise mais aprofundada do tema, mas, sim, apresentar ao leitor o olhar dessas áreas sobre estilo de vida, uma vez que o presente trabalho tem a proposta de estudar uma doença orgânica específica, assim como ilustrar que tais trabalhos não se preocupam em definir conceitualmente o estilo de vida.

A seguir, aprofundaremos a questão da Síndrome dos Ovários Policísticos, esclarecendo definição, sintomatologia, critérios diagnósticos. Apresentaremos,

também, levantamento bibliográfico acerca do estilo de vida e SOP, qualidade de vida e SOP, assim como SOP e aspectos psicológicos.

3. Síndrome dos Ovários Policísticos: definição, histórico, sintomatologia, critérios diagnósticos

Este item tem como objetivo definir a SOP, traçando um panorama histórico do interesse médico pelo tema, assim como apresentar dados de levantamento bibliográfico.

Os ovários fazem parte do aparelho reprodutor feminino, que é constituído por eles, ovários, duas trompas de falópio, útero e vagina. Os ovários têm o formato oblongo e a cor branco-perolada. Localizam-se logo abaixo das trompas de falópio, sendo que cada um fica de um lado do útero (Gyton, 1988). Eles são responsáveis pela produção dos hormônios estrógeno, progesterona e andrógeno, este último em pequena quantidade.

Existem diversas patologias que acometem os ovários, mas o presente trabalho irá discutir apenas a "Síndrome dos Ovários Policísticos" (SOP). Esta é a denominação utilizada atualmente, mas não foi sempre assim. Como o quadro clínico dessa enfermidade possui uma grande variedade de apresentações, o termo adotado para designá-la sofreu algumas modificações ao longo dos anos, chegando ao que é hoje. Por tratar-se de uma síndrome, a SOP representa um conjunto de sinais e sintomas sem uma definição.

A SOP é uma endocrinopatologia muito controversa, uma vez que provoca muitas discussões entre os profissionais quanto a questões diagnósticas. No quadro clínico, os ovários não funcionam adequadamente, isto é, o ciclo normal de maturação e desenvolvimento de um óvulo não é concluído. Há um espessamento da membrana que recobre os ovários, não permitindo que o óvulo seja expelido, formando, assim, pequenos cistos. De acordo com Junqueira, Fonseca e Aldrighi (2003), é uma doença endócrina complexa que tem como elementos principais hiperandrogenismo e anovulação crônica. De acordo com tais autores, a SOP representa uma das desordens endócrinas reprodutivas mais comuns em mulheres, acometendo em torno de 5% a 10% da população feminina em idade fértil.

Os sintomas mais importantes que fazem parte dessa síndrome são os seguintes: ciclos anovulatórios; menstruações escassas e irregulares (amenorréia ou oligomenorréia); peso corpóreo acima do normal; pêlos corporais aumentados (hirsutismo); presença de acne fora da adolescência; ovários com múltiplos cistos; dificuldade para engravidar (infertilidade).

A SOP é uma síndrome heterogênea, a apresentação dos sintomas pode variar. A maioria das mulheres é avaliada pela infertilidade resultante de ciclos irregulares, mas outros sintomas apresentados incluem sangramento irregular, obesidade, problemas cosméticos. (Kovacs, 2006; Setji e Brown, 2007)

De acordo com os autores acima, desde a década passada diferentes complicações metabólicas sérias têm sido associadas com a SOP, incluindo: diabetes tipo 2, síndrome metabólica, apnéia de sono e doença cardiovascular. Stankiewicz e Normam (2006) também descrevem outras características da SOP que não são apontadas com tanta clareza em outros trabalhos, a saber: obesidade, intolerância à glicose e diabetes melitus tipo 2, dislipidemia, doença cardiovascular, obstrução do sono por apnéia e infertilidade.

Além disso, Hart et al. (2004) relatam que, apesar da SOP não poder ser diagnosticada até dois a três anos depois da menarca, parece ser uma condição que provavelmente é originada na infância, ou até mesmo na vida fetal.

A SOP não se restringe à ginecologia, gera interesse em diversas especialidades da medicina, biologia e até psicologia. Por conta disso, está havendo cada vez mais o interesse por uma maior sistematização dos sintomas e padronização dos critérios diagnósticos. Como seus sintomas são muitos, a SOP acaba perpassando por outras especialidades além da ginecologia, como a dermatologia e a endocrinologia. Atualmente, novas especialidades estão se interessando pela SOP, como é o caso da neuroendocrinologia.

De acordo com Farquhar (2000), quando se discute a prevalência de SOP em uma população, é importante se ter clareza das diferentes definições que são comumente usadas. Ovário Policístico não pode ser confundido com Síndrome

dos Ovários Policísticos. Para Stankiewicz e Normam (2006), é geralmente aceito que a prevalência de SOP é de aproximadamente 5 a 10% da população de mulheres em idade reprodutiva, e que de ovário policístico é de 21 a 23%.

Hart et al. (2004) fazem uma distinção entre ovário policístico e síndrome dos ovários policísticos. De acordo com eles, o ovário policístico é definido, usando o critério do ultra-som, pela presença de 12 ou mais folículos em cada ovário, cada um medindo de 2 a 9 mm em diâmetro, e/ou aumento de volume ovariano (> 10ml), sendo que a presença de apenas um ovário policístico é suficiente para o diagnóstico.

Os estudos de prevalência, segundo Farquhar (2000), têm orientado um aumento da compreensão da SOP. Atualmente é extremamente reconhecido que existe um *continuum* ou espectro de apresentações clínicas. Numa ponta do espectro há mulheres que ovulam e que não têm manifestações dermatológicas como acne ou hirsutismo. Na outra ponta do espectro podem existir mulheres com distúrbios menstruais: oligomenorréia³, aumento de pêlos, acne, calvície, evidência de resistência à insulina.

A presença da mulher neste *continuum* é provavelmente predeterminada por fatores genéticos. Contudo, sua posição no *continuum* parece ser relacionada com o estilo de vida e, em particular, ao índice de massa corpórea.

Estudos mais recentes descrevem que a SOP sofre influências no eixo ovário-pituitário-hipotalâmico. De acordo com Balen (2004), a exagerada liberação, de forma pulsátil, do hormônio gonadotropina (GnRH), resulta numa hipersecreção do LH, que tem efeito tanto na produção de androgênio ovariano, como no desenvolvimento do óvulo. Para esse mesmo autor, distúrbios no *feedback* entre ovário-pituitária e hipotálamo acentuaria anormalidades nas gonadotropinas.

No que se refere ao indicador de excesso de andrógeno no corpo da mulher, Hart et al. (2004) apontam que o hirsutismo tem sido freqüentemente um primeiro indicador clínico disso. Além disso, assinalam que estudos recentes sugerem que

³ Fluxo menstrual muito intenso.

na maioria dos casos de alopecia primária feminina, ovário policístico está presente. Hart et al. (2004) estudaram a incidência de sintomas na SOP, como pode ser visto na tabela 1. Os sintomas mais comuns são distúrbios menstruais e hirsutismo, seguidos de obesidade, acne e alopecia.

Tabela 1 - Incidência de Sintomas na Síndrome dos Ovários Policísticos (Hart et al., 2004)

Distúrbio menstrual	Obesidade	Hirsutismo	Alopecia androgênica	Acne
70%	50%	70%	10%	30%

Nawel et al. (2003) por sua vez, apresentam dados diferentes. Segundo os critérios da *National Institute of Health* (NIH), 8% da população geral de mulheres apresentam SOP. Para os autores, entre as mulheres hirsutas, este número sobe para 50%; entre as que apresentam distúrbio menstrual, o diagnóstico da SOP é obtido em 30-40% das pacientes com amenorréia primária ou secundária e em 80% das pacientes com oligomenorréia.

Para Farquhar (2002), na prática clínica, existe a tendência de somente mulheres afetadas severamente na ponta da escala (com SOP) serem referidas para os serviços de infertilidade ou endocrinológicos.

Segundo esta mesma autora, mulheres assintomáticas não obesas que são diagnosticadas com SOP no ultra-som devem ser orientadas sobre o aconselhamento de manutenção do índice de massa corpórea normal no futuro. Caso desenvolvam-se sintomas de amenorréia ou hiperandrogenismo deve-se procurar uma atenção especial, mesmo que não se leve em conta o peso.

Ainda não está claro, e há controvérsias, se todas as mulheres magras com apenas ovário policístico devem se submeter a testes de resistência à insulina (Franks, 1995; Nestler, 1998 citados por Farquhar, 2000).

A esse respeito, de acordo com o *2003 Rotterdam Consensus* (2004), são necessários mais estudos de prevalência de características da síndrome metabólica, tanto nas portadoras de SOP magras, como nas obesas. Dessa forma, podem-se identificar fatores preditivos mais cedo para o tratamento da SOP.

A primeira sistematização acerca dos critérios diagnósticos da SOP foi realizada pelo *National Institute of Health* (NIH) em 1990, através da I Conferência Internacional de SOP, primeiro passo importante para a padronização do critério.

De acordo com Hart et al (2004), antes de 1990 diferentes quadros clínicos faziam parte da SOP: tanto mulheres com ciclos regulares e hiperandrogenismo clínico ou bioquímico, como mulheres com ciclos regulares e ovário policístico. O critério anterior não era universalmente aceito, uma vez que havia visões muito díspares em relação à síndrome, o que acabava dificultando a interpretação e comparação de estudos de diferentes centros.

Na ocasião houve uma considerável discussão, chegando-se a um consenso a respeito de um protocolo para orientar os critérios diagnósticos, com o intuito de padronizá-lo.

Desde então, foi havendo um aumento gradual da consciência de que a SOP poderia ser mais ampla do que a definida em 1990. Em 2003 foi realizado um *Workshop* em Rotterdam, com o intuito de redefinir o critério. De acordo com o *2003 Rotterdam PCOS Consensus* (2004), por ser uma síndrome, a SOP não pode ter um único critério diagnóstico, mas, sim, um diagnóstico de exclusão, isto é, de desordens que mimetizem a SOP. No Brasil tal preocupação vem sendo manifestada e o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou, em 2002, um artigo a respeito dos critérios diagnósticos (Projeto Diretrizes, 2002).

Hart et al (2004), discutem que no desenvolvimento da declaração do consenso foi reconhecido que o relatório das incidências das características clínicas da SOP deveria ser baseado no estudo das populações. Dessa forma, a revisão da definição da SOP incluiu critérios clínicos e bioquímicos assim como a morfologia ovariana.

Para tais autores, é reconhecido que mulheres com ciclos regulares e hiperandrogenismo podem fazer parte da síndrome. De acordo com eles, a síndrome deve ser diagnosticada quando a mulher apresenta dois, dos três critérios a seguir: 1. ovário policístico; 2. oligo-anovulação ou 3. evidência clínica ou bioquímica de hiperandrogenismo. Os autores apontam que mulheres que apresentam tais critérios, no caso anovulação crônica e hiperandrogenismo e/ou ovário policístico, têm um risco maior de desenvolvimento de resistência à insulina, em relação às que apresentam hiperandrogenismo e ciclos regulares. Por conta disso, as portadoras têm um maior risco para desenvolvimento de diabetes tipo II. O critério diagnóstico adotado por Hart et al. (2004) é o do *2003 Rotterdam PCOS Consensus*. A Tabela 2 apresenta os critérios de 1990 e de 2003.

Tabela 2 - Revisão dos Critérios Diagnósticos da Síndrome dos Ovários Policísticos⁴

1990	2003
1. Anovulação crônica, e 2. Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, com exclusão de outras etiologias. Diagnóstico - <i>Ambos os itens definiam o diagnóstico.</i>	1. Oligo ou anovulação; 2. Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, com exclusão* de outras patologias; 3. Ovários policísticos *Exclusão: hiperplasia adrenal congênita; Tumores secretores de andrógeno e Síndrome de <i>Cushing</i> . Diagnóstico - <i>Dois dos itens suficientes para definir diagnóstico.</i>

Portanto, de acordo com o Consenso de 2003 de Rotterdam, passou a ser reconhecido que mulheres com ciclos regulares e hiperandrogenismo e/ou ovário policístico podem ter a síndrome, assim como algumas mulheres com a síndrome irão ter ovário policístico, mas sem evidência clínica de excesso de andrógeno e, sim, com evidência de disfunção ovariana.

⁴ Tabela retirada do Rotterdam PCOS Consensus Workshop. *Fertility and Sterility*. Vol. 81, n°. 1, January 2004.

Como observado na Tabela 2, o critério diagnóstico da SOP deve excluir doenças que tenham manifestações clínicas semelhantes, tais como: Hiperplasia Adrenal Congênita, Síndrome de *Cushing*, Tumores de Adrenal que secretem andrógeno, Disfunções Tireoideanas, Hipogonadismo Hipogonatrópico e Hiperprolactinemia.

Junqueira, Fonseca e Aldrighi (2003) apontam que os níveis séricos de prolactina e TSH são fundamentais para a exclusão do diagnóstico de hiperprolactinemia e hipotireoidismo, mesmo que níveis elevados de prolactina estejam presentes em 35% dos casos de SOP. Devem ser excluídos também os tumores produtores de andrógenos ovariano ou da supra-renal. Os autores apontam que a exclusão de tais tumores se dá via concentração sérica de testosterona e sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S).

A despeito do Consenso de Rotterdam de 2003, Sheehan (2004) apresenta uma reflexão acerca da carência de critérios diagnósticos bem definidos. Segundo esse autor, isso permite que a identificação dessa doença seja muito confundida por muitos clínicos.

Para o autor, como as manifestações da SOP são variadas, a paciente pode apresentá-las para diferentes profissionais da saúde: médico residente, médico familiar, enfermeira, pediatra, ginecologista ou endocrinologista.

Sheehan (2006) acrescenta que o aspecto mais desesperador da SOP para qualquer paciente pode mudar ao longo do tempo. Pode migrar do hirsutismo da adolescência, para a infertilidade na jovem adulta, exigindo dessa forma, diferentes profissionais cuidadores ao longo da sua trajetória. A esse respeito, Pasquali e Gambineri (2006) apontam que as características clínicas da SOP são heterogêneas e podem mudar através da expectativa de vida, começando desde a adolescência, até a idade da menopausa.

Ainda nesse sentido, Norman e Stankiewicz (2004) dizem que as características da SOP podem se manifestar em qualquer idade, abrangendo desde a infância (puberdade prematura), adolescência (hirsutismo, anormalidades menstruais etc.),

maioridade precoce e vida adulta (infertilidade, intolerância à glicose), e na velhice (diabetes melitus e doença cardiovascular).

Dessa forma, Sheehan (2006) alerta que é importante que tais profissionais cuidadores compreendam não apenas o cuidado das doenças pertinentes às suas especialidades, mas, também, avaliem outros riscos potenciais à saúde dessas mulheres. Espera-se que tais mulheres não sejam apenas diagnosticadas e cuidadas corretamente pelos seus sintomas atuais (hirsutismo, irregularidade menstrual etc.), mas, também, possam ser educadas e orientadas para continuarem cuidando dos riscos da resistência à insulina (RI) ao longo de suas vidas.

Nesse sentido, Kovacs (2006) menciona que, mesmo pacientes que são vistas somente como “inférteis”, precisam ser classificadas para aqueles fatores metabólicos de risco e requerem aconselhamento relativo aos riscos e seus cuidados. Dessa forma, enfatiza que todos os provedores de cuidados primários identifiquem pacientes que possam ter SOP. Essas pacientes precisam se submeter a testes de classificação apropriados e devem ser aconselhadas sobre dietas e exercícios. Como será abordado mais adiante⁵, intervenções medicamentosas podem ser combinadas, mas, segundo eles, estudos sugerem que a mudança de estilo de vida é a primeira linha de tratamento.

Setji e Brown (2007) também enfatizam que, em adição ao tratamento dos sintomas (regularização dos ciclos menstruais, melhora do hiperandrogenismo), é imperativo que os clínicos reconheçam e tratem as complicações metabólicas.

De acordo com o *2003 Rotterdam Consensus* (2004), apesar da dosagem de LH não ser necessária para o diagnóstico, seu aumento, assim como do FSH, ocorre em 60% das portadoras da síndrome, evidenciando que o nível de LH pode ser útil como um dos parâmetros. Contudo, o consenso enfatiza que são necessários mais estudos a esse respeito.

⁵ Capítulo Revisão Bibliográfica: SOP e estilo de vida, p. 39.

Junqueira, Fonseca e Aldrighi (2003) pontuam que concentrações séricas de LH geralmente encontram-se elevadas e de FSH normais ou baixas, sendo que, de acordo com tais autores, as determinações de LH e FSH são prescindíveis, embora 20% a 40% dessas pacientes não apresentem esses achados.

Segundo Kovacs (2006), recentemente tornou-se evidente que por trás de problemas genéticos e reprodutivos, a SOP representa um risco metabólico. Muitas mulheres com SOP têm hipertensão, intolerância à glicose, anormalidades lipídicas, obesidade, ou qualquer combinação dessas. Segundo Pasquali e Gambineri (2006), a SOP é amplamente dependente da influência da obesidade e alterações metabólicas, incluindo estado de resistência à insulina e Síndrome Metabólica (SM) que consistentemente afetam a maioria das portadoras de SOP.

De acordo com esses mesmos autores, o fenótipo da obesidade abdominal é comum, afetando mais da metade das portadoras.

Hart et al. (2004) e Sheehan (2006) também ressaltam a RI como fator importante na SOP, que causa, em longo prazo, diabetes melitus tipo 2 e o resultante aumento do risco de doença cardiovascular.

De acordo com Nawel, Comim, Spritger (2003) a resistência à insulina (RI) pode estar presente em mais da metade dos casos, principalmente, nas pacientes obesas: *“em 30 a 60% dos casos, em especial nas pacientes obesas, a resistência à insulina e hiperinsulinemia compensatória estarão presentes”* (p. 433).

Pasquali e Gambineri (2006) enfatizam que a obesidade tem, de fato, profundos efeitos tanto na fisiopatologia como na manifestação clínica da SOP. Isso ocorre através de diferentes mecanismos, principalmente o excesso de androgênio e o aumento do androgênio livre disponível, assim como de alterações nas funções das células granulosas e desenvolvimento do folículo. Além disso, a obesidade, por si, representa um estado de hiperandrogenismo. Isto porque, segundo Huber-Buchholz (1999), a insulina e o LH parecem ser os hormônios chaves na estimulação da produção de andrógeno pelo ovário.

De acordo com esses autores, ao compararem portadoras de SOP com peso normal, com portadoras obesas, as últimas estão caracterizadas por uma piora do hiperandrogenismo e nos estados metabólicos, a menstruação e o desempenho ovulatório é mais pobre, assim como a possibilidade de gravidez. Além disso, segundo Kovacs (2006), sabe-se que uma gravidez num estado metabólico descontrolado tem um risco alto significativo. As taxas de abortos são grandes, diabetes e hipertensão ocorrem mais comumente e os riscos de várias complicações no parto são grandes também.

Segundo Pasquali e Gambineri (2004), insulina é um hormônio fisiológico que regula a função ovariana, principalmente a esteroidogênese ovariana e transporte sanguíneo de andrógeno. A hiperinsulinemia pode representar a importante função que favorece o estado de hiperandrogênico que, por sua vez, é relacionado às alterações clínicas e metabólicas da SOP.

Para Essah e Nestler (2006) a prevalência da SM na SOP é de aproximadamente, 43 a 47%, o dobro do que nas mulheres da população geral. O IMC alto e o baixo nível do colesterol HDL são os componentes da SM que ocorrem mais frequentemente nas portadoras de SOP, sendo que o link patogênico mais provável entre a SM e a SOP é a resistência à insulina (RI). Deste modo, segundo eles, a presença da SM na SOP sugere um grande aumento da RI em comparação com a SOP sem a SM.

Pasquali e Gambineri (2004) também salientam que a maioria das portadoras, especialmente as obesas, apresenta características da SM, particularmente a RI e a hiperinsulinemia associada.

Isto porque na SOP o nível dos hormônios androgênio está aumentado. E acredita-se que isto ocorra devido ao alto nível de insulina que circula pelo corpo. Quando esse nível de androgênio se torna crônico, há um impedimento do ciclo normal do desenvolvimento do óvulo, bloqueando, assim, seu desenvolvimento e amadurecimento. Isto faz com que os ovários fiquem aumentados e com múltiplos e pequenos cistos situados abaixo de sua superfície.

Segundo Halbe (1989), esta síndrome é uma enfermidade grave, as portadoras dessa patologia possuem uma maior incidência para câncer de endométrio, sendo que a presença de hiperandrogismo duplica o risco para esta enfermidade.

Stankiewicz e Normam (2006) também enfatizam que as portadoras de SOP exigem uma vigilância constante para a detecção de intolerância à glicose, hiperlipidemia, hiperplasia endometrial e complicações conseqüentes. Segundo eles, mulheres obesas, em particular, exigem testes de tolerância à glicose constantes, devido a um grande potencial de rápido aumento de tolerância à glicose normal, para a intolerância e diabetes.

Existe uma evidência clara, de acordo com o 2003 *Rotterdam PCOS Consensus* (2004), de que portadoras de SOP têm um risco aumentado (de 3 a 7 vezes) de desenvolverem diabetes do tipo II. Além disso, mesmo as evidências sendo limitadas, há um aumento do risco de doenças cardiovasculares e, em função da anovulação crônica, um aumento do risco de câncer de endométrio.

Moran e Norman (2004) apontam que a SOP é associada, em curto prazo, à reprodução e, a longo, à disfunção metabólica. Segundo eles, o tratamento tem o foco tradicionalmente na fertilidade de terapia hormonal. Contudo, como a obesidade em geral, obesidade central e RI estão fortemente implicados nesta etiologia, a melhora desses fatores tem provado alto sucesso em algumas situações clínicas, reduzindo a necessidade da custosa reprodução assistida.

Para Kee et al. (2006) existem evidências insuficientes para o uso de metformina ou intervenção cirúrgica, por exemplo, perfuração ovariana, na prevenção, a longo prazo, dos efeitos da SOP. Segundo esses mesmo autores, a SOP é associada, a longo prazo, com o risco de desenvolver doenças cardiovasculares e diabetes melitus tipo 2, particularmente em mulheres obesas.

O tratamento da SOP pode variar, isto é, ele depende de qual problema a mulher visa resolver. A paciente pode procurar o médico para tratamentos das diferentes manifestações clínicas que esta enfermidade apresenta. Segundo Halbe (1989),

(...) as terapêuticas devem ser precedidas sempre de investigações em vista das intercorrências e dos inter-relacionamentos entre os diferentes compartimentos endócrinos (...). (...) após determinarmos a causa do ovário policístico, a terapêutica poderá variar de acordo com a queixa e as necessidades das enfermas (p. 983).

A procura por atendimento decorre por diferentes motivos. Podem estar preocupadas com a irregularidade menstrual, com o excesso de pêlos, com a obesidade, com dificuldade para engravidar ou devido à acne de difícil tratamento. Dessa forma, como foi relatado anteriormente, diversos especialistas podem e devem ser procurados, sejam ginecologistas, endocrinologistas ou dermatologistas.

De acordo, com Hoeger et al. (2004), muitos estudos têm demonstrado redução do hiperandrogenismo e reinício da ovulação com o uso de agentes sensibilizadores de insulina, para reduzir a hiperinsulímia em portadoras de SOP. A infertilidade tem sido enfocada por indicação de dieta e exercício (Norman e Stankiewicz, 2004). Em trabalho mais recente, Stankiewicz e Norman (2006) relatam que os tratamentos farmacológicos são eficazes para indicações específicas, seja para infertilidade, seja para o hirsutismo. No entanto, Setji e Brown (2007) mencionam que as terapias farmacológicas disponíveis devem ser combinadas numa base individual.

Com relação à obesidade, Kee et al. (2006), assim como demais autores que serão apresentados no próximo subcapítulo, afirmam que mudanças no estilo de vida, perda de peso, são os tratamentos mais efetivo para pacientes obesas. Para Halbe (1989), devido às múltiplas variantes clínicas da SOP, pode ocorrer que as pacientes adquiram uma imagem corporal distorcida e uma redução da auto-estima e, por vezes, não se dão conta da relação disso com a SOP. Por conta disso, o atendimento psicológico é recomendado.

Além de trabalhar com questões de auto-imagem distorcida e auto-estima baixa, o psicólogo também pode trabalhar com o estilo de vida das portadoras. O papel do estilo de vida na SOP será apresentado a seguir.

3.1. Levantamento bibliográfico

3.1.1. Estilo de Vida e SOP

Em função de o presente trabalho ter por objetivo estudar o estilo de vida de portadores de SOP, realizamos o levantamento bibliográfico específico de estilo de vida e SOP. As palavras utilizadas foram, em inglês, *lifestyle* e *polycystic ovary syndrome*. Os indexadores utilizados foram *Scielo*, *Medline*, *Lilacs* e *Science Direct*.

Como podemos observar no quadro abaixo, apenas na MEDLINE e SCIENCE DIRECT que trabalhos, com o cruzamento das palavras-chaves, foram encontrados.

Quadro 1 - Resultados da revisão de literatura para a combinação das palavras-chaves “Lifestyle” (estilo de vida) e “Polycystic Ovary Syndrome” (Síndrome dos Ovários Policísticos).

	SCIELO	MEDLINE 1996-2006	LILACS	SCIENCE DIRECT
<i>LIFESTYLE AND PCOS</i>	0	70	0	17

Na MEDLINE, foram encontrados 70 artigos com o cruzamento das palavras-chaves PCOS e *lifestyle*. Destes, 48 apresentavam SOP no título, sendo que 11 artigos foram selecionados.

Já, na SCIENCE DIRECT, dos 17 artigos levantados, 4 foram selecionados. Além disso, 4 artigos apareceram em ambas as fontes e também foram selecionados⁶ (Anexo 1).

⁶ Os títulos dos trabalhos selecionados que mais desenvolveram a questão do estilo de vida na SOP encontram-se no Anexo 1.

A leitura dos artigos levantados e selecionados apontou que o estilo de vida em nenhum deles é definido conceitualmente. Estilo de vida é associado a hábitos alimentares e padrões de atividades físicas. Além disso, é um termo utilizado em dois contextos diferentes: como um dos fatores explicativos da etiologia da síndrome e como um foco importante a ser trabalhado no tratamento.

Dessa forma, pode-se dizer que o conceito de estilo de vida utilizado na literatura levantada está associado a fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), assim como a fatores de melhoria de qualidade de vida e dos sintomas.

De uma forma geral, a literatura aponta que a etiologia da SOP é indeterminada e pode incluir a genética, de forma que aspectos ambientais, incluindo fatores de estilo de vida, como a redução de atividade física e consumo de dieta calórica, podem desencadear ou influenciar na expressão da síndrome.

A alimentação é tida como um forte fator de risco para SOP, tendo efeito na manifestação dos sintomas. Neste sentido, Douglas et al. (2006) tiveram como objetivo determinar se uma dieta enriquecida com gordura monossaturada ou baixa em carboidratos pode aumentar a sensibilidade à insulina, aumentando sua circulação, ao relacioná-la a uma dieta normal, entre mulheres com SOP. Os sujeitos da pesquisa eram portadoras saudáveis, sem tratamento hormonal ou com sensibilizador de insulina. Segundo os autores, uma redução moderada na dieta de carboidratos reduz a concentração de insulina em portadoras de SOP, o que pode trazer melhora para sintomas reprodutivos e endócrinos.

A preocupação com a alimentação na SOP é grande, uma vez que segundo Hoeger (2006), a obesidade agrava tanto o perfil metabólico, como o endócrino na SOP e pode diminuir a resposta ao tratamento. Segundo a autora, a redução de peso, num curto prazo, melhora tanto os aspectos metabólicos com os endócrinos na SOP, assim como os sinais clínicos de anovulação. Nesse sentido, para Hoeger (2006), a modificação do estilo de vida, com uma perda de peso modesta, de 5 a 10%, mostra-se igualmente efetiva na restauração da fertilidade e pode ser mais compatível, com o sucesso a longo prazo.

Vale ressaltar, a partir de um trabalho mais antigo da autora, que dietas restritivas rígidas são notáveis pela rápida redução de peso, mas, a longo prazo, a obediência com a redução de peso é pobre, o que favorece um percentual significativo de retorno ao peso anterior ao tratamento num prazo de 1 ano (Hoeger et al., 2004). Segundo esses autores, uma redução de peso modesta, com modificação do estilo de vida, tem sido associada à restauração da ovulação e fertilidade, conduzindo para uma perda de peso mais permanente que a restrição calórica severa. Contudo, enfatizam que o tratamento mais eficiente, a longo prazo, ainda é desconhecido.

Em função disso, Hoeger et al. (2004) realizaram um estudo piloto para avaliar dois tratamentos: a) terapia com metformina e b) modificação do estilo de vida, assim como a combinação de ambos por um período mais longo, de 12 meses. Mais especificamente, os autores desejavam examinar o impacto de tais tratamentos em comparação com placebo, para o retorno da ovulação e redução do nível androgênico. O objetivo era de obter uma taxa abrangente de abandono do tratamento para cada grupo, avaliando o sucesso do regime para uma modesta redução de peso.

Hoeger et al. (2004) enfatizam que, embora o estudo não seja forte para produzir diferenças significativas nos resultados, a carência, a longo prazo, de dados de obediência e abandono, disponíveis em outros estudos de redução de peso em SOP, motivaram a necessidade dos dados desse piloto para avaliar a praticabilidade em um estudo maior.

Nesse estudo de Hoeger et al. (2004), a SOP foi diagnosticada por menos de 6 ciclos por ano, e evidência de hiperandrogenismo. Todas as portadoras eram obesas, com um IMC de no mínimo 25. Foram classificados 273 sujeitos, mas apenas 49 enquadraram-se nos critérios históricos e classificação hormonal. Destas, 38 foram randomizadas. Nenhuma tomou medicação hormonal nos últimos 2 meses e estavam de dieta.

Os sujeitos foram randomizados em 4 grupos: a) metformina 850mg 2 vezes ao dia/mês, 9 sujeitos; b) programa de modificação do estilo de vida mais placebo por

3 vezes ao dia/mês, 11 sujeitos; c) modificação do estilo de vida mais metformina 850mg 2 vezes por dia/mês, 9 sujeitos, e d) somente placebo 2 vezes ao dia/mês, 9 sujeitos. Todas tinham um suprimento mensal e voltavam a cada mês para visita.

O Programa de Modificação do Estilo de Vida consistia em: dieta registrada e atividade física. Todas as participantes eram providas de um plano de dieta balanceada individual, com alimentação regular, calculada para 500 a 1000 calorias/dia. A composição nutricional era dividida em 50% de carboidratos, 20% proteína e 23% de gordura. O consumo de alimentos com baixo índice glicêmico também era encorajado. O programa de exercícios físicos era individualizado também e recomendado para se alcançar 150 minutos de exercícios por semana.

Hoeger et al. (2004) tiveram, como resultado, uma taxa de abandono de 39%, sendo que a maioria ocorreu nas primeiras vinte e quatro semanas. O IMC médio foi de 39, sendo que a redução de peso foi modesta em todos os grupos, com uma redução mais significativa no grupo C (metformina e modificação do estilo de vida). Segundo os autores, um dos aspectos mais difíceis na experiência envolvendo a participação na perda de peso é a questão da adesão e do abandono. Dos 39% de abandono, a maioria, 24% ocorreu nas primeiras dezesseis semanas. Destes, 15% citaram os efeitos adversos da medicação como razão para o abandono e 16%, o tempo de comprometimento, sendo que, desses últimos, 20% era do grupo de modificação do estilo de vida (grupo b).

Os autores consideraram seus resultados provocativos, a despeito do tamanho da amostra. A perda de peso, tanto com modificação do estilo de vida, como com o uso da metformina, foi considerada um achado chave para o futuro, para a melhora da ovulação e perda de peso. Contudo, claramente ainda é preciso mais dados, a longo prazo, do uso de metformina, tanto na reprodução, quanto no metabolismo, para dar mais popularidade em seu uso na SOP.

Mas, a chave metodológica, lançada por esse estudo para uma experiência de larga escala de intervenção do estilo de vida, inclui a minimização do abandono precoce da intervenção no estilo de vida, uma vez que a redução de peso pode

representar a função mais importante na restauração da ovulação em portadoras de SOP obesas.

A importância e a ênfase na obesidade estão presentes em todos os artigos levantados que abordam o estilo de vida na SOP, assim como a importância da perda de peso, conforme pode ser visto a seguir.

Kee et al. (2006) enfatizam que mudanças no estilo de vida, particularmente perda de peso, é o tratamento mais efetivo para portadoras obesas. Pasquali e Gambineri (2006) também atentam que a importância da obesidade na patogenia da SOP é enfatizada pela eficiência da intervenção no estilo de vida e perda de peso, não somente em alterações metabólicas, mas, também, no hiperandrogenismo, ovulação e fertilidade.

Segundo Pasquali e Gambineri (2006), o aumento da obesidade entre adolescentes e jovens adultas com SOP, pode depender, em parte, do aumento da epidemia mundial da obesidade, ainda que esta hipótese deva ser sustentada por exames prospectivos epidemiológicos em longo prazo. A esse respeito, atentam para a grande relevância para a medicina preventiva e enfatizam que tal análise oferece a oportunidade de expandir o nosso conhecimento, ainda limitado, da genética e influência ambiental que favorecem o desenvolvimento da SOP.

Seguindo a mesma linha, Stankiewicz e Norman (2006) apontam que modificações no estilo de vida é a intervenção fundamental na SOP. Segundo eles, qualquer intervenção direcionada à redução da obesidade central, não apenas melhorará a qualidade de vida, mas, também, corrigirá a hiperinsulemia, melhorará a fertilidade e os perfis lipídicos e androgênicos.

Moran et al. (2006), assim como os demais autores acima, relatam que, em função da obesidade, obesidade central e resistência à insulina estarem fortemente implicados na SOP, dietas de perda de peso são recomendadas como estratégias primárias de tratamento.

No entanto, tais autores apontam que ainda são desconhecidos os meios efetivos para se alcançar e manter a perda de peso e a melhora reprodutiva e metabólica. Moran et al. (2006) relatam que mesmo que programas de modificação de estilo de vida, com ênfase na atividade comportamental, dieta e exercícios, venham obtendo sucesso inicial nos resultados de fertilidade da SOP, assim como na redução do risco de diabetes e síndrome metabólica (SM) da população geral, há uma escassez na literatura de programas efetivos de dietas e exercícios, enfatizando que a construção de aconselhamentos para a aplicação de programa de modificação de estilo de vida precisa ser avaliada para a população SOP.

Essah e Nestler (2006) também enfatizam que mudanças no estilo de vida têm provado benefícios e terapia farmacológica com agentes sensibilizadores de insulina tem potencial benéfico no tratamento da SM em portadoras de SOP.

Sheehan (2006) também ressalta a importância da modificação do estilo de vida, enfatizando seu impacto positivo na saúde a longo prazo.

Moran e Norman (2004) colocam que exercícios físicos e mudanças no estilo de vida são essenciais para alterar os efeitos da SOP a curto e longo prazo. Focam na dieta baixa em gordura e alta em carboidrato, para que, dessa forma, a sensibilidade à insulina melhore. Além disso, essa dieta ajuda na perda de peso e redução dos sintomas metabólicos e reprodutivos e, a longo prazo, ajuda a manter o peso reduzido.

Contudo, parece não haver um consenso a respeito do alto consumo de carboidratos, uma vez que como foi apontado anteriormente, Douglas et al. (2006) concluíram que a redução do consumo de carboidrato reduz a concentração de insulina.

Assim mesmo, Moran e Norman (2004) apontam que tem havido um interesse recente na comunidade científica em adotar um protocolo em que há um aumento moderado na dieta de proteína para melhorar a perda de peso e os sintomas da SOP.

Outro fator que vem sendo discutido, segundo eles, é o índice glicêmico da dieta, para promover a saciedade e reduzir os fatores metabólicos de risco para a diabetes melitus tipo 2 e doença cardiovascular. Enfatizam, também, que é vital que a eficácia dessas estratégias seja avaliada, de modo que o aconselhamento dietético e médico seja preciso e possa ser dado tanto para as portadoras, quanto para o cuidado à saúde da comunidade geral.

Para Pasquali e Gambineri (2004), as portadoras de SOP com obesidade e resistência à insulina (RI) são os principais alvos para intervenções no estilo de vida, como, por exemplo, mudanças nos hábitos alimentares e aumento da atividade física. Como outros autores (Setji e Brown, 2007; Kee et al., 2006; Moran et. al, 2006; Hoeger, 2004 e 2006), perda de peso representa atenção primária no tratamento da SOP, principalmente para portadoras obesas, posto que melhora significativamente anormalidades hormonais e metabólicas, podendo favorecer a ovulação espontânea e, assim, melhorar a taxa de fertilidade na maioria das pacientes. Segundo eles, apoio farmacológico individualizado, dirigido a favorecer a perda de peso, assim como mantê-lo, e a melhora da RI, podem representar uma função complementar na intervenção do estilo de vida, apesar desses autores não terem encontrado uma diferença significativa na intervenção do estilo de vida, com ou sem fármaco, no caso, metformina.

Norman e Stankiewicz (2004) também alertam sobre a importância de mudanças no estilo de vida. Além disso, adicionar agentes sensibilizadores de insulina (metformina) pode ser valioso em circunstâncias como na infertilidade anovulatória.

Outro ponto de vista, que vai de encontro ao que vem sendo apresentado até aqui, é o sobre a etiologia da SOP. Até o momento, o estilo de vida veio sendo discutido como um importante fator de tratamento. Contudo, Norman et al. (2004), enfatizam que, pelo fato da SOP ser indeterminada, sua etiologia pode incluir aspectos genéticos e ambientais, incluindo fatores de estilo de vida tais como redução de atividade física e alto consumo calórico na dieta. Colocam o estilo de vida, dessa forma, como fator etiológico.

No trabalho de Norman et al. (2004), a ênfase dada ao estilo de vida é como sendo um fator desencadeante da síndrome. Tais autores apontam, também, que as causas genéticas estão mal determinadas até o momento, mas podem incluir genes relacionados com a secreção de insulina, com a função de recepção da insulina, com a esteroidogênese ovariana e com a secreção de reguladores da função ovariana.

Nessa mesma vertente, Balen (2004) aponta que influências ambientais, tais como a nutrição e o estilo de vida, promovem influências na expressão da síndrome.

Os ciclos menstruais e as taxas de fertilidade são afetados negativamente pela RI, hiperinsulimínia e obesidade. Kovacs (2006) entende que o cuidado precoce com o controle de peso melhora muitos aspectos da SOP. Os ciclos se tornam mais regulares, os níveis de andrógeno são reduzidos, melhora o metabolismo da gordura e glicose e a gravidez espontânea pode ser seguida.

Para esse mesmo autor, também é bem entendido que em pacientes obesas que não atingem um IMC normal, a redução de peso, mesmo sendo pequena, traz benefícios clínicos. Segundo Kovacs (2006) isto ocorre porque a gordura visceral é metabolizada mais ativamente e a perda de peso de pequeno percentual é associada com uma perda significativa de gordura visceral. Dessa forma, assim como os demais, o autor recomenda o cuidado com o peso através de alimentação e exercícios para todas as portadoras com sobrepeso.

Kovacs (2006) também aponta que a folicugênese pode ser restaurada por diversas drogas, mas o tratamento medicamentoso terá um efeito reprodutivo mais rápido com a modificação do estilo de vida.

Segundo Huber-Buchholz (1999), diversos estudos têm mostrado que uma redução aguda de peso, induzida por meio de dietas de baixa caloria, melhora o hiperandrogenismo, resistência à insulina (RI) e função menstrual. Contudo, a perda de peso raramente é mantida. Esses autores têm mostrado recentemente que alteração na dieta, combinada a exercícios físicos, leva à ovulação dentro de semanas, com restauração, a longo prazo, do potencial reprodutivo, com

sustentação da perda de peso. Enfatizam que, surpreendentemente, isso ocorre com uma perda de peso mínima.

Huber-Buchholz et al. (1999) tiveram como objetivo estudar o relacionamento entre sensibilidade à insulina, LH e padrões ovulatórios, depois da modificação do estilo de vida, em 18 portadoras de SOP, obesas inférteis, que estavam tentando engravidar ou restaurar a regularidade menstrual. A hipótese examinada era de que mudanças no padrão de exercícios e alimentação consciente em mulheres anovulatórias obesas levam a uma melhora na sensibilidade à insulina, resultando numa diminuição dos níveis de LH, e conseqüente elevação das taxas de ovulação e gravidez.

Foram comparados com 10 portadoras de SOP com peso normal e ovulação regular. Do total de participantes, 15 anovulatórias e 6 controles, completaram o estudo.

O programa que tais autores desenvolveram, propôs trabalhar fatores de estilo de vida saudáveis de dieta equilibrada e programa de exercícios, mas não levou a uma rápida perda de peso. Todas as participantes foram avaliadas individualmente e aconselhadas a respeito de dietas e exercícios, tendo recebido apoio durante 6 meses.

Os resultados encontrados mostraram que não existe diferença estatística significativa entre as participantes anovulatórias e ovulatórias. Das participantes anovulatórias, 9 responderam ao programa com ovulação regular e duas ficaram grávidas. As ovulatórias continuaram ovulando regularmente durante o estudo, mas nenhuma ficou grávida. A perda de peso entre o início e final do programa foi de 2 a 5% do peso inicial.

Tais autores concluíram que, ao usar um programa de modificação do estilo de vida que cause uma perda de peso realista, os sujeitos são capazes de sustentar uma melhora no metabolismo do carboidrato durante um período de 6 meses e, por conseguinte, melhorar suas chances de gravidez. Isto porque, sem a rápida perda de peso, há uma redução da gordura central e melhora da sensibilidade à

insulina, que restaura a ovulação das portadoras obesas e inférteis de SOP. Huber-Buchholz et al. (1999) também enfatizam que a modificação do estilo de vida é o melhor cuidado inicial para mulheres obesas que visam melhorar sua função reprodutiva.

Norman et al. (2002), em seu artigo de revisão, também abordam a questão da modificação do estilo de vida na Síndrome dos Ovários Policísticos. Esse artigo teve como objetivo verificar, na literatura disponível, quais são os efeitos da alteração de fatores de estilo de vida, tais como: uso de tabaco, dieta, atividades físicas e atitudes psicológicas na SOP.

Segundo esses autores, em relação aos estressores psicossociais, muitos estudos têm mostrado que portadoras de SOP têm maiores níveis de estresse e uma auto-imagem mais negativa que o grupo controle. O uso do tabaco também traz implicações negativas para SOP, uma vez que o fumo é o maior fator de risco para a subfertilidade feminina, expressa como tempo de gravidez, parto prematuro e baixo peso. Em geral, não há preocupações com as implicações do tabaco a longo prazo. O foco está nas implicações psicológicas do fumo, tais como auto-estima, controle do peso e conforto.

Em relação ao consumo de álcool, Norman et al. (2002) apontam que os efeitos do baixo consumo ainda são inconsistentes. Além disso, segundo os autores, alguns trabalhos recentes examinaram que o consumo alcoólico moderado melhora a sensibilidade à insulina, sendo que as portadoras de SOP constituem um grupo em que o consumo moderado pode ser benéfico. Os autores colocam que tais alterações são cruciais no tratamento, a longo prazo, da síndrome. Exercícios físicos e mudança no estilo de vida são fundamentais para alterar os efeitos da SOP a curto e longo prazo. Contudo, as implicações do estilo de vida na SOP ainda estão em discussão, segundo Norman et al. (2002).

De acordo com esses autores, modificação dos fatores ambientais, como um precursor para a intervenção farmacológica, é uma opção fundamental de tratamento. Os efeitos metabólicos da perda de peso nas manifestações clínicas e bioquímicas da SOP já são bem documentados pela literatura. Clinicamente

melhora o ciclo menstrual, a infertilidade e o hirsutismo. Portanto, esses autores colocam que a perda de peso, através da modificação no estilo de vida, deve ser o primeiro tratamento alvo para a SOP, com a intervenção medicamentosa como uma opção adicional.

Para Norman et al. (2002), o estilo de vida adotado quanto à alimentação, recomendado para portadoras de SOP, consiste em baixo consumo de calorias, consumo de proteína moderado, alto consumo de carboidrato, aumento de consumo de fibras, grãos, pães, cereais, frutas e vegetais, o que reduz a taxa de morbidade e melhora a sensibilidade à insulina, que são princípios consistentes com o NIH, assim como a diminuição do uso de cafeína e tabaco e os benefícios das atividades físicas, que aumentam a sensibilidade da insulina.

Enfatizam também a atenção ao ajustamento psicológico envolvido no processo de alteração do estilo de vida, relatando que qualquer programa de modificação de estilo de vida deve se dirigir para a psicoterapia comportamental e melhor compreender o fundo psicológico das portadoras de SOP, sendo que um ambiente grupal providencia suporte e pode facilitar a implementação das mudanças no estilo de vida.

Para esses autores, modificação do estilo de vida é o melhor manejo inicial para mulheres obesas que procuram melhorar a função reprodutiva e metabólica e deve ser o principal tratamento para as portadoras de SOP com sobrepeso. Exercícios moderados, redução do fumo, modificação da dieta e redução dos estressores psicossociais são os princípios da modificação do estilo de vida. Contudo, os autores não dizem quais são esses estressores psicossociais.

O programa de modificação do estilo de vida sugerido por Norman et al. (2002) é composto da seguinte forma:

- * exercícios moderados (≥ 30 min/dia)
- * modificação da dieta ($\leq 30\%$ de gordura/dia, diminuição da gordura saturada e transaturada e da glicose, aumento de fibras e gorduras polissaturadas)
- * para perda de peso – 500 a 1000 kcal/dia
- * redução dos estressores psicossociais

- * parar de fumar
- * consumo moderado de álcool
- * consumo moderado de cafeína
- * interação e intervenção grupal para providenciar o suporte e a assistência na implementação das mudanças.

O artigo de Norman et al. (2002) foi o único que mais detalhou o Programa de Modificação do Estilo de Vida e que levou em consideração, apesar de que de forma limitada, aspectos psicológicos da SOP.

No entanto, o trabalho de Norman et al. (2002), mesmo sendo muito importante, uma vez que enfatiza a importância do estilo de vida no tratamento da SOP, ampliando a visão farmacológica e médica, que tão frequentemente é encontrada, enfatiza apenas a modificação comportamental do estilo de vida, restringindo-se a este aspecto. Cita as repercussões psicológicas da SOP de maneira muito superficial, propondo-se a uma atuação mais voltada para o comportamento. Dessa forma, a contribuição do aspecto psicológico envolvido na síndrome não é tão contribuidora, uma vez que enfoca apenas a dimensão comportamental. Não menciona quais intervenções psicológicas foram feitas.

Pudemos observar uma falha que compromete todos os trabalhos que pretendem modificar o estilo de vida de portadoras de SOP. Em primeiro lugar, porque nenhum deles define conceitualmente o que entendem por estilo de vida, deixando subentendido que o referencial adotado pela medicina é o de interferir em qualquer aspecto que atrapalhe, ou interfira negativamente na saúde do indivíduo. Esta é uma concepção imediatista, que segue o mesmo raciocínio da atuação medicamentosa. Em segundo lugar, é totalmente parcial.

A ênfase é dada em mudanças comportamentais, sendo que a intervenção ocorre em dois níveis: modificação alimentar e introdução de atividades físicas. Contudo, a introdução de hábitos, novos comportamentos, não leva em consideração os aspectos psicológicos. Nos trabalhos que apontam tal dimensão, a visão do psicológico parece ser mecanicista, como um remédio a ser tomado.

3.1.2. SOP e Qualidade de vida

Jones et al. (2002), em artigo de revisão, propõem-se a procurar por literatura científica que avalie a qualidade de vida em mulheres em idade reprodutiva com patologias ginecológicas crônicas benignas, tais como: endometriose, menorrágia, síndrome dos ovários policísticos e dor pélvica crônica. O objetivo foi identificar o impacto desses sintomas e de seus respectivos tratamentos na qualidade de vida de suas portadoras e informar os tipos e as propriedades psicométricas dos instrumentos que foram analisados. Para tanto, foi feito um extenso levantamento bibliográfico a partir do uso de seis indexadores conceituados. Esse levantamento obteve um total de 1715 publicações, sendo que muitas foram descartadas por não se enquadrarem nos critérios de inclusão proposto, restando apenas 43.

Como esses autores discorreram sobre diversas patologias ginecológicas benignas e crônicas e como afetam a qualidade de vida de suas portadoras, focando-se nos instrumentos que a avaliam, não se propuseram a definir os critérios diagnósticos que envolviam tais doenças.

De forma geral, Jones et al. (2002) revelaram que 26% das ferramentas utilizadas para avaliar a qualidade de vida não são baseadas na estabilidade e propriedades psicométricas, sendo, por conseguinte, inapropriados para avaliar a qualidade de vida. A análise feita desses instrumentos seguiu duas linhas: uma que avaliou o impacto dos sintomas na qualidade de vida das portadoras e outra que avaliou o impacto da intervenção terapêutica na perspectiva das pacientes.

Com relação à Síndrome dos Ovários Policísticos, 14 artigos foram encontrados, sendo que apenas um deles avaliava especificamente a SOP; os outros eram genéricos. O questionário específico de SOP, segundo os autores, engloba as seguintes áreas: emocional, pêlos no corpo, peso, infertilidade e problemas menstruais. Sua elaboração foi baseada na literatura de revisão, em exames de saúde e em entrevistas com 10 portadoras de SOP. De acordo com a avaliação que Jones et al. (2002) fizeram, apenas o conteúdo de validade desse instrumento foi estabelecido.

Segundo esses autores, é um instrumento sensível aos sintomas da SOP. A vantagem é que engloba a questão dos pêlos e do peso na qualidade de vida, que são domínios muito importantes e não são identificados em questionários genéricos. Por exemplo, mede o impacto negativo do excesso de pêlos na sexualidade das portadoras, que se sentem “menos sexy”, “constrangidas”, “frustradas”, por conta disso. No que se refere ao bem-estar emocional, a infertilidade, os problemas menstruais e a dificuldade de perder peso, foram os domínios encontrados que mais afetam a qualidade de vida na SOP.

Os autores avaliaram todos os instrumentos encontrados, que não foram relatados aqui, uma vez que fugiria do objetivo proposto. Relatam que o mais eficaz para a avaliação da qualidade de vida é o uso de mais de um tipo de inventário. Idealmente, um genérico e um específico, para que a comparação entre ambos possa ser feita. Pontuam que na revisão que fizeram apenas dois estudos fizeram isso.

Salientam também que mais estudos de “*follow-up*”, a longo prazo, que avaliem os resultados dos tratamentos na qualidade de vida, são necessários. Um dos mais importantes achados dessa revisão é a pouca quantidade de estudos que se referem às patologias ginecológicas comuns. Pontuam que, até o momento em que foi publicada, não havia sido feita nenhuma revisão sistemática dos instrumentos que avaliem tais condições.

Apesar do referido questionário não assumir todas as capacidades psicométricas, mostrou-se, segundo os autores, um instrumento muito rico e sensível aos sintomas. Tal questionário é citado em outros artigos (Trent et al. 2002 e 2003, Coffey et al., 2006), mas não com o olhar crítico e de avaliação.

O artigo de Jones et al. (2002) evidencia a importância e relevância de estudos que visam estudar o impacto das doenças ginecológicas crônicas comuns na qualidade de vida de suas portadoras, incluindo aí a SOP. Colocam como são poucos os estudos que se propõem a isso, uma vez que a ênfase é dada às doenças ginecológicas malignas. É um trabalho muito rico, que cumpre o que se propõe a estudar e que traz contribuições muito ricas sobre o impacto da SOP na

qualidade de vida de suas portadoras. Abriu margem para muitas reflexões de como, por exemplo, incorporar a dimensão psicológica no tratamento da SOP para minimizar o impacto que ela traz na qualidade de vida. Contudo, o referido questionário ainda não foi validado para a população brasileira.

Trent et al. (2002) propõem-se a avaliar a qualidade de vida de adolescentes portadoras de SOP, em comparação com adolescentes saudáveis, para determinar se a percepção dos sintomas clínicos afetam a qualidade de vida delas. Teve-se o cuidado de ambas as amostras apresentarem características semelhantes quanto à raça, etnia, idade, *status* social. O instrumento utilizado foi o “Child Health Questionnaire-Child Self-Report Form”.

Segundo os autores, esse estudo demonstrou que as adolescentes com SOP têm uma tendência a escores mais baixos na sub-escala de saúde mental, sendo que a diferença foi marginalmente significativa. Apresentaram escores, no questionário de qualidade de vida, mais baixo de percepção geral da saúde, funcionamento físico, comportamento e atividades familiares em comparação ao grupo controle.

Trent et al. (2002) concluíram que a síndrome dos ovários policísticos e a percepção da severidade da doença afetam negativamente a qualidade de vida das adolescentes. Seu estudo sugere que é necessário o desenvolvimento de intervenções para reduzir o sofrimento que portadoras de SOP têm que enfrentar como adolescentes e jovens adultas.

O artigo de Trent et al. (2002) contém uma falha. Como não apresenta o critério diagnóstico que subsidiou o trabalho e a adolescência é uma fase de início da menarca, em que os ciclos menstruais estão começando a se regularizar e a presença de acne é comum, como esses autores podem dizer que as participantes de seu estudo são realmente portadoras da síndrome?

É relevante observar, inclusive, como colocado acima na questão diagnóstica da SOP, que nada foi explicitado sobre o período da adolescência e os critérios diagnósticos que subsidiam essa fase, o que aponta sobre uma grande lacuna da

área médica, que interfere negativamente na qualidade das pesquisas em outras áreas que se propõem a estudar o tema.

Trent et al. (2003), em outro artigo, tiveram como objetivo examinar a preocupação com a fertilidade e o comportamento sexual de adolescentes com SOP, atendidas em um hospital urbano base, em comparação com saudáveis, determinar se a severidade clínica é percebida e associada com o aumento da preocupação com esses dois aspectos e determinar se a preocupação com a fertilidade é associada com a redução na qualidade de vida. Para tanto, os autores utilizaram-se da mesma metodologia do estudo anterior, que foi apresentado acima.

Esse estudo demonstrou que adolescentes com SOP têm menos atividade sexual, mas são mais preocupadas com a fertilidade em relação ao grupo controle. Essa preocupação reduz a qualidade de vida que, segundo os autores, foi avaliada por um questionário validado. Aponta que, no cuidado de adolescentes com SOP, os clínicos não devem se preocupar apenas com as características clínicas da SOP, mas, também, com o futuro e conseqüências da síndrome, que contribuem potencialmente na redução da qualidade de vida nessas mulheres.

Assim como foi apontado no estudo anterior desses autores, a falha em relação ao subsídio diagnóstico da SOP manteve-se.

Carvalho (2004) utiliza de uma personagem fictícia, a qual chama de Duda, para abordar algumas questões referentes ao diagnóstico da SOP e suas manifestações clínicas, suas complicações, assim como trazer informações sobre os tratamentos, e a importância das mudanças de hábitos para a melhora do quadro clínico da síndrome. É um trabalho inovador, que traz uma contribuição muito importante para o leitor leigo se familiarizar com a SOP, uma vez que coloca seus fundamentos fisiológicos. É uma iniciativa muito rica e interessante, ainda mais para a literatura brasileira que tem poucos trabalhos que abordam o tema, de forma mais acessível. No entanto, esse trabalho apresenta uma limitação para os mais interessados no assunto que queiram se aprofundar, uma vez que cita diversas pesquisas, sem fazer a referência das fontes bibliográficas dos dados

apresentados. Mesmo que seja um livro voltado para a população leiga, as referências são muito importantes para situar o leitor de onde foram tiradas.

Com relação à avaliação da qualidade de vida proposta pelo artigos levantados, em geral a mesma foi feita e os resultados encontrados foram semelhantes, mensurados por diferentes instrumentos. Contudo, não apontam dicas de como melhorá-la.

Apesar da grande falha que apresenta, o estudo de Trent et al. (2002) aponta que é necessário o desenvolvimento de intervenções que reduzam o sofrimento de pacientes com SOP. Abre margem para reflexão sobre o quanto a SOP interfere na qualidade de vida de suas portadoras e da necessidade de se pesquisar formas de se manejar isso, como pode ser notado no seguinte trecho: *“(...) a SOP tem um efeito significativo na mulher adulta, resultando na diminuição da qualidade de vida, alterando a identidade feminina e causando disfunções no ambiente familiar e do trabalho.”* (p. 556).

Segundo esses autores, o Índice de Massa Corpórea (IMC) é o primeiro mediador na relação entre SOP e qualidade de vida nas adolescentes obesas com SOP e pode representar um modelo similar para outras portadoras de SOP.

Coffey et al. (2006) tiveram como objetivo examinar tanto portadoras de SOP com baixa qualidade de vida, assim como mulheres na população em geral e pacientes de outras condições médicas. Ambos os grupos completaram o SF-36 e o PCOQ.

A amostra foi composta por 22 mulheres com SOP e 96 com demais condições médicas.

Os resultados encontrados apontam que as portadoras de SOP marcaram pontos mais baixos em todo o PCOSQ. Quando comparado com outras doenças, tais como asma, epilepsia, diabetes, dor nas costas, artrite e doenças coronarianas, o grupo SOP apresenta índice físico de qualidade de vida igual, ou melhor; contudo, no índice psicológico, pior.

Concluíram, a partir disso, que a SOP tem um impacto negativo na qualidade de vida, mesmo em comparação com outras condições sérias de saúde. O que chama atenção neste fato é a diferenciação da avaliação da qualidade de vida a partir da dimensão psicológica, o que salienta ainda mais a presente pesquisa ao incluir a dimensão psicológica no mapeamento do estilo de vida. De acordo com Coffey et al. (2006), o instrumento PCOSQ é confiável e validado para uso clínico. Apresentou uma boa confiança interna, boa validade concomitante e boa validade de discriminação, atualizando, dessa forma, a avaliação realizada por Jones et. al (2002).

Aguierre, Benvenuto e Urrutia (2005) tiveram como objetivo conhecer de que maneira a SOP afeta a qualidade de vida das portadoras. Para tanto, realizaram uma revisão de literatura, que apontou que, ao se comparar a qualidade de vida de mulheres saudáveis com portadoras, as últimas apresentam comprometimento em diversos domínios estudados por instrumentos gerais.

Segundo as autoras, ao avaliar a qualidade de vida das portadoras com o instrumento específico, os domínios mais afetados foram: distúrbios menstruais e emocionais e pêlos corporais. Concluíram, através da revisão, que a SOP afeta qualidade de vida em diversas dimensões e que, portanto, a avaliação da qualidade de vida deve ser incluída na prática clínica.

As autoras apontam que a maior porcentagem de estudos encontrados corresponde a investigações realizadas em população norte americana, européia e muçumanas, sendo que o impacto na qualidade de vida é distinto, uma vez que o conceito não é independente das normas culturais. Enfatizam que o questionário específico deva ser validado para a população chilena.

A sexualidade vem sendo considerada tema importante na qualidade de vida. Nesse sentido, aspectos relacionados à saúde sexual, assim como a identificação de fatores que influenciam positiva ou negativamente a satisfação sexual de mulheres, passam a ser cada vez mais estudados.

Neste sentido, no que se refere às implicações na auto-estima e auto-imagem corporal, Paixão (2007) aponta que, em seu trabalho, a auto-estima não sofreu interferência das manifestações clínicas da síndrome. No entanto, segundo a autora, auto-imagem corporal foi prejudicada com freqüente sentimento de baixa atratividade, o que exerceu impacto negativo sobre o desejo sexual. Mesmo assim, a iniciação sexual, as formas de expressão da sexualidade, a intimidade comunicativa com o parceiro e a satisfação sexual não foram influenciadas pela síndrome.

Paixão (2007) também observou que a ausência de menstruação exerceu impacto sobre o interesse sexual não vinculado às atividades com o parceiro – aumentou a freqüência masturbatória, sendo que a obesidade e hirsutismo não interferiram no comportamento sexual e que a terapêutica hormonal não demonstrou influência no ciclo da resposta sexual.

3.1.3. Aspectos psicológicos da SOP

Ferreira et al. (2006) realizaram uma revisão de literatura que tinha por objetivo enfatizar os transtornos mentais de ordem psíquica que freqüentemente acompanham a SOP, em relação a seus aspectos etiopatogênicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos.

Segundo esses autores, as manifestações clínicas como o hirsutismo, alterações menstruais, infertilidade e obesidade, afetam a auto-estima das portadoras, trazendo, como conseqüência, insegurança, além de levar à alterações psíquicas importantes, como ansiedade e depressão.

Para Ferreira et al (2006), é muito difícil diferenciar se os transtornos psíquicos em portadoras de SOP são conseqüentes do nível crônico e aumentado de androgênios, que atua em nível cerebral, alterando a neurotransmissão ou se são decorrentes do processo reacional aos sintomas (hirsutismo, irregularidade menstrual, infertilidade e obesidade). Para os autores, há, provavelmente, a influência de ambos os mecanismos.

Na revisão de literatura que realizaram, em relação ao efeito dos androgênios, encontraram trabalhos que têm admitido que os androgênios alteram a forma e/ou número dos receptores de neurotransmissores que acabam alterando sua sensibilidade, provocando, assim, distúrbios de humor.

Segundo Ferreira et al. (2006), sabe-se que os androgênios têm ações diferentes sobre o cérebro e comportamento, sendo que sua exposição pré-natal ou pós-natal precoce, provoca alterações permanentes, o que já não ocorre na puberdade, embora, nessa fase, os androgênios possam produzir efeitos fisiológicos prolongados, que irão influenciar o comportamento.

Dentre os trabalhos que enfatizam o papel do androgênio no humor, Ferreira et al. (2006) cita Weiner et al. (2004) que se propõem a comparar o humor negativo de portadoras de SOP com grupo controle, controlando o IMC, uma vez que a obesidade e o sobrepeso poderiam influenciar o estado de humor. Dessa forma, analisaram a depressão, a raiva, a ansiedade e a agressividade em ambos os grupos, comparando os escores individuais aos valores hormonais.

Os resultados encontrados por Weiner et al. (2004) indicaram que o grupo de portadoras de SOP tinha mais depressão, seja aguda ou de longa permanência, mesmo quando verificada a variância relacionada à sintomatologia física, tendo ocorrido o mesmo com estado de humor (hostilidade, ansiedade aguda e de longa duração). Tais autores observaram uma relação curvilínea entre a TI e afeto negativo nos grupos, sendo que os escores mais altos da escala de humor negativo estavam associados a níveis de TI superiores ao limite normal. A explicação que deram a esse fato é a de que ocorreriam ajustes no número de receptores ou nos níveis de outros neurotransmissores.

A metodologia usada por Weiner et al. (2004) permitiu supor que a diferença de humor negativa, em diferentes níveis de TI, não era devida às alterações sintomáticas da SOP. Isso porque, se fossem, não seria esperado que a depressão variasse com intensidades clinicamente semelhantes de sintomas físicos.

Segundo Ferreira et al. (2006), estudos como de Weiner et al. (2004) permitem separar o efeito hormonal do impacto sintomático da SOP sobre os transtornos psíquicos.

A outra possibilidade apontada por Ferreira et al. (2006) seria a de que os transtornos psíquicos da SOP são decorrentes dos vários sintomas da síndrome, os quais gerariam uma carga emocional significativa ao influenciar na identidade feminina e no comportamento das portadoras.

Segundo esses autores, as implicações sintomáticas da SOP causariam distúrbios emocionais, por serem frequentemente manifestadas numa faixa etária em que se ter um companheiro, uma vida sexual e casar são muito importantes. Nesse sentido, os sintomas mais perturbadores são: hirsutismo, irregularidade menstrual e infertilidade, o que, segundo Ferreira et al (2006), levaria as mulheres a expressar menos feminilidade.

A respeito do impacto dos sintomas no psiquismo das portadoras, Ferreira et al. (2006) citam o trabalho de Eisenbruch et al. (2003), por este ter revelado o impacto dos sintomas da SOP no bem-estar psicossocial e emocional das portadoras.

Eisenbruch et al. (2003) avaliaram os distúrbios psíquicos através da versão alemã do SCL-90R, instrumento que quantifica alterações psicológicas em vários domínios: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, agressividade, fobia paranóide e psicotismo. Segundo os autores, os resultados encontrados revelaram que portadoras de SOP tinham alterações obsessivo-compulsivas mais significativas, assim como sensibilidade interpessoal, depressão, agressividade e psicotismo, em comparação ao grupo controle. Os autores apontam também que mesmo controlando a obesidade, não houve diferenças entre os grupos.

O estudo de Eisenbruch et al. (2003) concluiu que a sintomatologia da SOP parece ter um efeito considerável em relação ao aparecimento das alterações

psíquicas, comprometendo a qualidade de vida das portadoras, de forma a merecer mais atenção tanto na prática médica, como em pesquisas clínicas.

Moreira, Cornick e Halbe (1985), apesar de se tratar de um estudo antigo, levanta pontos de reflexão acerca do impacto do hirsutismo em portadoras de SOP, através da interpretação psicológica. Tiveram como objetivo estudar a dinâmica psicológica de pacientes hirsutas portadoras de ovários policísticos; para tanto, estudaram 11 pacientes hirsutas, entre 17 e 29 anos, que apresentavam o hirsutismo como queixa secundária. A primeira era a irregularidade menstrual.

O método utilizado foi entrevista psicológica, com enfoque na vida pregressa e atual. Abordava dados demográficos, história religiosa, familiar, acadêmica, profissional, social, de saúde, conjugal e sexual; e o Teste de Relações Objetivas (ORT), com o objetivo de se conhecer a dinâmica interna das pacientes.

Os resultados encontrados por Moreira et al. (1983) sugerem forte expectativa pessoal e familiar, educação excessivamente severa e repressiva, figura materna dominante e desejo de maternidade, assim como conflito sexual entre o desejo que sentem e a culpa por medos e preconceitos. Os dados do ORT corroboraram com a entrevista, uma vez que as relações objetivas eram percebidas como insatisfatórias em todas.

Os autores discutem que a educação severa pode ser característica dessa geração e as pacientes desse estudo, devido a sua passividade, não conseguem abandonar isso, com medo da perda do objeto de amor. Colocam que o ORT mostrou que as pacientes apresentavam relação insatisfatória e percepção indefinida da doença, tendo um prognóstico bastante pobre, uma vez que se utilizavam a submissão, negação e evasão como fuga psicológica. Apenas duas estabeleceram vínculo terapêutico e aceitaram ajuda.

Segundo os autores, a figura feminina é sempre vista de forma submissa, mesmo que insatisfeita com essa condição. A masculina por sua vez, é vista com aspectos dominadores, protetores e atuantes, sendo que a posição desejada, que é de atuação, liberdade, é projetada na figura masculina. A posição adotada de

submissão, passividade, é projetada na figura feminina. De acordo com Moreira et al. (1983), tal projeção é o que estaria gerando um conflito intrapsíquico, que poderia estar sendo manifestado pelo hirsutismo.

Apesar de ser um artigo antigo, algumas questões chamaram a atenção. O título apresenta que as pacientes do estudo são portadoras de ovários policísticos, enquanto que o resumo e os descritores que buscam o artigo apresentam como SOP. Dessa forma, deixa em aberto a questão da metodologia diagnóstica da SOP que está sendo aqui discutida. Afinal, qual o diagnóstico das pacientes desse estudo?

Um outro dado que também chamou muito a atenção foi o instrumento utilizado. Pode-se dizer que é um artigo antigo e, na época em que foi escrito, não havia tanta preocupação como hoje em relação às qualidades psicométricas dos instrumentos, mas podemos refletir acerca da credibilidade do ORT e os resultados encontrados.

Apesar disso, Moreira et al. (1983) já apresentavam dados que seriam reforçados com o tempo, como os encontrados por Kitzinger e Willmott (2002) e Jones et al. (2002), no que se refere à insatisfação consigo mesma e o relacionamento sexual conflitivo em função dos sintomas causados pela SOP.

A pesquisa de Kitzinger e Willmott (2002) teve como objetivo, a partir de uma perspectiva feminista, explorar as experiências das mulheres com SOP e investigar de que forma as portadoras negociam suas identidades como mulheres. Utilizaram entrevista semi-estruturada com 30 mulheres com esse diagnóstico. O acesso a essas pacientes deu-se através de um grupo de apoio às mulheres com esse diagnóstico. De acordo com as autoras, foi evidente que a SOP tem um grande significado no dia-a-dia da maioria das participantes, por conta de seus sintomas. As experiências dessas mulheres eram de ser “esquisitas” em função de seus sintomas, uma vez que não se enquadravam aos conformes adequados do ser mulher ou de feminilidade.

A experiência de ser “esquisita” apareceu em todos os temas de análise: presença de pêlos no corpo e rosto, irregularidade menstrual e infertilidade, refletindo o quanto as portadoras sentem-se diferentes e fora do normal, especialmente da feminilidade normal.

Segundo as autoras, a pesquisa indica que as portadoras de SOP são desafiadas em suas percepções de si mesmas como “femininas” e como “mulher”. De acordo com as autoras, “ser mulher” é um construto social precário, uma vez que muitas mulheres se acham inadequadas. Ressalta que esse sentimento não se restringe às portadoras. Muitas mulheres tornam-se apegadas a regimes para retirar os pêlos, perder peso e fazer exercícios, uma vez que tudo isso mantém o significado de que elas podem manter ou recuperar a feminilidade.

Quando as autoras colocam essas questões como uma “prescrição” cultural, parecem estar mais presas ao preconceito em ser feminina e vaidosa com a aparência física, do que com a questão da saúde.

Segundo Himelein e Thatcher (2006), as características comuns da SOP, incluindo hiperandrogenismo, disfunção ovariana e obesidade, podem ser altamente estressantes. Os autores comparam 40 portadoras de SOP com mulheres com infertilidade, mas sem SOP, e mulheres sem ambos e mediram a depressão e a imagem corporal.

Segundo eles, portadoras de SOP relataram escores de depressão e insatisfação corporal mais altos, em comparação com os outros grupos.

Para Himelein e Thatcher (2006), a imagem corporal é altamente associada com depressão em geral. Mesmo depois de controlarem a massa corporal entre as portadoras de SOP, as medidas da insatisfação corporal esclarecem 66% da variância na depressão, o que, segundo eles, sugere uma busca por esclarecimentos quanto ao link entre depressão e SOP. Para isso, deve-se considerar um modelo potencial de variáveis psicossociais.

Nos outros trabalhos aqui discutidos, está clara a questão alimentar e de atividades físicas como fatores importantíssimos não apenas para a questão da auto-imagem, mas pela saúde em geral, tanto para a melhora dos sintomas da SOP, quanto das complicações, a longo prazo, que a síndrome pode trazer. Como mencionado anteriormente, segundo Norman et al. (2002), as portadoras de SOP têm um risco maior de desenvolver diabetes tipo II. Também têm a tendência de acumular gordura abdominal, que está intimamente relacionada com a resistência à insulina.

Portanto, de acordo com esses autores, intervenções que reduzam esse padrão podem beneficiar a SOP. A esse respeito, Carvalho (2004) aponta que a redução de peso acarreta melhora da resistência à insulina e conseqüentemente regula os níveis de insulina no sangue. Esse controle, por sua vez, leva ao controle dos níveis de andrógenos circulantes, melhorando assim os sintomas decorrentes do hiperandrogenismo, como o excesso de pêlos, por exemplo.

Poucos foram os trabalhos encontrados que abordam os aspectos psicológicos envolvidos na SOP. Os artigos parecem difusos tendo pouca relação uns com os outros. Contudo, a partir de todos eles, pudemos perceber o quanto o estudo das implicações psicológicas da síndrome é escasso. Alguns trabalhos abordavam muito superficialmente essa questão, outros por sua vez, mal abordavam, o que denota a relevância de produções brasileiras nesta área.

Neste sentido, saindo da área médica e entrando na psicológica propriamente dita, dois trabalhos merecem atenção.

Yoshikawa (2002), em sua dissertação de mestrado, estuda as produções de *Sandplay*¹ de mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos e a relação com o mundo feminino. A autora acompanhou e analisou os processos de três mulheres com idades entre 18 e 26 anos, que tinham o diagnóstico da síndrome.

¹ *Sandplay*: método psicoterapêutico baseado no trabalho prático, criativo, não-racional, que atinge o nível não verbal da psique. É composto por uma caixa de areia, água e várias miniaturas, para que o paciente crie cenas com isso. Tais cenas fornecem uma espécie de fotografia tridimensional da psique, em um dado momento e espaço (Yoshikawa, p.50).

Os resultados que encontrou ampliam a compreensão da psicodinâmica dessas mulheres. Segundo ela, há uma desvalorização da figura e dos papéis femininos, devido à dificuldade no processo de maternagem. Como não houve uma identificação positiva com o papel feminino, tais mulheres têm dificuldade em estabelecer uma relação colaborativa com a figura masculina (animus negativo), como é ilustrado a seguir: *“(...) apresentam em sua psicodinâmica a dificuldade na identificação com a figura feminina, tanto pelos padrões de feminilidade impostos pela cultura, quanto pela experiência vivida com a figura materna.”* (p. 142).

Como não há uma interligação interna entre essas figuras, a criatividade não encontra um canal para sua expressividade e, desse modo, fica imobilizada e encapsulada. De acordo com esse trabalho, através do *Sandplay* as participantes puderam compreender o significado do sintoma e reelaborar, assim, a figura feminina. No entanto, os sintomas da síndrome não apresentaram melhoras visíveis, e a sugestão da autora é que, talvez devido ao seu caráter crônico e por estar relacionada aos padrões cíclicos da natureza feminina, a transdução dos sintomas dessa síndrome do pólo somático para o psíquico necessitem de uma estruturação no tempo, para que, diante das novas atitudes e novos comportamentos, seja possível uma nova organização.

Segundo Yoshikawa (2002), a SOP, como uma manifestação simbólica, parece ter a função de apontar para a mulher que a tem uma necessidade de se cuidar adequadamente, já que ela se torna atenta aos pêlos indesejados, à irregularidade menstrual, ao excesso de peso, enfim. Desse modo, se reconhece como mulher que possui limitações e potencialidades a serem desenvolvidas e pode descobrir, tanto no nível simbólico, como no físico, seu ser feminino.

Segundo essa mesma autora, os sintomas que se expressam nos ovários, ou nos outros órgãos femininos, apresentam, em sua psicodinâmica, uma dificuldade na identificação com a figura feminina, tanto pela experiência da vivência com a figura materna, quanto pelos padrões de feminilidade impostos pela cultura.

De acordo com os resultados obtidos por Yoshikawa (2002), as mulheres com quem trabalhou apresentavam julgamento severo, pensamento rígido, crítica

aumentada sobre si mesmas e, ao mesmo tempo, desconhecimento dos próprios desejos e indiscriminação dos próprios afetos.

Loureiro (2003) teve como objetivo procurar compreender a vivência que as mulheres têm da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). Para tanto, pesquisou o que acontece psicologicamente em 3 portadoras de SOP, isto é, como elas compreendem essa síndrome e o que os ovários querem expressar simbolicamente com isso. A metodologia utilizada foi entrevista semidirigida e desenho dos ovários.

Os resultados encontrados por Loureiro (2003) permitem pensar em alguns conceitos da psicologia analítica que nos ajudam a compreender a Síndrome dos Ovários Policísticos como uma manifestação simbólica a serviço da individuação.

Os sujeitos estudados sugeriram, segundo a autora, que não havia intencionalidade na visita ao ginecologista, no sentido de investigar alguma suspeita. A SOP foi percebida através nos exames de rotina, até então era algo inconsciente. Inconsciente, tanto no sentido de falta de informação e conhecimento a respeito dela, quanto do inconsciente proposto pela psicologia analítica. Loureiro (2003) supõe que, no momento em que o diagnóstico se deu, a síndrome emergiu na consciência como um **símbolo**, como algo novo que precisa ser integrado pela consciência. Nesse momento, o corpo pôde expressar um conflito que não teve espaço no plano psíquico, e que aí emergiu para ser trabalhado e integrado.

Também sob o ponto de vista coletivo, a SOP é um símbolo que também emerge no coletivo, como forma de expressar sua necessidade de ser olhado, trabalhado e estudado, para auxiliar as portadoras da SOP, em seu caminho a serviço da individuação.

Loureiro (2003) analisou, também, o momento de vida em que o diagnóstico se deu, e pôde observar que todas as participantes de sua pesquisa estavam passando por um período de forte estresse emocional em suas vidas, cada uma em sua particularidade e tema estressante. Todas estavam experienciando a

“perda dos pais” e a necessidade de deixar o lugar de filho para assumir o papel parental. Esse dado, segundo Loureiro (2003), nos permite pensar no conceito de **sincronicidade**. Segundo a autora, não é que o evento estressante tenha sido a causa da síndrome, ou vice-versa, não está em pauta o reducionismo de causa e efeito. O que esse conceito nos propõe é a percepção de uma conexão extremamente significativa entre a psique pessoal de cada uma das entrevistadas e o mundo concreto. São dois eventos que aparentemente não têm relação entre si, mas que apontam para algo maior, a conscientização do símbolo que a síndrome representa no processo de individuação.

No que diz respeito ao tratamento atual da SOP, Loureiro (2003) observou que parece haver uma conotação médica muito forte relacionada a isso, não tendo espaço algum para o aspecto psicológico que é envolvido. A autora reflete que a entrevista poderia ter se aprofundado mais nessa questão, no sentido de focar como cada uma das entrevistadas se sente em relação ao tratamento que lhe é dado.

Loureiro (2003) também analisou que a representação simbólica que é dada aos ovários pelas participantes corrobora com o que é encontrado em diferentes culturas: fertilidade e potencial de gerar vida. A presença da SOP fortificou esse simbolismo e os ovários passaram a ter uma nova importância na vida dessas mulheres. Para as três entrevistadas, a consciência do ovário, de sua função e importância se deu após a síndrome. Segundo a autora, isso sugere a concepção de Ramos (1994), sobre doença como linguagem simbólica de algo desequilibrado. É como se a síndrome propiciasse a tais mulheres entrar em contato com a fertilidade, procriação, criatividade.

Por fim, analisou a "desconsideração / irrelevância dada à SOP" pelas participantes, baseada no conceito de **sombra**. Segundo a autora, o relato das mulheres que participaram de seu trabalho mostra que a síndrome é algo insignificante em suas vidas, que não lhes causa preocupação. No final da entrevista, elas chegaram a mencionar que achavam que não poderiam ajudar, já que isso era "uma coisa super tranqüila" (*sic*) em suas vidas. Superficialmente, é isso que elas mostraram, mas, segundo Loureiro (2003), olhando mais

atentamente, especialmente articulando com os desenhos, pode-se perceber contradições em seus discursos e o lugar onde o medo do comprometimento em relação à maternidade aparece.

Nenhuma das participantes relata ser a SOP "algo complicado" e a relegam a um segundo plano. Em primeiro, vêm a remoção do ovário, a dificuldade de ovular e as fertilizações. Tudo isso está intrinsecamente relacionado à síndrome, no entanto, como obtida nas entrevistas, é como se os efeitos fossem mais importantes e não a síndrome em si. De acordo com a autora, o aspecto negativo que a síndrome traz em suas vidas pode ser ilustrado a partir das conseqüências e efeitos que a síndrome promove na vida das entrevistadas, ao mencionarem os comprometimentos e dificuldades na concepção.

Contudo, segundo Loureiro (2003), não há a percepção de que a síndrome atua nesse aspecto, é como se ela permanecesse na *sombra*, como algo desconhecido e despercebido que não é necessariamente negativo, mas que "teima" em aparecer de diferentes formas para ser conscientizado.

Segundo Loureiro (2003), os desenhos reforçam esse aspecto sombrio. Os dados obtidos a partir dos instrumentos utilizados, não permitem afirmar, mas levantar a hipótese de que, no caso da SOP, o que está na sombra não é algo negativo, muito pelo contrário, é algo positivo, mas diante do qual o ego não consegue se relacionar. O que está nela, como foi exibido acima, é o potencial criativo, "feminino" que, talvez, não tenha espaço na vida consciente. O símbolo que ela nos traz, de acordo com o relato das entrevistadas e da amplificação simbólica dos ovários, é o de propiciar a tais mulheres entrar em contato com a fertilidade, procriação, criatividade.

A vivência da síndrome gira em torno do feminino, de acordo com a autora. Através do mecanismo de compensação, a SOP emergiu como um símbolo no plano somático, buscando sua integração, para que haja o restabelecimento do equilíbrio. Sua finalidade, ao que pareceu para Loureiro (2003), é de apontar para o "*olhar para o princípio Feminino de cada uma delas, e para suas características*", uma vez que as manifestações orgânicas da SOP mexem com

isso. Seja pela atuação dos andrógenos, no que diz respeito aos pêlos, presença de acne, irregularidade menstrual, peso elevado e a infertilidade, essa síndrome, faz com que as mulheres olhem para si e para seu "feminino ferido" e para o potencial que há nele.

A seguir, será percorrido o referencial teórico adotado por esta pesquisa, que é a psicologia analítica, a partir do qual o conceito de estilo de vida será entendido.

4. Os olhares da Psicologia Analítica

A psicologia analítica é uma abordagem psicodinâmica, isto é, que considera a atuação do inconsciente no comportamento das pessoas. A perspectiva da psicologia analítica não se restringe à visão mecanicista causal, mas acrescenta a visão finalista. Nesta perspectiva as causas são compreendidas como um meio para se atingir um fim, pois considera que há uma intencionalidade nas manifestações, elas apontam para algo maior (visão teleológica). Esta é uma questão muito importante, pois é a base que explica como relação psique-corpo funciona.

A psique tem a função de auto-regulação. Isto é, de busca constante de integração de opostos. Se uma polaridade se encontra em maior evidência, a psique, através do mecanismo compensatório, traz à tona o símbolo, que é algo novo para a consciência e que tem a função de buscar um equilíbrio.

No caso da doença, cuja expressão é mais proeminentemente no corpo, a psique com sua função compensatória, faz emergir o símbolo no nível somático.

Por esse motivo, Ramos (1994) propõe uma visão simbólica da doença, isto é, para o que ela aponta, qual é sua finalidade e sentido.

Desse modo, o modelo de visão psicossomática proposta pela psicologia analítica, considera o sujeito, tanto doente quanto sadio, como alguém que deve ser tratado como um todo único e indissolúvel de mente e corpo, portanto, qualquer manifestação orgânica tem repercussões psicológicas, e qualquer manifestação psíquica tem repercussões orgânicas. De acordo com isso, os sintomas clínicos devem ser vistos positivamente, isto é, como um meio através do qual se poder-se-á atingir a totalidade do ser.

Para a psicologia analítica, portanto, em tudo há uma finalidade. O ser humano vive em constante processo de individuação, isto é, tentando juntar as partes cindidas de si mesmo. Esse processo se dá a partir das manifestações simbólicas

do inconsciente. O ego, ao se defrontar com elas, apropria-se das mensagens que o inconsciente lhe manda, aumentando, assim, seu campo de consciência, e se tornando cada vez mais individuado.

Para compreendermos melhor a questão do estilo de vida, iremos apresentar brevemente a forma como a psicologia analítica entende o desenvolvimento egóico.

4.1. Visão de desenvolvimento da consciência, de acordo com a Psicologia Analítica

O desenvolvimento da consciência individual é análogo ao desenvolvimento da consciência da humanidade, de forma que ambos se correspondem.

Byington (1987) nomeia os estágios de desenvolvimento da consciência e humanidade como Matriarcado, Patriarcado, Alteridade e Cósmico. Para o autor, o atual contexto contemporâneo, momento denominado por ele como estágio Pós Patriarcal, início do estágio da Alteridade, podemos observar o esforço criativo da humanidade e as grandes realizações culturais resultantes dele, como expressões do inconsciente coletivo que, durante milênios, vêm estruturando a consciência coletiva através dos arquétipos. Segundo o autor, lado a lado com sua utilidade prática na vida diária dos povos, esses símbolos são fatores de diferenciação progressiva da consciência.

Whitmont (1991) apresenta as fases de desenvolvimento de consciência da humanidade. De acordo com o autor, a primeira fase do desenvolvimento psíquico é a Fase Mágica ou Instintiva, que corresponde historicamente ao período que se estende da Idade Média até a Idade do Bronze.

Segundo o autor, o mundo era regido pela Grande Deusa, que encarna a totalidade, a existência cíclica (tudo provém dela e para ela retorna). Assim na Fase Mágica ou Instintiva, não existiam opostos, dicotomias.

Nesse período, os homens organizavam-se em grupos, nos quais cada indivíduo funcionava como uma célula de um todo maior. Não havia individualidade, consciência moral e ética, uma vez que o mundo era regido pelo Feminino. A consciência e a vontade eram coletivas, o que é bom para o grupo é bom para o indivíduo.

Para Neuman (2001), “a evolução da ética e a evolução da consciência acham-se unidas estritamente entre si, não podendo se estender uma sem a outra”. (p. 41). Dessa forma, para o autor, esse momento de desenvolvimento psíquico representa o primeiro estágio da referência ética, caracterizado pelo Matriarcado. Nesse estágio ainda não existia responsabilidade ética individual e consciente. O indivíduo funcionava apenas como parte do grupo, sendo a consciência do grupo mais importante do que a do indivíduo. De acordo com o autor, esse momento corresponde ao momento da unidade originária, onde ainda havia um germe de ego, sem nenhuma estruturação. É o que denominou de *participation mystique*.

De acordo com o autor, a *participation mystique* surgia como orientação geral, que constituía um limite para natureza inconsciente do homem com sua emocionalidade elementar, incontrolável, sendo, por essa razão, um importante instrumento na evolução da consciência humana.

Seguindo no desenvolvimento psíquico, temos, de acordo com Whitmont (1991), a fase Mitológica ou Imaginária, que começa no Período Neolítico e estende-se até a Idade do Ferro (aproximadamente 1.200 a.C.), passando pela Idade do Bronze. Vale ressaltar que o dinamismo da consciência não obedece rigorosamente ao tempo cronológico. Dessa forma, a Fase Mitológica começa antes do final da Fase Mágica e perdura até o início da Fase Mental, que coincide com a Idade do Ferro.

Na Fase Mitológica o processo de interiorização é iniciado. Os opostos passam a existir, mas são inclusivos (sagrado e corpo, espírito e matéria não estão cindidos), o que leva à idéia de que todas as coisas e criaturas são manifestações do sagrado. A Grande Deusa ainda é reverenciada através de rituais mágicos e religiosos para conexão com o sagrado. Os rituais eram uma forma socialmente

válida para dar vazão aos impulsos destrutivos e agressivos. Contudo, na Fase Mitológica, a consciência individual ainda não havia se desenvolvido.

Nessa fase, de acordo com Whitmont (1991), a transição do estado nômade para o sedentário favoreceu a formação de pequenos aglomerados, e uma organização começou a surgir, de forma que, aos poucos, vai surgindo a noção de ética e moral, apesar dessas leis serem ainda grupais e não individuais.

Dessa forma, ao longo da Fase Mitológica, a consciência evolui gradativamente do referencial Feminino para o Masculino que, por sua vez, introduz uma outra dinâmica de consciência.

Assim, na Fase Mitológica passa a haver um progressivo distanciamento da consciência grupal e um progressivo desenvolvimento da consciência individual, chegando ao ponto em que a cisão de opostos ocorre, passando a ser excludentes. Assim, os instintos agressivos, morte e destruição, que até então vinham sendo vistos como parte de um ciclo, ganham conotação negativa; a Grande Deusa torna-se ameaçadora por sua totalidade, por não ter limites claros estabelecidos, de forma que o politeísmo não podia ser mais aceito.

De acordo Whitmont (1991), com no final da Fase Mitológica, a divindade masculina ganha reverência, encarando apenas o aspecto luminoso da psique, sendo que o mal passa a ser visto como um castigo aos pecados humanos. Dessa forma, o homem é expulso do paraíso por ter comido o fruto da árvore e a consciência passa a ser capaz de separar o bem do mal, instalando, assim, a possibilidade da ética.

Dando continuidade ao desenvolvimento psíquico, segundo Whitmont (1991), após a Fase Mitológica, passamos para a Fase Mental ou Patriarcal, que começa na Idade do Ferro, em que a capacidade de abstração permitiu a noção do eu. A capacidade de abstração que permitiu ao ego ter consciência de si mesmo, de sua corporeidade, de que ocupa espaço e tempo e de que suas ações afetam os outros, permitiu que fossem surgindo as noções de culpa, vergonha, certo, errado. Tudo regido a partir de um único deus masculino. Nessa fase, a humanidade

passa a desenvolver uma consciência individual, com necessidades e desejos próprios a cada indivíduo. A vergonha e a culpa trazidas pelas religiões judaico-cristãs passaram a ser internalizadas e fizeram o homem sentir-se responsável pelos seus atos. É a partir desta responsabilidade, veio a liberdade.

Segundo Whitmont (1991), o patriarcado é marcado pelas leis e repressões, de forma que o controle dos sentimentos e instintos torna-se obrigatório. É nesse momento histórico que surge a moral, até então a humanidade vivia de forma amoral.

Para o autor, os aspectos femininos, que até então eram aceitos como parte da vida, passam a ser rejeitados e desvalorizados. As deusas são retiradas de seus altares e não recebem mais oferendas.

Na Fase Patriarcal a noção de realidade muda: só é real o que é passível de ser visto com os próprios olhos. Nesse momento de desenvolvimento da consciência, a única realidade aceita é a visível. Dessa forma, a divindade deixa de estar presente na natureza e o sagrado passa a ser abstrato. Perde-se a alma, uma vez que se perde a conexão com o sagrado, na medida em que ele é cindido da matéria e não pode ser personificado. É a supremacia do intelecto.

De acordo com Menin e Regino (2005), essa cisão em opostos excludentes foi um passo necessário ao desenvolvimento da consciência e trouxe aspectos positivos e negativos: permitiu o desenvolvimento da ética e da responsabilidade individual, que ainda era incipiente no período regido pelo Feminino.

Contudo, segundo as autoras, essa cisão afetou nossos sentimentos e julgamentos, de forma que muitas vezes entramos em conflito: gostamos e não gostamos, queremos e não queremos, acreditando que a única forma de existir é essa.

Na concepção de Neumann (1991), a ética que domina nessa fase é a “velha ética”. Segundo o autor, esse seria o início do patriarcado, e a exigência era de

que o homem deveria ser nobre, disponível a servir e bom, devendo seguir os valores éticos de piedade, fidelidade, coragem, ser ativo, devoto a Deus, racional. Dessa forma, de acordo com o autor, a função do ego era de tornar-se um representante do lado da luz.

Para Neumann (2001), o ideal da velha ética era da perfeição. Contudo, para se atingir este ideal eram necessários os mecanismos de repressão e supressão de todos os componentes negativos. Portanto, a concepção da velha ética é dualista (deus-diabo, bem-mal, luz-treva), repousando sobre o princípio do conflito de opostos (conflito, como conteúdo da ética).

Segundo o autor, o dualismo da velha ética expunha o desenvolvimento da consciência a certos perigos, como o afastamento de sentimentos vistos como negativos, originado, assim, o fenômeno da projeção da sombra⁷, ou seja, do “bode expiatório”. Dessa forma, de acordo com o autor, a sombra que está em contradição com os valores da velha ética, não pode ser aceita como parte negativa da própria estrutura projetada, sendo por isso colocada para fora e experimentada como algo externo.

A velha ética é incapaz de exorcizar as forças destruidoras do homem. Para Neumann (1991), a definição da velha ética judaico-cristã, é parcial, psicologicamente falando. É uma ética da atitude consciente, que deixa de considerar e avaliar as tendências do inconsciente, que não olha para a personalidade total do indivíduo, contentando-se com uma atitude ética da consciência parcial.

Para Neumann (1991), a velha ética foi válida enquanto os seus valores tiveram força eficaz. Contudo, desde que irrompeu o lado escuro da cosmovisão do homem moderno, este se tornou tão cético e inseguro dos valores, que não mais se pôde perceber como um lutador contra o mal e em favor do bem. Para o autor, o homem perdeu a ingenuidade de lutador e a pergunta secreta, que torna insegura sua posição interna, diz: “Quem luta contra quem, e luta contra o quê?”

⁷ Uma maior elucidação sobre o conceito Sombra será feita adiante.

A exigência ética de assumir a responsabilidade também para os processos inconscientes, pode-se facilmente deduzir da problemática psíquica individual do homem moderno. Mas esse problema surge coletivamente em primeiro plano na forma em que nenhuma elite quer impor sua ética à massa, sem se referir a si as catástrofes que daí surgem.. (Neumann, 1991, p.55)

Contudo, segundo Neumann (1991), a evolução da consciência faz o indivíduo entrar em crise, no sentido de que é obrigado a aprofundar-se em si espontaneamente, de forma nunca feita antes. A velha imagem de ego idealizada cai, defrontando o indivíduo com o reconhecimento do perigo da ambigüidade e pluralidade da própria natureza, reconhecendo dessa forma, seu lado mau, doente, limitado, unilateral, injusto, preconceituoso. Para o autor, evidencia-se, dessa forma, a necessidade do indivíduo “assumir” o seu mal.

O modelo patriarcal não abarca mais nossas buscas e continuar reprimindo o Feminino, desconsiderando nossas necessidades espontâneas e instintivas (raiva, agressividade...) apenas ocasionará mais violência, uma vez que toda necessidade que é reprimida vem à tona de maneira incontrolável. O modelo Feminino permite o exercício da individualidade e aceita a expressão do impulso e das necessidades de cada um.

Segundo Whitmont (1991), a repressão de necessidades espontâneas que devem ser integradas e vividas de maneira consciente, resulta em frustração, ressentimento, ódio, incapacidade de amar e instabilidade com a condição humana (consigo mesmo e com os outros), de forma que não é possível relacionar-se com outro ser humano de forma saudável.

A repressão só aumenta o fenômeno da Sombra e o mecanismo da projeção. De acordo com Parro e Brito (2005), o grande paradoxo do momento atual que vivemos é exatamente o embate entre a necessidade de uma autenticidade individual e a exigência ética social, sendo nossa missão integrá-las.

Whitmont (1991) termina a explanação sobre o desenvolvimento psíquico na Fase Patriarcal. Contudo, de acordo com Byington (1987), o atual contexto contemporâneo, caracteriza o estágio Pós Patriarcal, início do estágio da Alteridade. Neste ponto faz-se necessário recorrermos a outros para nos aprofundarmos na questão da contemporaneidade.

De acordo com Lipovetsky (2004), atualmente estamos vivenciando o período denominado por ele como hipermodernidade, que marcaria a superação da pós-modernidade que, segundo o autor, não terá sido mais do que um estágio de transição, um momento de curta duração.

Para o autor, a hipermodernidade reflete a situação paradoxal da sociedade contemporânea, dividida de modo quase esquizofrênico entre a cultura do excesso e o elogio da moderação. De um lado, é preciso ser mais moderno que o moderno, mais jovem que o jovem, estar mais na moda que a própria moda. Contudo, por outro lado, valorizam-se a saúde, a prevenção, o equilíbrio, o retorno da moral ou das religiões orientais. A era hipermoderna produz num só movimento a ordem e a desordem, a independência e a dependência subjetiva, a moderação e a imoderação.

Para Lipovetsky (2004), o tempo na hipermodernidade é escasso e se torna um problema, o qual se impõe no centro de novos conflitos sociais: horário flexível, tempo livre, tempo dos jovens, da terceira idade. O que configura um novo arranjo do regime do tempo social, com a substituição de uma sociedade rigorístico-disciplinar por uma sociedade-moda, completamente reestruturada pelas técnicas do efêmero, da renovação e da sedução permanentes.

O mundo é o da sedução e do movimento incessante. Não se tem mais a repetição do passado (como nas sociedades tradicionais) e, sim, o exato oposto, a novidade e a tentação sistemáticas como regra e como organização do presente.

De acordo com Lipovetsky (2004), a hipermodernidade implica em uma sociedade em que a velocidade faz com que a realidade se pareça antiquada em segundos, o que impõe a necessidade de uma renovação e re-atualização constantes.

Há o hiperindividualismo que, segundo o autor, se refere ao indivíduo projetivo, higienista, preventivo, que se relaciona com o presente, integrando cada vez mais o porvir. Configurando-se uma nova obsessão narcísica, de forma que o homem hipermoderno representa um futuro conjugado em primeira pessoa, um indivíduo prudente, afetivo e relacional, sendo que a aceleração dos ritmos não aboliu a sensibilidade em relação aos outros, as paixões do qualitativo, aspirações a uma vida equilibrada e sentimental.

A hipermodernidade implica em uma auto-reflexividade. Segundo Lipovetsky (2004), há uma crescente conscientização dos indivíduos. Indivíduo cada vez mais aberto e cambiante, fluido e socialmente independente. Contudo, essa volatilidade, desestabilização do eu, e não afirmação triunfante de um indivíduo que é senhor de si mesmo gera uma fragilização das personalidades a partir do enfraquecimento do poder regulador das instituições coletivas e a autonomização dos atores sociais em face das imposições de grupo. De acordo com o autor, o testemunho disso são os sintomas psicossomáticos, distúrbios compulsivos, depressões, ansiedades, tentativas de suicídio, vulnerabilidades psicológicas ocasionadas pelo avanço da individualização e o declínio do poder organizador que o coletivo tinha sobre o individual.

Contudo, vale enfatizar que a era hipermoderna não põe fim à necessidade de apelar para as tradições de sentido sagrado; segundo Lipovetsky (2004), há simplesmente um rearranjo mediante individualização.

Há um maior respeito à singularidade, com a multiplicação das exigências de reconhecimento público, de reivindicações de igual respeito às diferenças. Trata, segundo Lipovetsky (2004), do indivíduo ser reconhecido pelo que é em sua diferença comunitária e histórica, pelo que nos distingue de outros grupos. Há assim, um hiper-reconhecimento, isto é, uma ampliação do ideal do igual respeito, recusando todas as formas de desdém, de depreciação, de inferiorização do eu. Exigência do reconhecimento do outro como igual na diferença. Dessa forma, imagem depreciativa do eu é atacada como ilegítima, vista como forma de opressão e de violência simbólica, incompatível com o ideal de auto-realização plena.

Contudo, conforme Bauman (2004), os padrões estruturantes não existem mais, são fluidos. O autor aponta que, o momento atual pós-moderno (ou Hipermoderno, conforme Lipovetsky, 2004), pode gerar medos e angústias, uma vez que estamos vivendo uma sociedade líquida. O modelo patriarcal está decadente e um novo modelo ainda não se estabeleceu. Além disso, o Feminino engloba em si a função de gerar e criar, bem como a de destruir. Essa é a dinâmica natural da vida: algo novo só pode nascer quando o velho morrer.

O momento é de transição, a Grande Deusa, segundo Whitmont (1991), está voltando e trazendo consigo sentimentos, emoções, intuição, necessidades instintivas que, por muito tempo, foram reprimidos. Agora a consciência tem condições de integrar o Feminino a noções de ética e responsabilidade individual.

Segundo Neumann (1991), em épocas normais da cultura, a personalidade encontra-se segura no cânon cultural, podendo reconhecer valores genuínos, assim como expressar adequadamente a vivacidade emocional de camadas profundas do homem. A religião, a arte, ritos e costumes estão repletos de símbolos que encerram o indivíduo na cultura de seu tempo. Contudo, em época de revolução de um período cultural, há a perda dessa segurança, como na que estamos vivenciando atualmente com a crise do Patriarcado.

A evolução da consciência permite a percepção de que cada indivíduo possui o bem e o mal dentro de si, o que gera a possibilidade de não identificar externamente o mal ou o bem, além de possibilitar a conscientização e a responsabilização daquilo que o sujeito é.

Nas palavras de Neumann (1991), com a nova ética,

Temos a o surgimento de uma ética que não considera mais isoladamente a postura e decisão ética do indivíduo e não avalia somente sua situação consciente, mas também leva em conta, ao julgar sua influência sobre o coletivo e insere na avaliação ética também a posição do inconsciente. (p.53)

Segundo o autor, ao falarmos da nova ética do coletivo, não queremos naturalmente dizer com isso que as tendências originárias de nossa época tentam restabelecer a ética coletiva dos homens primitivos, fazendo refluir a responsabilidade individual, mas, sim, o inverso, que uma evolução ética progressiva do indivíduo deve levar em conta também a atuação sobre o coletivo que o seu comportamento ético provoca.

Contudo, a nova ética implica em sacrifícios sendo que a distinção entre meu mal e o mal geral constitui peça essencial de autoconhecimento do qual ninguém é poupado no processo de individuação. Dessa forma, a individualização acaba por esfacelar a tendência à perfeição egóica, de modo que o indivíduo se vê diante de um sacrifício: entrar em acordo com a sombra⁸, que nada mais é que a tendência que vai contra ao absolutismo da velha ética. Nessa luta há uma nivelação moral da personalidade que permite ao indivíduo vivenciar liberdade e participação em sua vida. *“O ego precisa descer do seu trono e perceber sua imperfeição individual, constitucional, inevitável e histórica”*. (Neumann, 1991, p. 60)

Portanto, a nova ética apresenta-se sob signo de uma intuição maior, de um conhecimento menos ilusório da natureza humana global. Para Neumann (1991), o problema moral do indivíduo só se situa a partir do conjunto ego/sombra, que alarga a responsabilidade da personalidade pela integração de parte do inconsciente, principalmente da figura da sombra.

Somente a assimilação do lado primitivo da própria natureza conduz a uma forma estável de sentimento de comum pertença e solidariedade e de responsabilidade coletiva. Visto que a Ética total insere também a sombra na responsabilidade, cessa a projeção dessa parte, cessa a psicologia do bode expiatório, cessa a luta, eticamente camuflada, de erradicação do mal, cedendo lugar a uma atitude, onde não mais é determinante a duvidosa imposição de castigo e purificação da velha ética.
(p.76)

⁸ Sombra = parte de nossa personalidade que foi reprimida em nome de um ego ideal. Discutiremos este conceito no subcapítulo seguinte.

A nova ética implica em certos requisitos, não importa que o indivíduo seja "bom", mas o fato de que seja psicologicamente autônomo, ou seja, são e produtivo. A autonomia da personalidade ética consiste em que a elaboração e emprego das forças negativas presentes em toda a estrutura ocorram conscientemente no quadro da realização da personalidade. Na velha ética, a personalidade "ética", vigorosa, não vivia suas próprias forças negativas, mas se imiscuía no exterior nos lugares fracos do eterno, de sorte que, no seio imediato da família ou no coletivo, os conteúdos negativos reprimidos e suprimidos agiam compensatoriamente, sem que a personalidade do "repressor" sequer tivesse imaginado sua responsabilidade moral por esse fenômeno. Segundo o autor, "*Autonomia ética e ética global significa cuidar por si e conscientemente da economia de sua sombra*". (p.82)

Com a crise do patriarcado se perde essa segurança. Segundo Neumann (1991), a realidade do indivíduo torna-se exposta ao perigo e à experiência não assegurada por nenhuma convicção, gerando conflitos nas relações, de forma que a moral convencional pode estar contra conteúdos que irrompem, com forças transpessoais, como a dos deuses. Essa é a característica de nosso momento atual pós-moderno ou hipermodernidade.

Nesse sentido, Neumann problematiza a questão do cumprimento às leis, apontando que ater-se à lei não mantém mais a vida do indivíduo. Há um conflito, no sentido do cânon cultural, em que o indivíduo tem que fazer o "mal", não como uma frivolidade, mas numa assunção do mal, consciente e conflituosa, "*que a 'intervenção dos deuses' está no caso a exigir*". (p.85)

Este movimento de ir contra ao cânone cultural implica em um responsabilizar-se. A responsabilidade para com o total da personalidade que a ética total exige, segundo o autor, implica em saber que conseqüências acontecem, seja no âmbito interno ou externo, e o indivíduo deve estar consciente disso.

A crescente percepção do geral limite humano deve e vai levar, nos próximos séculos, a um aumento do sentimento humano de solidariedade e ao reconhecimento da estrutura humana

fundamentalmente unitária, apesar de toda diferença. Começa a se tornar manifesto o enraizamento de toda religião e filosofia no inconsciente coletivo da humanidade. Fica claro que entre os povos, as raças e as épocas particulares, dominam ou refluem diversas constelações arquetípicas, mas a espécie humana apresenta uma unidade indivisível em sua estrutura espiritual. (pp.110-111)

A tarefa mais importante da “nova ética” consiste em produzir uma integração. De acordo com Neumann (1991), é a possibilidade de integrar diferentes instâncias psíquicas, cindidas e inimigas ao sistema de vida do indivíduo. A união de contrastes não deve mais se solucionar pela vitória de um lado e repressão do outro, mas unicamente pela síntese. Quanto mais forte a tensão dos contrários unidos, tanto mais valiosa será a estrutura conseguida. Segundo do autor, o ego, ao invés de lutar contra as tendências inconscientes, simplesmente as percebe e as integra à personalidade total.

Para o autor, a nova ética repousa sobre a conscientização das forças positivas e negativas da estrutura humana, bem como sobre sua inserção consciente na vida do indivíduo e da comunidade. O encontro com a sombra e sua reconciliação presume uma atitude verdadeiramente ética para o ser humano. Uma vez que, para Neumann (1991), a ética total insere também a sombra na responsabilidade, o que gera um processo de cessar de projeções e também de cessar a psicologia do bode expiatório.

Ser sensível a um novo paradigma ético consiste em perceber a possibilidade de vivenciar e transitar em um conflito. Trata-se muito mais não apenas de obedecer ou não às leis de uma sociedade ainda patriarcal, mas, também, e principalmente, de escolher sabendo que além da moral social, nossa consciência também é base importante para nossa escolha. Ou seja, não se trata apenas de responder a algo na tentativa de se encaixar dentro dos padrões sociais e culturais, mas de perceber que parte de cada indivíduo sente e quer coisas e que, portanto, não somos uma máquina de dar respostas exclusivamente pautadas na racionalidade, mas somos indivíduos que vivenciamos conflitos. Assim, a escolha deve ser efetuada levando em consideração todas as dimensões das quais fazemos parte,

sem nunca nos esquecermos de que perdas existirão, pois não existe felicidade sem sacrifício.

4.2. Desenvolvimento egóico: *Persona* / *Sombra*⁹

Persona é um termo que deriva do latim, referindo-se à máscara usada por atores na antigüidade (Samuels, Shorter e Plaut, 1988, Pieri, 2002 e Whitmont, 2002).

Na psicologia analítica, por sua vez, o termo é usado para caracterizar a forma como o indivíduo se adapta à realidade externa e coletiva. Dessa forma, a *persona* representa os papéis que o indivíduo atua em sua vida, seja de filha, esposa, profissional, mãe.

De acordo com Samuels, Shorter e Plaut (1988), durante toda uma vida, muitas *personas* serão usadas, podendo ser combinadas de maneiras diversas, em qualquer momento específico.

Para Whitmont (2002)[1969], a *persona* é uma imagem representacional do arquétipo da adaptação.

O desenvolvimento do ego ocorre como resultado do encontro entre o Self (tendência potencial da personalidade) e a realidade externa, isto é, entre a individualidade potencial interior e a coletividade exterior.

O primeiro nível de consciência cabe à coletividade exterior, a partir das experiências entre o certo/errado, que é a base da auto-aceitação da criança. Portanto, à primeira vista, a harmonia entre o Self e a consciência, depende da aceitação externa, dos valores coletivos, da *persona*.

É na infância que os papéis que iremos representar são determinados pela expectativa paterna. Conforme Whitmont (2002)[1969], a criança tende a se comportar de modo a receber a aprovação dos mais velhos, sendo esse o primeiro

⁹ Este item será predominantemente focado no trabalho de Whitmont (2002).

padrão de formação do ego. Tanto as exigências paternas, quanto as sociais, em geral, parecem idênticas para a criança. Dessa maneira, a primeira forma de consciência é estruturada no controle e repressão dos instintos e nas adaptações externas para obtenção de aprovação, sendo, portanto, apoiados na *persona* e nos valores ideais. Portanto, num primeiro momento, o ego é identificado com a *persona*.

De acordo com Samuels, Shorter e Plaut (1988), diferentes culturas estabelecerão diferentes critérios para a *persona* e haverá alteração e evolução ao longo do tempo, uma vez que o padrão arquetípico subjacente é susceptível de variação infinita.

Contudo, segundo Whitmont (2002)[1969], no decorrer do desenvolvimento psicológico adequado é necessário que ocorra uma diferenciação entre ego e *persona*. Em suas palavras,

(...) Isso significa que temos de nos tornar conscientes de nós mesmos, enquanto indivíduos separados das exigências feitas em relação a nós, temos de desenvolver um senso de responsabilidade e uma capacidade de julgamento não necessariamente idênticas aos padrões e expectativas externas e coletivas, embora, é claro, esses devam receber a devida atenção. Temos de descobrir que usamos nossas vestimentas representacionais para proteção e aparência, mas que também podemos nos trocar, vestir algo mais confortável quando é apropriado, e que podemos ficar nus em outros momentos. Se as vestes grudam em nós ou parecem substituir nossa pele é bem provável que nos tornemos doentes. (p.140).

Dessa forma, segundo o autor, temos que aprender a nos adaptar às exigências culturais e coletivas e, ainda, sermos nós mesmos. Precisamos desenvolver tanto uma *persona*, quanto um ego adequados.

De acordo com Whitmont (2002)[1969], no caso do fracasso de tal diferenciação, forma-se um pseudo-ego, que é o padrão de personalidade que se baseia na imitação estereotipada do papel atribuído socialmente à pessoa. Esse pseudo-ego é tão rígido quanto frágil e quebradiço, não tendo ligação com as potencialidades do Self.

O autor ressalta que, quando a individualidade é assim confundida com o papel social, sendo a adaptação à realidade não suficientemente individual, mas inteiramente coletiva, o resultado pode ser um estado de inflação. Dessa forma, o indivíduo é incapaz de desenvolver uma responsabilidade pessoal e moral, não possuindo princípios éticos ou sentimentos pessoais e valores próprios. Segundo o autor, um relacionamento inadequado com o arquétipo da *persona* pode abranger desde a fixação no aspecto puramente coletivo, até mesmo a incapacidade ou recusa em aceitar qualquer exigência de adaptação coletiva.

Às vezes, a *persona* é referida como arquétipo social, envolvendo todos os compromissos próprios para se viver em uma comunidade. Tanto para Samuels, Shorter e Plaut (1988), como para Pieri, (2002), a *persona* não pode ser pensada como inerentemente falsa ou patológica. Há, sim, patologia, se um indivíduo se identifica de forma demasiadamente íntima com sua *persona*. De acordo com Samuels, Shorter e Plaut (1988), isto implicaria em uma falta de conscientização de que um papel vai muito além do social, ou sexual, por exemplo, assim como uma falha de levar em conta a maturação, ou seja, uma evidente dificuldade em se adaptar ao fato de ter crescido.

No caso da *persona* rígida demais, como Whitmont (2002) [1969] coloca, “colada à pele”, falta ao indivíduo uma distinção necessária entre a pele individual e as vestes coletivas. Para o autor é como se a pele não pudesse respirar, sendo que doenças reais de pele poderiam até coincidir com essas dificuldades.

Conforme Whitmont (2002)[1969], quanto mais a pessoa estiver identificada com seu papel social, sendo este não reconhecido simplesmente como um papel, a identidade genuína dessa pessoa, compensatoriamente, estará mais escura e negativa, por conta da negligência sofrida. Em contrapartida, uma preocupação

excessiva com o lado sombrio, com a aparência, o quão atraente e desajeitado se é, pode acarretar em uma *persona* negativa, defensiva e infeliz. Sendo negativa, é inadequada, encontrando expressão na inflexibilidade, incerteza e comportamento compulsivo. Como o autor coloca, “*Somos atores do jogo social, mas também devemos participar de um outro jogo. Também fomos feitos para ser nossos Selves individuais*” (Whitmont (2002)[1969], p.143).

Para Samuels, Shorter e Plaut (1988), a identificação com a *persona* leva a uma forma de rigidez ou fragilidade psicológica, de forma que para os autores, o inconsciente tenderá a irromper com ímpeto na consciência. O ego, quando identificado com a *persona*, é capaz somente de uma orientação externa, sendo cego para eventos internos, tornado-se, portanto, incapaz de responder a eles.

Dessa forma, segundo os autores, a *persona*, como mediador entre ego e o mundo externo pode ser comparado ao modo que *anima* e *animus* mediam entre o ego e o mundo interno, podendo cogitar da *persona* e da *anima/animus* como opostos.

Quando falamos em *persona*, não podemos deixar de falar da sombra, que nada mais é do que a parte de nossa personalidade que foi reprimida em nome de um ego ideal. Os elementos da individualidade que não estão de acordo com os valores aceitos pela *persona*, acabam não sendo incorporados pelo ego, tornando-se, portanto sujeitos à repressão.

Retomando o desenvolvimento egóico, apresentado acima, no processo de formação do ego há um choque entre a coletividade e a individualidade. Em seu desenvolvimento, o ego reprime o errado, mal, incentivando o bem, uma vez que só pode se fortalecer quando primeiramente se identifica com os padrões morais coletivos. No entanto, tais valores não desaparecem e continuam a atuar, mas parecendo estar fora da pessoa, como a sombra. Contudo, por ser inconsciente, aparece na projeção que fazemos de tais características em outra pessoa. (WHITMONT, (2002)[1969]).

No mecanismo da projeção há um embaçamento na forma como enxergamos a outra pessoa. No caso da projeção da sombra, quando ela ocorre, não somos capazes de diferenciar a realidade da outra pessoa dos nossos próprios complexos. Não há distinção entre fato e fantasia.

Para Whitmont (2002)[1969], a experiência da sombra é arquetípica. É a experiência arquetípica da “outra pessoa”, o anseio arquetípico do bode expiatório, do inimigo. Em suas palavras “(...) *à medida que tenho que ser correto e bom, ele, ela ou eles se tornam os portadores de todo mal que não consigo reconhecer em mim mesmo.*” (p. 146). “*Achamos impossível tolerar nos outros apenas aquilo que não podemos aceitar em nós mesmos*” (p. 146).

Jung (1945) diz que a sombra representa “*a coisa que uma pessoa não tem desejo de ser*” (§16). O autor era consciente do lado mal na vida humana.

Dessa forma, a sombra faz referência ao lado negativo da personalidade, soma de todas as qualidades desagradáveis que o indivíduo quer esconder; o lado inferior, primitivo, a “outra pessoa” em um indivíduo, seu lado escuro. Para Samuels, Shorter e Plaut (1988), o ego está para a sombra como a luz para a penumbra, sendo que é a sombra que nos faz humanos.

No entanto, as características da sombra que são reprimidas podem ser básicas para as estruturas fundamentais da personalidade e, tendo sido reprimidas, permanecem primitivas e negativas. Além disso, a repressão não elimina tais características e impulsos, tampouco as impede de funcionar, uma vez que apenas não estão na consciência, atuando como complexos.

Dessa forma, para Whitmont (2002)[1969], a sombra consiste nos complexos, nas características pessoais que repousam em impulsos e padrões de comportamentos negativos, estando em geral, em evidente contraste com os ideais do ego e com os esforços da vontade. O autor enfatiza também que, mesmo não sendo comum, quando temos a tendência de nos identificar com nossas qualidades negativas, a sombra surge como positiva.

A energia da sombra não pode ser simplesmente detida pela força da vontade, uma vez que representa padrões de sentimentos e comportamentos autônomos carregados de energia. Essa energia precisa ser recanalizada ou transformada e, para isso, é necessária aceitação, consciência da sombra como algo que não pode apenas ser descartado pela força da vontade.

Samuels, Shorter e Plaut (1988) mencionam que Jung reconhece que a sombra é parte viva da personalidade, identificando-a com os conteúdos do inconsciente pessoal, de forma que a sombra quer viver com a personalidade de alguma forma.

De acordo com os autores, para lidar com esses conteúdos, é necessário que o indivíduo se harmonize com seus instintos. Mas a expressão dos instintos foi submetida ao controle pelo coletivo, através da adaptação. Além disso, os conteúdos do inconsciente pessoal estão inextricavelmente fundidos com os arquetípicos do inconsciente coletivo, estes, por sua vez, contendo seu próprio lado obscuro.

Dessa maneira, para Samuels, Shorter e Plaut (1988), é impossível erradicar a sombra, mas sim pôr-se em termos com a sombra, ou o confronto com a sombra.

No confronto com a sombra é importante que haja aceitação e compreensão de seus aspectos como fatos. Quando reconhecida, é fonte de renovação, impulso novo e produtivo, que não pode vir dos valores estabelecidos pelo ego. Dessa forma, para Whitmont (2002)[1969], a sombra é a porta para a nossa individualidade. Como se apresenta como a primeira visão da parte inconsciente da nossa personalidade, representa o primeiro estágio para encontrar o Self, sendo o acesso ao inconsciente.

A partir do momento que reconhecemos aquela parte de nós, que não vimos ou preferimos não ver, podemos seguir em frente, encontrando fontes em que se alimenta e a base em que repousa.

Como arquétipo, seus conteúdos são poderosos, marcados pelo afeto, obsessivos, autônomos, sendo capazes de alarmar e dominar o ego estruturado.

Como qualquer conteúdo capaz de se introduzir na consciência, no início aparece na projeção. Quando a consciência se vê ameaçada, a sombra se manifesta como uma forte projeção. Portanto, para Samuels, Shorter e Plaut (1988), admitir a sombra, é romper com sua influência compulsiva.

5. Feminino e o papel da mulher na sociedade

5.1. Princípio Feminino

Em revisão bibliográfica realizada sobre o tema Feminino na literatura junguiana, foram encontrados textos atuais, contudo bastante genéricos. As palavras-chaves utilizadas encontravam-se soltas nos textos, de forma que optou-se pela utilização de literatura básica sobre o tema.

De acordo com Aurélio (2000), feminino é um adjetivo que designa: 1. Relativo ao sexo caracterizado pelo ovário, nos animais e nas plantas; 2. Feminil, próprio da mulher. Posto dessa forma, se refere apenas à mulher, pois esta é quem tem ovários.

Contudo, esta não é a visão da psicologia analítica, uma vez que, para ela, o Feminino é visto como princípio, estando presente tanto em homens como mulheres. Para Harding (1985), princípio deve ser entendido como essência, ou lei interior, não como uma lei que é imposta por uma autoridade legal, mas usada como diferentes termos da ciência como, por exemplo, lei da gravidade. Para a autora, essas leis ou princípios são inerentes à natureza das coisas e funcionam infalível e inevitavelmente. Dessa forma, o Feminino é uma potência arquetípica presente em todo o ser humano.

Na opinião de Whitmont (2002), o mitologema do Masculino-Feminino pode ser abordado com mais proveito em termos dos antigos conceitos chineses de Yin e Yan. Masculino e Feminino são entendidos pelo autor como *“(...) representações puramente simbólicas das energias que incluem aquilo que comumente chamamos de masculinidade e feminilidade.”* (p.153)

Segundo Whitmont (2002), o princípio Masculino, simbolizado pelo Yang, é representado como elemento criativo e gerador, que simboliza energia em seus aspectos de força, impulsividade, agressividade e rebelião. É representado pelo calor, luz, sendo divisor e fálico como a espada e o poder penetrador. Manifesta-se em aspectos disciplinares e de superação. O princípio Yin (Feminino) por sua

vez, é representado pela receptividade, sendo dócil, frio, úmido, escuro, concreto, envolvente, continente, doador e gerador.

Segundo o autor, Yin e Yang incluem “masculinidade” e “feminilidade” como princípios gerais ou imagens simbólicas, de modo que não devemos confundi-los com masculinidade ou feminilidade como características diretas de sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino, isto é com gênero.

A esse respeito, Neumann (2000) enfatiza que Masculino e Feminino devem ser utilizados como termos simbólicos e não devem ser concretamente identificados com homem e mulher, enquanto portadores de características sexuais específicas. O homem e a mulher são psicologicamente bissexuais, uma vez que, no inconsciente, ambos têm autoridades contra-sexuais, as figuras da anima no homem e do animus na mulher.

A própria psique é tanto masculina como feminina. Segundo Neumann (2000), cada ser humano contém dentro de si potencialidades em ambas as direções. Apenas admitindo esses aspectos é que o ser humano pode desenvolvê-las e discipliná-las e, assim, desenvolver uma personalidade completa.

De acordo com Harding (1985), a complementaridade entre o Masculino e o Feminino realiza-se de certa maneira no plano exterior, mas no plano interior é um ideal difícil de ser atingido, algo paradoxal, sempre próximo e, ao mesmo tempo, sempre longínquo. Para Bonavenure (2000), o Feminino nunca existe por si só, senão em relação com o Masculino: um define o outro, um provoca o outro. Ambos se complementam, se solicitam, se combatem.

A mulher também possui um lado masculino, ao qual Jung deu o nome de animus. E isso não é muito difícil de perceber. Bem mais difícil, no entanto, é o homem aceitar o aspecto feminino de sua própria psicologia.

Para evitar confusões acerca do termo feminino, quando o usarmos com letra maiúscula, Feminino, será referente ao princípio; e minúscula, feminino, ao adjetivo.

O Feminino, na mulher, está presente de forma mais consciente do que no homem. Contudo, ele não é uma condição *a priori*, uma vez que, em alguns casos, quando não atua de forma plena, mas sim sufocada, pode gerar sintomas, sejam psíquicos ou orgânicos. Existem homens com o lado Feminino mais desenvolvido e vice-versa. Existem muitas mulheres que reprimem o Feminino em si. Portanto, ser mulher não é garantia de lidar com o Feminino de forma saudável. Mas podemos dizer que a mulher é a representação máxima do Feminino.

No entanto, de acordo com Harding (1985), muitas mulheres sofrem seriamente em suas vidas pessoais por terem abandonado o princípio Feminino. São incapazes de fazer relacionamentos satisfatórios, ou podem mesmo cair em neurose pela inadequação do seu desenvolvimento nessa área, que é das mais essenciais. Por essa razão, a relação de uma mulher com o princípio dentro de si mesma não é só um problema pessoal, mas, também, um problema geral, até universal para todas as mulheres.

Bonaventure (2000) teve como objetivo tentar fazer aflorar o que poderiam ser algumas das características da mulher, tendo o cuidado de fugir de estereótipo, mas reconhecendo e valorizando o que é da natureza mesma da mulher, sejam aspectos positivos ou negativos, uma vez que toda mulher precisa saber que nela podem existir características bastante perturbadoras, sendo necessário encará-las e tentar transformá-las. Através de contos de fadas de diversos países, de culturas muito diversas, a autora tentou encontrar em que sentido nós, mulheres, temos uma cumplicidade íntima, algo em comum que nós entendemos perfeitamente uma na outra. Nos contos populares, em que o desenrolar dos problemas de suas personagens seguem certo caminho, a autora reconhece aspectos muito parecidos da psicologia da mulher, apesar dos contos proverem de culturas muito diferentes. Por exemplo, preocupação com filhos, ciúmes e birra com marido, vaidade, entre outras. Segundo a autora, é como se as figuras mitológicas e divinas estivessem mais próximas de nossa realidade humana.

Harding (1995) já abordava essa questão. O fato de mitos e rituais equivalentes serem surpreendentemente similares, até em culturas de povos bastante distantes geograficamente, indica que representam temas psicológicos gerais que são

verdadeiros para a humanidade como um todo. Ainda para a autora, hoje em dia os sonhos e fantasias das pessoas também mostram um caráter generalizado similar, lembrando mitos antigos ou primitivos.

Isso porque a vida psíquica é regida por princípios inerentes à própria natureza da psique. De acordo com Jette e Leon Bonaventure (1995), os arquétipos não são marcas ou formas abstratas ou impostas de fora, mas fatores dinâmicos, princípio formadores da vida. São leis e estruturas fundamentais básicas de nossa vida. Segundo os autores, é a partir daí que encontramos o sentido da vida e que reconhecemos o que o homem e a mulher são, basicamente, e por natureza.

Para Bonaventure (2000), a alma feminina é muito difícil de descrever e ser evocada pela linguagem intelectual. A autora ressalta, em depoimento pessoal na introdução de seu texto, que o estudo dos contos de fada a ajudou a perceber que ser feminina não significava necessariamente corresponder àquele modelo de mulheres latinas que a rodeava, uma vez que a mesma se sentia muito feminina apesar de tudo, sem saber exatamente em que consistia, enfatizando a problematização da feminilidade. A autora buscou uma luz na mitologia das Deusas, mas a impressão que teve é que as figuras femininas da mitologia foram mais um pretexto para achar uma tipologia do feminino, sendo que nem sempre uma mulher conseguia se identificar com apenas uma ou outra classe de deusas. Foi dessa forma que surgiu seu interesse pelos contos de fadas, pois justamente simbolizam aspectos mais flexíveis da psicologia da mulher. Para a autora, os contos mostram algo que se assemelha mais às vivências da mulher, que vai mudando, vai se transformando, vai se expressando de diversas formas, conforme as situações encontradas em seu caminho.

Segundo Bonaventure (2000), ao olhar para as figuras femininas nos contos populares, observamos que não são apresentadas todas as nuances de sua psicologia própria, nem de suas vivências, nem é feita uma análise minuciosa de sua alma, sendo que as personagens parecem quase modelos da menina boa ou da menina ruim, da orgulhosa e da generosa. Elas são como caricaturas dos diversos comportamentos que encontramos na mulher. A autora considera que, na vida real, uma mulher pode ter todos os aspectos femininos dentro dela, tanto da

fada como da bruxa, da menininha abandonada ou da madrasta malvada, além de ter características masculinas. Nos contos, ou as personagens femininas são boas ou más, tímidas ou orgulhosas, bonitas ou feias. Não parece haver meio termo nem combinação dos opostos. O que eles mostram muito bem é a dinâmica que existe entre diversos aspectos de nosso ser, porque um aspecto sempre chama seu oposto.

De acordo com Harding (1995), a emancipação do Feminino implica uma série de mudanças profundas em todas as dimensões da vida social, política, jurídica, educativa, familiar, econômica. Para a autora, é necessário criar espaço vital novo, onde valores femininos possam ser vividos. A mudança não pode vir só de fora. Para que seja real, a mudança tem de vir de uma atitude e ser fruto de uma lenta maturação interior.

5.2. Desenvolvimento psicológico da mulher¹⁰

O desenvolvimento egóico se processa por meio de estágios em que o ego vai se separando do inconsciente. Segundo Neumann (2000), a fase na qual o ego ainda é infantil em seu relacionamento com o inconsciente é representada pelo arquétipo da Grande Mãe, denominando essa constelação psíquica de “matriarcal”. Segundo o mesmo autor, em contraste a isso, a tendência do ego para se libertar do inconsciente e dominá-lo é denominada de “patriarcal”.

Segundo Harding (1985), é comum ouvir a afirmação de que não há nenhuma diferença essencial entre homens e mulheres, exceto a diferença biológica. Para a autora, muitas mulheres têm aceitado esse ponto de vista e têm feito muito para alimentá-lo. Sentem-se contentes em serem homens de saias, mas, para a autora, perderam o contato com o princípio Feminino dentro delas mesmas, apontando que essa talvez seja a principal causa da infelicidade e instabilidade emocional que existe hoje em dia.

¹⁰ Tópico baseado em Neumann, Erich, **O medo do feminino e outros ensaios sobre a psicologia feminina**, São Paulo, Paulus, 2000.

(...) Ora, se a mulher está fora de contato com seu Princípio feminino, que dita as leis da integração, não pode assumir o comando do que é, afinal de contas, o domínio do feminino, ou seja, o das relações humanas. E, até que o faça, não poderá haver muita esperança de ordem nesse aspecto da vida. (p.42)

De acordo com Neumann (2000), se as mulheres quiserem entender a si próprias, precisam redescobrir a natureza diferente de sua psique. O autor ressalta particularidades do desenvolvimento psicológico de homens e mulheres. Segundo o autor, mesmo que o primeiro estágio do desenvolvimento feminino, bem como masculino, seja igual, o de uma unidade psíquica caracterizada pelo símbolo do urobóro, a serpente que forma um círculo fechado, comedora da própria cauda, há particularidades.

Na situação psíquica original, de acordo com o autor, prevalece uma fusão, ou melhor, uma não-separação entre ego e inconsciente. Neumann (2000) denomina de estágio pré-egoísta, que compreende o início do desenvolvimento da consciência individual, uma vez que a relação primal representa totalidade dos relacionamentos do bebê ou da criança pequena com sua mãe, antes de ter personalidade delimitada por uma consciência centrada no ego.

Até o estágio pré-egoísta, o desenvolvimento do homem e da mulher são iguais. Contudo, nesse ponto, Neumann (2000) começa a apontar diferenças no relacionamento primal da mãe com a filha, em relação ao filho, sendo essa diferença uma contribuição essencial para entender a discrepância entre a psicologia dos homens e das mulheres.

Segundo o autor, o ego e a consciência sempre aparecem simbolizados arquetipicamente como masculinos. Isto significa que o indivíduo do sexo masculino identifica seu ego com a consciência e com seu papel masculino e se identifica com o desenvolvimento da consciência no decorrer da história humana.

Na menina, para Neumann (2000), todas as complicações que existem na experiência do menino de ser diferente desaparecem. A descoberta do Self na

mulher coincide com o relacionamento primal (no qual experiencia a mãe como pertencente ao sexo feminino). Isto significa que a mulher pode continuar no relacionamento primal, expandir-se nele e realizar o próprio potencial, sem ter que deixar o círculo do urobóro materno e a Grande Mãe. E, quando ela permanece nesse âmbito, é, com certeza, infantil e imatura do ponto de vista do desenvolvimento da consciência, mas não é alienada dela própria. Segundo o autor, a mulher simplesmente permanece fixada, firmemente segura a uma forma imatura de seu ser autêntico.

A fase de conservação do Self, contudo, quando dura muito tempo, tem efeito negativo, quando relacionada ao desenvolvimento da consciência, que é dificultado pelo poder impressionante do inconsciente.

Para Neumann (2000), uma mulher, cujo desenvolvimento encontra-se estagnado na fase de conservação do Self, é, de maneira geral, um ser incompleto, mesmo que não se torne neurótica, dado que o relacionamento externo e interno com o Masculino (tanto com o homem externo, quanto com o princípio masculino em ação/dentro dela) constitui parte de sua inteireza.

Após o estágio de conservação do Self, o próximo estágio do desenvolvimento é a invasão do uróboro patriarcal. Nesse nível ainda prevalece a situação original urobórica. Mas a intenção do elemento masculino-patriarcal na expressão urobóro “patriarcal” é frisar que aqui se trata de uma questão de desenvolvimento na direção do patriarcado, de forma que a situação urobórica será superada e o arquétipo do Grande Pai emergirá.

Com a invasão do uróboro paterno, porém, algo completamente novo acontece com a mulher. De acordo com Neumann (2000), a mulher é tomada pelo poder desconhecido, avassalador, que ela experiencia como algo numinoso. Na história do desenvolvimento da consciência, o encontro com uma força anônima desse tipo é sempre uma experiência dos limites do ego, experiência essa encontrada não somente entre povos primitivos, mas, também, entre pessoas desenvolvidas, por exemplo, na sua experiência de misticismo e de individuação. Segundo o autor, em fases de transição e em situações que transformam a personalidade,

sempre que uma nova situação arquetípica é constelada, e seja por quaisquer razões forem, o arquétipo, como algo numinoso e indefinido, anônimo e transpessoal, se confronta de maneira avassaladora com a consciência do ego. A consciência primeiramente reage, tanto na situação individual como no desenvolvimento coletivo, sentindo-se sobrepujada e derrotada. Só gradualmente é que ela cria novas formas de adaptação ao arquétipo que, no nível subjetivo, conduzem ao desenvolvimento, ao enriquecimento e extensão da consciência, e daí ao nível objetivo manifestam-se em fenótipos ou encarnações do numinoso cada vez mais diferenciado.

Para a mulher, a invasão pelo uróboro paterno corresponde a um contato com forças interiores inconscientes e conteúdos transpessoais cuja carga de energia excede grandemente a da consciência da mulher. Por conseguinte, para Neumann (2000), o movimento do inconsciente sempre é percebido como numinoso e criativo, pois sua invasão “frutifica” e modifica a personalidade da qual se apossa.

Um símbolo que representa esta fase de desenvolvimento é o mitologema da morte-matrimônio, exemplificado pelo seqüestro de Coré por Hades. Perséfone era a jovem Coré, filha doce e delicada, muito ligada à mãe, Deméter. A relação entre elas é dita como perfeita, com uma relação de dependência mútua. Contudo, numa bela tarde, Coré, enquanto estava colhendo flores, é raptada por Hades, o deus das trevas. O que acaba por romper e transformar a relação mãe/filha. Como rainha do inferno, Coré passa a ser Perséfone, a deusa do mundo avernal.

Analisando esse mito, podemos refletir acerca do processo de desenvolvimento e amadurecimento psicológico que toda mulher deveria vivenciar: a transformação de Coré em Perséfone. Para tanto, é necessária uma jornada da mulher ao submundo, devendo entrar em contato com o próprio mundo das trevas, avernal. Como é de se esperar, tal processo não é nada fácil e não são todas as “Corés” que se dispõem a vivenciá-lo.

Podemos perceber tal recusa ao depararmos com mulheres buscando e vivenciando relações interpessoais e amorosas imaturas, baseadas na dependência mútua, e que não a colocam em confronto com seu mundo avernal.

Seguem em relações em que Coré está “protegida” num certo jardim, bem longe do cruel Hades...

Segundo Neumann (2000), a mulher é tomada de profunda e total emoção pelo Masculino e, dessa forma, supera o estágio de conservação do Self e chega a uma nova fase de sua experiência: a da entrega do Self.

O autor ressalta, contudo, que a relação com o uróboro patriarcal tem também efeitos negativos, se a mulher ficar presa nele. Uma tendência humana que trabalha inconscientemente rumo à formação da personalidade, que Neumann (2000) chama de “centroversão”, força a mulher, assim como força o homem, a passar por todas as fases necessárias ao desenvolvimento individual. E, segundo o autor, demorar-se em uma fase que deve ser atravessada significa uma regressão no que diz respeito ao desenvolvimento da personalidade.

A fixação no urobóro paterno, para Neumann (2000), constela a figura da “filha do pai eterno”, isto é, uma mulher que, como virgem, permanece vinculada ao espírito-pai sob forma invisível.

(...) Neste caso ela vive como a “anima” do homem, isto é, como sua inspiradora, e, conseqüentemente, pode perder o direito à vida pessoal, que também tem qualidades terrenas, materiais e outras que deveriam ser desenvolvidas. (Neumann, 2000, p.24)

Segundo o autor, essa constelação torna-se um fator intoxicante no relacionamento da mulher com o homem, de forma que certa infantilidade e sentimento de filha nunca são superados.

Para que ocorra a superação do estágio de conservação do Self (vinculado à mãe), rumo à entrega do Self ao uróboro paterno, é necessário certo grau de hostilidade para com a mãe. De acordo Neumann (2000), durante qualquer transição para uma nova fase, o ego precisa lutar contra a resistência da fase a ser superada, resistência esta, determinada pela inércia da psique.

Para Neumann (2000), contudo, na mulher, o vínculo positivo com a Grande Mãe também é sempre pré-requisito psicológico para se tornar mãe, ser fértil e ter um relacionamento saudável com o próprio corpo e com a terra. Por outro lado, afastar-se da Grande Mãe leva à incapacidade de desenvolver as qualidades maternais e frutíferas de sua natureza feminina e, conseqüentemente, aos sintomas típicos de histeria de afastamento do corpo e, de fato, até mesmo de esterilidade.

O autor aponta que, freqüentemente, a possessão neurótica da mulher pelo animus é a expressão de sua incapacidade de diferenciar o Self do Masculino. A mulher torna-se vítima de sua tendência à identificação e se aliena de sua própria natureza ao superdesenvolver o lado masculino, o lado do animus. Essa identificação com o espiritual e o Masculino pode encontrar expressão em conflitos verdadeiramente trágicos. Segundo Neumann (2000), ao se identificar com o Masculino transpessoal, que toma o lugar da entrega e da devoção autêntica, a mulher acaba por abdicar da própria natureza da terra, tornando-se, desse modo, uma vítima indefesa dos poderes masculinos. De acordo com o autor, esse perigo, que pode até levar à psicose, é também ocasionado pelo fato de que a sua entrega extrema ao masculino (vivenciado não somente em seu parceiro, mas, também, na sua própria psique) resulta no não desenvolvimento da personalidade autônoma de direito próprio.

Portanto, segundo o autor, na vida da mulher, o relacionamento com o Masculino é decisivo. Com exceção de certas vicissitudes modernas, o desenvolvimento da mulher e sua assimilação à cultura estão muito intimamente ligados ao Masculino arquetípico. A filiação à forma patriarcal de nossa cultura permitiu que a mulher se separasse do estado natural no relacionamento primal e levou ao relacionamento com o Masculino (como pai e marido, animus e guia). De acordo com Neumann (2000), embora a consciência da mulher seja diferente, em natureza e ênfase da consciência do homem, a mulher é forçada à alienação do Self a serviço do desenvolvimento da consciência. É compelida a desenvolver também o lado Masculino, sem o que não é possível a realização cultural.

O desenvolvimento da consciência ocorre dentro de uma tensão de opostos criada pelo ego e pelo inconsciente, por cujo intermédio o ego pode se fortalecer, o sistema consciente pode ser formado e a esfera pessoal pode ser delimitada da esfera impessoal. De acordo com Neumann (2000), é por esse motivo que nesse confronto há uma desvalorização do Feminino arquetípico, o qual, do ponto de vista masculino, parece estar vinculado e identificado aos poderes do inconsciente.

Isto porque, segundo o autor, a linha patriarcal do desenvolvimento da consciência leva a uma condição na qual os valores masculino-patriarcais são dominantes, valores esses freqüentemente concebidos em oposição direta aos do Feminino arquetípico e do inconsciente. Neumann (2000) enfatiza que esse desenvolvimento, nas culturas ocidentais, é dirigido pelo cânone cultural que é arquetipicamente condicionado e impresso no desenvolvimento de cada criança. Dessa forma, a evolução do sistema consciente independente é associada a um ego masculino como centro e à supressão e repressão do inconsciente.

Focalizando no desenvolvimento da consciência, é um ganho quando uma consciência patriarcal substitui uma consciência matriarcal. No entanto, Neumann (2000) aponta que, quando se sabe das fraquezas e perigos psicológicos da cultura patriarcal, cuja forma extremada no Ocidente contemporâneo levou a uma crise que colocou em perigo a humanidade inteira, deve-se evitar o erro de encarar a “consciência matriarcal” como apenas um legado arcaico e o Feminino arquetípico como “relativamente não-desenvolvido”. Dessa forma, o Feminino e as mulheres são suprimidos, escravizados, externamente eliminados da vida ou, até mesmo, como em julgamentos de feiticeiras, perseguidos e levados à morte como portadores do mal.

No entanto essa situação mudou nos tempos modernos, quando todo o relacionamento entre Masculino e o Feminino, homens e mulheres, se tornou problemático. Para Neumann (2000), essa mudança se expressa não somente no relacionamento entre marido e mulher, mas, também, no interior da própria psique, já que o relacionamento do homem com o próprio lado feminino inconsciente, a

anima, e o da mulher, com seu lado masculino inconsciente, o animus, começam a entrar na consciência.

Segundo o autor, é nesse ponto do desenvolvimento psicológico feminino que termina a psicologia do patriarcado e começa a psicologia do encontro, da entrega e devoção ao Self, da descoberta do Self feminino. Para o autor, são essas as duas e mais elevadas fases do desenvolvimento psicológico feminino. No entanto, Neumann (2000) enfatiza que os problemas dessa fase englobam quase todos os problemas da mulher moderna. Isto porque ambas as fases pressupõem uma vitória interior sobre a simbiose do patriarcado. A transição de uma fase para outra ocorre somente por intermédio do conflito psíquico e a personalidade inteira deve ser envolvida. Dessa forma, para o autor, é possível que o processo de desenvolvimento feminino seja levado às últimas conseqüências no interior de um casamento que começou de maneira patriarcal e simbólica, ou que o processo leve ao rompimento do casamento e a um novo relacionamento.

A fase da psicologia do encontro, da entrega e devoção ao Self, da descoberta do Self feminino reflete o padrão de relacionamento quaternário, isto é, relacionamento quádruplo, no qual o consciente e o inconsciente de ambos os parceiros estão em contato. Na fase mais elevada do desenvolvimento feminino, a individuação leva a mulher à descoberta do Self. Segundo Neumann (2000), nesse momento, o encontro com o Masculino assume a forma de um encontro interior, no qual a mulher experiencia as próprias energias arquetipicamente masculinas. Ela se torna, então, consciente das influências psíquicas que antes eram experienciadas de forma projetada no mundo exterior. Todos os símbolos e conteúdos característicos da primeira fase reaparecem, mas estariam sob o signo da integração da personalidade completa e um desenvolvimento que tinha seu centro não no ego e, sim, no Self, como o centro da personalidade unificada.

5.3. Transformações históricas do papel das mulheres

Estamos vivenciando um novo momento histórico denominado, por alguns, de pós-modernidade (Bauman, 2004) e, por outros, de hipermodernidade (Lipovetsky, 2004). Está ocorrendo um esgotamento do modelo patriarcal, apoiado na

valorização dos valores masculinos. Enquanto esse modelo perdurou, tudo que fosse associado a valores ligados ao feminino foi visto com suspeita, de forma que a época atual traz a possibilidade de resgate desses valores femininos, o que permite sua integração com os valores masculinos, restabelecendo um equilíbrio salutar, tanto do ponto de vista pessoal quanto coletivo.

Um contexto em que a revalorização do Feminino ocorre com grande intensidade relaciona-se aos estilos de vida e papéis desempenhados pelas mulheres. A partir da Revolução Industrial e das duas Guerras Mundiais, foi solicitado um novo papel da mulher, o da profissional, que lhe conferiu uma nova identidade. Contudo, o processo de construção dessa nova identidade foi bastante árdua para as mulheres.

O movimento feminino foi uma forma de as mulheres buscarem ser mais aceitas na sociedade. Apesar de este momento ter sido feito de forma masculina, foi um começo para a mudança do papel da mulher na sociedade. A partir dele, as mulheres começaram a ser mais aceitas no mercado de trabalho, ganhando mais espaço na sociedade. Ao obterem o direito de votar, também ganharam mais espaço como cidadãos atuantes. Mas todos esses ganhos são pequenas mudanças que não garantiram o espaço do Feminino.

A partir do século XIX, o processo de industrialização favoreceu a extensão do trabalho feminino assalariado. Contudo, segundo Lipovestsky (2000), a conquista do trabalho nas fábricas pelas mulheres não foi bem visto em um primeiro momento, uma vez que foi associado à licença sexual e à degenerescência familiar, já que apenas mulheres pobres e/ou promíscuas precisavam trabalhar, mulheres de família, com bons maridos, não. Dessa forma, o trabalho foi considerado, como algo degradante e contrário à vocação da mulher. Além disso, o autor ressalta que, na burguesia, o trabalho feminino assalariado era causa de horror, uma vez que sinalizava pobreza.

De acordo com o autor, nesse momento histórico o trabalho feminino ainda era incapaz de fundar a identidade da mulher, sendo julgado como inferior ao trabalho masculino e limitado a postos inferiores e subordinados, uma vez que, nas

camadas populares, as tarefas principais das mulheres estavam mais relacionadas ao exterior que ao interior. Lipovestsky (2000) acrescenta que, mesmo não sendo capaz de fundar a identidade individual, o trabalho da mulher permitiu que a renda familiar aumentasse, propiciando novos comportamentos, que atividades femininas surgissem, sendo que foi se tornando cada vez maior o número de mulheres que não paravam de trabalhar depois do casamento e do nascimento do primeiro ou segundo filho. Podemos dizer que a partir desse momento, o trabalho feminino começava a delinear um novo estilo de vida para as mulheres, no sentido de propiciar novas formas de se viver, assim como novos valores.

Foi só a partir da segunda metade do século XX que modificações importantes ocorreram em relação à identidade da mulher e de seu papel dentro da sociedade. Com a industrialização, muitas mulheres passaram a trabalhar fora de casa, ocasionando um dado importantíssimo na redefinição dos papéis e das funções dos homens e das mulheres dentro da família.

Com o advento da era do consumo dos anos 1950, a mulher do lar se refez, uma vez que novas obrigações surgiram para ela. Seu ideal não desapareceu de modo algum, contudo, a retórica sacrificial que a acompanhava até então passou a ser mascarada pelas normas individualistas do bem-estar e da sedução. Para Lipovestky (2000), instala-se um novo ciclo que estrutura uma simbiose entre a mulher do lar e o consumo. A mulher toma ótimas decisões de compra, enfatiza a economia de tempo e de trabalho, denotando novos imperativos da esposa-mãe moderna.

De acordo com Lipovestky (2000), a promoção da mulher consumidora é de grande importância, uma vez que representa mais do que apenas um modo de vida feminino, acaba por contribuir com a superação histórica do ideal da mulher do lar. Para o autor, a sociedade de consumo difundiu um sistema de valores contrário ao da mulher do lar, uma vez que pregava o bem-estar, o lazer, felicidade individual, isto é, um estilo de vida inédito. A era do consumo desqualificou a ideologia do sacrifício que sustentava o modelo da “perfeita” dona de casa, mas, contudo, infeliz.

O papel da mulher, restrito ao mundo familiar de cuidados com a casa, marido, filhos, pode representar um custo a seu desenvolvimento psicológico. De acordo com Neumann (2000), a esposa patriarcal pode tolher as potencialidades femininas. Contudo, o autor aponta que, muito embora o casamento patriarcal represente um perigo considerável para o desenvolvimento da mulher, as chances que ela tem de realizar suas necessidades interiores dentro dele – mesmo que secretamente – são suficientemente grandes. O autor define casamento persona como o fato de que as variedades do casamento patriarcal vêm preservando sua forma há milênios, o que prova que, de certa maneira, oferecem modos de vida emocionalmente viáveis, tanto para homens como para mulheres. Por essa razão, segundo o autor, a forma patriarcal de casamento não foi obviamente abalada até os tempos modernos. Com bastante freqüência, porém, acontece que, examinado mais de perto, vemos que a aparência patriarcal constitui apenas a forma externa, por assim dizer, persona, de um casamento, por detrás do qual estão ocultas formas de relacionamento marital que se desviam do patriarcado ou se opõem diretamente a ele.

Contudo, como bem descreve Neumann (2000), existe um perigo da esposa patriarcal. Para o autor, fazer da mulher uma prisioneira do patriarcado detém o desenvolvimento ulterior. Sua vida e seus interesses são reduzidos a aquilo que é meramente pessoal, de fato, ao mais estreito campo material; e agora, repetindo como um papagaio as palavras dos homens, surge uma psicologia do “animus”, um sintoma de que ela caiu sob o poder do homem e do Masculino, que indica deterioração, em lugar do poder gerador matriarcal inerente ao Feminino e à mulher.

A mulher, mesmo que não trabalhe fora de casa, passa a ser vista com outros olhos. Segundo Lipovetsky (2000), fica responsável pela educação e saúde dos filhos, sendo investida, dessa forma, de acordo com o autor, de uma missão utilitária e produtiva: economizar, gerir a casa, preparar um futuro melhor para os filhos. Daí a importância da formação social de uma identidade aparentemente fútil da mulher consumidora.

Assim, o trabalho de nossos dias, tanto dentro como fora de casa, constrói mais a identidade social das mulheres do que antigamente, quando apenas os papéis de mãe e esposa eram socialmente legítimos.

O período entre guerras foi muito importante para a transformação social da mulher, tanto do ponto de vista do trabalho, como de promoção de saúde. Lipovestky (2000) aponta que as mulheres passaram por um momento de “aculturação” a partir do investimento do médico na orientação dos cuidados maternos. O trabalho doméstico ganha um reconhecimento social inédito, como agente de moralização da família e da nação. Algumas feministas entraram em ação com discursos de convencimento de que as ocupações caseiras, longe de serem tediosas e monótonas, podiam ser atividades criativas que mobilizam saber, inteligência e reflexão.

De acordo com Moraes (2003), a mulher anterior a essa transformação era definida de acordo com conveniências culturais, uma vez que estava sob o domínio do sistema patriarcal, sendo seus papéis definidos apenas como de mãe, dona-de-casa e esposa, cujas características eram a submissão e a obediência. Tais mulheres, apesar de passarem despercebidas pela vida e nas suas atuações na sociedade, contavam com o princípio Feminino mais nobre, isto é, com a capacidade de gerar vida, de ser a terra que acolhe, germina e ilumina a própria existência.

Para Lipovestky (2000), é nesse ponto que emerge a ambivalência histórica do modelo da mulher do lar: diferenciação máxima entre os papéis dos dois sexos, que é acompanhado por um processo de reconhecimento e de celebração das funções femininas.

Os anos 1960 inauguraram um novo ciclo. Para Lipovestky (2000), o ideal da fada do lar perdeu sua unanimidade. Na imprensa, artigos que evocavam a insatisfação da mulher do lar, suas frustrações, multiplicavam-se. De acordo com o autor, a imagem da mãe e da esposa dentro de casa, que encarnava um sonho coletivo, passou a ser um pesadelo para as mulheres.

Ser mulher até aproximadamente o final dos anos 1960 significava identificar-se com a maternidade e a esfera privada do lar, sonhar com um “bom partido” para um casamento indissolúvel e afeiçoar-se às atividades leves e delicadas, que exigiam pouco esforço físico e mental.

A partir desse movimento de incômodo, insatisfação, as mulheres começaram a reivindicar seus direitos e a atividade profissional feminina passou a adquirir direito à cidadania. Segundo Lipovestky (2000), passou a ser um valor e uma aspiração legítima, uma condição normal da existência da mulher. O autor acrescenta que “... é a recusa de uma identidade constituída exclusivamente pelas funções de mãe e de esposa que caracteriza a condição feminina pós-moderna.” (p. 220).

Contudo, o trabalho fora do lar ainda é considerado secundário, subordinado aos papéis familiares. Para Lipovestky (2000), mesmo quando necessária à subsistência da família, a atividade profissional feminina é considerada sem valor próprio, incapaz de caracterizar uma identidade plena. De acordo com o autor, a mulher, ao investir no trabalho fora de casa, busca muito mais do que escapar do “gueto” doméstico: representa uma nova exigência de afirmar-se como sujeito, um meio de auto-afirmação.

Existencialmente, a mulher sempre teve a possibilidade de ser qualquer coisa. Mas a forma como a sociedade a enxergava se reduzia a dois modos: santa ou promíscua. Como Lipovetsky (2000) muito bem apontou, o fato de trabalhar, era muito mal visto pela sociedade. Independente do que a mulher fizesse, a sociedade só dispunha da possibilidade de caracterizá-las nesses dois modelos. Portanto, a mulher tinha a possibilidade de ser vista como boa dona de casa, dedicada aos filhos e ao marido, mulher “correta”, pura e exemplo a ser seguido; ou como promíscua, caso ela não se caracterizasse na primeira categoria. Isso mostra que todas as outras possibilidades de ser eram ignoradas pela sociedade. As pessoas não conseguiam olhar para a mulher como representante do feminino além desses dois véus.

Menin, Leite e Parro (2005) descrevem que, quando Deus expulsou Adão e Eva do Paraíso, lançou sobre a mulher uma maldição: parirás em dor e ansiarás pelo

teu homem e ele te dominará. Segundo as autoras, o uso de analgésicos eliminou a primeira parte da maldição, mas a segunda continua a dominar o psiquismo das mulheres até os dias atuais.

O patriarcado deixou uma herança: a cisão entre espírito e matéria, de forma a desvincular a sexualidade da espiritualidade, e, assim, as vivências materiais e corporais deixaram de ser sagradas. Os desejos sexuais e instintivos, as emoções, os sentimentos e a sensualidade da mulher passaram a ser considerados demoníacos e perderam sua condição de sagrado.

Nas palavras de Quallis-Cobert (1990), *“As mesmas qualidades pelas quais a mulher fora outrora considerada sagrada, agora vieram a ser a razão pela qual era degradada.”* (p.55). De acordo com essa mesma autora, o Feminino foi cindido em dois aspectos: o espiritual, intocável e idealizado (simbolizado pela Virgem Maria ou, numa versão mais humana, pela freira) e o carnal e depravado (simbolizado pela Lilith ou, numa dimensão mais humana, pela prostituta dos tempos atuais, “a prostituta profana”).

Segundo Menin, Leite e Parro (2005), a prostituta sagrada era quem estabelecia a ligação entre o divino e o mortal e, portanto, entre o espiritual e a sexualidade, e trazia à tona o lado instintivo, erótico e dinâmico do Feminino que, por muito tempo, foi reprimido e deturpado. Dessa maneira, ficou comprometido o resgate da prostituta sagrada, já que para a mentalidade patriarcal é impossível conceber a idéia de uma mulher que seja espiritual e sexual ao mesmo tempo.

Para Qualls-Cobert (1990), ao mesmo tempo em que as características do Feminino eram renegadas e consideradas malélicas pelo patriarcado, a mulher era considerada inferior ao homem: *“... as boas mulheres são obedientes, preservando suas partes ocultas como Deus as tem preservado.”* (p.58).

O resgate e a valorização do Feminino, apesar de ser um trabalho árduo, valem o esforço a ser recompensado. Menin, Leite e Parro (2005) enfatizam que, quando isso ocorre, a alegria e a graça da vida retornam ou são intensificadas e a mulher pode sentir-se mais inteira. Dessa forma, a mulher pode se perceber portadora de

uma sexualidade e de uma espiritualidade que estão vinculadas e não excludentes. Para as autoras, o lugar para essas mulheres, novas sacerdotisas de Afrodite, deve ser demarcado por elas próprias, citando a letra Pagu¹¹, como expressão da condição da mulher contemporânea que consegue estabelecer contato com a deusa dentro de si, integrando a “freira e a puta”, não permitindo que a sexualidade seja explorada, como acontece na mídia atualmente. A mulher contemporânea, que é sacerdotisa de Afrodite, é segura.

Para Qualls-Cobert (1990), não é preciso competir com os homens e nem adotar qualidades masculinas (identificação com o animus).

Apesar da identidade da mulher durante muito tempo estar restrita culturalmente ao casamento e ao papel de esposa e mãe, vemos o quanto isso está se modificando, com uma gama enorme de novos papéis que as mulheres estão cada vez mais desempenhando.

Lipovestky (2000) aponta que, ao ingressar na atividade profissional, as atitudes da mulher não significam uma busca de sentido para a vida pessoal, mas, sim, um desejo de ser sujeito de sua própria existência, desejo este de ser reconhecida pelo que faz e não mais do que é por natureza. Acrescenta que o ciclo da pós-mulher do lar fez o feminino entrar no universo concorrencial e meritocrático, tradicionalmente masculino. A nova tendência feminina é a busca de identidade baseada na dimensão do trabalho.

Para Lipovetsky (2000), por meio do trabalho feminino, entra em jogo a questão do sujeito mulher, correspondendo à manifestação de si como preocupação consigo, expressão de desejos e realização íntima, ou seja, vontade de ser reconhecida como protagonista individual responsável por sua própria vida.

¹¹ “.. Minha força não é bruta
Não sou freira nem sou puta
Porque nem toda feiticeira é corcunda
Nem toda brasileira é bunda
Meu peito não é de silicone
Sou mais macho que muito homem...”
(Rita Lee/Zélia Dulcan) (Menin, Leite e Parro (2005), p. 45).

Entretanto, segundo Lipovestky (2000), o movimento de legitimação do trabalho das mulheres é mais tardio em relação à conquista de seus direitos políticos, meio século mais tarde. O autor acredita que a elevação contínua do nível de formação das mulheres tenha desempenhado um papel essencial em sua mudança de atitude em relação ao trabalho.

Dessa forma, segundo o autor, o reconhecimento social do trabalho das mulheres e seu acesso às atividades, informações outrora reservada aos homens, geraram mudanças que partem de um conjunto mais amplo, em que figuram três fenômenos de fundo: 1) poder feminino sobre a procriação, 2) desinstitucionalização da família e a promoção do referencial igualitário do casal, manifestado na transformação do medo de socialização do feminino, favorecendo uma generalização do princípio de governo de si e 3) a “terceira mulher”, ou mulher moderna, que é a mulher indeterminada que parece não ter abdicado de seus papéis tradicionais de mãe, mas que busca fervorosamente reencontrar um vetor de autonomia e iniciativa frente à ordem social. Assim, a terceira mulher é aquela capaz de inventar seu próprio destino, de acordo com suas necessidades internas.

Vivemos em uma época em que os papéis da mulher não estão mais tão claros; por um lado, isso gera muita ansiedade, mas esse é o preço da liberdade adquirida. Esse ponto nos remete à visão de estilo de vida proposta por Giddens (2002) de que na pós-modernidade o indivíduo não tem outra saída senão escolher o estilo de vida que vai adotar.

Muitos homens dizem que não sabem como agir diante desse novo modo de ser da mulher e usam isso como pretexto para criticar as mulheres que não seguem os antigos padrões de viver.

Mas a psicologia mostra que a mulher conseguiu se adaptar mais às novas mudanças da sociedade do que os homens. Agora, o que nos resta é cada um dançar sua dança, buscando sua própria verdade. Pois, hoje em dia, a mulher tem a possibilidade de ser muito mais do que podíamos há alguns anos atrás.

5.4. A mulher contemporânea e o retorno da Grande Deusa

Refletindo acerca dos novos horizontes femininos, pretendemos fazer uma leitura simbólica do mito sobre a Grande Deusa, identificando padrões de comportamento na mulher contemporânea.

Woolger e Woolger (2002) entendem deusa como a forma que um arquétipo feminino pode assumir no contexto de uma narrativa mitológica. Para eles, os mitos são representações de estruturas arquetípicas que continuam atuantes em nós desde tempos remotos. Como arquétipo, os mitos não apenas moldam, mas também transformam os comportamentos. Dessa forma, as muitas e variadas maneiras que uma mulher pode ser, adotar ou sentir podem ser personificadas em mitos.

Segundo Bonaventure (2000), temas associados à “mulher” e ao mundo feminino têm sido sempre estudados, desde os tempos mais antigos. A autora encontrou textos da região da Babilônia e da Suméria que datam de 3.500 antes de Cristo, falando dos atributos dados à deusa Inana (ou Istar ou, ainda, Ísis), que já nos mostravam características da mulher e do Feminino que reconhecemos perfeitamente, tanto na psicologia da mulher como na parte feminina da psicologia do homem. Qualquer deusa de que lembremos, veremos que elas também, no seu comportamento, se parecem muito com as mulheres reais: mães preocupadas com as filhas, como Deméter com Perséfone; ciumentas e birrentas com o marido, como Hera com Zeus; vaidosas como Afrodite; mulheres cabeças como Atena, ou mais independentes como Ártemis. Segundo a autora, essas características sempre existirão, quando houver a presença de uma mulher.

De acordo com Bonaventure (2000),

Um arquétipo é um assunto que é sempre o mesmo, mas que pode se manifestar através de milhares de símbolos diferentes, sonhos, fantasias, vivências, e sempre parece novo no momento em que o vivemos. E a mulher é um arquétipo. (p. 13).

Segundo a autora, sobre o tema “mulher” se tem tido, e se tem, através dos tempos, tantas imagens na arte e na literatura, concepções, vivências, lendas, mitos, símbolos. Para a autora, a realidade externa pode ser totalmente diferente, mas, internamente, há um ponto de encontro muito especial.

Segundo Woolger e Woolger (2002), na Mesopotâmia da antiguidade, a Deusa Mãe, conhecida como Inana (na Assíria como Istar), era adorada como a própria fonte de vida (entre 3.000 e 1.200 a.C.). Era o poder manifesto em toda a fertilidade e em todas as formas, vegetal, animal ou humana, sendo reconhecida como a “Deusa de muitos nomes”: Cibele na Ásia Menor, Ísis no Egito e Roma, Gaia na Grécia, Atana Potinja em Creta, Astarte em Canaã. Como arquétipo, continha em si todas as possibilidades da existência: vida, morte, poder, juventude, velhice, sabedoria, masculino e feminino.

No entanto, de acordo com os Woolger e Woolger (2002), de 1.600 a 700 a.C., diversas tribos nórdicas e arianas impuseram seus deuses mais patriarcais sobre o culto a Grande Deusa, fragmentando-a, deixando-a, dessa forma, enfraquecida.

Segundo os autores, essa era a política religiosa de “dividir para governar”, característica do patriarcado. Com a divisão da Grande Deusa, cada uma das deusas “departamentalizadas” foi desertada da Mãe original e, a partir desse instante, tornaram-se antagonicamente divididas entre si. O efeito de dividir a Deusa Mãe, original da antiguidade, em diversas funções especializadas permitiu que todo seu poder passasse a ser de um deus masculino supremo (Zeus).

(...) os aspectos díspares e separados da antiga Deusa-Mãe transformaram-se lentamente nos diferentes cultos que hoje associamos aos das deusas mais preeminentes. E, à medida que a cultura grega foi se tornando mais complexa e diversificada, o mesmo aparentemente também aconteceu com as divindades. Foi no decorrer dessa época essencialmente tolerante e pluralista que as deusas se tornaram “departamentalizadas” de várias maneiras. (Woolger e Woolger, 2002, p. 29)

Com o patriarcado e a subsequente unilateralização das deusas, segundo Woolger e Woolger (2002), desenvolveram-se chagas em cada deusa. De acordo com Pereira (1985), o que se tornou comportamento coletivamente aceitável para as mulheres, perdeu a conexão com o sagrado. Segundo a mesma autora, foi essa desvalorização que gerou filhas desenraizadas e subterrâneas do patriarcado.

As deusas individualizadas eram mais toleráveis para a cultura patriarcal, uma vez que atuam isoladamente e até competem umas com as outras. Dessa forma, segundo Woolger e Woolger (2002), o impulso feminino dividiu-se contra si mesmo, tornando-se poderes desequilibrados e tendenciosos.

Com o patriarcado, os valores femininos passaram para uma posição de inferioridade e a uma unilateralidade. Os aspectos díspares e separados da antiga Deusa Mãe transformaram-se lentamente nos diferentes cultos que hoje associamos aos das deusas mais proeminentes. Segundo Woolger e Woolger (2002), as deusas mais vivas na vida das mulheres modernas e sociedade contemporânea são: Atena; Afrodite; Perséfone; Ártemis, Deméter e Hera.

A seguir, apresentaremos as características básicas dessas deusas (Woolger e Woolger, 2002):

- **Mulher-Atena:** regida pela deusa da sabedoria e da civilização, que busca realização profissional numa carreira, envolvendo-se com educação, cultura intelectual, justiça social e com política;
- **Mulher-Afrodite:** regida pela deusa do amor, voltada principalmente para relacionamentos humanos, sexualidade, intriga, romance, beleza e inspiração das artes;
- **Mulher-Perséfone:** regida pela deusa do mundo avernal, é mediúnic e atraída pelo mundo espiritual, pelo oculto, pelas experiências místicas e visionárias, e pelas questões ligadas à morte;

- **Mulher-Ártemis:** regida pela deusa das selvas, é prática, atlética, aventureira, aprecia a cultura física, a solidão, a vida ao ar livre e os animais; dedica-se à proteção do meio ambiente, aos estilos de vida alternativos e às comunidades de mulheres;
- **Mulher-Deméter:** regida pela deusa das colheitas, é uma verdadeira mãe-terra que gosta de estar grávida, de amamentar e de cuidar de crianças; está envolvida com todos os aspectos do nascimento e com os ciclos reprodutivos da mulher;
- **Mulher-Hera:** regida pela deusa dos céus, se ocupa do casamento, da convivência com o homem e de questões ligadas ao poder (sempre que as mulheres são líderes ou governantes).

Contudo, com a crise do patriarcado, o retorno da deusa está sendo possível, através do anseio de recuperar a visão transcendente de totalidade da Grande Deusa. Dessa forma, a consciência das deusas está aumentando, divididas ou não. Agora, as deusas e seu poder primordial têm condições de vir à tona novamente e sintomas esperançosos de mudanças tornam-se possibilidades de maior integração, à medida que as deusas emergem e transformam a vida das mulheres contemporâneas.

Segundo Woolger e Woolger (2002), as mulheres têm sentido rumores internos dessa revolução. Os anseios espirituais e sexuais em questionar instituições e padrões de relacionamentos; sonhos, romances do mundo todo revelam imagens antigas e novas forças em fermentação dentro de nós, sendo capazes de transformar os modos mais fundamentais de pensarmos sobre nós mesmos. Dessa forma, uma nova consciência Feminina é emergente e simbolizada pelo Retorno da Grande Deusa.

De acordo com os autores, como mencionamos anteriormente, o feminismo foi um dos principais fatores modernos dessas transformações. As sociedades ocidentais sofreram mudanças mais relevantes com o surgimento da pílula anticoncepcional, a mulher passou a ser importante para o sistema de saúde, teve abertura de

mercado de trabalho, uma legislação mais liberal para o divórcio, conquista ao voto, tornando-se cidadãs. Dessa forma, com a alteração do mundo moderno que até então era regido pela lógica patriarcal e o advento da pós-modernidade, o Feminino está retornando.

Woolger e Woolger (2002) descrevem o que nomeiam de apuros da mulher moderna com as seguintes frases: A mulher moderna quer um marido astuto e bem sucedido! Ao mesmo tempo em que quer independência total! Quem precisa de homens?! Uma carreira excitante e socialmente responsável! Direitos iguais! Cuidado com o aquecimento global! Uma casa linda e dois filhos absolutamente maravilhosos! Sapatos finos e de salto altos e um corpo perfeito! Uma dieta mais saudável.

Segundo os autores, tais frases ilustram as preocupações de Atenas, Ártemis, Hera, Deméter e Afrodite, sendo o reflexo do quanto as deusas se encontram alienadas, refratárias e impotentes no mundo interno e externo das mulheres modernas.

Dessa forma, Woolger e Woolger (2002) descrevem alguns desafios que as mulheres modernas tiveram de enfrentar. Com o feminismo dos anos 60 e 70 ocorreu a colisão entre mulheres Atena e Ártemis à exclusão das necessidades e interesses das demais deusas quanto a questão da independência. O que gerou uma unilateralidade e alienação da díade do amor, alienação de si mesmas como corpo, terra e matéria, característicos de Deméter-Afrodite.

O resgate do feminino traria o fim do padrão único a limitar o desenvolvimento da mulher e inauguraria uma maior liberdade de escolha entre diferentes possibilidades de manifestação dos aspectos femininos. Portanto, propomos a aproximação do conceito de Terceira mulher de Lipovetsky (2000) com a Roda das Deusas de Woolger e Woolger (1991), uma vez que a terceira mulher engloba as características das deusas departamentalizadas, sugerindo o retorno da Grande Deusa.

Qual é o novo papel da mulher na contemporaneidade? Podemos dizer que, hoje, a mulher tem uma infinidade de possibilidades de ser. Não existe mais um modelo rígido que precise seguir. Ela pode se inventar e re-inventar ao seu bel prazer. Não é mais submissa ao homem economicamente nem psicologicamente. Ela pode ser o que quiser, respeitando as necessidades que surgem de seu interior. Pode se experimentar em várias relações amorosas ou se engajar politicamente, dirigir-se a obter uma carreira sólida ou se realizar sendo esposa e mãe.

O modo como as deusas vêm até nós, para energizar e alumiar diferentes aspectos de nossa vida, continua sendo um mistério. Mas podemos nos tornar parte desse mistério atendo-nos a nós mesmas em silêncio, ouvindo e pedindo orientação. Cada uma a sua maneira única e singular, as deusas têm bênçãos e oferendas abundantes para nós – dons que podemos incorporar de maneira criativa em nossas vidas e em nossas relações com as outras pessoas. Quanto mais as conhecermos, mais as ouviremos à nossa própria maneira. (Woolger e Woolger, 1991 p.321)

Loureiro e Moraes (prelo) consideram que a mulher contemporânea se encontra num momento difícil, embora riquíssimo, de procurar, farejar e intuir sua identidade mais plena. Rompidas as rígidas amarras dos ideais patriarcais, é tempo de recuperar toda gama de possibilidades arquetípicas de expressão do feminino. Poder servir a cada deusa, sem negligenciar nenhuma divindade.

Segundo as autoras, permitir que seu ser individual seja um recipiente adequado para conter e dar forma humana aos poderes femininos primordiais, eis a tarefa histórica reservada à mulher neste novo milênio. Assim, caberia a cada mulher definir e dar forma à sua identidade, respeitando suas mais profundas e legítimas inclinações. Os diferentes aspectos do feminino se fazem notar com intensidades diferentes em cada ser feminino. A mulher pode ouvir mais claramente o chamado de uma deusa ou de outra.

Para Loureiro e Moraes (prelo), uma mulher pode se identificar mais com Afrodite e sentir-se realizada tendo muitos envolvimento amorosos, intensos, ousados e

até arriscados; outra se centra na carreira ou se engaja politicamente, inspirada em Atenas ou Ártemis. Outras tantas mulheres se parecerão com Hera, a esposa por excelência, elegendo o marido e o casamento como focos privilegiados de sua atenção. Também Deméter se faz presente através daquelas a quem a maternidade e o cuidado com a prole assumam caráter predominante, lembrando as inúmeras combinações possíveis entre as diversas facetas do feminino. O resgate do feminino traz o fim do padrão único a limitar o desenvolvimento da mulher e inaugura uma maior liberdade de escolha entre diferentes possibilidades de manifestação dos aspectos femininos.

Para Harding (1985), atualmente o sucesso ou o fracasso da vida de uma mulher não é mais julgado, como antigamente, pelo critério exclusivo do casamento. A sua adaptação à vida agora pode ser feita de várias maneiras, cada uma das quais oferecendo alguma oportunidade para resolver problemas, sejam os de trabalho, de relações sociais ou de suas necessidades emocionais. De acordo com a autora, se, no entanto, ela procurar disciplinar e desenvolver todos os lados de sua personalidade, ajustando-se à vida, que não é unilateral, mas cheia de facetas, como sua própria personalidade, a tarefa torna-se mais complexa.

De acordo com Loureiro e Moraes (prelo), embora a condição contemporânea de superação dos padrões patriarcais gere ansiedade e desorientação, esse seria um preço pequeno diante de um bem tão valioso quanto a liberdade. Liberdade que instala a possibilidade e o risco de ser fiel a si mesma, convidando a mulher contemporânea a ousar e a traçar caminhos originais. Comparando com os tempos medievais, violentamente restritivos à expressão do Feminino, os tempos de hoje parecem bem mais promissores. A polarização virgem/prostituta se relativiza.

Nesse sentido, para Harding (1985), depois que a mulher começou a sair de sua identificação biológica e psíquica com a grande Mãe-natureza e com sua própria mãe, vendo que este não era mais um modo de vida e de realização ideal, abriu-se para ela um novo espaço vital e uma possibilidade de se desenvolver. Segundo a autora, muitas vezes esse espaço livre é associado à ansiedade natural, à angústia e o medo frente a um caminho que tem que ser seguido, mas onde falta

ainda o referencial para expressão de sua própria psicologia. O recente despertar da mulher de sua longa apatia trouxe à tona poderes latentes que, muito naturalmente, ela está ansiosa por desenvolver e aplicar na vida, tanto para sua própria satisfação e vantagem, como para aumentar a contribuição à vida do grupo. Esse passo adiante no desenvolvimento consciente não acontece sem dificuldades e obstáculos.

Bonaventure (2000) mostra a riqueza que existe na psicologia de toda mulher e que muitas vezes ela desconhece ou menospreza, mostrando tanto o lado positivo quanto o lado negativo. Para a autora, não existe verdade absoluta em relação ao que seja ser mulher. Existem, sim, muitas percepções, que, aliás, são reconhecidas nos mitos e nos contos em que as personagens são femininas. Contudo, a experiência de ser mulher também vai mudando conforme nossa idade, nossas vivências de momento, mas, se ficarmos presentes a essas mudanças, tivermos a sensação do que está acontecendo em nosso mundo interior, certamente tudo vai ficar mais rico, alegre, cheio de sentido. Precisamos participar da busca de muitos de seus valores, para que a mulher possa descobrir de novo sua dignidade de ser mulher.

Contudo, vale ressaltar que, conforme Neumann (2000) aponta, o problema da emancipação do Feminino não é, portanto, um problema particular de algumas mulheres, mas o de toda a humanidade, pois se trata, na realidade, da individuação de todo ser humano. De acordo com Harding (1985), a emancipação do Feminino implica uma série de mudanças profundas em todas as dimensões da vida social, política, jurídica, educativa, familiar, econômica, sendo necessário criar espaço vital novo, onde valores femininos possam ser vividos. Segundo a autora, a mudança não pode vir só de fora. Para que seja real, a mudança tem de vir de uma atitude e ser fruto de uma lenta maturação interior.

Essas mudanças têm produzido para a mulher um inevitável conflito interno entre a necessidade de expressar-se através do trabalho, como um homem faz, e a necessidade interior de viver de acordo com sua própria natureza feminina. Esse conflito parece condicionar toda a experiência de vida para todas aquelas mulheres modernas que estão totalmente cientes de si mesmas como indivíduos

conscientes. Para elas, uma vida unilateral não é suficiente; o conflito entre as tendências opostas do Masculino e do Feminino dentro delas tem de ser encarado. Não podem resumir os valores Femininos àqueles velhos padrões instintivos e inconscientes. Conseguindo um novo grau de consciência, saíram do fácil caminho da natureza. Se pretenderem ter contato com o seu lado Feminino perdido, isso precisa ser feito pelo duro caminho de uma adaptação consciente.

Devemos ressaltar a importância do olhar multidisciplinar para abordar esse tema. A ocupação e o desempenho, na grande maioria das vezes bem sucedido das mulheres a esses “novos” papéis, geram repercussões em diversos campos, sejam eles públicos (social, econômico, financeiro...) e privados, com as implicações médicas e psicológicas que isso traz.

Encontramos uma matéria que ilustra bem isso em uma revista feminina de grande circulação¹². De acordo com a matéria, as mulheres estão num momento muito intenso de autocobrança, chegando a uma epidemia da exaustão, que é a armadilha da vida moderna gerada pelo estresse.

Na seqüência apresentaremos o capítulo de reflexão e colocação do problema de pesquisa.

¹² PAULINA, Iraci. **A Epidemia da Exaustão**. Revista Cláudia, dezembro de 2006, pp.204-07.

6. Reflexão e colocação do problema

6.1. Reflexão

Apesar de haver controvérsias quanto à incidência de SOP na população geral, ou seja, fontes que apontam entre 7 a 10% da população de mulheres em idade reprodutiva, o que não revelaria um problema de saúde pública, o levantamento bibliográfico apresentado neste trabalho, contradiz tal visão simplista.

Os trabalhos encontrados desvelam que as implicações da Síndrome dos Ovários Policísticos não se restringem apenas à irregularidade menstrual, infertilidade, hirsutismo ou acne que, do ponto de vista de saúde pública poderiam ser vistos como insignificantes, ou até mesmo “fúteis”, por se relacionarem a questões de auto-estima, auto-imagem, em comparação com outras morbidades graves. É claro que para uma visão reducionista e simplória.

Na SOP os riscos, a longo prazo, são presentes e perigosos (2003 *Rotterdam PCOS Consensus*, 2004; Halbe, 1989; Moran e Norman, 2004; Kee et al., 2006). Como foi apresentado, o mecanismo da insulina na SOP está ficando cada vez mais claro, e evidenciando o risco de diabetes e doenças cardiovasculares. Assim, como coloca Farquhar (2000), no futuro, é mais provável que o foco do manejo da Síndrome dos Ovários Policísticos estará na prevenção das seqüelas, a longo prazo, associadas com a resistência à insulina.

Cada vez mais se tem ouvido falar que a preocupação com a saúde pública deve ser voltada à atuação primária, isto é, preventiva. Hoje, a psicologia também está atuando de forma primária. Dessa forma, um estudo que tem como objetivo mapear o estilo de vida, enfatizando sua dimensão psicológica, de brasileiras portadoras de SOP, pacientes de um médico dermatologista especialista particular, pode ser muito esclarecedor e ser de grande valia para o tratamento preventivo da SOP.

No levantamento bibliográfico médico realizado, Norman et al. (2002), foi o único trabalho encontrado que considerou os aspectos psicológicos da SOP no estilo de vida das portadoras; e Ferreira et al (2006) a questão psicológica na SOP.

No entanto, o trabalho de Norman et al. (2002), mesmo sendo muito relevante, uma vez que enfatiza a importância do estilo de vida no tratamento da SOP, ampliando a visão farmacológica e médica que tão frequentemente é encontrada, enfatiza apenas a modificação comportamental do estilo de vida, restringindo-se a esse aspecto. Cita as repercussões psicológicas da SOP de maneira muito superficial, propondo-se a uma atuação mais voltada para o comportamento. Dessa forma, a menção ao aspecto psicológico envolvido na síndrome não é tão contribuidora, uma vez que enfoca apenas a dimensão comportamental. Não menciona quais intervenções psicológicas foram feitas.

Ferreira et al (2006) enfatizam as questões psicológicas e psicossociais da SOP, sem, contudo, discriminar os cuidados que devem ser tomados a respeito. Deixam claro que apenas um tratamento médico voltado à restauração da fertilidade, prevenção de doenças crônicas, entre outros, não é suficiente. Segundo eles, uma cuidadosa avaliação e apoio psicológico, tanto individual como em grupo, “*são muito importantes no sentido de melhora da satisfação e da qualidade de vida dessas mulheres.*” (p.149).

Muito foi colocado sobre a importância da modificação no estilo de vida, tanto no que se refere à alimentação, como em atividades físicas, mas nada foi abordado sobre as implicações psicológicas para promover e facilitar tais modificações; assim como não foi apresentada qual a definição do conceito de estilo de vida adotado nesses trabalhos médicos.

Na psicologia, como pôde ser visto anteriormente, o estilo de vida tem enfoques diferentes; já, na literatura médica, não há definição desse conceito. Aproveitando-se dessa lacuna, é que a presente pesquisa propõe-se a explorar o estilo de vida de portadoras, no sentido de contribuir sobre qual o sentido que um determinado estilo de vida tem na vida dessas mulheres, de forma a facilitar as intervenções que poderão ser feitas.

Para uma pesquisa em psicologia, não seria necessária uma discussão tão ampla a respeito das discordâncias da área médica. Contudo, para se evitar cair no risco de se propor a estudar esta síndrome de forma parcial, uma revisão da literatura médica fez-se necessária. O levantamento bibliográfico acabou evidenciando a relevância desta pesquisa no que se refere à interdisciplinaridade e a produção de conhecimento em um terreno tão movediço quanto esse. Por conta da grande variedade de sintomas que abarcam desde os dermatológicos, ginecológicos aos endocrinológicos, essas três especialidades da medicina acabam se esbarrando no tratamento da SOP, distanciando-se, dessa forma, do trabalho interdisciplinar.

Mesmo a SOP sendo um tema controverso, uma vez que envolve várias especialidades médicas, pode-se perceber que há poucos trabalhos em psicologia a respeito, e a visão de psicossomática da psicologia analítica poderá contribuir para tais lacunas no conhecimento. Na revisão bibliográfica, Huber-Buchholz (1999), Hoeger et al. (2006), Moran et al. (2006) e Coffey et al. (2006) apontam que o comprometimento da qualidade de vida das portadoras de SOP baseia-se na dimensão psicológica. Contudo, não apontam maneiras efetivas de lidar com isso.

Além disso, os autores acima também abordaram a importância de modificação do estilo de vida, através de modificação alimentar e exercícios físicos, enfatizando que, a longo prazo, os resultados não são mantidos.

Como mencionamos anteriormente, observamos uma falha que compromete todos os trabalhos que pretendem modificar o estilo de vida de portadoras de SOP. Em primeiro lugar, porque nenhum deles define conceitualmente o que entendem por estilo de vida, deixando subentendido que o referencial adotado pela medicina é o de interferir em qualquer aspecto que atrapalhe, ou interfira negativamente na saúde do indivíduo. Essa é uma concepção imediatista que segue o mesmo raciocínio da atuação medicamentosa. Em segundo lugar, essa concepção é errada, uma vez que totalmente parcial.

A ênfase é dada em mudanças comportamentais, sendo que a intervenção ocorre em dois níveis: modificação alimentar e introdução de atividades físicas. Contudo,

a introdução de hábitos, novos comportamentos, não leva em consideração os aspectos psicológicos. Nos trabalhos que apontam tal dimensão, a visão do psicológico parece ser mecanicista, como um remédio a ser tomado.

Adotando a possível leitura do estilo de vida a partir da psicologia analítica, observamos que querer modificar o estilo de vida não é sinônimo de poder modificá-lo. Isto porque devemos levar em consideração a atuação do inconsciente na maneira como nos colocamos no mundo. De forma que a dificuldade em manter, a longo prazo, as modificações do estilo de vida de portadoras de SOP pode ser devida a essa negligência.

Em vista do proposto, chegam-se às justificativas que embasam a pesquisa:

- 1) Pesquisar a portadora de SOP dentro de uma visão holística que não a compartimente em aspectos médicos ou psicológicos;
- 2) Necessidade de ampliar a compreensão psicológica da problemática do estilo de vida na SOP, como subsídios para outros profissionais envolvidos nos cuidados com as portadoras;
- 3) Contribuição da psicologia analítica para a compreensão psicológica do estilo de vida.

6.2. Colocação do problema

Qual a dimensão psicológica do estilo de vida de mulheres diagnosticadas com Síndrome dos Ovários Policísticos, atendidas por um médico dermatologista especialista? Contribuições do olhar psicológico junguiano.

6.3. Objetivos específicos

- 1 – Leitura do conceito de estilo de vida, a partir do olhar da psicologia analítica;
- 2 – Verificar quais aspectos psicológicos refletem no estilo de vida das portadoras de SOP,

II.

MÉTODO

1. Considerações Metodológicas

A metodologia utilizada foi qualitativa, especificadamente o “estudo de caso”. A presente pesquisa teve como sujeito mulheres com diagnóstico de SOP. Como se trata de uma população específica, o estudo de caso é o modelo metodológico mais apropriado, uma vez que, como aponta Cozby (2003), fornece uma descrição de um indivíduo, que pode ser tanto uma pessoa, como um ambiente, empresa, escola, isto é, algo mais complexo que apresente uma característica em comum. Portanto, conforme o autor, pode-se dizer que o estudo da SOP, como proposto nesta pesquisa, atende às características do estudo de caso.

Vale ressaltar, também, que o estudo de caso não é feito com a intenção de generalização de dados, ao contrário, pretende aprofundar determinados cortes de dados. É um estudo qualitativo que, ao se debruçar sobre casos e aspectos da realidade, intenciona, a partir de uma articulação da teoria com os dados sobre o caso particular, construir modelos de análise que possam vir a ser utilizados em outros casos semelhantes, com poder explicativo e operativo. (Cozby, 2003).

2. Sujeito

Foram sujeitos da presente pesquisa 5 mulheres brasileiras, diagnosticadas com SOP, de acordo com o critério diagnóstico de Rotterdam de 2003¹³, entre 21 e 41 anos. O acesso deu-se por intermédio de um médico dermatologista, especialista em SOP.

O critério de seleção da amostra foi o de serem mulheres diagnosticadas a partir do critério descrito acima, pacientes do médico dermatologista especialista. Ou seja, estarem em tratamento e terem tido a última consulta há pelo menos um ano, e que aceitaram participar desta pesquisa.

¹³ Ver capítulo “Síndrome dos Ovários Policísticos: definições, histórico, sintomatologia e critérios diagnósticos”, página 27.

O critério de exclusão, por sua vez, foi mulheres que apresentassem qualquer outro tipo de doença incapacitante, fizessem uso de medicamentos que interferissem em seu estado de consciência e que fizessem uso de qualquer tipo de drogadição.

O levantamento das mulheres que atenderam aos critérios diagnósticos totalizou 32 potenciais participantes. Havia pacientes “limítrofes”, além das 32 acima mencionadas, que apresentavam sintomas de SOP, mas não se enquadravam aos critérios de Rotterdam de 2003, e que, portanto, foram excluídas pelo próprio médico.

O acesso às pacientes se deu em um primeiro momento através do próprio médico, que entrou em contato com elas, por telefone, ou durante a consulta médica, pedindo autorização para ele apresentar uma carta (Apêndice 1) que descrevia o trabalho a ser realizado. Em vista da resposta afirmativa ao médico, a pesquisadora entrava em contato com a paciente e, caso houvesse interesse, marcava a data de coleta de dados.

Como esse especialista se trata de um médico particular, as portadoras, *a priori*, já apresentam um perfil sócio-econômico que permite a elas ter acesso a esse tipo de cuidado à saúde. Pretende-se não restringir esta amostra quanto a informações referentes à SOP, por exemplo, tipo de sintomas, tempo de diagnóstico e tratamento, assim como informações referentes à faixa etária, *status* conjugal, nível de escolaridade, entre outros. Dessa forma, a diversidade desta população específica fica garantida.

Das 32 mulheres que atenderam ao critério, logo na primeira etapa de contato das pacientes (via médico), 16 (dezesesseis) das possíveis participantes não aceitaram participar da pesquisa, não permitindo que o contato da pesquisadora fosse feito. Uma (1) participante acabou sendo excluída logo de início, uma vez que havia passado por psicoterapia com a pesquisadora e houve receio de que houvesse comprometimento dos dados.

Com 5 (cinco) delas, não foi possível fazer o contato e 2 (duas) permitiram o contato da pesquisadora, que explicou a pesquisa e o procedimento de coleta, mas não retornaram o possível aceite de participação; 3 (três) mostraram interesse em participar da pesquisa, mas moram em outros municípios da Grande São Paulo e Litoral, o que gerou incompatibilidades de horários e locais para a realização da coleta de dados.

Restaram apenas 5 (cinco) sujeitos que aceitaram participar da pesquisa e com as quais a coleta de dados foi realizada. A tabela abaixo caracteriza o perfil dos sujeitos desta pesquisa, assim como a data e local da coleta de dados.

Quadro 2 - Caracterização dos Sujeitos

Sujeito	A	B	C	D	E
Idade	31 anos	21 anos	27 anos	41 anos	25 anos
Profissão	Publicitária	Analista de Relações Internacionais	Assistente Administrativa	Técnica em Consultoria de Beleza	Farmacêutica
Estado Civil	Casada	Solteira	Solteira	Casada	Casada
Filhos	Não	Não	Não	Não	Não
Plano De Saúde	Porto Seguro	Sul América	Intermédica	Amico	Unimed
Renda Familiar	Acima de R\$ 2.401,00	Acima de R\$ 2.4001,00	Entre R\$1.201,00 e R\$2.401,00	Acima de R\$ 2.401,00	Acima de R\$ 2.401,00
Religião	Não respondeu	Não tem	Espírita	Evangélica	Kardecista
Data	12.05.2006	05.09.2006	05.09.2006	10.10.2006	17.10.2006
Duração	36 minutos	1 hora	55 minutos	1 hora e 8 minutos	1 hora e 4 minutos
Local	Casa da participante	Consultório pesquisadora	Consultório pesquisadora	Trabalho participante	Consultório pesquisadora

Quadro 3 - Informações Clínicas dos Sujeitos

Sujeito	Informações Clínicas:
A	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de Irregularidade Menstrual (Oligomenorréia) – Critério 1 do Consenso • Dificuldade para Engravidar – Critério 1 do consenso • História de Cirurgia de ovário – Tratamento de Policistos ovarianos apresentados ao US – Critério 3 do Consenso (Ressecção parcial de ovário – cunha) • Alopecia Androgenética (Ludwig 2) – Critério 2 do Consenso
B	<ul style="list-style-type: none"> • US – Positiva para ovários policísticos – Critério 3 do Consenso • Acne em face (Grau II-III – Moderada/NEJM) – Critério 2 do Consenso • História de alterações Hormonais em SDHEA, DHEA, testosterona total e livre em exames prévios – Critério 2 do Consenso • Alopecia Androgenética (Olsen 1) – Critério 2 do Consenso • Exames solicitados em primeira consulta com: DHEA 28,7ng/ml (ref: 0,8-10,5ng/ml; Androstenediona 3,2ng/ml (ref: 0,6-2,7ng/ml); Testosterona Total 82nd/dl (ref: 15-80ng/dl) – Critério 2 do Consenso
C	<ul style="list-style-type: none"> • Irregularidade Menstrual (Oligomenorréia) – Critério 1 do consenso • Hirsutismo (Ferriman-Gallwey=14) – Critério 2 do consenso • Acne em face (Grau II – Pápulo-pustulosa – Moderada/NEJM) – Critério 2 do consenso • Obesidade Central • US – Positivo para ovários policísticos – Critério 3 do Consenso
D	<ul style="list-style-type: none"> • Acne (Grau II - Moderada/NEJM) – Critério 2 do Consenso • Hirsutismo (Ferriman-Gallwey 11) – Critério 2 do Consenso • Alterações de Andrógenos, Testosterona livre- 3,9pg/ml (ref: 0,4-3,2pg/ml) – Critério 2 do Consenso • Obesidade Central • Histórico de US com Ovários Policísticos – Critério 3 do consenso
E	<ul style="list-style-type: none"> • Irregularidade Menstrual (Oligomenorréia) – Critério 1 do consenso • Acne em face e dorso (Grau II-III – Pápulo-Pustulosa e Nódulo-cística - Severo/NEJM) – Critério 2 do consenso • Alopecia Androgenética (Ludwig 1 / Olsen 2) – Critério 2 do Consenso • Elevação de androgênios (Testosterona livre- 4,1pg/ml – ref: 0,4-3,2pg/ml) – Critério 2 do Consenso • Obesidade Central • US – Positivo para ovários policísticos – Critério 3 do Consenso

3. Local de coleta

A pesquisa foi realizada na cidade de São Paulo, no consultório particular da pesquisadora ou no local indicado pelo sujeito. Adotou-se a flexibilidade de local, dado que nem todas as participantes moravam no município de São Paulo, e por todas trabalharem, não tendo disponibilidade ou tempo para se deslocar.

Os locais de coleta atenderam aos critérios estabelecidos, a saber: ser um local reservado, onde não ocorressem interrupções, e onde a participante da pesquisa se sentisse à vontade.

Inicialmente havia a possibilidade de a coleta ser realizada nas dependências da clínica-escola de Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUC/SP. A pesquisadora dispunha inclusive de autorização da referida clínica. (Anexo 2). Contudo, nenhuma participante optou por esse local de coleta.

4. Instrumentos e materiais

1) Carta de Apresentação da Pesquisa:

A pesquisadora e pesquisa foram brevemente apresentadas, por meio de uma carta, pelo médico, de forma a situar a paciente de que se tratava sua possível participação. (Apêndice 1)

2) Termo de Consentimento Informado:

Baseado na Resolução CFP nº16/2000 que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. (Apêndice 3)

3) Formulário destinado a coletar o padrão / condições de vida das participantes:

O padrão / condições de vida das participantes aprofundou dados de caracterização dos sujeitos como: composição familiar, dados pessoais, renda familiar, plano de saúde, dados importantes para o mapeamento do estilo de vida. (Apêndice 4)

4) Entrevista semidirigida:

O roteiro de entrevista foi elaborado especificamente para este trabalho. Como Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998) colocam, a entrevista, com sua natureza interativa, permite que temas complexos sejam trabalhados. A entrevista foi destinada a verificar as questões relacionadas à Síndrome dos Ovários Policísticos e o Estilo de Vida. Visou averiguar diferentes dimensões da vida da portadora de SOP, tais como: concepção da SOP; implicações que a SOP traz para a vida; definição de estilo de vida; aspectos de relações interpessoais e rotina diária. (Apêndice 5)

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra posteriormente. A gravação foi realizada por meio do gravador digital DVR-820.

5) Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-bref

O questionário WHOQOL-bref é instrumento destinado a avaliar a qualidade de vida e que derivou da versão ampliada do WHOQOL-100. De acordo com o Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, diante da explosão norte-americana em produzir instrumentos que avaliassem a qualidade de vida em diferentes condições, e a conseqüente tradução e aplicação em outras culturas, a Organização Mundial de Saúde debruçou-se sobre o tema, na busca de uma solução, uma vez que tal postura não era bem vista pela população científica.

De acordo com esse grupo, a diretriz do projeto foi a elaboração de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional. O resultado de tal projeto foi o desenvolvimento do WHOQOL-100, composto por 100 itens, que avaliam a qualidade de vida.

Contudo, por tratar-se de instrumento longo, surgiu a necessidade de instrumentos mais simples, porém satisfatórios em suas qualidades psicométricas, e, dessa forma, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS, desenvolveu, em 1998, a versão abreviada, o WHOQOL-bref, que é composta por 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente.

Fleck et al. (2000) realizaram um estudo em que a versão abreviada (bref) foi aplicada em uma amostra brasileira, diversificada, composta por 300 pacientes, em regime hospitalar, ambulatorial e controle; 30% eram pacientes de ginecologia. Os resultados encontrados demonstraram que o instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, mostrando-se uma alternativa útil para estudos que visam avaliar a qualidade de vida no Brasil. A pesquisadora entrou em contato com o coordenador do projeto no Brasil, e obteve autorização de seu uso. (Anexo 2)

Optou-se por seu uso para enriquecimento dos dados coletados e para servir de subsídio para análise do estilo de vida dos sujeitos estudados.

Além disso, na literatura levantada, foram encontrados trabalhos que utilizaram o WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida em portadoras de SOP na cidade de São Paulo. (Megume, 2005). Apesar de tais estudos terem se dedicado a classes sócio-econômicas diferentes da que foi estudada, é um instrumento validado, sistematizado e aceito internacionalmente. Comum a todas as mulheres. Justificando dessa forma, sua escolha, além de facilitar possíveis comparações entre as populações estudadas.

Por se tratar de um questionário de saúde, e este agrupar dimensões físicas, psíquicas e sociais, não compromete nenhuma abordagem teórica, permitindo flexibilidade na interpretação dos dados coletados.

5. Procedimento de coleta

O levantamento de possíveis participantes desta pesquisa, feito junto ao médico especialista, encontrou um total de 32 mulheres que atendiam ao critério adotado. Tais mulheres foram convidadas a participar, voluntária e gratuitamente, desta pesquisa, por intermédio do médico.

Tendo aceitado a participação, a pesquisadora entrou em contato para explicar a pesquisa e agendar a coleta de dados em seu consultório particular, clínica

escola, ou num local indicado pela participante. No dia da coleta, num primeiro momento, foi apresentado o Termo de Consentimento Informado para ser preenchido; em seguida, as participantes preenchem o formulário de padrão /condição de vida; a seguir, era realizada a entrevista e gravada e, por fim, aplicado o questionário de qualidade de vida (WHOQOL-bref).

Com o objetivo de avaliar a adequação dos instrumentos escolhidos, principalmente o roteiro de entrevista, foi realizado um pré-teste.

A partir dos dados coletados durante o pré-teste, a seqüência das perguntas do roteiro de entrevista foi modificada. Tais modificações foram realizadas, uma vez que se percebeu haverem rupturas de temas, o que dificultava a fluência da entrevista, e deixava a participante mais apreensiva.

Contudo, a entrevista do pré-teste foi incorporada à análise deste trabalho, uma vez que seus dados mostraram-se consistentes.

6. Cuidados éticos

- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP:

Em função de o projeto inicial ter sofrido transformações nos métodos de coleta, foi feito um aditamento ao Comitê de Ética, explicitando as modificações feitas. O projeto inicial foi aprovado em 17 de novembro de 2004. Contudo, como houve alterações no método, o projeto foi reapresentado ao Comitê, tendo sua nova aprovação em 20 de outubro de 2005, Protocolo nº 117/2005 (Ambos no Apêndice 6).

- Encaminhamentos:

Caso houver necessidade, os sujeitos participantes que tenham conteúdos, questões mobilizadas em decorrência da pesquisa, serão encaminhados para atendimento psicoterápico.

- Devolutiva:

Após a conclusão da pesquisa, as participantes serão contatadas para devolutiva, a fim de serem apresentados os resultados e conclusões.

7. Procedimento de análise

A análise enfocou os dois principais métodos utilizados: a entrevista e o questionário WHOQOL-bref.

As entrevistas foram analisadas a partir de temas que emergiram da própria entrevista. Isso permitiu a categorização dos dados.

1º Análise dos temas surgidos nas entrevistas, a partir da categorização dos dados;

(Para fundamentação dos dados obtidos, foram apresentados excertos da entrevistas.)

2º Análise do questionário de qualidade de vida;

Em seguida, foi feita a articulação dos dados levantados pelos diferentes instrumentos com o problema da presente pesquisa e discussão teórica dos resultados, baseada nos pressupostos da psicologia analítica. A avaliação da qualidade de vida foi utilizada no aprofundamento da análise da entrevista, uma vez que forneceu um dado do “efeito” do estilo de vida, na qualidade de vida da portadora.

III.

RESULTADOS E ANÁLISE

Os dados foram organizados de acordo com os objetivos. Primeiramente apresentaremos o resultado do objetivo 1: Uma leitura do conceito de estilo de vida a partir do olhar da Psicologia Analítica; em seguida, do objetivo 2: Verificar quais aspectos psicológicos refletem no estilo de vida das portadoras de SOP, onde apresentaremos os dados dos instrumentos utilizados, a saber, entrevista e questionário de qualidade de vida.

1. Uma leitura do conceito de estilo de vida a partir do olhar da Psicologia Analítica

Corraliza e Martín (2000) apontam que estilo de vida é um conceito complexo e abstrato, o que torna difícil estabelecer um consenso no momento de defini-lo e posicioná-lo dentro de um marco conceitual.

Enquanto a sociedade esteve mergulhada no patriarcado, com suas regras de conduta, a vestimenta era mais rígida, e trazia prontos os padrões a serem seguidos. Com o advento da modernidade tais regras foram se afrouxando e novos estilos começaram a aflorar. No patriarcado o estilo de vida era único. A esse respeito, Byington (1987)¹⁴ aponta, que o atual contexto contemporâneo é o momento denominado por ele como estágio Pós Patriarcal, início do estágio da Alteridade não há mais essa rigidez.

Podemos fazer, então, uma articulação entre o estilo de vida e a psicologia analítica, retomando alguns pontos: é com a crise do patriarcado, com seus ditames autoritários de formas de conduta e o retorno do princípio Feminino que a diversidade ganha espaço. Isto porque, no patriarcado, o padrão a ser seguido era imposto pelas expectativas sociais. Contudo, atualmente essa imposição não é mais tão forte assim e o indivíduo tem uma maior liberdade para expressar-se e ser fiel a si mesmo.

¹⁴ Ver capítulo “Os olhares da psicologia analítica”.

Para Giddens (2002), a busca de auto-identidade é um problema moderno, já que em tempos pré-modernos a ênfase atual na individualidade estava ausente. Apenas com o surgimento das sociedades modernas, particularmente com a diferenciação da divisão de trabalho, que o indivíduo se tornou um ponto de atenção.

De acordo com Baumann (2004), vivemos um momento de grande complexidade, o que ele denomina de “*entorno sem forma*”. A pós-modernidade colocou ainda mais ênfase no Eu, na individualidade.

Hoje não dá mais para falar de *grounding*, no sentido do ser humano estar centrado no chão, porque esse chão hoje é móvel. Esse novo estado das coisas traz o convite para a reflexão, reinventar quais serão as competências a serem desenvolvidas para dar conta deste novo mundo. Não há mais grandes verdades e passa a haver possibilidades.

Apesar das questões sociais não serem o foco principal das discussões e análises psíquicas da Psicologia Analítica, elas são de extrema importância para o processo de individuação da pessoa, uma vez que, sem outras pessoas com as quais se relacionar, o indivíduo não pode individuar-se. Jung (1963) coloca que, sozinho, no topo de uma montanha, não há individuação. Byington (1987) também enfatiza a questão, “(...) *Ao entendermos a igualdade de relacionamento entre o EU e o Outro, perceberemos claramente que o processo psicológico de desenvolvimento individual interage e é inseparável do desenvolvimento social.*” (p.69)

É na alteridade, como etapa no processo de desenvolvimento da humanidade, que o Outro, com suas características pessoais passa a ser olhado e respeitado em suas diferenças. Ele é aceito, mesmo não se adequando aos “ideais” patriarcais. Vários Outros, com suas similaridades e também diferenças, vão sendo aceitos e a diversidade vai se compondo como um novo paradigma. Dessa forma, a alteridade é terreno fértil, à medida que o indivíduo reconhece o outro como ele é, e, assim, também tem condições de se perceber e se conhecer melhor.

Conforme exploramos em capítulo anterior¹⁵, para que a mulher possa descobrir um novo modo de ser mulher, ela não precisa definir-se em relação ao homem, e nem identificar-se com o mundo das mães. De acordo com Neumann (2000), ela precisa, sim, aprender, primeiro, a definir a si mesma em relação a si mesma e por si mesma. É uma dificuldade a mulher de hoje reconhecer-se no que ela é. Essa dificuldade, porém, talvez seja ainda maior para o homem: a de reconhecer a mulher em sua originalidade e em suas diferenças.

Segundo Neumann (2000), a psicologia analítica não está interessada em transmitir-nos determinado modelo de vida ou de comportamento, mas preocupa-se unicamente em redescobrir a essência de nossa natureza.

Uma hipótese pensada para a compreensão do conceito, a partir da psicologia analítica, é a reflexão de que o estilo de vida esteja atrelado ao conceito de *persona*.

Ao longo de sua existência, um indivíduo adota diferentes papéis sociais, característicos de cada etapa de seu processo de desenvolvimento. Nesse sentido, Samuels, Shorter e Plaut (1985) apontam que, durante uma vida, muitas *personas* serão usadas, podendo ser combinadas de maneiras diferentes, em qualquer momento específico. Desse modo, parece coerente articularmos o conceito de estilo de vida ao de *persona*.

Dentre as definições de estilo de vida encontradas, retomaremos as que mais se aproximam do conceito de *persona*.

Segundo Giddens (2002), em seu referencial sociológico, estilo de vida é definido como um “conjunto mais ou menos integrado de atitudes que um indivíduo adota que envolvem práticas, hábitos como se vestir, comer, modos de agir e lugares preferidos de encontrar os outros”, portanto refere-se à rotina de vida. García-Viniegras e Gonzáles (2002), psicólogos, aprofundam a visão de Giddens (2002), ao propor a especificidade psicológica do estilo de vida, já que, para os autores,

¹⁵ Ver capítulo “Feminino e o papel da mulher na sociedade”.

estilo de vida reflete o conjunto de condutas do indivíduo em seu meio social, cultural e econômico, tem caráter ativo, sendo regulado pela personalidade.

Corraliza e Martín (2000) definem estilo de vida como um conjunto de valores relacionados entre si, que orientam a pessoa em sua compreensão do mundo, bem como a sua experiência, refletindo a maneira pessoal do indivíduo estruturar a sua vida cotidiana. Os autores ressaltam três características do estilo de vida que são normalmente aceitas:

1. Sistemas de valores de cada pessoa;
2. Aplicabilidade desse sistema em todos os âmbitos em que o ser humano se move;
3. Possibilidade de um mesmo indivíduo poder pertencer a várias categorias de estilo de vida, já que não são excludentes entre si.

Já, Werner e Sandstrom (2002) relatam que o estilo de vida é estruturado por escolhas, e pode ser respondido através das perguntas: Quem você é? Qual sua ocupação? Quais são seus gostos e preferências?

O que esses trabalhos não enfatizam, e que a leitura de Giddens (2002) nos permite refletir, é que o estilo de vida é um fenômeno característico da contemporaneidade. Contudo, enriquecem a definição proposta por Giddens (2002) e abrem margem para reflexão acerca do estilo de vida para a psicologia analítica, uma vez que são definições coerentes com a definição de *persona*.

Dessa forma, o estilo de vida é um conceito que engloba as características individuais, sociais, culturais, econômicas e psicológicas.

Por exemplo, o adolescente tem como característica de seu momento de vida testar papéis para, assim, se afastar do mundo dos pais. Dessa forma, o estilo de vida dos adolescentes tem a ver com o grupo e não com o *Self*. As experiências de adaptação ao mundo realizadas pelos adolescentes caracterizam o que são, como pensam, o que querem expressar a seu respeito. Eles vão experimentando diferentes papéis sociais até encontrarem o que faz mais sentido em si. A escolha por diferentes estilos de vida pode começar perfeitamente na adolescência e estar

mais sedimentada no jovem adulto. Contudo, a adolescência está se prolongando, o jovem adulto é o adolescente de nossos tempos, o que denota uma pluralidade de estilos de vida. Nessa fase, tal pluralidade pode proporcionar uma maior possibilidade de o estilo de vida ter mais a ver com a personalidade do indivíduo, de modo que a sua *persona* possa ser mais adaptada, funcional.

Dessa forma, o estilo de vida sob o olhar da psicologia analítica passa a ser visto como um recurso mais pessoal do indivíduo. Seria equivalente a uma *persona* bem adaptada, flexível, que não massacra o eu, restringido a expectativas sociais, mas que o alimenta. O estilo de vida pode ser entendido como *persona* funcional, mais adaptada. Em função de agrupar uma pluralidade manifestações, representa uma permissão para o indivíduo adotar um estilo de vida próprio, uma *persona* funcional, necessária para se viver no mundo dos outros.

No entanto, devemos enfatizar que vivemos num momento em que a aparência é importante. O modo de se comportar, agir de um indivíduo, sempre leva em consideração o outro. Nossa época é neo-narcísica, como Lipovetsky (2004) aponta, e o adulto jovem não foge disso, é hedonista, super preocupado com o impacto que causa no outro.

Dessa forma, devemos olhar a inveja como função constitutiva do eu. Isto é, função estruturante da consciência (Byington, 2002). O estilo de vida pode ser um uso criativo da inveja. Ao copiar um estilo de vida, copiamos de quem? Daquela pessoa que invejamos, o que representaria o fenômeno da projeção: o indivíduo não tem e coloca no outro e, assim, encontra o caminho pelo qual possa integrar em si mesmo tais potencialidades. Essa é qualidade positiva da inveja, uma possibilidade de integração.

A escolha por um determinado estilo de vida, portanto, pode representar um uso criativo da inveja, uma cópia em busca de uma *persona* mais funcional. O estilo de vida relaciona-se com o processo de integração da própria personalidade. Olhar do outro para se valorizar, constituir-se.

Vale mencionar que as visões de estilo de vida apresentadas até o momento consideram apenas a atuação do consciente na escolha e adoção do estilo de vida pelo qual o indivíduo opta.

Refletindo a respeito, podemos aproveitar o olhar da psicologia analítica do desenvolvimento do ego e da personalidade, já que a personalidade é um dos determinantes do estilo de vida.

Ao adotarmos um estilo de vida, nossa escolha pode tanto ser guiada por uma atitude consciente, como por uma manifestação do inconsciente, o que abre margem para refletirmos e entendermos a dificuldade de algumas pessoas em aceitar e modificar o estilo de vida. Afinal, a serviço de quê o estilo de vida está?

A partir da inter-relação entre inconsciente (pessoal e coletivo) e consciência poderemos compreender a questão do estilo de vida sob a luz da psicologia analítica.

Ao contrário do início do desenvolvimento egóico, há um momento em nossas vidas que nos leva a olhar para nossa sombra para integrá-la e, assim, nos adaptarmos socialmente. Parece contraditório, porque precisamos resgatar os aspectos negados e negligenciados para que a atual adaptação social possa ocorrer.

Ao adotarmos um estilo de vida mais pessoal, temos a possibilidade de integrar aspectos da sombra e ter uma *persona* mais funcional. Uma *persona* funcional reforça e fortalece o ego, enquanto uma disfuncional leva ao adoecimento.

Contudo, conforme salientamos, nem sempre a escolha por um determinado estilo de vida é consciente. Ao invés de representar uma possibilidade de integração da sombra, também pode estar a serviço dela. Devemos refletir acerca do perigo que traz a atuação inconsciente no estilo de vida: quanto mais rígida for a *persona*, mais autonomia e força a sombra terá.

De acordo com a psicologia analítica, um dos processos que leva ao adoecimento psíquico e, muitas vezes, conseqüentemente, ao adoecimento físico, é a identificação do ego com a *persona*. Para Farias (2002), muitas vezes, estamos demasiadamente presos a um funcionamento em que o ego está identificado à *persona*, delineando um modo de funcionamento estritamente cultural em que o *Self* tem poucas oportunidades de emergir.

É como se o indivíduo reproduzisse, de forma alienada, um determinado papel, sem se dar conta disso, o que acaba por restringir todo seu potencial inerente, abrindo margem para a atuação da sombra.

Como Ramos (1999) aponta, é o desequilíbrio entre o eixo *Ego-Self* que faz emergir os sintomas, sejam no âmbito físico ou psíquico. Olhando mais atentamente à questão da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) e aos trabalhos médicos encontrados, podemos refletir que o estilo de vida entendido como uma das faces da *persona/sombra* é o que faz com que a sintomatologia da síndrome venha a melhorar ou piorar, assim como pode representar uma possível explicação para a dificuldade de manutenção dos programas de modificação do estilo de vida a longo prazo.

Ampliando nossa visão para o âmbito da contemporaneidade, podemos enfatizar um aspecto promissor, que é o de expectativas e idealizações quanto aos papéis que desempenhamos em nossas vidas, e é aí que reside o perigo. Presos à *persona* profissional, por exemplo, mulheres esquecem outros aspectos de suas vidas, e até de si mesmas, trazendo diversos comprometimentos à saúde. Não olhando para si, não percebem que aspetos inconscientes podem estar atuando em seus comportamentos e escolhas.

2. Verificar quais aspectos psicológicos refletem no estilo de vida das portadoras de SOP

Primeiramente serão apresentados os dados das entrevistas, organizados por tema, seguido de cada sujeito. A seguir, serão apresentados os dados do questionário de qualidade de vida.

2.1. Resultados das entrevistas

Os dados foram analisados a partir de temas que emergiram das próprias entrevistas.

Os resultados levantados a partir das entrevistas foram organizados em dois grandes grupos: *SOP* e *Estilo de Vida*. Apesar de muitos aspectos estarem interligados, optou-se por esta organização para que se pudesse ter uma apreensão maior dos dados. Dessa forma, é possível identificar as nuances do estilo de vida das portadoras para, a partir daí, podermos fazer uma proposta de seu mapeamento.

- 1) *Visão da SOP*: nessa categoria foram consideradas as informações fornecidas quanto à forma pela qual os sujeitos vêem, entendem, sentem e se relacionam com a síndrome.

Para facilitar a compreensão dividimos esta categoria em duas subcategorias:

- a) Concepções da SOP: em que foi abordada a forma como vêem e entendem a SOP;
- b) Implicações da SOP: em que foram consideradas informações referentes a como os sujeitos sentem e se relacionam com a síndrome.

- 2) *Definição de estilo de vida*: nessa categoria foi trabalhada a definição dada ao conceito de estilo de vida, quais as crenças, valores estão por trás e de que forma o estilo de vida interfere em suas vidas.

A seguir, serão apresentados os resultados referentes ao item **(1) Visão da SOP**, sub-item **(a) Concepções da SOP**:

SUJEITO A:

O sujeito A não sabia da relação entre calvície e SOP. Tinha como preocupação, também, o fato de não saber se poderia ter filhos ou não. Com o tratamento médico e terapia compreendeu que apesar de não haver cura para a SOP, há maneiras de minimizar os sintomas.

“Porque é uma coisa, assim, que mexe totalmente com seu lado feminino, né. Porque é o cabelo, é o fato de você não saber se você vai poder ter um filho ou não, se vai ter dificuldade ou não. Toda essa parte, né, mexe bastante... Depois do tratamento com um médico, de terapia, eu melhorei, mas eu tava entrando em parafuso.”

Seu diagnóstico ocorreu em 94. Como tinha cistos muito grandes, quando andava muito ou fazia exercícios de impacto, sentia seu ovário esquerdo. Na época, passou por 2 ginecologistas e foi tratada com pílula anticoncepcional. Quando da entrevista¹⁶ não tomava nenhum medicamento, mas havia passado por cirurgia de endometriose há pouco tempo.

Fez tratamento por 5 anos com um outro médico, que enfatizava que deveria conformar-se com o problema. Não havia evolução, melhora, sendo que os cistos pioraram, e o médico desconsiderou isso. Quando começou o tratamento com Dr. A., em janeiro de 2006, tudo melhorou. Uma coisa foi resolvendo a outra, *“ele foi a luz no fim do túnel” (sic)*. Mostrou outro lado, não tem cura, mas há maneiras de minimizar. Coincidência ou não, mais ou menos nesta data, começou a se olhar de forma diferente.

“Porque realmente, eu ia num médico que me dizia: conforme-se! Como assim!? E o transplante, “não, não vai adiantar nada!”. Daí eu tive todo o problema com o ovário, ele ignorou o problema. Daí eu falei, pera aí! Esse médico não presta mais para mim. E quando eu fui com o Dr. A., ele me mostrou o outro lado... Que não tem uma cura, porque é hereditário na minha família. Éeeee, mas tem maneiras de minimizar isso, de fazer o cabelo fortalecer, dar mais volume. Tanto que meu cabelo tem hoje o dobro do volume que tinha antes de eu começar o tratamento com ele.”

¹⁶ A coleta foi realizada em 2006.

“E aí assim, uma coisa levou à outra, eu fui parar no Dr. A. em janeiro, e desde que eu comecei o tratamento com ele, tudo melhorou... É assim, uma coincidência de coisas, mais ou menos na mesma data, né, em que tudo melhorou, né. Porque foi aí que eu comecei a me olhar diferente... porque antes, por mim, eu podia me esconder, que era a melhor coisa. (silêncio)”

Seus sintomas da SOP caracterizavam-se por muitas espinhas, oleosidade capilar, bolinhas no couro cabeludo, irregularidade menstrual, dor pélvica, calvície. Com a cirurgia, a menstruação regulou.

Em sua família, não há histórico familiar de SOP, apesar de uma prima mais nova ter ovário policístico.

Ao final da entrevista acrescentou a falta de informação e divulgação sobre SOP. As pessoas precisam entender porque, o que pode ser feito, o que pode melhorar, *“porque conformar-se com o fato e se entupir de remédios, eu não acho legal!”* (sic). Como a SOP pode interferir na questão capilar. Com a síndrome, descobriu que tem resistência à insulina (RI), sendo que sequer havia ouvido falar nisso.

“Saber como a síndrome pode mexer com o teu cabelo, mexe com outras coisas. Eu descobri que eu tenho resistência à insulina. Que eu nunca imaginei, nem nunca ouvi falar sobre isso. Que tem tudo a ver com a síndrome, com a calvície. Então eu acho que falta um pouco de informação. Você fica muito perdida, assim. Era como se falasse, “nossa, acabou né! Eu não posso ter filho...”, é a primeira coisa que passa na cabeça, não vou ter filho, não vou engravidar.. eu acho que falta um pouquinho mais de informação... Eu acho que é mais isso... Se a coisa tiver bem clara, a pessoa quando descobre, eu acho que ela vai encarar isso de uma maneira mais leve, não tão pesada, né. Imagina com 18 anos,... há muito tempo atrás, tá sabendo disso, e os médicos assim, “ah, você tem a síndrome, ponto final, e é isso”!...”

SUJEITO B:

O sujeito B, quando do diagnóstico da SOP, aos 14 anos de idade, por ginecologista, teve como primeira preocupação o receio de não poder ter filhos. Com informações a respeito, compreendeu que não era bem assim, e que era preciso tratar e controlar.

“Bom, eu descobri que eu tinha a síndrome com 14 anos, eu não sabia o que era, e a primeira coisa que me veio à cabeça foi: eu não vou poder ter filhos! Iiiii, daí eu fui começar a entender que não era bem assim, que ela poderia ser revertida com o uso de medicamentos, que os cistos poderiam desaparecer ou diminuir. Que não seria tão ruim, era só tratar e controlar. (...)”

Seus sintomas caracterizam-se por queda de cabelo, excesso de pêlos, ganho de peso, ausência de menstruação, acne. Quando da entrevista¹⁷, os sintomas estavam controlados por medicamento.

“Hoje os meus sintomas estão controlados. Eu ainda tomo medicamento. Eu to tentando tomar cada vez menos, desmamar dos medicamentos. Mesmo assim eu tenho consciência de que eu vou ter que tomar pro resto da minha vida para ter controle...”

Durante anos foi tratada da SOP com pílula anticoncepcional e outros remédios, que não surtiram efeito. Quando pensava que os sintomas estavam controlados e parava de tomar, somando-se a uma fase de estresse, os sintomas desencadeavam novamente.

“Só que daí eu vi que, mesmo durante anos de tratamento da SOP, tomando pílula anticoncepcional, outros remédios, ahhh, eu, eu não tinha nenhum tipo de efeito, eu continuava tendo os mesmos efeitos da síndrome.”

“(...) É complicado, uma hora quando você pensa que a síndrome tá controlada com os medicamentos há algum tempo, você vai parando de tomar aos poucos e daí de uma hora para outra você tem algum quadro de estresse que acontece na sua vida, que desencadeia de novo todo o problema e você tem que aumentar de novo a medicação. É um ciclo, é sempre assim, não para.”

A relação entre os sintomas da SOP e o não efeito dos tratamentos interferiu em sua relação médica e na época da entrevista, cuidava-se apenas com dermatologista:

“Eu faço acompanhamento com o Dr. A. e com endócrino, mas no momento eu prefiro fazer acompanhamento com o Dr. A.. Eu simpatizei com ele, ele acertou o meu medicamento. Então eu tenho ido pouco ao endócrino. Mais ao dermatologista, até porque eu tô fazendo tratamento para a pele, de depilação, justamente pra acabar com, com alguns efeitos da síndrome, com ele.”

Em sua família não há histórico comprovado de SOP, mas acredita que a avó paterna tenha SOP, uma vez que se identifica muito fisicamente com ela. De acordo com o sujeito B, sua característica física parece mais com o corpo da avó, do que da mãe. Considera que os problemas que a avó tem hoje são decorrentes da SOP, como a diabetes decorrente da resistência à insulina (RI). Contudo, diz que a avó nunca foi diagnosticada e que a mesma retirou o útero e ovários há alguns anos atrás.

¹⁷ Dados coletados em 2006.

Ao final da entrevista acrescentou que a SOP tem tratamento, mesmo que contínuo, enfatizando, também, a importância do acesso a informações referentes à SOP.

“Eu acho que a síndrome dos ovários policísticos é algo que tem tratamento. É um tratamento contínuo, você vai tratar pro resto da sua vida, mas graças a Deus que eu tenho condições de tratá-la. Eu tenho todo o suporte na minha vida, familiar, social, de amigos, e até socioeconômico, condição financeira de ter atendimento médico de qualidade e ter um controle sobre isso. Mas eu penso que se eu não tivesse na situação em que eu me encontro, eu sofreria muito mais do que eu sofro. Eu não teria, muitas vezes eu nem teria diagnosticado que eu teria esse problema, e eu sofreria com todos os distúrbios causados por ele, como excesso de peso, pêlo e espinha, sem poder fazer nada contra isso. Então, eu acho que é importante, ah, as pessoas conhecerem melhor essa síndrome, terem mais acesso a informações sobre ela, porque, muitas vezes, você não tem condição de, de tratá-la ou saber que essa síndrome existe. Eu dou graças a Deus por ter tido essa condição, na minha vida. De saber que eu tive todo o amparo para tratá-la...”

SUJEITO C:

O sujeito C relatou que não sabia o que era a síndrome, mas sentia os efeitos de seus sintomas. Enfatizou a dificuldade de encontrar tratamento eficaz.

“Ah, na verdade, assim é, pra mim, os resultados, né, da síndrome na verdade, o que ela me causava, me perturbava, mas eu não sabia o que era, né. Então, pra mim eu vejo como um bicho de sete cabeças. Sabe, assim, causas muito complicada, e dificuldade de tratamento. Dificuldade na verdade de você encontrar um tratamento, encontrar alguém que diga você tem a síndrome dos ovários policísticos e não diga ‘isso é genético’”.

Durante muito tempo acreditou, a partir de diagnósticos médicos, que seus sintomas eram decorrentes de sua descendência portuguesa.

“Sabe, porque você fica o tempo todo, isso é genético, isso é porque você é, é, eu escutei muito de muitos médicos, ah, é porque você é descendente de português, né. Então, os pêlos atrapalhavam, tudo atrapalha. Mas eu sempre ouvi isso.”

O diagnóstico foi dado há 3 anos, ao acaso, ao identificar-se com uma personagem de um livro sobre SOP, por volta dos 24 anos. Até então convivia com a explicação da descendência portuguesa.

“Bom, tem três anos. Na verdade foi uma coincidência, eu já procurava tratamento há muito tempo, mas o Dr. A., eu tava na editora, e ele apareceu com o livro e começou... Como eu recebo original para análise, ah eu pedi para ele me contar o que era, para saber se fazia parte da linha do grupo, daí eu me vi na história, né. Ele começou a contar e eu me vi na história, e aí eu falei pra ele, nossa tô me vendo. E ele virou e falou, então vamos fazer o tratamento. E aí eu comecei a fazer o tratamento. Foi por acaso. Foi engraçado.”

“A primeira vez que alguém falou isso foi o próprio o Dr. A., isso eu já tinha 25, 24 anos, quer dizer, né, passei por vários.”

Havia passado por diversos médicos ginecologistas, endocrinologistas e dermatologistas, mas a síndrome não era detectada e os cistos considerados como normais.

“E eu passei, não foi em um médico só, foram vários, ginecologistas, ah, dermatos também, endócrinos principalmente. É o que eu primeiro procurava, os endócrinos. (...) eu fiz exames sim, mas nenhum deles... (...) eu cheguei a fazer ultra-sonografia e o médico falou os cistos são normais, são microcistos, são normais. Qualquer mulher vive tranquilamente com isso, e ponto. Não existe nenhuma complicação com relação a isso.”

Seus sintomas mais marcantes são o excesso de pêlos, dificuldade para emagrecer e irregularidade menstrual.

“Então, isso era bem complicado, a parte do pêlo, e a outra parte era o peso. Então, eu tinha muita dificuldade de emagrecer, não conseguia de jeito nenhum, e então também atrapalhava. (...) E também a parte menstrual, pra mim, embora eu sempre tomei remédio anticoncepcional pra regular, aquilo...”

Colocava muita ênfase nos pêlos, de forma que os demais sintomas passavam despercebidos. Hoje, percebe que tinha acne também.

“ Talvez porque eu dava tanto destaque aos pêlos que eu não me lembro de muitas coisas. (...) Hoje eu vejo foto, eu fui pegar uma foto outro dia, fui ver meu rosto “nossa, mas eu tinha espinha deste jeito!”, eu não me lembro, então eu não dava destaque pra essas coisas, não percebia, eu tava é preocupada com outras coisas que não percebia.”

Em sua família, não há histórico comprovado de SOP, mas associa os sintomas com a família paterna. As tias eram obesas e com muitos pêlos.

“Essa questão de peso, essa questão da parte da síndrome de você ter pêlos, peso, vem da família do meu pai, e não da família da minha mãe. As minhas tias sempre muito gordas. (...) Eu me lembro dela quando ela era novinha e vinha muito pra casa dos meus avôs, dela se depilando...”

Ao final da entrevista acrescentou a grande dificuldade que encontrou para receber o diagnóstico da SOP e o tratamento adequado.

“Eu acho que... não sei... a síndrome... a maior dificuldade foi ter quem atendesse...”

SUJEITO D:

O sujeito D sabe que SOP não é uma doença, mas a vê como uma, em decorrência das dificuldades que gera.

“Olha eu já tenho na verdade, a gente diz, ‘entre aspas’, que não é uma doença, mas se você for ver, ela acaba se caracterizando como uma doença, porque te impede de vc

engravidar, né. Então, é, você tem que tratar de qualquer forma, independente que seja com ginecologista, dermatologista ou um especialista, você tem que procurar uma ajuda.”

Seu diagnóstico ocorreu a partir de sua dificuldade para engravidar, há treze anos.

“(...)Foi, foi meu ginecologista quem descobriu, e ela disse que ‘tinha que me encaminhar pra um especialista, porque aí já não é a minha parte’. E foi aí que eu entrei no processo de tratamento, né. Foram seis anos de tratamento, e realmente não deu certo. Então agora...”

“(...) E eu já tenho isso, já faz treze anos, né. E na verdade assim, porque eu não engravidava, porque não engravidava, até que um dia eu descobri. Aí eu fiz todo o tratamento, eu já fiz tratamento de inseminação artificial, foram 3 inseminações, mais uma fertilização ‘in vitro’. Tudo corre bem, só que não vinga, né.”

Não tem o ovário direito em decorrência de uma cirurgia que fez.

“(...) Eu não tenho o ovário direito devido a uma cirurgia que eu fiz, na época em que eu casei, já faz 10 anos.”

Seus sintomas da SOP caracterizam-se por fluxo menstrual intenso que, antes do tratamento, incomodava bastante e dificuldade para engravidar.

“(...) Quando eu comecei a tratar como Dr. A. eu tinha, na verdade antes dos medicamentos, mesmo com a idade que eu tô, é tinha um fluxo muito grande de menstruação, e isso me incomodava muito. Então, né, diminuiu, então eu não tenho mais aqueles sintomas que eu tinha de cólicas, então isso melhorou muito. Porque existe, e você sabe que quem tem principalmente é endometriose, sente uma dor quando vai menstruar, a mesma coisa o ovário policístico, então alguma coisa te incomoda e hoje eu não tenho mais isso, acho que também devido à medicação que eu tô tomando, então isso melhorou 100%.”

O tratamento, inicialmente foi muito difícil, por conta dos efeitos colaterais. Contudo, como havia confiança e credibilidade do médico que a acompanhava, acreditou no tratamento e prosseguiu nele.

“(...) os medicamentos que o Dr. A. me passou, logo no começo eu me senti mal, né. Ele falou que era o efeito da medicação. E, assim, me deu muita disenteria, eu falava ‘pelo amor de Deus, você tá querendo me matar, né!’ Ele falou, ‘não M. tem que ser assim, mas eu vou diminuir a dosagem’. Isso é tranquilo, porque você confia no médico que você vai, né. Ele é uma pessoa que explica muito bem, é uma pessoa muito esclarecida, que me deixa à vontade, tranquila, então eu acho que isso é recíproco, paciente com médico tem que ter essa liberdade, senão você não consegue absolutamente nada.”

Além disso, como sua principal preocupação, na época da entrevista, era engravidar, como tratamento realizou indução da ovulação e fertilização *in vitro*.

“Porque é assim, quando você tem o ovário policístico, principalmente se você não tem um ovário, e o que acontece, é, tudo é mais lento em você, então eles fazem isso pra estimular.”

Quando você faz o tratamento de fertilização, você tem que atingir no mínimo 18 mm cada folículo, porque se não acontecer isso, não tem como fecundar, no caso o espermatozóide do meu marido. Então, assim, por isso que eles me fizeram essa dosagem alta. E eu cheguei a tomar, pra você ter uma idéia dessas quatro que eu tomava por dia, dosagem cavalosas, os médicos falavam, né. E não se conformavam porque não dava certo, né. Os meus folículos todos atingiam, teve um que atingiu 23 mm, eles até ficaram meio assustados porque, aí você tem que diminuir porque numa dessas pode acontecer algum revertério, enfim, a quantidade esperma do meu marido era além do normal, a bióloga pegava fácil. E eu sempre falava pro médico, coloca os três, mas “oh, pode vingar os três”, não tem problema, porque se a gente ta fazendo, quem ta na chuva é pra se molhar. Só que você vê que engraçado, quando a bióloga ia analisar, dois morriam e um ficava, só que esse não fecundava, né. Então nem eles entendem, não sabem explicar. Imagina a gente que não entende, né.”

Em sua família, não menciona nenhum histórico de SOP.

SUJEITO E:

A compreensão que o sujeito tem da SOP é que se trata de um quadro clínico desconhecido dos médicos, uma vez que passou por vários sem ser diagnosticada.

“(...) eu fui passando de médico em médico, sem saber o que que era. Então, era assim, eu comecei a engordar porque fiz um monte de tratamento hormonal. Antes eu tomava só hormônio, anticoncepcional, que na maioria das vezes era mais forte. Aí eu fui tomando, tomando, tomando e, quando tava sob o tratamento, os cistos sumiam. Depois, no caso se eu parasse, 1, 2 meses que fosse, os cistos voltavam. E eu comecei a passar de médico em médico, os médicos nunca tentaram, tinha ouvido falar da síndrome dos ovários policísticos.”

Seu diagnóstico da síndrome ocorreu por volta dos 25 anos de idade, em decorrência de informações obtidas em sala de aula. Foi assim que pôde estabelecer relações entre seus sintomas e a síndrome, de forma a procurar um especialista. Mas, o diagnóstico de cistos ovarianos, ocorreu bem antes, por volta dos 15 anos.

“Olha, no início..., eu tenho problemas de, hormonais, de descoberta dos cistos ovarianos desde os 15 anos, um pouquinho antes dos 15, quando eu estava pra completar 15 anos, e até então, hoje eu tô com 25, 10 anos eu fui passando de médico em médico, sem saber o que era. Então era assim, eu comecei a engordar porque fiz um monte de tratamento hormonal..”

“Aí eu falei ‘Bom, tem alguma coisa errada!’ E aí calhou justamente de eu ter uma aula na pós com o A., que é meu médico dermatologista, e aí ele teve um tempinho a mais na aula, parece que é coisa do destino mesmo, né (ri). Ele teve um tempinho extra que sobrou,

porque a aula ia acabar muito cedo, e ele começou a falar das experiências dele fora daquela matéria que a gente tinha, e ele falou da síndrome. E aí tudo que ele foi falando, eu fui me encaixando.”

Os sintomas que acometem E são acne, irregularidade menstrual, aumento de peso, dificuldade para emagrecer e dificuldade para engravidar.

“Hoje é questão da gravidez, mas antes era a questão de engordar demais, hoje eu ainda continuo essa, essa parte do engordar, o que mexe muito com a gente. E aí tinha pele, eu tomei remédio durante 8 anos seguidos! Assim, direto, sem parar., porque se eu parava, meu rosto se enchia de espinhas, ficava com um monte de hematomas, e aí é ruim, porque a gente se sentia desconfortável. Mas hoje, com a descoberta, eu sei que é uma coisa que eu posso controlar.”

“Acne eu tinha, não era uma coisa muito grande, mas eu tinha acne. É, naquela época eu não tinha ainda essa coisa de engordar com muita facilidade, foi ao longo do tratamento. Mas, eu tinha muita cólica, eu não tinha períodos regulares menstruais. Era assim eu fiquei..., o que mais me chamou a atenção pra que tinha alguma coisa, minha e da minha mãe, foi que eu fiquei 45 dias menstruando. E eu já não agüentava mais menstruar, e não era de pouquinho, era muito, eu já tava ficando com fraqueza, enfim, todos os transtornos. E o que mais, que realmente tinha naquela época eram as dores, o fluxo irregular, a acne e os cistos. Era o que mais chamava minha atenção.

“(...) eu comecei a observar certa dificuldade que eu comecei a tentar engravidar. Tem 1 ano e 4 meses que eu tô casada. Durante 8 meses eu tentei, tentei e nada.”

Na época da entrevista estava tratando a síndrome com um médico dermatologista, sendo que relatou estar encontrado muitas dificuldades no tratamento devido a efeitos colaterais da medicação.

“Bom, é, eu... o tratamento que o Dr. A., é complicado, o tratamento não é fácil no começo. O remédio enjoa muito, você passa muito mal, vários distúrbios intestinais, gástricos, enfim. Você fica em frangalhos, né, pra falar um nome (ri). Mas assim, aos poucos você vai acostumando. Hoje eu quase não sinto mais nada, então o tratamento é difícil? É difícil, mas é uma coisa que gradativamente você vai acostumando.”

No início do tratamento chegou até a perder peso.

“Interferiu no começo, porque assim, eu não conseguia me alimentar, tudo que eu comia começava a me embrulhar o estômago, mas aos poucos foi passando. Então, assim, eu procurei comer coisas mais leves, acho que isso até ajudou com que eu entrasse na dieta, então, é eu perdi alguma relacionada a peso, perdi, mas não foi uma coisa muito eficaz. Neste fato ainda não chegou neste ponto de eu conseguir emagrecer.”

Em sua família, não há histórico comprovado de SOP, mas associa os sintomas com a mãe e a irmã.

“E também pelo histórico familiar, a minha mãe também tem problemas de cistos ovarianos, inclusive ela teve que fazer uma cirurgia pra retirada de trompas, porque deu

mioma, então ela gangrenou uma das trompas, ela tirou e depois a outra apresentou o mesmo problema. E minha irmã também tem problemas de cistos, não chega a ser ainda a síndrome, mas é só problemas de cistos por enquanto.”

Ao final da entrevista acrescentou sua preocupação quanto à grande dificuldade que encontrou para receber o diagnóstico da SOP e o tratamento adequado, questionando que, se houvesse recebido um tratamento adequado anteriormente, hoje não estaria tendo problemas para engravidar.

“Tem uma coisa que me deixa muito preocupada. A gente falou no começo da questão de um dermatologista tá fazendo o meu tratamento, e assim, é, primeiro de tudo quem deveria ter visto todas essas coisas seria o meu ginecologista, que não viu. Então eu fico pensando fazem uma vida inteira de um tratamento que não é eficaz, que não é específico, e os próprios ginecologistas, eles não têm essa informação. Então isso é o que me deixa assim, bastante preocupada que talvez se eu tivesse começado esse tratamento anteriormente, hoje poderia ter engravidado já, sem problema nenhum. Então essa é a questão mais, que me deixa assim sem entender! (...) Eu acho que a síndrome ainda é muito..., e uma coisa assim muito difícil ainda de chegar à classe médica. Eu acho que poucas pessoas têm essa informação. Eu acho que deveria ser uma coisa mais aberta, já que a estimativa é bem grande, né, de mulheres com síndrome?”

Passei por endócrino,(...). Quando eu passava no gineco ou endócrino, em relação à questão da pele, que eu falava ‘Doutor, eu tô tomando remédio, mas eu paro de tomar, porque o anticoncepcional não melhora a pele, independente de qualquer coisa ele melhora, mas eu parava de tomar e (faz gesto), minha pele enchia de espinhas’. E eu falava ‘mas por que isso?’ ‘Ah, porque você parou de tomar hormônio’. Então, hoje eu vejo que não era porque eu tinha parado de tomar hormônio, mas é porque a síndrome tava ali, ela tava instalada ali, escondidinha, e eu tava só fazendo uma cortina em cima dela. Eu não tava indo lá onde tava o problema. E isso não era nem por minha culpa, porque eu tava disposta a fazer o tratamento, eu tava disposta a, a me adequar ao que fosse.... Então, às vezes, por uma irresponsabilidade de um médico, mais pra frente eu podia ter pagado com um sonho. E aí não há reversão, não adianta o médico falar ‘ah, não pensei (silêncio), então é isso (ri), o principal é isso’.”

Síntese da subcategoria:

Os resultados encontrados no item (a) concepções da SOP, foram organizados em dois grandes eixos que foram mencionados pelas entrevistadas: sintoma crítico e informações acerca da síndrome.

Sintoma crítico:

O sintoma crítico é variado entre os sujeitos, o que seria esperado, uma vez que, como síndrome, a SOP abarca uma diversidade de sintomas, que não precisam ser necessariamente concomitantes para ser diagnosticada como tal.

O quadro a seguir ilustra a variedade de sintomas apresentados:

Quadro 4 - Sintomas críticos de cada Sujeito

Sujeitos	Sintomas
A	Muitas espinhas, oleosidade capilar, bolinhas no couro cabeludo, irregularidade menstrual, dor pélvica, calvície.
B	Queda de cabelo, excesso de pêlos, ganho de peso, ausência de menstruação, acne
C	Excesso de pêlos e dificuldade para emagrecer e irregularidade menstrual.
D	Fluxo menstrual intenso que, antes do tratamento, incomodava bastante e dificuldade para engravidar.
E	Acne, irregularidade menstrual, aumento de peso, dificuldade para emagrecer e dificuldade para engravidar.

Foi identificada grande variedade de sintomas centrais queixados, sendo que pode refletir o ponto em que cada entrevistada se vê mais prejudicada. A orientação médica de mudar os hábitos de alimentação, atividade física, parece ser filtrada de acordo com os valores de cada uma delas diante de seus conflitos (pêlos, calvície, dificuldade de engravidar, aumento de peso...)

Informação acerca da síndrome:

Todas as participantes relataram a importância de mais acesso e divulgação das informações concernentes à SOP.

Um dado delicado encontrado foi a reclamação de algumas delas para o não cuidado, atenção de seus ginecologistas quanto a esse possível diagnóstico. Este dado foi bastante relevante, uma vez que a população estudada é de pessoas com poder aquisitivo alto e culturalmente esclarecidas, que vão em busca de informações, que analisam e criticam o que recebem como explicação, e que se queixaram, ao final da entrevista, quando é perguntado se gostariam de

acrescentar mais alguma coisa, da falta de informação a respeito da síndrome de inúmeros médicos, principalmente ginecologistas, pelos quais passaram.

A seguir será apresentado o item **(1) Visão da SOP, sub-item (b) Implicações da SOP.**

SUJEITO A:

Segundo o sujeito A, a SOP teve um aspecto positivo, que foi enfatizar seu desejo de ser mãe, que era um sentimento que não tinha antes, por não se sentir preparada. Achava complicado deixar-se de lado, para olhar outro ser, ter que abrir mão de suas coisas. Enfatizava mais o lado profissional. Mas percebeu que a vida é muito maior que uma empresa e relatou ter acordado para uma série de coisas. Além disso, passou a cuidar-se mais, ter mais tempo para si, preocupar-se com alimentação.

“Eu não sei, eu acho que todo o susto daquele dia foi muito bom por causa disso. Eu comecei a acordar para uma série de coisas.”

Com respeito aos aspectos negativos da SOP, sempre teve medo do sofrimento cirúrgico, do parto, cirurgia. Antes de se tratar com o Dr. A., foi submetida a uma cirurgia para endometriose. No que se refere à cirurgia, após a experiência, relata que seu medo passou e o que era negativo tornou-se positivo.

“A cirurgia? Então, eu já tive uma vez, é, isso e endometriose. Aí eu operei. Só que desta vez, foi muito pior. (...)É. E aí foi tipo uma cesariana. Uma cirurgia maior. Tinha muito, é, mioma, cistos, em tudo que era lugar. Uma endometriose enorme.... Então eu resolvi que eu precisava parar e cuidar um pouco mais de mim. Tanto a alimentação eu comecei a cuidar mais.”

“Não assim, nem o sofrimento cirúrgico, porque eu falo que foi ótimo. Porque eu tenho tanto medo do parto, de cirurgia, que foi ótimo! Se eu tiver que fazer uma cesárea, eu já sei como é, não é um bicho de sete cabeças. (...)” – Cirurgia para endometriose.

Por outro lado, a SOP interferiu negativamente em sua vaidade. O processo de queda de cabelo foi sentido como a perda de sua feminilidade e muito sofrido.

“(...) A vaidade, na verdade o que pegou, até por isso que eu fui parar no Dr. A. é porque eu tenho queda.... de cabelo(...) E aí foi muito ruim. Porque aí eu me sentia mal, eu não queria sair de casa, começou a dar depressão, tudo que você pode imaginar...”

“Eu não sou assim, extremamente vaidosa, então é uma coisa difícil de te falar. A única coisa que pega para mim é esse negócio do cabelo. Eu sinto que pro meu lado feminino fica... Bem balançado, né. Pra mulher é muito pesado isso...”

Abalou sua auto-estima e auto-imagem, interferindo negativamente em seus relacionamentos interpessoais.

“Antes era insuportável, eu só chorava... Era olhar e chorar. Lavar o cabelo e chorar. Penteava e chorava. Só isso, o tempo todo. (...) Eu não me sentia, sabe, atraente, eu não sentia nada! Eu só queria me esconder... Por isso foi complicado... Eu até cheguei a engordar um pouco, nesta fase. Eu engordei uns 4 quilos... E depois não, quando eu comecei o tratamento do cabelo e tal, aí foi uma coisa... .(...)”

Assim como em seu casamento,

“Eu não tinha vontade de nada. Eu não me sentia, sabe, atraente, eu não sentia nada! Eu só queria me esconder... Por isso foi complicado...”

O aspecto positivo vivenciado pela SOP foi o confronto que ela proporcionou diante de algumas questões e a necessidade de um posicionamento diante delas, o que acabou por resolver alguns aspectos de sua vida.

(...) Foi todo positivo, sabe, quando vem puxando uma coisa boa e vai resolvendo outra, e vai resolvendo outra.

Desse reposicionamento decorre o sentido que a SOP trouxe para sua vida, passando a valorizar as coisas que não valorizava e deixando de dar valor para muitas coisas. Teve a coincidência da saída do trabalho e a cirurgia, então, diz que deixou tudo de ruim no centro cirúrgico e é outra pessoa.

“(...) Eu passei a valorizar muita coisa que eu não valorizava. Deixei de dar valor para uma série de bobagens... e, para mim, como foi uma coisa de coincidências com a saída da empresa e tal, eu falo que nessa cirurgia eu deixei tudo de ruim no centro cirúrgico. As pessoas que me incomodavam, as coisas que eu não suportava, tudo que me fazia mal, ficou lá... Eu falo que depois disso, é uma outra pessoa. Porque realmente parece para todo mundo, que realmente é uma outra pessoa.”

SUJEITO B:

O sujeito B não consegue enxergar qualquer aspecto positivo na SOP. Em contrapartida, os negativos são inúmeros. Vê-se de forma negativa, problemas com a auto-estima, perda de controle do próprio corpo. No âmbito físico, corpo em constante modificação, não consegue manter o peso, engorda, emagrece, tem espinhas, não tem. No psicológico, fica muito ansiosa e estressada, não deixando

claro se tais sintomas decorrem do estilo de vida que leva ou pelo desequilíbrio hormonal que sofre.

“Os efeitos que eu tenho por causa dela são negativos! Por causa dela eu tive problemas com minha auto-estima (...). Não convivo bem, quer dizer eu convivo bem com ela, quer dizer se eu tivesse a escolha de não tê-la, é óbvio que eu escolheria!”

“Fisicamente, como eu te disse, é como se o meu corpo estivesse sempre em transformação. Eu não consigo ter um período constante com o meu corpo. Eu não consigo manter meu peso. Meu peso tá sempre variando. Eu tô engordando, ou emagrecendo, inchando, com espinha, sem espinha. Meu cabelo cai, pára de cair. Então é como se meu corpo estivesse sempre se modificando, não fica constante. Psicologicamente, eu sou uma pessoa muito ansiosa e estressada. E talvez a minha ansiedade ou o meu estresse venham do estilo de vida que eu tenho. Mas eu acredito que seja mais por um desequilíbrio hormonal. Por mais que eu controle meus hormônios, mesmo assim eu tenho, eu percebo que eu tenho um humor muito alterado. É muito simples para mim, mudar de um estado de humor para outro (ri). São extremos.”

As implicações da SOP interferem negativamente em sua vaidade e, principalmente, na auto-estima, em função das constantes alterações corporais, chegando a interferir em suas relações interpessoais e vida social.

(...) Ah, sempre fui muito vaidosa, me preocupei com beleza, mas eu sempre vi a beleza mais como algo que te atrapalha, do que te traz facilidades. (...). Você se sente mal de ver seu corpo em constante modificação, e pra pior, geralmente, não é pra melhor (ri). Então, você tá sempre engordando, seu quadril aumenta, aparecem estrias de tomar anticoncepcional. E a sua pele também. Se você passa por um momento de maior estresse, as espinhas aparecem e, além de ser algo feio, é dolorido, incomoda fisicamente. As espinhas são algo que incomodam fisicamente. (...) Já aconteceu, de eu deixar de sair porque a minha pele tá muito feia. Eu falei, eu não vou sair com a pele desse jeito. Hoje não vai rolar! Eu prefiro ficar em casa a sair assim, a sair deste jeito. Por isso que eu te falei, a vaidade é importante para mim.

Dessa forma, entende, e sente, que o sentido que a SOP trouxe à sua vida foi negativo. Aos 12, 13 anos, o principal pensamento que tinha era que não poderia ter filhos, sentindo muita raiva por conta disso. Depois, refletiu que tal possibilidade não a atingiria tanto, porque à época da entrevista, não pensava em ter filhos, mas, sim, dedicar-se à vida profissional.

“A primeira coisa que eu pensei quando eu descobri que, que eu tinha a síndrome de ovários policísticos, foi justamente não poderei ter filhos! Na época, quando você é mais novinha, tem uns 12, 13 anos, você pensa em ter família, em casar, esse é seu principal pensamento. Depois que você começa a crescer é que você começa a cogitar, poxa, será que eu realmente quero constituir uma família? Será que eu vou dar prioridade a isso, e não à minha vida profissional? Será que eu quero mesmo ter filhos?... Mas na época foi o primeiro impacto que eu tive. Falei pronto: não vou poder ter uma família! Daí que eu fui

entender que não é bem assim, que com controle, tomando anticoncepcional eu consigo preservar os meus óvulos, então... Mas, foi o primeiro impacto que eu tive.”

SUJEITO C:

O sujeito C, em um primeiro momento, enfatiza a implicação negativa da SOP em decorrência do excesso de pêlos e conseqüente impacto negativo em sua auto-estima. Chegou a entrar em depressão por conta disso, e evitava atividades sociais.

“Então, a grande questão era o pêlo, né, que eu tinha muito pêlo no rosto, e isso atrapalhava demais, isso mexia muito com a minha auto-estima. Para mim era muito difícil, né, eu era uma mulher com barba. Tem muita gente que fala que é comum, mas pra mim não era. Então, aquilo, eu cheguei a entrar em depressão, a não querer sair na rua, né. Eu tinha uma rotina muito ruim, assim, de fim de semana eu não saía na rua. Então, era complicado, e adolescente, né.”

Considera-se uma pessoa bastante vaidosa, de forma que a vaidade era muito comprometida por conta da SOP. O sujeito C utilizava maquiagem para esconder os pêlos.

“Eu sempre fui muito vaidosa, né! Sempre, sempre, sempre muito vaidosa. Hum,... ai, eu usava muita, assim, usava muita maquiagem pra esconder os pêlos. Hum, sempre tentando destacar uma coisa pra esconder outra, né. Por exemplo, o peso e os pêlos. Hoje eu relaxei um pouco, mas talvez porque eu me sinto..., eu não tenho o que esconder mais, então eu me sinto melhor, eu me sinto mais bonita, na verdade“

Contudo, compreende como implicação positiva o fato de que, com o diagnóstico e o tratamento adequado, sua tendência depressiva diminuiu, com a diminuição dos pêlos e peso.

“ (...) aquela tendência depressiva diminuiu, né. Na verdade, a minha família toda tem uma certa tendência depressiva, mas eu percebi que diminuiu também com meu tratamento, né. (...) Isso foi uma parte muito positiva do tratamento, hum, isso. E aí, a diminuição de pêlos, diminuição de peso, né. É, sei lá, uma série de questões, acho que...”

Outra implicação positiva que relata, apesar do tratamento da SOP ser muito estressante, em função de seus efeitos colaterais, achou positivo, uma vez que a fez mudar de postura perante o trabalho e o relacionamento conjugal.

“Então o tratamento, eu ia fazer o tratamento hum, mudei minha situação na empresa e, aos poucos, fui me separando de um casamento que não me agradava. Foi naquele momento! Exatamente naquele ponto! (...) e, então, eu fui naquele momento, naquela, né, naquele momento eu fui jogando tudo que eu tinha de ruim fora, e colocando bom.”

“Eu fui me libertando de tudo, acho.”

De acordo com C, o tratamento teve, como reflexo, uma implicação positiva em sua auto-estima, o que acabou por modificar sua relação com a casa. Por conta do excesso de pêlos acabava passando muito tempo em casa, cuidando exaustivamente da limpeza. Com a melhora, passou a sair mais.

“Talvez porque assim, eu passava muito tempo, eu não saía de fim de semana por causa dos pêlos, né. Então com a eliminação dos pêlos, né, eu já passei a sair. Então você não quer mais ficar em casa se dedicando à limpeza, você quer sair, né. Então acho que isso foi um ponto que contribuiu sim.”

Assim como com a alimentação, que passou a ser mais cuidada e resultou em perda de peso.

“(…) eu fui orientada a fazer uma dieta, né. Hum, no começo foi muito mais fácil na verdade. Depois ficou complicado, eu fui ficando ah, fui relaxando um pouco na dieta, né. Enjoando da comida, né. Mas melhorou sim, melhorou nesta questão de, de diminuir o peso, né. Eu sempre gostei na verdade de uma alimentação melhor, hum, mais se intensificou com o tratamento.”

SUJEITO D:

O sujeito em um primeiro momento não reconhece nenhuma implicação da SOP, seja positiva ou negativa. Apesar de sua principal queixa ser a dificuldade de emagrecer, confia que a medicina pode cuidar disso.

“Nenhuma, nenhuma. Se eu te falar, pra mim é tranquilo. Até nessa parte de fertilização, como eu acabei fazendo durante 6 anos, as pessoas às vezes me perguntam (...) Acho que quando você tem algum probleminha tem como tratá-lo, né. E claro, é como eu te falei, a idade chega, fica mais complicado, não tenha dúvida! Ainda mais a gente que trabalha com estética, a gente sabe que tudo envelhece, mas pra medicina nada é impossível.”

“(…) Ou seja, você tem que procurar um especialista, né. Independente de ser pouco, de ser muito, quanto mais cedo, melhor! Quanto mais jovens seus órgãos tiver, melhor pra você, vai ser muito mais fácil de você detectar o problema, e curar até, né. Agora, no nosso caso... , que nem, hoje eu tô com 41, no meu caso, a gente não achava que era tão assim, e de repente a coisa vai passando e quando você vê, né.”

Mesmo o fato de ter engordado, em decorrência do consumo de hormônios como tratamento, não vê como negativo.

“Única coisa é que tomei muito hormônio e seu corpo incha, por causa da dosagem de hormônio. Engordei é óbvio, né. Só que assim é, eu já tenho uma característica de retenção, então eu tenho que tá sempre tomando diurético, que é o processo meu mesmo, mas de eu te dizer que eu senti alguma coisa, eu não senti absolutamente nada. Foi assim, tranquilo.”

SUJEITO E:

Não relatou ter identificado, quando do diagnóstico, nenhuma implicação positiva decorrente da SOP, principalmente no âmbito psicológico

“É assim eu tô muito mais esperançosa de que meu problema possa ser não resolvido, porque eu sei que não tem cura, é um paliativo, é um tratamento pra vida inteira. Mas, assim, pelo menos eu descobri a causa de tudo isso. (...) Não vou falar que o tratamento não foi difícil, tá sendo difícil, mas pelo menos eu tenho um caminho agora pra seguir, né, diferente de antes.

“(...) Te falando assim, bem sinceramente, na parte psicológica eu não vi nenhuma positiva. É uma doença, então assim, é sempre tive uma coisa, eu não sei, não é de todas as mulheres isso, que é o desejo de ser mãe. Então o meu sonho de consumo é um filho. E isso é a parte que me deixa mais triste, a parte que me deixa mais chateada pela dificuldade. Então assim, eu fui a alguns médicos que me viraram e falaram assim ‘olha, você não vai ter filhos!’ Eu saí do consultório chorando, eu saí, sabe, daquele jeito, e aí hoje é o que me preocupa, até onde essa síndrome vai me, me acomete, a ponto de eu não poder ser mãe. Eu continuo engordando, claro conta hábito alimentar, sedentarismo, tudo isso, mas eu sei que a parte hormonal tá muito ligada a isso, não é nem a facilidade de engordar, mas dificuldade de emagrecer, eu já fiz tanta coisa pra emagrecer, mas nunca consegui. Então acho que os aspectos mais difíceis são esses mesmos.

“Então acaba abalando outras coisas também, não é só a parte física mesmo, é o emocional, é, quando às vezes olho no espelho e falo ‘poxa vida, eu faço tanto pra emagrecer e não consigo, eu faço tanta pra melhorar, faço o tratamento direito e não nunca saem os cistos!’ . Então é isso.”

Contudo, reconhece que, após o diagnóstico, passou a se cuidar mais. Compreendeu que se trata de um quadro crônico, que não tem cura, o que acaba exigindo maior cuidado, exigindo, dessa forma, uma maior atenção, uma vez que para E, caso contrário, suas perdas poderiam ser maiores.

“Hoje eu me preocupo mais. Antes eu ficava assim, fazia o tratamento, fazia os exames, tinha a preocupação já de não deixar que a coisa evoluísse. Mas, hoje, acho que assim, acho que porque eu sei que não tem cura, então é uma coisa que eu tenho que diminuir ao máximo para evitar qualquer transtorno, então acho que hoje é essa minha preocupação. É difícil, é... eu acho assim, a maioria das pessoas têm problemas de saúde, algumas delas, mas na maioria das vezes não são coisas que interferem nos seus sonhos e nem interferem na sua rotina de vida. Porque se eu deixar evoluir do jeito que tava, sem fazer remédio, sem fazer tratamento, tomar remédio, sem nada, daqui uns dias eu podia perder o útero, perder um ovário, as trompas, aí ia ser um... Imagina, eu com 25 anos não podendo fazer aquilo que eu mais queria que é ser mãe e ainda tendo todo um transtorno hormonal por causa disso. Então, eu fico preocupada, eu fico meio abalada, mas, por outro lado eu fico feliz, porque eu descobri o que é e posso tratar. Isso vai depender só de mim agora, não vai mais depender do médico descobrir o que é, ou não descobrir, ou então me passar um monte de remédios que não têm nada a ver. Eu vi que durante anos eu tomei um monte de

hormônios sem necessidade, me entupi de coisas que me faziam mal sem necessidade, sendo que eu podia ir por um outro caminho muito mais tranqüilo, né.

“Mudança teve porque eu tive que me conscientizar de coisas a que antes eu não dava tanto valor. Então, hoje, eu tenho que pensar muito mais no meu futuro do que antes. Porque é como eu te falei, imagina, se daqui uns dias, daqui um tempo, eu perdesse o ovário, útero, então é uma coisa que eu tenho um “quê” a mais pra me preocupar. Hum, acho que..., a gente, eu ainda não sei tudo da síndrome, mas, assim, do que eu sei, não é uma coisa boa de se ter, mas também não é a pior das coisas.”

Após a descoberta da síndrome, gradativamente vem cuidando mais da saúde, como com a alimentação e atividade física.

“Então muda, é lógico que muda o estilo de vida, eu tenho que me cuidar muito mais do que antes, mas pelo menos é um caminho, né.... É, eu vou saber como agir.”

“Olha, o meu cuidado, ele tem sido um pouco deixado de lado nestes últimos tempos. Eu, eu realmente não tenho cuidado muito da saúde assim em aspecto geral, eu tenho ido por etapas. Primeiro foi a descoberta da síndrome, eu cuidei desta parte.”

“(...) a atividade física, eu tô me programando pra voltar a fazer. Eu fazia antes, por um tempo eu deixei de fazer porque eu não via muito resultado e a gente acaba ficando meio estressada e não quer mais fazer.”

“Eu trabalho num lugar onde tem restaurantes por perto, onde tem tudo por perto. Na maioria das vezes eu tô levando, trazendo de casa alguma coisa que dá pra preparar, no meu trabalho tem cozinha, então dá pra eu preparar algumas coisas lá. Eu trago sempre salada, legumes já prontos e aí faço a mistura ou compro alguma coisa nos restaurantes. Então, eu procuro comer da melhor forma, dentro do que a nutricionista me passou.”

Define-se como uma pessoa vaidosa e seus problemas de acne repercutiram em sua vaidade pelas questões estéticas,

“Mexeu na minha vaidade no momento em que eu consegui saber o porquê que a minha pele ficava ruim. Eu tratava, tratava, tratava e não conseguia o efeito. Então, hoje, depois..., ainda aparecem algumas coisas assim, de vez em quando, mas é por tá perto do período menstrual. Mas a pele melhorou bastante, até o Dr. A. falou ‘nossa, a sua pele melhorou mesmo!’ Quando eu tive essa aula com ele, parecia que eu tava com o rosto parecendo um choquito, porque meu rosto tava todo cheio de espinhas, e não era daquelas espinhas pequenininhas, era daquelas assim, que ficava com hematomas, que ficava inchado, doía. Então, pra mim, era uma coisa horrível, tudo menos o meu rosto. Então eu fico gordinha (ri), fico com isso, com aquilo, mas não mexem no meu rosto que eu fico brava (ri bastante). Então era por isso a maior parte da vaidade em relação à síndrome que aí, é um ponto bom, tá vendo (ri).”

Síntese da subcategoria:

Transformações pessoais:

O diagnóstico da síndrome parece delimitar um marco de transformações na vida dos sujeitos. Passaram a cuidar mais da saúde, principalmente no que se refere à atividade física e alimentação.

Mesmo sendo algo negativo, trouxe mudanças positivas.

Vaidade:

Participantes têm o critério de vaidade, mas a síndrome interfere em alguns pontos nessa questão. Contudo, elas mesmas não discriminam se o impacto na vaidade é decorrente da síndrome, ou de hábitos que elas mesmas adotam (estresse).

A aparência das participantes é coerente às suas falas no que concerne à vaidade. Fisicamente são bem apresentadas. De acordo com Yoshikawa (2002), diante dos sintomas virilizantes que a SOP ocasiona na mulher, é preciso um cuidado constante com sua feminilidade e a vaidade entra aí. Constantemente precisa combater a “masculinidade”, exacerbando sua feminilidade através do autocuidado com a vaidade.

A seguir, serão apresentados os resultados referentes ao item **(2) Definição de estilo de vida**, em que foi trabalhada a definição dada ao conceito de estilo de vida, quais as crenças, valores, que estão por trás dele, e de que forma o estilo de vida interfere em seu dia-a-dia.

SUJEITO A:

Para o sujeito A, estilo de vida é entendido como a maneira como você é, como leva tudo, como encara e age.

“Estilo de vida? ... Acho que é a maneira como você, é, leva tudo, né. Como você encara, como você age ... (...)”

Define seu estilo como sendo mais *light* tranquilo. Faz as coisas no seu horário e no seu tempo. Antes de agosto/2006 era alucinante. Entrava às 8h e saía às 18h, muitas vezes levando trabalho para casa.

“Minha maneira, é a maneira mais light... Eu gosto de ter um estilo mais tranqüilo... Aquela coisa assim, eu faço as minhas coisas no meu horário, no meu tempo. Porque eu saí de uma empresa que era muito, né. Então agora..., eu tô querendo fazer as coisas bem tranqüilamente. Era tudo muito alucinante lá.

Entrava às 8 e saía às 6, mas trazia sempre trabalho para casa. O clima de trabalho era muito pesado, dentro da empresa. (...) Na época que eu estava na empresa, eu esqueci tudo, tudo. Eu não tinha tempo para mais nada, porque eu ficava na empresa. Talvez com o susto aí, dessa cirurgia, eu resolvi mudar.

No que diz respeito à alimentação, à rotina, a mudança de estilo de vida adotada, traz uma reformulação nos valores que condicionam a alimentação, voltando-a para um aspecto mais saudável, assim como sua rotina diária.

“(...) Então, assim, essas coisas eu comecei a me preocupar mais. Eu vi que eu estava deixando isso muito de lado. Mesmo a minha casa, cuidar das coisas. Eu tava abandonando de tudo por causa do trabalho, entendeu, daí sacudiu.”

“Então, hoje eu me preocupo mais em comer saladas, né, coisas mais saudáveis. A tirar essas coisas de gordura, essas coisas mais pesadas. (...)

“Agora eu tô voltando a estudar por causa dessa empresa. Eu quero me aprofundar mais nessa área de eventos, de consultoria. Porque eu não tinha tempo para nada, antes, né. Então, agora eu tô começando a procurar uns cursos.(...)”

Como atividade física, costuma caminhar pela manhã, antes de trabalhar em casa no computador.

Define-se como uma pessoa mais calma, que sabe escutar. Ao contrário da mãe e da irmã, que são mais geniosas.

“São bravas (ri). Super geniosas... Delas, eu me considero a mais calma, a mais tranqüila (ri). A minha mãe é muito brava, a minha irmã é muito brava. (...) Se ela tiver, acha que ela tá certa, ela não vai escutar a outra pessoa, ela tá certa! Ela vai até o fim naquela opinião. Eu já sou um pouco diferente. Eu já costumo escutar e falar, não, tudo bem, tá errado. Minha mãe não é assim, a minha irmã é muito brava, de um modo geral. Ela é nervosinha, irritada.”

SUJEITO B:

Para o sujeito B, estilo de vida é entendido como a forma que a pessoa escolhe para viver seu dia-a-dia. Pode escolher uma mais calma, ou mais corrida, de acordo com os valores pessoais que a pessoa acredita, valoriza e busca para si.

“Estilo de vida? É a forma, ah, que você... Escolhe para viver o seu dia-a-dia... Você pode escolher uma forma mais calma, ou uma forma um pouco mais corrida, de acordo com seus valores pessoais, aquilo que você acredita, aquilo que você valoriza e busca para você mesmo.

Define seu estilo de vida como sendo muito corrido, estressante. Dá nota 7 ou 8, para ele. Tenta escolher, mas não consegue abraçar o mundo. Não se satisfaz totalmente com as coisas que faz, então faz o máximo de coisas ao mesmo tempo. Está insatisfeita, por conta do excesso de atividades que lhe causam estresse.

É muito corrido (ri)... É muito corrido, é muito estressante, por mais que eu tente não me estressar, ou tirar atividades que me causem estresse, eu continuo estressada.(...) Ah, eu acho que uns 7 ou 8. eu tento ter o estilo de vida que eu, eu escolhi para mim, pensando no futuro, mas, ao mesmo tempo eu não consigo abraçar o mundo! (ri) Então eu nunca consigo estar totalmente satisfeita com algo. Então eu tento fazer o máximo de coisas ao mesmo tempo e, o que não me traz satisfação é justamente o excesso de atividades que me causam estresse. Por isso que eu não classifico meu estilo de vida como 10, é 8! Por causa do estresse que me causa.

Define sua rotina como sendo muito corrida, dispendo de pouco tempo para si mesma, ficando muito estressada e cansada por conta disso. Contudo, enfatiza que esta foi a escolha que fez.

“A minha rotina é corrida, sempre foi corrida. Eu faço faculdade de manhã, trabalho a tarde e faço faculdade à noite... Então... eu não tenho nenhum turno para mim (...). Final de semana eu prefiro descansar! Eu saio muito pouco, justamente porque eu tô sempre cansada, então eu prefiro descansar e relaxar. Eu faço coisas, que, que me dão prazer. Sair para dar uma volta pelo meu bairro, tomar um chopp com os amigos, ler livro...(...) Utilmente eu tenho sentido uma necessidade maior de ficar em casa e descansar. De ter um pouco dos meus costumes e o meu espaço. Quando eu tô eu casa, a maior parte do tempo, ou eu tô no meu quarto estudando, ou lendo um livro, praticando yoga, alguma coisa.

Define-se como uma pessoa muito ansiosa e estressada, associando ao estilo de vida que leva e ao desequilíbrio hormonal ocasionado pela SOP. É determinada e tem personalidade forte, não abrindo mão facilmente do que acredita.

“(...) Psicologicamente, eu sou uma pessoa muito ansiosa e estressada. E talvez a minha ansiedade ou o meu estresse venham do estilo de vida que eu tenho. Mas eu acredito que seja mais por um desequilíbrio hormonal. Por mais que eu controle meus hormônios, mesmo assim, eu tenho, eu percebo que eu tenho um humor muito alterado. É muito simples para mim mudar de um estado de humor para outro (ri). São extremos.”

“Personalidade forte é saber o que quer e não abrir mão do seu ponto de vista, e bater de frente o tempo inteiro. É bater de frente o tempo inteiro”.

Diz não se preocupar com sua saúde, a não ser com a alimentação, (...) *eu não tenho nenhum tipo de cuidado com a saúde, a não ser com a alimentação. Eu tento ter uma alimentação... Muito equilibrada. (...). Desde que eu comecei a fazer yoga.*

Inclui em sua rotina a yoga, como a única atividade física que faz,

“Sempre que eu tenho um tempinho eu faço a yoga. É um tempo que eu tiro para meditar e pensar em mim, na minha vida, como eu estou conduzindo as minhas decisões, se o que eu tenho decidido é o correto ou não... é o meu tempo de yoga. E outra coisa que eu também uso como tempo de refletir é quando eu cozinho. Eu adoro cozinhar! Eu uso a prática da cozinha como uma forma de eu não me estressar. O problema é que eu tenho que depois segurar um pouco a boca (ri), porque, por mais que eu cuide do que eu como, ou seja, das qualidades dos alimentos que eu como, que eu estou consumindo, eu como muito! (ri), Mesmo que sejam alimentos saudáveis, eu como muito, porque eu gosto muito da minha comida.”

Assim como o estudo, como algo muito importante em sua vida.

(...) A minha vida é o meu estudo. E é até um grande problema, porque, justamente pela ansiedade ou pelo estresse que o excesso de atividades causa na minha vida, eu tenho uma dificuldade de concentração para os meus estudos. (...)

SUJEITO C:

Para o sujeito C, estilo de vida é sinônimo de se ter uma vida confortável, com uma alimentação rica e saudável. Devem incluir passeios, diversão, atividades físicas.

“Ah, então, acho que estilo de vida é você ter uma vida confortável, não sou uma pessoa de muitas ambições, não, mas de levar uma vida confortável, com uma alimentação, hum, rica e saudável na verdade. Diversão, acho isso essencial. Passeios, exercícios, isso é uma coisa que eu acho que uma pessoa tem que ter, é essencial, é básico. E uma vida confortável, sem muito estresse financeiro, acho.”

Seu ideal de estilo de vida é ter uma situação de vida confortável.

Assim, não almejo luxo, mas, assim, uma situação confortável, que você possa sair, que você possa viajar pelo menos 1 ou 2 vezes por ano. Acho que isso é uma situação, um ideal de vida, acho que de uma pessoa. O trabalho faz parte, acho que pra cabeça, né, mas menos estressante do que é hoje em dia pra todo mundo.

Sua rotina diária é muito corrida.

“... Acordo cedo, hoje em dia pego ônibus, mas antes não pegava. Hum, então quer dizer trânsito, daí trabalho intenso, intenso o tempo todo. Uma hora de almoço, hum, e minha alimentação tá complicada, porque, na verdade, essa uma hora de almoço, eu acho que... eu tô numa fase de tanto trabalho, que essa uma hora de almoço eu não desligo, então é uma comida assim... engolida... Daí saio às seis horas, né. Aí, às seis horas eu tento

relaxar, às vezes eu vou pra casa, às vezes eu vou tomar uma cerveja com uns amigos, hum aí já é mais tranquilo.”

Reconhece a importância da alimentação, mas confessa que relaxou em função da escassez de tempo.

“Olha, eu tô muito relaxada com a questão alimentar, tô muito relaxada há muito, por causa de tempo, hum, e eu acho que grana também, tá complicado. Você ter uma alimentação saudável hoje em dia é muito difícil, não é qualquer um que consegue, financeiramente. Hum, nesse ponto e na correria.”

Apesar dessa correria, procura fazer atividade física. Momento em que relaxa e se esquece dos problemas do trabalho.

“(…) duas vezes na semana eu faço exercícios, jogo vôlei na verdade, pratico esporte que eu sempre gostei. (...) Ah, as quartas e sextas que são os dias do vôlei, e o trabalho fica pra trás (ri), sinceramente, a sexta-feira. (...) E é tão saudável na questão de ser um exercício, e pra cabeça também, né. Porque aquilo mexe de uma maneira, limpa a mente. Eu costumo, tem situação assim, que eu saio do trabalho tão nervosa, tão nervosa, que hoje eu fico “hoje eu podia ter o vôlei”, porque eu entro, eu apago. Esqueço o mundo, esqueço tudo, aquilo é uma situação assim, que não existe.”

Defini-se como uma pessoa determinada, que não abre mão do que acredita.

“Não vou fazer, não acho certo”, então isso eu passei a fazer também. Então, tem um pouco de gênio meu na história também, né.”

SUJEITO D:

Para o sujeito D, estilo de vida significa ser você mesma, se gostar, valorizar, devendo respeitar as diferenças entre as pessoas.

“Ah, primeiro você tem que ser você. É o que eu penso. Você tem que se gostar, você tem que se valorizar. Eu acho que, em primeiro lugar, você tem que gostar do que você faz, né, senão você não é uma pessoa feliz. Não é o dinheiro que te traz felicidade, e, sim, o seu trabalho no dia-a-dia que você faz, o dinheiro é uma consequência. E, assim, você tem que procurar se adaptar com as pessoas, viver melhor, e cada pessoa é de um jeito, que a gente sabe.”

Define seu estilo de vida como enfatizar as prioridades em sua vida, colocando-se sempre em primeiro lugar, tendo uma vida equilibrada, tendo conquistado aquilo que almeja.

(...) Então, o meu estilo de vida, o que seria primeiro estar no lugar que eu gosto, claro que eu preciso ganhar porque gente precisa disso, a gente precisa de dinheiro pra sobreviver, mas, hoje, graças a Deus, as minhas coisas eu já conquistei, meu carro, meu

apartamento, sabe, não tenho dívida. Então, hoje eu posso te falar que estou com uma vida e-qui-li-bra-da, né. Então, acho que com 41 anos eu ter conseguido isso, é porque existia uma bagagem lá trás e eu lutei pra isso.

Sua rotina diária é bastante corrida, apesar de hoje estar mais tranqüila, por ter deixado de trabalhar em dois outros lugares.

“Bem corrido (ri). Eu trabalho de 2ª a 6ª feira, de sábado também, eu faço teste de produtos da farmácia de manipulação no laboratório, atendo algumas clientes. Então, a minha vida é corrida, mas hoje já tá tranqüila, porque antigamente eu trabalhava em três lugares, né. Então, assim, de manhã era num lugar, à tarde em outro e dava aula à noite. Então, hoje já não acontece mais isso, hoje eu consigo ter uma vida mais tranqüila. Eu saio às 18 h, consigo ir pra minha casa, janto, tomo o meu banho, então, hoje, tá bem mais tranqüilo.”

Em seu cuidado diário, procura cuidar bastante da alimentação. Prefere tomar um suco a ter que comer qualquer coisa e correndo. Prioriza muito uma alimentação saudável, sendo que costuma levar comida de casa para o trabalho.

“(...) então, eu costumo sempre trazer comida de casa, porque é bem mais saudável. Mas, tem vezes que não dá, você tá cansada, então geralmente eu vou para restaurantes por quilo, em que você tem uma variação (...). Quando você vai comer em restaurante por quilo, você tem que tomar cuidado, porque às vezes você enche o prato e acha que não é nada, e você tá comendo tudo errado.”

“Primeiro eu não consigo comer rápido, me faz mal. Se eu tiver que comer rápido, eu prefiro tomar uma vitamina, comer uma fruta, porque eu acho que horário do teu almoço, horário do..., as duas refeições principais, café da manhã e almoço, isso eu não deixo, não abro mão. À noite até posso comer um grelhado, uma sopa, uma fruta, mas esses dois horários, eu não abro mão. (...) E quando eu tô almoçando, não adianta, mastigo, como devagar, não adianta você me apressar, porque eu não consigo, aí vai me fazer mal. Então, eu prefiro até não almoçar assim, como uma fruta, tomo um yogurt, se tiver alguma coisa que você tem que correr, ou, de repente, eu tô na rua, vou visitar algum cliente, mas eu não deixo de comer”

Pretende retomar cuidados estéticos e atividade física, incluindo-os em sua rotina.

“(...) Eu fazia drenagem linfática duas vezes por semana com uma esteticista, porque que preciso. Mas, agora eu vou começar a fazer academia a partir do mês que vem, (...). Eu sempre fiz esportes, natação, hidro. Eu sempre tive uma vida legal, assim, alimentação balanceada, não fico beliscando coisas durante o dia. Então, sempre tive uma vida legal.”

Ter horário para dormir é muito importante e durante a noite não costuma produzir muito.

“Olha, não me manda trabalhar à noite porque eu durmo em pé. Então é que nem criança, vai ficando com sono..., deu 23:30, no máximo, eu já tenho que tá na cama, né. Então assim, durmo a noite inteira muito bem.”

Defini-se como uma pessoa determinada, que não abre mão do que acredita.

“Eu não levo desaforo pra casa, o que eu tenho que falar eu falo!”

“Então, você não vai agradar todo mundo! Então, quem gostar de você muito bem, quem não gostar paciência! E hoje eu não procuro agradar mais ninguém não, sabe assim, tipo, agradar que eu digo assim, você..., é diz aquele ditado assim “se você não consegue trazer o inimigo pra você, né, alie-se a ele”.”

“(...) somos muito bocudas (D e amiga).”

SUJEITO E:

Estilo de vida para o sujeito E reflete o que uma escolha pessoal, podendo ser estressante ou mais tranqüila.

“Estilo de vida eu acho que é aquilo que você escolhe pra você, seja qual correria, calma, estresse, tranqüilidade, eu acho que é aquilo que você ou escolhe ou vai ter que optar. Às vezes, a vida que a gente leva, a gente tem que tomar algumas decisões que nem sempre são as mais prazerosas, mas são as mais importantes.”

Define seu estilo de vida como reflexo de seu trabalho e sua vida familiar.

“Então, o meu estilo de vida, por exemplo, é assim, eu trabalho muito, eu não nego, não nego fogo pra trabalhar, e... Minha vida é trabalho e família. São as duas coisas que eu mais priorizo hoje, neste instante. Teve o tempo já que eu priorizei muitas outras coisas, como amigos, baladas, esse tipo de coisa, que acho que era próprio da idade. Mas hoje, o que eu mais priorizo na minha vida realmente é trabalho e família. Primeiro, família e depois o trabalho.”

Sua rotina diária é bastante corrida, tendo mais dificuldade pela manhã quando acorda. Trabalha e ainda cuida da casa e do marido.

“Olha, eu tenho muita dificuldade pra acordar de manhã, porque acabo chegando muito tarde e indo dormir tarde. Eu acordo e já vou direto pro trabalho. Trabalho o dia inteiro, ou muito tempo sentada, ou muito tempo em pé no balcão.(...) Sou farmacêutica, eu trabalho em drogaria e aí, só que aí a drogaria é do meu pai, então eu tomo conta da farmácia.”

(...) Saído de lá, ultimamente eu não tenho muita coisa para fazer, meu marido tá com o pé machucado, ele rompeu o tendão de Aquiles, então eu tenho que ir pra casa, cuidar dele. (...) Mas, assim, é do trabalho pra casa, da casa pro trabalho, às vezes eu saio pra ir passear, ir ao cinema, esse tipo de coisa, mas não é uma vida assim que eu possa dizer tranqüila, é correria o dia inteiro, então eu não tenho muito tempo pra cuidar, o pouco que eu tenho, ainda tenho que cuidar do marido, da casa, coisa de, de família, não tem jeito (ri).”

Vem passando por um período conturbado em seu casamento: com a cobrança de seu emagrecimento por parte do marido.

“Pressão de eu emagrecer. Porque, na verdade, eu sou o marketing dele, né. Ele é um professor de educação física e, de repente, fica abalada essa questão pra ele de que “como ele vai cuidar das pessoas estranhas, se ele não cuida da, da que mora com ele, da pessoa que está sempre do lado dele”. Então, eu entendo que, pra profissão dele, é meio frustrante isso, por ele também não poder ajudar a própria esposa. Mas, por outro lado, pra mim também é difícil, né, porque eu não consigo... eu não engordei num dia! (...) Hoje, a cobrança que ele me faz é uma cobrança assim, muito agressiva. Então, isso acaba me deixando invés de mais estimulada, menos. E aí entrando no fator da síndrome, nesse aspecto do meu casamento foi, meu marido ficou contente de eu descobrir tudo, de eu tá fazendo o tratamento.”

Defini-se como uma pessoa bastante ansiosa, nervosa, com gênio forte e perfeccionista.

“Algumas vezes eu, eu sei que eu passo do ponto por causa do nervosismo. Então, quando eu tô nervosa, eu vou agindo, agindo e quando eu vou ver já não dá mais pra voltar pra trás, e eu também não páro pra pensar.”

“(...) isso é gênio forte mesmo, não tem jeito, é de família. (...)Terrível! (ri) Algumas vezes eu, eu sei que eu passo do ponto por causa do nervosismo. Então, quando eu to nervosa eu vou agindo, agindo e quando eu vou ver já não dá mais pra voltar pra atrás, e eu também não paro pra pensar.”

“Eu sou muito perfeccionista pras coisas do trabalho, então eu gosto de tudo ali dentro do, do certinho. (...) Então, eu já falo de uma maneira mais agressiva, eu já falo de uma maneira mais descontrolada. (...) Quando tenho que resolver algum problema, assim, pessoal, eu sou muito chorona, então, às vezes, eu choro de raiva, às vezes eu choro de tristeza, de felicidade; então, ao mesmo tempo que eu tô nervosa, te xingando, daqui a pouco eu tô chorando, então isso oscila bastante, isso tem, tem bastante, bastante influência sim. Eu não sei se pela parte hormonal, pela parte da síndrome, ou pela parte do, do, do psicológico. Mas tem essa alteração sim.”

Síntese da subcategoria:

Estilo de vida

Em relação ao estilo de vida, podemos observar que cada sujeito apresenta uma definição diferente, enfatizando diferentes dimensões que o compõe: ser você (personalidade), ter uma vida confortável (econômica), forma que escolhe para viver o dia-a-dia, de acordo com valores pessoais, maneira como se é, como leva, encara e age diante do mundo. O quadro abaixo ilustra as diferentes definições.

Quadro 5 - Definições de estilo de vida dadas pelos Sujeitos

SUJEITO	ESTILO DE VIDA
A	Maneira como você é, como leva tudo, como encara e age.
B	Forma que escolhe para viver seu dia-a-dia. Pode escolher uma mais calma, ou mais corrida, de acordo com os valores pessoais em que a pessoa acredita, que valoriza e busca para si.
C	Ter uma vida confortável, sem grandes ambições, mas com uma alimentação rica e saudável, com diversão, passeios e exercícios. Além de viajar uma ou duas vezes ao ano. Trabalho faz parte, mas com menos estresse. Considera isso como básico e essencial para uma pessoa.
D	Ser você. Se gostar, se valorizar, gostar do que faz. Caso contrário, não será feliz. O dinheiro não traz felicidade, mas o trabalho sim. Cada pessoa é de um jeito, e é preciso adaptar-se a ela. É estar num lugar de que a pessoa goste, se não está legal, deve mudar.
E	Aquilo que você escolhe pra você, seja qual correria, calma, estresse, tranquilidade, eu acho que é aquilo que você ou escolhe ou vai ter que optar. Às vezes, a vida que a gente leva, a gente tem que tomar algumas decisões que nem sempre são as mais prazerosas, mas são as mais importantes.

Rotina

A rotina diária também é bastante corrida, dividindo-se entre casa, trabalho, estudo, sendo que há a intenção de fazer modificação, seja alterando ou cuidando mais da alimentação, seja incluindo atividades físicas e de lazer.

Organização e perfeição:

Um dado muito interessante encontrado na população estudada é prática de limpeza e organização da casa. Hoje relatam estarem mais relaxadas e deixam de cuidar da casa para fazerem outras coisas. Contudo, uma das entrevistadas (C) chegava a perder seu fim de semana cuidando da casa. *“Tava sempre ali, limpando.*

Passava sábado assim, faxina que começava às 8 da manhã e terminava às 10 da noite, de tão neurótica que eu era. Hoje eu não tenho mais disso. (sic).

Podemos refletir a partir disso que, enquanto se viam menos esperançosas em relação a si mesmas, ao corpo, ao problema que viviam, quando não conseguiam cuidar de si, voltavam-se para a casa. Parece que, temporalmente, há uma mudança, movimento, de forma que hoje investem mais em si mesmas.

Personalidade “geniosa”:

A maioria das participantes da pesquisa define-se como mulheres de personalidade forte, “geniosas”. Apenas uma não se descreveu dessa forma, mas contrapôs seu jeito de ser com a irmã e mãe, que define como tendo personalidade “geniosa”. Gostam das coisas do seu jeito e chegam a bater de frente com outros em nome disso.

2.2. Questionário WHOQOL-Bref

Os dados do questionário WHOQOL-Bref foram trabalhados em SPSS, conforme orientação de Fleck et al. (2000). Dessa forma, obteve-se os escores dos quatro domínios, físico, psicológico, social e ambiental, assim como a qualidade de vida, avaliados pelo WHOQOL-Bref, conforme pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 3 - Resultados do questionário WHOQOL-bref, por domínio dos Sujeitos:

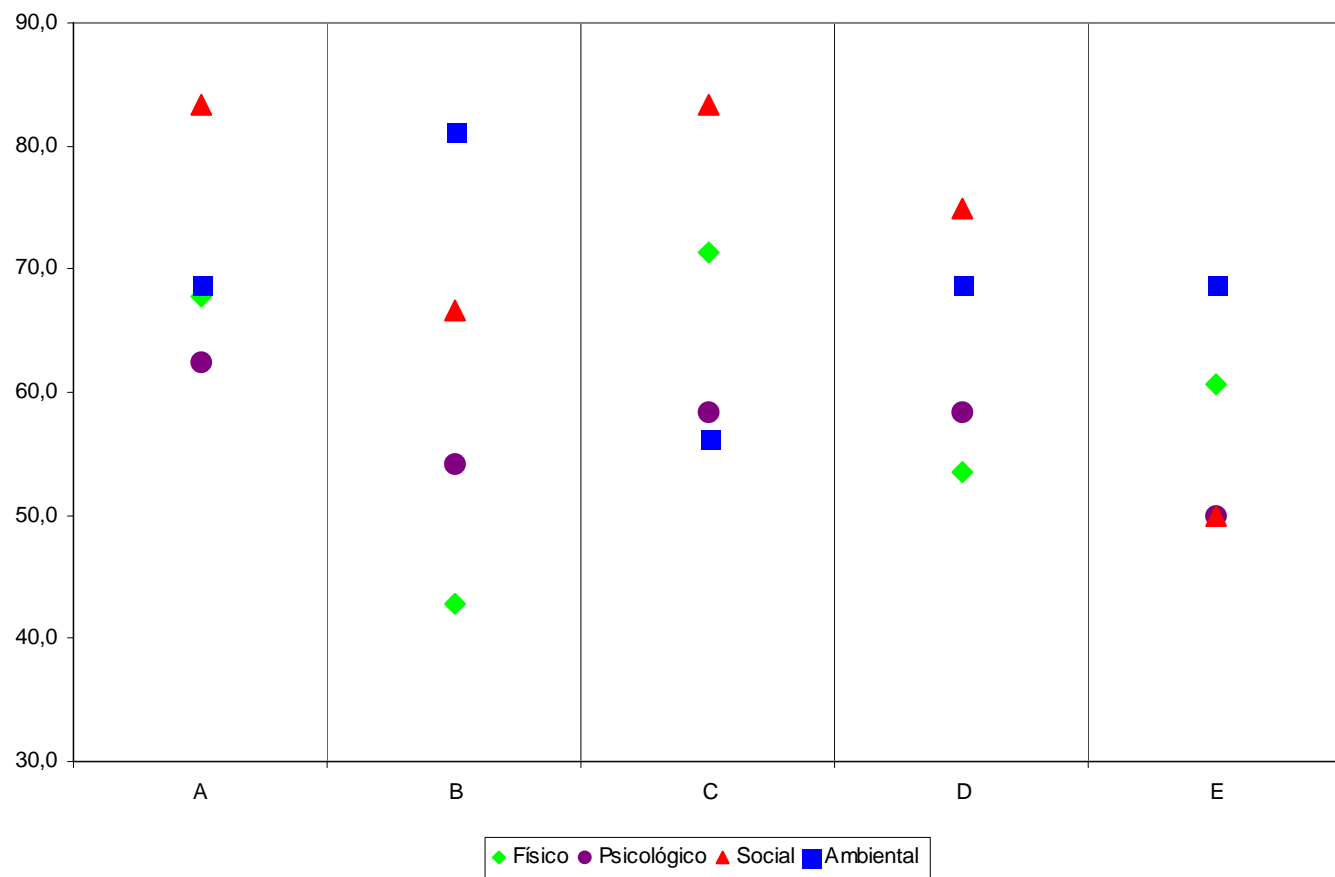
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Qualidade de vida
A	67,9	<u>62,5</u>	83,3	68,8	63
B	<u>42,9</u>	54,2	66,7	81,3	75
C	71,4	58,3	83,3	<u>56,3</u>	50
D	<u>53,6</u>	58,3	75,0	68,8	75
E	60,7	<u>50,0</u>	<u>50,0</u>	68,8	25

Como podemos observar, o padrão de pontuação foi bem divergente entre os sujeitos. No que se refere à pontuação da qualidade de vida, chama a atenção o fato de nenhum dos sujeitos pontuar 100%. Os sujeitos B e D são os que melhor pontuam (75%). Os sujeitos A (63%) e C (50%) encontram-se num meio termo. O sujeito E, por sua vez, apresenta um escore bem comprometido (25%).

No que se refere aos quatro domínios avaliados pelo questionário, enquanto que para o sujeito A o escore mais baixo foi o do domínio psicológico (62,5%), para o sujeito B (42,9%) e D (53,60%), o mesmo não ocorreu, sendo o domínio físico o de escore mais. O sujeito C (56,30%), por sua vez, teve o domínio ambiental como o de escore mais baixo e o E os domínios psicológico e social pontuaram os escores mais baixos (50%).

Dessa forma, os sujeitos da pesquisa apresentam um padrão bem específico de pontuação na avaliação da qualidade de vida, conforme pode ser observado no quadro abaixo, que ilustra as particularidades de cada sujeito.

Tabela 4 - Nuvem de pontos



VI.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivos: 1. Fazer uma leitura do conceito de estilo de vida a partir do olhar da psicologia analítica e 2. Verificar quais aspectos psicológicos refletem no estilo de vida das portadoras.

A psicologia analítica tem muito a contribuir para a definição de estilo de vida. Conforme Neumann (2000), a psicologia analítica não está interessada em propor um determinado modelo de vida ou de comportamento, mas, sim, em redescobrir o que é da natureza de cada um.

Este estudo propõe olharmos o conceito de estilo de vida a partir do conceito da *persona*. Um indivíduo pode adotar diferentes *personas* ao longo de sua vida e as mesmas podem ou não representar sua natureza interna. Dessa forma, precisamos também levar em consideração a sombra em um determinado estilo de vida.

A presente pesquisa optou por estudar um perfil específico de portadoras de SOP, uma vez que foi encontrada lacuna na literatura de estudos com esse perfil: os sujeitos de pesquisa foram mulheres urbanas portadoras de SOP, características da cultura contemporânea, que se dividem entre os diversos aspectos de suas vidas profissionais e pessoais.

O estilo de vida de cada sujeito reflete seus valores e crenças acerca de diversos aspectos de suas vidas, tais como alimentação, trabalho, rotina diária, atividades físicas, lazer, relacionamento afetivo, familiar. E a forma como lidam com o estilo de vida nos diversos aspectos é mediada por seus temperamentos e personalidades.

A população estudada apresenta conflitos psicológicos que são evidenciados através do estilo de vida que relatam manter. São de um nível sócio-econômico-cultural diferenciado, com valores e crenças arraigadas. Dividem-se entre trabalho, casa, marido, família, estudo, atividades para si mesma, projeto de ter filhos. Tais mulheres se vêem como mulheres inteligentes, capazes, mas com limitações que

a síndrome traz, identificadas pelos sintomas críticos nesta amostra, predominantemente voltados para aspectos estéticos (acne, obesidade, alopecia, hirsutismo), o que segundo seus relatos, trazem impactos para suas auto-estimas.

Em relação à definição do estilo de vida, pudemos observar que cada sujeito apresentou uma definição diferente, enfatizando diferentes dimensões que o compõem: ser você (personalidade), ter uma vida confortável (econômica), forma que escolhe para viver o dia-a-dia, de acordo com valores pessoais, modo de ser, como leva, encara e age diante do mundo.

O trabalho ocupa um papel importante como representação do estilo de vida que relataram levar. Pudemos observar, a partir das entrevistas, que, das cinco mulheres da amostra, quatro estruturam seus estilos de vida a partir do trabalho. Pareceu-nos certa cristalização da *persona* profissional em detrimento das demais. No caso da *persona* rígida demais, como Whitmont (2002) [1969] coloca, “colada à pele”, falta ao indivíduo uma distinção necessária entre a pele individual e as vestes coletivas. Para o autor, é como se a pele não pudesse respirar, sendo que doenças reais de pele poderiam até coincidir com essas dificuldades. Quanto mais a pessoa estiver identificada com seu papel social, sendo este não reconhecido simplesmente como um papel, a identidade genuína dessa pessoa, compensatoriamente, estará mais escura e negativa, por conta da negligência sofrida. O ego, quando identificado com a *persona*, é capaz somente de uma orientação externa, sendo cego para eventos internos, tornado-se, portanto, incapaz de responder a eles.

Dessa forma, não parece que tais sujeitos estejam adotando estilos de vida de uma maneira saudável. Sob o olhar da psicologia analítica propomos olhar o estilo de vida como um recurso mais pessoal do indivíduo. Seria equivalente a uma *persona* bem adaptada, flexível, que não massacra o eu, restringido a expectativas sociais, mas que o alimenta. O estilo de vida pode ser entendido como *persona* funcional, mais adaptada. Em função de agrupar uma pluralidade de manifestações, representa uma permissão para o indivíduo adotar um estilo de vida próprio, uma *persona* funcional, necessária para se viver no mundo dos outros. Contudo, não é o que os sujeitos demonstraram.

No entanto, pudemos constatar que, através do diagnóstico da SOP, uma luz foi lançada acerca da maneira como conduzem seus estilos de vida. O *sujeito A* ilustra bem tal constatação, uma vez que é o único que parece estar passando por uma reformulação de crenças, valores e prioridades que estruturam seu estilo de vida. Essa participante, portanto, é a que parece estar em maior sintonia com o olhar de estilo de vida proposto pela psicologia analítica, a saber, de *persona* mais funcional. Parece ser o único sujeito que simboliza a terceira mulher e está incorporando a Roda das Deusas, experimentando-a. Em decorrência dos malefícios ocasionados pelo trabalho, o *sujeito A* buscou mudar totalmente a forma como trabalhava. Antes não tinha tempo para família, para si mesma e autocuidado, de forma que, após um problema de saúde, reestruturou seus valores acerca do trabalho, não permitindo que o mesmo dominasse seu estilo de vida. À época da entrevista estava com um trabalho mais flexível, de forma que podia articular outros aspectos de sua vida, tais como autocuidados e família, entre outros.

Os demais sujeitos parecem não ter atingido esse patamar. Parece que estão ainda muito ligados ao patriarcado, no sentido da rigidez para consigo mesmas e para com o mundo.

No entanto, vale ressaltar as particularidades do *sujeito A*: seu diagnóstico se deu na adolescência. Portanto, já sabia o que tinha e com o que estava se relacionando há algum tempo. Além disso, ocorreram fatos sincrônicos em sua vida: demissão do trabalho, cirurgia da endometriose e início de tratamento efetivo para os sintomas da SOP que mais a afligia.

Podemos refletir que tais informações trazem implicações em seu sistema de valores e crenças que foram se acomodando e se transformando ao longo do tempo, havendo, assim, um movimento de transformação interna que é refletido no estilo de vida que levava.

Diferentemente do *sujeito A*, os demais sujeitos tiveram diagnóstico tardio da SOP e levam uma vida centrada no trabalho, de forma que os demais aspectos são periféricos. Definem inclusive seus estilos de vida como “corridos”. Por exemplo, o

sujeito B faz duas faculdades e estágio. A dimensão profissional é central em sua vida. Apesar de relatar que sua casa é seu descanso, sua vida social é comprometida em função do cansaço físico e mental. O *sujeito B* expressa um conflito psicológico de permanecer ou não em ambas, prosseguir com o estágio. Seus valores parecem não estar claros. Apesar do diagnóstico da SOP problematizar o estilo de vida que leva, suas crenças e valores parecem inalterados ainda, de forma que uma mudança de estilo de vida efetiva ainda não ocorreu.

Mesmo porque, *sujeito B* ilustra seu conflito entre mudar ou não seu estilo de vida, ao relatar o quanto é difícil modificar o estilo de vida, sendo mais fácil, aderir a um dado tratamento. Parece haver um conflito em sua fala, sendo, por um lado, fácil atribuir ao hormonal todos os seus sintomas, e uma justificativa e esperança no tratamento. Dessa forma, “pode” manter o estilo de vida, porque seu problema é hormonal. Colocando mais ênfase no hormonal, o *sujeito B* não se implica na reflexão do estilo de vida que leva, transparecendo que parece ser muito mais difícil mudar o estilo de vida do que aderir ao tratamento e ver as possíveis mudanças. A participante *B* enfatiza a cisão psique/corpo, dando mais ênfase ao biológico, se eximindo de qualquer responsabilidade.

O estilo de vida do *sujeito E* expressa o quanto seu estilo de vida representa um conflito entre sua vida familiar e seu trabalho.

Dessa forma, a *persona* profissional não parece estar sendo funcional, uma vez que traz comprometimentos à saúde das portadoras em função do ritmo frenético de suas vidas. No caso das quatro demais participantes, a Roda das Deusas parece não representar um leque de possibilidades e potencialidades a serem desenvolvidas de acordo com o chamado interno de cada uma, mas, sim, uma obrigação, uma tarefa a ser cumprida como ideal de ser “uma super mulher”. Nesse sentido, Lipovetsky (2000) nos permite refletir o quanto esse conflito / ideal de ser “uma super mulher” é característico da hipermodernidade, que reflete a situação paradoxal da sociedade contemporânea, dividida de modo quase esquizofrênico entre a cultura do excesso e o elogio da moderação. De acordo com o autor, de um lado, é preciso ser mais moderno que o moderno, mais jovem

que o jovem, estar mais na moda que a própria moda. Contudo, por outro lado, segundo o autor, são valorizados a saúde, a prevenção e o equilíbrio.

Podemos dizer que, hoje, a mulher tem uma infinidade de possibilidades de ser. Não existe mais um modelo rígido que precise seguir. Ela pode se inventar e re-inventar de acordo com o que dá prazer. Não é mais submissa ao homem econômica nem psicologicamente. Ela pode ser o que quiser, respeitando as necessidades que surgem de seu interior. Pode se experimentar em várias relações amorosas, ou se engajar politicamente, se dirigir a obter uma carreira sólida ou se realizar sendo esposa e mãe. Contudo, fazer escolhas gera muita ansiedade e, assim como as mulheres aqui estudadas, muitas mulheres querem dar conta de tudo na vida (trabalho, casa, família...) por parecer mais seguro, apesar do impacto na saúde que isso traz.

Contudo, para Loureiro e Moraes (prelo), uma mulher pode se identificar mais com Afrodite e sentir-se realizada tendo muitos envoltimentos amorosos, intensos, ousados e até arriscados; outra se centra na carreira ou se engaja politicamente, inspirada em Atenas ou Ártemis. Outras tantas mulheres se parecerão com Hera, a esposa por excelência, elegendo o marido e o casamento como focos privilegiados de sua atenção. Também Deméter se faz presente através daquelas a quem a maternidade e o cuidado com a prole assumam caráter predominante. Lembrando as inúmeras combinações possíveis entre as diversas facetas do Feminino, o resgate do Feminino traz o fim do padrão único a limitar o desenvolvimento da mulher e inaugura uma maior liberdade de escolha entre diferentes possibilidades de manifestação dos aspectos femininos.

Uma das dimensões psicológicas do estilo de vida parece ser os aspectos de personalidade definidos pelas participantes como “geniosas”, “determinadas” e “que não abrem mão”, com exceção do *sujeito A*, que define mãe e irmã assim, que parecem dificultar a reflexão para um estilo de vida mais saudável. Podemos refletir acerca da mediação da personalidade no estilo de vida, assim como define García-Vineras e Gonçalves (2002). As escolhas que fazem estão intrinsecamente relacionadas com suas personalidades. O *sujeito B* ilustra esta observação, fala de sua escolha em permanecer com as duas faculdades, mesmo que esteja

cansada e estressada. Conforme Giddens (2000), ao optarem por um estilo de vida fundado no estudo e trabalho, por exemplo, fazem suas escolhas. Contudo, cabe refletir, a partir do olhar da psicologia analítica, se tal escolha seria consciente ou não.

A presente pesquisa não tem dados suficientes para responder a essa reflexão, mas, conforme apontamos, a escolha por um determinado estilo de vida pode ser consciente ou não, podendo ser influenciada tanto pela *persona*, quanto pela sombra. A energia da sombra não pode ser simplesmente detida pela força da vontade, uma vez que representa padrões de sentimentos e comportamentos autônomos carregados de energia. Essa energia precisa ser recanalizada ou transformada e, para isso, é necessária a aceitação, consciência da sombra como algo que não pode apenas ser descartado pela força da vontade.

A esse respeito, podemos refletir novamente sobre a expressão da *persona* profissional. A dimensão do trabalho, os valores e crenças atrelados a ele passam a ser máscara que a pessoa veste, de forma que os demais papéis ficam à margem, à sombra. O *sujeito A* parece que conseguiu enxergar o aspecto sombrio do estilo de vida que levava, trazendo para a consciência os demais aspectos de sua vida que estavam sendo negligenciados. Assim, pôde fortalecer seu ego, delineando um estilo de vida mais saudável, que leva em consideração os diferentes aspectos de sua vida, por adotar uma *persona* mais funcional.

Contudo, as demais participantes não parecem ter vivenciado tais mudanças de crenças e valores e refletido acerca da maneira como são.

A avaliação da qualidade de vida pode ilustrar o impacto do estilo de vida que as participantes levam. Nenhuma atingiu a pontuação de 100% na avaliação geral de qualidade de vida: as melhores pontuações foram de *B* e *D*. Apesar de toda a correria e estresse, o *sujeito B* têm 75% de qualidade de vida. Contudo, quando olhamos mais atentamente para os domínios, observamos que a dimensão física é a mais comprometida entre todos os participantes (42,9%), assim como *D* que obteve o segundo menor resultado (53,6%). O *sujeito E*, por sua vez, tem uma

qualidade de vida baixa, 25%, mas os domínios não estão comprometidos, sendo o psicológico e social os mais baixos.

Pudemos perceber, a partir da definição de estilo de vida de Giddens (2002) e Garcia-Vinera e Golçalves (2002), que ter recebido o diagnóstico da SOP, seja direta ou indiretamente, pareceu uma possibilidade de ponto de ruptura da repetição para o estilo de vida das portadoras. Passaram a atentar para o fato de adotarem novos hábitos, relativos à alimentação e rotina, principalmente. Contudo, a mudança não se consolidou, pois os valores e crenças não foram mudados ainda.

A questão da organização e perfeição parece ilustrar tal ruptura. A SOP, ao acometer a feminilidade, tanto no sentido estético como fértil, traz o convite para a flexibilidade. Esse dado pode ser ilustrado através dos *sujeitos C e E* que, após o diagnóstico, relaxaram (no sentido de liberar a tensão) com a limpeza e organização demasiada da casa. Podemos refletir a esse respeito, a partir da mudança em cuidar compulsivamente da casa, antes do diagnóstico, passando para uma maneira mais amena após o diagnóstico, focando mais em autocuidados. Parece que, enquanto se viam menos esperançosas em relação a si mesmas, ao corpo, ao problema que viviam, não conseguiam cuidar de si, voltavam-se para a casa. Contudo, com o diagnóstico, temporalmente há uma mudança, movimento, de forma que, na época da entrevista, investiam mais em si mesmas.

Com relação à sintomatologia da amostra pesquisada, chamou-nos atenção a descrição que Halbe (1989) faz dos sintomas da síndrome, dado que cada uma das cinco participantes apresenta uma queixa diferente, que é contemplada pela descrição que Halbe (1989) faz da SOP: *sujeito A*: queda de cabelo, perda de cabelo e irregularidade menstrual; *sujeito B*: imagem corporal distorcida, tendência à obesidade e acne; *sujeito C*: excesso de pêlo e tendência a engordar; *sujeito D*: dificuldade para engravidar e *sujeito E*: alteração do ciclo menstrual, dificuldade para engravidar e tendência para engordar.

A percepção da SOP e ênfase em determinados sintomas diferem de sujeito para sujeito. É relevante observar que todas elegeram um sintoma como mais impactante, a despeito dos demais. Por exemplo, as participantes *D* e *E*, manifestam diversos sintomas da SOP, mas o que mais as afligem no momento da pesquisa era a dificuldade para engravidar. O *sujeito E*, quando do diagnóstico e início do tratamento com o médico especialista, apresentava em seu quadro clínico acne em grau considerado. Contudo, na entrevista a ênfase foi maior em sua dificuldade para engravidar e emagrecer. Apesar de a amostra ser pequena, ilustra a observação de Sheelan (2006) de que o aspecto mais desesperador da SOP pode variar de acordo com o tempo.

Dessa forma, podemos observar uma das dimensões psicológicas da percepção da SOP. A ênfase é dada para o sintoma que mais aflige os desejos e anseios das mulheres pesquisadas: o que pode ser visto como um problema para uma participante, não é nada para outra e um sintoma pode ser mais impactante que os demais que a mesma portadora apresenta.

As portadoras de SOP aqui estudadas estão em um padrão desvalorizado quanto a uma ideologia dominante de ser magra e bonita. Dessa forma, o aumento de peso é sentido como um adendo negativo, assim como o excesso de pêlo. Pode-se perceber nessa população que o estranhamento com o próprio corpo também se refletiu em isolamento social, sendo que a auto-estima dessas mulheres pareceu rebaixada, com sentimento de desvalorização tanto na área pessoal, como familiar e social.

O *sujeito E*, por exemplo, chega a brincar que pode ser gordinha, mas com o rosto dela não mexem, senão fica brava, ao relatar sobre o impacto das espinhas em sua vaidade. Assim como o *sujeito C*, que se empanturra de maquiagem para disfarçar seus pêlos, ou que preferia ficar em casa a ter uma vida social.

Os sujeitos têm o critério de vaidade, mas a síndrome interfere em alguns pontos nessa questão. Contudo, elas mesmas não discriminam se o impacto na vaidade é decorrente da síndrome, ou de hábitos que elas mesmas adotam (estresse). A aparência das participantes é coerente às suas falas no que concerne à vaidade.

Fisicamente são bem apresentadas. De acordo com Yoshikawa (2002), diante dos sintomas virilizantes que a SOP ocasiona na mulher, é preciso um cuidado constante com sua feminilidade e a vaidade entra aí. Constantemente precisa combater a “masculinidade”, exacerbando sua feminilidade através do autocuidado com a vaidade.

A preocupação estética que existe nas participantes estudadas reflete, inclusive, a preocupação da sociedade neonarcísica em que vivemos atualmente, em que ser olhado e invejado pela nossa aparência é algo esperado, almejado. Contudo, há, também, em algumas participantes, mais abertamente (*D* e *E*), a preocupação com o feminino em termos da fertilidade e maternidade

Segundo Mello (2005), a doença crônica, seja ela qual for, altera profundamente o *status* social do portador, assim como sua identidade, levando, muitas vezes, ao isolamento social, com repercussões nas relações afetivas, psicossociais e familiares. Em função disso, acaba por gerar altos custos no sistema de saúde e importantes conseqüências na vida de quem a tem.

Pareceu-nos, em parte, que isso é decorrente da falta de controle pelas modificações corporais decorrentes da SOP, independente do desejo da portadora. Somando-se ao fato de que a imagem corporal delineada numa sociedade em que se associa beleza à magreza, como ideais a serem alcançados, que são difundidos pela mídia, deixando marcas profundas no imaginário feminino.

De acordo com a população estudada, o diagnóstico preciso da SOP, muitas vezes é tardio. Como observamos, o início dos sintomas acontece muito antes do diagnóstico médico definitivo. Para as mulheres que participaram desta pesquisa, terem passado por diversas especialidades médicas, sem resultados satisfatórios, foi gerador de frustração frente a tais especialidades. O *sujeito A*, ao final da entrevista acrescentou a falta de informação e divulgação sobre SOP. Segundo ela, as pessoas precisam entender porque, o que pode ser feito, o que pode melhorar, “*porque conformar-se com o fato e se entupir de remédios, eu não acho legal!*” (*sic*). Assim como o *B* enfatizou a importância do acesso a informações referentes à SOP. Já a participante *C*, ao final da entrevista, acrescentou a grande

dificuldade que encontrou para receber o diagnóstico da SOP e o tratamento adequado. *“Eu acho que... não sei... a síndrome... a maior dificuldade foi ter quem atendesse...”*. Por fim, a E, que acrescentou sua preocupação quanto à grande dificuldade que encontrou para receber o diagnóstico da SOP e o tratamento adequado, questionando que, se houvesse recebido um tratamento adequado anteriormente, hoje não estaria tendo problemas para engravidar.

Nesse sentido, foi relevante observar que nenhuma havia passado por dermatologista anteriormente. Tais observações levantam a hipótese de que a mudança de especialidade trouxe uma nova esperança ao tratamento. Pareceu que o tratamento foi focado no sintoma crítico de cada participante e não na SOP em si, o que lhes trouxe uma nova visão de compreensão de si mesmas, de melhora, de enfrentamento, superação e esperança. Cada uma tem a sua queixa específica, que é sentida, vista como uma manifestação sofrida, dolorida em sua auto-imagem, e o médico em questão dá conta tanto do sofrimento físico, como do emocional.

Há um marco decisório quando elas têm um esclarecimento, alguém que as ouve e as respeita, visando entender junto com elas o que está acontecendo, que é o referencial, e o que é crítico para elas.

Foi observada, quanto à empatia com o médico, que é um fator importante para a confiança no tratamento e sua conseqüente adesão. Os sujeitos relatam que o tratamento medicamentoso não é nada agradável, sendo muito agressivo e exigindo muito esforço para que a paciente o mantenha.

Apreendemos, a partir da maneira como falavam, que o atual profissional dermatologista que as acompanha é uma pessoa extremamente didática e afetuosa, o que facilita a relação entre eles. A partir de seus discursos, podemos observar o quanto a nomeação e explicação do que de fato as acomete lhes traz uma perspectiva do que acontece com elas. Ao saber o que é a SOP e como deve ser controlada, mesmo sendo uma doença crônica que requer cuidados constantes, passa a ser algo concreto com o qual podem se relacionar. Ao identificar a síndrome, dizer quais são seus efeitos (sintomas), o médico explicita o que é a

síndrome e dá as diretrizes do que elas podem ou não fazer, e isso parece gerar um arcabouço de segurança e esperança. As participantes têm as explicações que almejam e se sentem seguras diante da postura acolhedora. A amostra da presente pesquisa foi composta por pacientes que aceitaram participar, em decorrência do bom vínculo que têm com o médico especialista, podendo ser vista desta forma, como uma amostra intencional.

Vale ressaltar que a amostra que compõe a presente pesquisa é peculiar, uma vez que se caracteriza por pacientes de um médico particular. A maior parte dos trabalhos nacionais encontrados, que abordam a SOP, estuda portadoras da síndrome que passam pelo serviço público de hospitais-escola, tendo um nível sócio-econômico diferente da população aqui estudada. Estudar populações específicas como essa, foi uma lacuna encontrada na literatura, uma vez que nenhum dos trabalhos encontrados estuda uma população específica com o perfil aqui adotado.

No que diz respeito a programas de modificação de estilo de vida, a literatura médica internacional enfatiza a escassez de programas efetivos de modificação de estilo de vida através de dietas e exercícios físicos (Moran et al., 2006). Conforme visto no levantamento bibliográfico (Kee et al, 2006; Stanckiewicz e Norman, 2006; Moran et al., 2006), ainda não são conhecidos os meios efetivos para se alcançar e manter a perda de peso e a melhora reprodutiva e metabólica da SOP. Conforme os autores acima salientam, no início do programa o resultado esperado é alcançado, mas, a longo prazo, não.

Tais autores ressaltam, inclusive, que há uma escassez na literatura quanto a programas efetivos de dietas e exercícios, enfatizando uma avaliação específica para SOP. A maneira como tais programas trabalham o estilo de vida, é focado no comportamento, introduzindo atividade física e alterando a alimentação. Deixam de explicitar qual o conceito de estilo de vida adotado, reduzindo-o a aspectos como “falhas” na vida da pessoa responsável/contribuintes para a manifestação da SOP.

O que pareceu no levantamento é que tais programas são bem sucedidos em curto prazo, mas a longo não. No Brasil tais programas sequer foram encontrados. Portanto, a presente pesquisa propõe a relevância desses programas para pesquisas brasileiras. Em decorrência dos resultados encontrados, podemos sugerir que, ao desenvolverem tais programas, não se enfoquem apenas em introduzir atividades físicas e modificar a alimentação, mas acrescentem uma visão mais ampla das portadoras, incluindo os aspectos psicológicos envolvidos, tais como traços de personalidade, valores e crenças arraigadas, que foram construídas ao longo do processo de desenvolvimento, assim como os que são resultantes das vicissitudes da vida.

É importante que as pesquisas de SOP e estilo de vida o conceituem. Dessa forma, serão levados em consideração todos os aspectos envolvidos pelo conceito e, assim, resultados mais satisfatórios podem vir a serem encontrados. Nossa contribuição é a de que, em qualquer programa de modificação de estilo de vida, a dimensão psicológica deve ser incorporada. A compreensão da dimensão psicológica do estilo de vida pode ser de grande valia. Os programas devem levar em consideração as particularidades psicológicas de cada participante: quais são seus valores, crenças, personalidade, como vêem a vida, tais características podem interferir positiva ou negativamente nos resultados da modificação.

Esperamos que o olhar de estilo de vida proposto pela presente pesquisa ajude a compreender como isso ocorre. Como na população estudada há uma tendência à identificação ego/*persona* profissional, seu modo de funcionamento é debilitado, de forma que o Self tem poucas oportunidades para emergir. Conforme Ramos (1999), quando há um desequilíbrio no eixo ego-Self, há manifestações de sintomas, seja no corpo ou na psique.

Dessa forma, fica aparente a necessidade da ênfase psicológica no manejo do estilo de vida de portadoras de SOP, não apenas no âmbito comportamental. É preciso olhar e identificar quais complexos podem estar por trás, para assim tirar sua autonomia.

Dessa forma, podemos refletir que a SOP é uma enfermidade que deve ser tratada multidisciplinarmente, tanto intra (entre as várias especialidades médicas), como extramedicina e que a atuação do psicólogo pode ser de grande valia para o médico, ao apontar-lhe a melhor maneira de lidar com tais pacientes.

Ao adotar programas com uma postura interdisciplinar, muitos dos problemas acima relatados podem ser superados. Mesmo não tendo sido encontrados programas brasileiros, deve-se enfatizar a atuação de psicólogos. O tratamento indicado para estilo de vida, sequer traz uma definição clara do que se trata o conceito. De acordo com Bassani (2003), o conceito de estilo de vida deve ser coerente com a abordagem adotada.

Conforme apontamos, mudança de estilo de vida implica em mudança de crenças, de valores. Na população aqui estudada, apenas o *sujeito A* parece ter atingido isso. A personalidade é um fator do estilo de vida e também deve ser levada em consideração. Nesse contexto é que o psicólogo deve entrar. De todas as entrevistadas é a única que faz terapia atualmente. O *sujeito C* já fez, o *D* pensa em fazer e o *B* não mencionou nada a respeito e *E* nunca fez. O médico pode ser acolhedor, atencioso para a aderência ao tratamento poder ocorrer, e, assim, enfrentar o quadro clínico, tomar medicamento. Contudo, foge ao conhecimento da medicina mudar o estilo de vida da paciente. Pode ser sugerido, em função dos benefícios que tais mudanças trarão. Mas em uma consulta médica ficará inviável levantar valores, crenças, fatores de personalidade, atitudes cristalizadas de vida, problematizá-los, para começarem a vir para a consciência e, assim, uma mudança efetiva acontecer. Mesmo porque esse não é o trabalho da medicina, mas, sim, da psicologia. O que é da sombra e da *persona* precisa ser levantado. Só assim, uma mudança de estilo de vida consciente pode ocorrer.

V.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de estilo de vida envolve diversas dimensões, incluindo a organização da rotina, crenças e valores. Aspectos da personalidade também devem ser considerados.

O estilo de vida de cada entrevistada reflete seus valores e crenças acerca de diversos aspectos de suas vidas, tais como alimentação, trabalho, rotina diária, atividades físicas, lazer, relacionamento afetivo, familiar. E a forma como lidam com o estilo de vida nos diversos aspectos é mediada pelos seus temperamentos e personalidades. Com o diagnóstico da SOP uma luz foi lançada acerca da maneira como conduzem seus estilos de vida.

Apenas o *sujeito A* aparenta apresentar sinais de modificação efetiva de estilo de vida. O sujeito em questão tem algumas peculiaridades que trazem implicações em seu sistema de valores e crenças, que foram se acomodando e se transformando ao longo do tempo, havendo, assim, um movimento de transformação interna que é refletido no estilo de vida que levava.

O trabalho ocupa um papel importante como representação do estilo de vida que as participantes desta pesquisa levam. Pudemos observar que, das cinco entrevistadas, quatro estruturam seus estilos de vida a partir do trabalho. Pareceu-nos certa cristalização da *persona* profissional em detrimento das demais. Portanto, podemos levantar a hipótese de que os tratamentos médicos para a SOP, conforme literatura analisada, voltados para a alteração de estilo de vida não obtêm resultados satisfatórios a longo prazo, uma vez que não leva em consideração todas as dimensões envolvidas no conceito de estilo de vida, principalmente a personalidade, sistemas de crenças e valores. Isto ocorre, uma vez que não definem conceitualmente o termo.

Parece não estar claro para alguns sujeitos a responsabilidade por seus estilos de vida. Parece ser mais fácil atribuir ao hormonal todos os seus sintomas, sendo uma justificativa e esperança no tratamento. Dessa forma, “pode” manter o estilo

de vida, porque seu problema é hormonal. Contudo, ao colocar mais ênfase no hormonal, o indivíduo não se implica na reflexão do estilo de vida que leva, transparecendo que parece ser muito mais difícil mudar o estilo de vida do que aderir ao tratamento e ver as possíveis mudanças, enfatizando a cisão psique/corpo, dando mais ênfase ao biológico, se eximindo de qualquer responsabilidade.

Adotando a possível leitura do estilo de vida a partir da psicologia analítica, observamos que querer modificar o estilo de vida, não é sinônimo de poder modificá-lo. Isso porque devemos levar em consideração a atuação do inconsciente na maneira como nos colocamos no mundo. De forma que a dificuldade em manter, a longo prazo, as modificações do estilo de vida de portadoras de SOP pode ser devida a essa negligência.

Apesar de não terem sido encontradas repostas imediatas, a presente pesquisa abriu margem para muitas reflexões, que podem ser esclarecedoras tanto para psicólogos quanto para médicos que visam o bem estar psíquico e orgânico de seus pacientes.

Novas pesquisas que explorem a dimensão psicológica de quadros clínicos e doenças que acometem as mulheres precisam ser empreendidas no campo da ginecologia, dermatologia, entre outras especialidades médicas. Não podemos nos restringir apenas à desordem orgânica, deixando de lado o aspecto psicológico que é envolvido nisso.

Médicos e psicólogos devem um olhar para o objeto de trabalho do outro. Apesar de serem áreas diferentes, dizem respeito ao ser humano em seus diferentes aspectos de existência. A psicologia analítica nos mostrou como seu modelo de psicossomática é esclarecedor e importante para este novo enfoque.

Os dados da presente pesquisa mostraram-se bastante relevantes. Os depoimentos das mulheres aqui estudadas trazem uma enorme contribuição para a construção do conhecimento da mulher urbana, que trabalha, estuda, cuida da casa, família, enfim. Este trabalho foi conivente com esse perfil da população e é

isso que a psicologia deve fazer. Espera-se que o valor deste trabalho abranja portadoras de SOP, assim como mulheres que se identificam com elas, por viverem em uma sociedade hipermoderna.

VI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, B. **The pathophysiology of polycystic ovary syndrome: trying to understand PCOS and its endocrinology.** *Best Practices & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. Volume 18, nº 5, October 2004, p. 685-706.* Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 19 abr. 2005.

AGUIERRE, Andréa; BENVENUTO, Giovanna e URRITIA, Maria Teresa. **Calidad de vida em mujeres com síndrome de ovário poliquístico.** *Ver. Chil. Obstet. Ginecol.* 2005; 70(2):103-107.

ALVES-MAZZOTTI, Alda J. e GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.* São Paulo: Pioneira, 1998.

BALEN, Adam. **The pathophysiology of polycystic ovary syndrome: trying to understand PCOS and its endocrinology.** *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology; 8(5): 685-706, Oct., 2004.*

BARROS, Mauro V. G de e Nahas, Markus H. **Comportamento de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse em trabalhadores da indústria.** *Revista de Saúde Pública*, vol. 35, nº 6, pp. 554-563, 2001.

BASSANI, Marlise A. **A Training, Intervention and Prevention Proposal of Bettering Quality of Life and Stress Management in the City of Sao Paulo, Brazil.** In: **17H Conference of The International Association for People Environment Studies: Culture Quality of Life and Globalization: Problems and Challenges for the New Millennium**, A Coruña, 2002.

_____. **Contribuições da Psicologia Ambiental para a Psicossomática.** Tema da Disciplina Temas em Psicossomática IV. Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica, PUC-SP, Núcleo de Psicossomática. Apontamentos de aula, 2004.

BASSANI, M. A., SILVEIRA, Miguel Angelo da, FERRAZ, José Maria Gusman. **Por um estado de espírito agroecológico consciente**. In: Anais do I Congresso Brasileiro de Agroecologia / IV Seminário Internacional sobre Agroecologia / V Seminário Estadual sobre Agroecologia, 2003. v. I. p. 1-4.

BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido. Sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge ZAHAR Editor, 2004.

BYINGTON, Carlos. **Desenvolvimento da Personalidade Símbolos e Arquétipos**. São Paulo: Ed. Ática, 1987

_____. **A democracia e o arquétipo da alteridade**. *Junguiana*, 1992, n. 10 set, pp. 90-107.

_____. **Inveja criativa**. São Paulo: Religare, 2002.

BONAVENTURE, Jette. **Variações sobre o tema mulher**. São Paulo: Paulus, 2000.

CARVALHO, Ademir J. **Tem alguma coisa errada comigo... Como detectar, entender e tratar a síndrome dos ovários policísticos**. São Paulo: MG Editores, 2004.

CARVALHO, Alysso M.; SOARES, Juliana dos S. **Mulher e Mãe, “Novos Papéis”, Velhas Exigências: Experiência de Psicoterapia Breve Grupal**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 8: 39-44, Agosto 2003.

CARVALHO, Fabiano G. de. e BASSANI, Marlise A. **Caracterização do Estilo de Vida de Família de Agricultores: Uso de Agrotóxicos e Saúde**. São Paulo, 2004. Relato de Pesquisa de Iniciação Científica - Faculdade de Psicologia, PUC-SP.

CARVALHO, Maria Lucia N. de. **Obesidade Infantil: Um Estudo Sistemático sobre Estilo de Vida da Criança com Obesidade Exógena**. São Paulo, 2004.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia Clínica, PUC-SP.

CHIANG-SALGADO, Ximena et. al. **Cardiovascular risk factors in Chilean university students.** *Salud pública México*. Vol. 41, nº 6, pp. 444-451, 1999.

CORRALIZA, José Antonio e MARTÍN, Rocío. **Lifestyles, Attitudes and Environmental Behaviors.** In: *Medio Ambiente y Comportamiento Humano – International Journal of Environmental Psychology*, Espanha, v. 1, p. 31-56, 2000.

COZBY, Paul C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento.** São Paulo: Atlas, 2003.

COFFEY, S.; BANO, G.; MASON. **Health-related quality of life in women with Polycystic Ovary Syndrome: A comparison with the general population using the PCOS QUESTIONNAIRE (PCOSQ) and the SHORT FORM – 36 (SF-36).** *Gynecol endocrinol*; 22(2): 80-6, Feb. 2006.

DOUGLAS, C.C., GOWER, B.A., DARNELL, B.E. **Role of diet in the treatment of Polycystic Ovary Syndrome.** *Fertility and Sterility*, 85 (3):679-688. March, 2006.

DUANE, Elgin. **Simplicidade Voluntária.** São Paulo: Cultrix, 2002.

ESPER, Elisa M. B. **O Climatério na Contemporaneidade.** São Paulo, 2005. 190 p. Dissertação de Mestrado. Programa de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ESSAH, P.A.; NESTLER, J.E. **The metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome.** *J Endocrinol Invest*; 29(3): 270-80; Mar, 2006.

FARIAS, Durval. **O pai possível.** São Paulo: Fapesp, 2005.

FARQUHAR, Cindy. **History of Polycystic Ovary Syndrome.** In: Gabor Kovacs. *Polycystic Ovary Syndrome*. United Kingdom: Cambridge University Press, 2000.

FERREIRA, Aurélio B. **Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FILARDO, Ligia Rangel. **Moda, Identidade e Estilo de vida.** Trabalho apresentado como exigência do curso de Psicologia da PUC/SP, 2004.

FLECK, Marcelo et alii. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”.** *Revista de Saúde Pública*, Porto Alegre, 34 (2): 178-83, 2000.

GARCÍA-VINIEGRAS, Carmen R. V.; GONZÁLES, Vivian L. **La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales.** In: 17TH. *Conference of the International Association for People-Environment Studies: Culture Quality of Life and Globalization: Problems and Challenges for the New Millenium*, Book of Proceedings. A Coruña. 2002, pp. 609-610.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e Identidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2002.

GYTON, A. C. **Fisiologia Humana.** 6^a ed. Tradução Charles Alfred Esbérard. [s.l]: Editora Guanabara, 1988.

GUEVARA, Ravier. **Apontamento de aulas.** Escuela de Psicología da Universidad de Talca, Universidad de Talca, Chile, 2006.

GUZICK, D.S. **A randomized, 48-week, placebo-controlled trial of intensive lifestyle modification and/or metformin therapy in overweight women with polycystic ovary syndrome: A pilot study.** *Fertility and Sterility*, 82(2): 421-429, Aug., 2004.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia - Volume 2.** São Paulo: Roca, 1989.

HARDING, Esther. **Os mistérios da mulher antiga e contemporânea.** São Paulo: Edições Paulinas, 1985.

HART, Roger, HICKEY, Martha; FRANKS, Stephen. **Definitions, prevalence and symptoms of polycystics ovaries an polycystic ovary syndrome.** *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Volume 8, número 5, pp. 671-683, 2004.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna.** São Paulo:Ed. Loyola, 1996.

HASHIMOTO, Dalva Megume. **Síndrome dos Ovários Policísticos: sintomatologia e impacto sobre a qualidade de vida.** Mestrado em Ciências Biológicas pela Universidade São Paulo, 2005.

HASSAN, M. A.; KILLICK, S. R. **Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity.** *Fertility and Sterility*, volume 8, issue 2, p. 384-392, 2004. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 19 abr. 2005.

HOEGER, K.M.; KOCHMAN, R.N.; WIXOM, N.; CRIAG K.; MILLER, R.K.; GUZICK, D.S. A randomized, 48-week, placebo-controlled trial of intensive lifestyle modification and/or metformin therapy in overweight womwn whit polycystic ovary syndrome: A pilot study. *Fertility and Sterility*, 82(2): 421-429, Aug., 2004.

HOEGER, Kathy M. **Role of lifestyle modification in the management of Polycystic Ovary Syndrome.** *Best Pract res Clin Endocrinal Metab*, 20(2): 293-310. Jun, 2006.

HUBER-BUCHHOLZS, M.M.; CAREY, D.G.P.; NORMAN, R.J. **Restoration of reproductive potential by lifestyle modification in obese polycystic ovary syndrome: Role of insulin sensitivity an luteinizing hormone.** *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 84(4): 1470-74, Apr. 1999.

JUNQUEIRA, Paulo A. de A., FONSECA, Ângela M., ALDRIGHI, José M. **Síndrome dos Ovários Policísticos.** *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Jan 2003, vol. 49, nº 1, p.13-14.

JUNG, Carl Gustav. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002 [1976].

_____ . **Civilização em transição**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000 [1974].

_____ . **O homem e seus símbolos**. S/c: Nova Fronteira, s/d.

_____ . **Memória, sonhos e reflexão**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 22ª edição [1963].

_____ . **Prática da Psicoterapia** (Obras completas, v.16). Petrópolis: Vozes, 1945.

KAHHALE, Edna M. S. P. **Estilo de Vida**. Tema da Disciplina Seminário de Dissertação. Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica, PUC-SP, Núcleo de Psicossomática. Apontamentos de aula, 2005.

KELSANG-GYATSO, Geshe. **Introdução ao Budismo. Explicação do estilo de vida budista**. São Paulo: Tharpa Brasil, 2001.

KENNETT, D. e NISBET, C. **The influence of body mass index and learned resourcefulness skills on body image and lifestyle practices**. *Patient Education and Counseling*. Volume 33, nº 1, January 1998, p. 1-12. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 19 abr. 2005.

KOVACS, Peter. **Viewpoint: Lifestyle modification is first-line treatment for PCOS**. *Mediscape Ob/Gyn & Women's Health*, 2006. Disponível em: www.google.com.br. Acesso em 31 jan. 2007.

LIPOVESTSKY, Gilles. **A terceira mulher: permanência e revolução do feminino**. Tradução Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____ . **O império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

_____. **Tempos Hipermodernos**. São Paulo: Ed. Barcelona, 2004.

LOUREIRO, Lilian S. **O que a Síndrome dos Ovários Policísticos tem a nos dizer? – Uma visão da Psicologia Analítica**. 2003, 80p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

LOUREIRO, Lilian S. e MORAES, Noely M. **Integrando a Feiticeira: o resgate do Feminino no século XXI**. (prelo)

LUNARDELLI, J. L.; PRADO, R. A. **Síndrome dos Ovários Policísticos: Como detectar a resistência à insulina**. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50[2]: 111-126, 2004. Disponível em: www.scielo.org.br. Acesso em 17 out. 2006.

MELLO, Maria Aparecida. **Endometriose: Percepção da doença e estratégias de enfrentamento (coping)**. São Paulo, 2005. Dissertação de Mestrado. Programa de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MORAES, Rita de Cássia Cunha. **A Mulher Executiva Brasileira e seus Aspectos Femininos Inconscientes**. São Paulo, 2003. 60p. Monografia (Trabalho Final do curso de Especialização em Psicologia Analítica) - Cogear, PUC-SP.

MORAN, L.J.; BRINKWORTH, G.; NOAKIS, M.; NORMAN, R.J. **Effects of lifestyle modification in Polycystic Ovary Syndrome**. *Reprod Biomed Online*; 12(5): 569-78; may, 2006.

MORAN, L.; NORMAN, J. **Understanding and managing disturbances in insulin metabolism and body weight in woman with polycystic ovary syndrome**. *Best Practices & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. Volume 18, nº 5, October 2004, p. 719-736. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 19 abr. 2005.

NAWEL, A.; COMIN, Fábio; SPRITGER, P. **Aspectos Neuroendócrinos na Síndrome dos Ovários Policísticos.** *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica.* Vol. 47, nº 4 agosto 2003, pp. 432-39.

NEUMANN, Erich. **Psicologia Profunda e Nova Ética.** São Paulo: Paulinas, 1991.

_____. **O medo do feminino: e outros ensaios sobre a psicologia feminina.** São Paulo: Paulus, 2000.

NORMAN, Robert J. et al. **The role of lifestyle modification in polycystic ovary syndrome.** *Review Trends in Endocrinology and Metabolism.* Australia, v. 13, n. 6, p. 251-257, August 2002.

NORMAN, ROBERT J.; STANKIEWICZ, M.T. **Polycystic ovary syndrome.** *Med J Aus;* 180(3): 132-37, Feb. 2004.

NORMAN, R. J.; HICKEY, T.; MORAN, L.; BOYLE, J.; WANG J. e DAVIES, M. **Polycystic ovary syndrome – diagnosis and etiology.** *Advances in Fertility and Reproductive Medicine. Proceedings of the 18th World Congress on Fertility and Sterility.* Volume 1266, p. 225-232, April 2004. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 19 abr. 2005.

NORMAN, R.J.; DAVIES, M.J.; LORD, J.; MORAN, L. **The role of lifestyle modifications in polycystic ovary syndrome.** *Trends in Endocrinology & Metabolism,* 13(6): 251-257, Aug. 2002.

NORMAN, R.J.; HICKEY, T.; MORAN, L. BOYLE, J.; WANG, J. DAVIES, M. **Polycystic ovary syndrome: diagnosis and etiology.** *International Congress Series, volume 1266, p.225-232,* April, 2004.

ONG, Kee J.; THEODORU, Efstathios, LEDGER, William. **Long-term consequence of polycystic ovarian syndrome.** *Current Obstetrics & Gynaecology,* 16(3): 333-36, Dec., 2006.

OZAKI, Ritsuko. **House Design a Representation of Values and Lifestyles: The Meaning of Use of Domestic Space**. In: 17TH. *Conference of the International Association for People-Environment Studies: Culture Quality of Life and Globalization: Problems and Challenges for the New Millenium*, Book of Proceedings. A Coruña. 2002, pp. 685-686.

PAIXÃO, JUCILENE SALES DA. **Comportamento sexual de mulheres com síndrome dos ovários policísticos**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Medicina, 2007.

PASQUALI, R.; GAMBINERI, A. **Role of changes in dietary habits in polycystic ovary syndrome**. *Reprod Biomed Online*, 8(4): 431-39, Apr. 2004.

PASQUALI, R.; GAMBINERI, A.; PAGOTTO, V. **The impact of obesity on reproduction in women with Polycystic Ovary Syndrome**. *BJOG*; 113(10): 1148-59. Oct, 2006.

PEIXOTO, Madalena g. **Pós-modernidade, democracia e educação**. São Paulo, 1997. Tese (Doutorado em Filosofia e História da Educação) - Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia da Educação, PUC-SP.

PENNA, Lucy. **Mulher ferida e mal amada: as experiências da mulher com o próprio corpo**. São Paulo: Summus, 1989.

PEREIRA, Sylvia B. **Caminho para a iniciação feminina**. São Paulo: Paulus, 1985.

PERES, Denise S., MAGNA, Jocelí Mara e VIANA, Luiz Atílio. **Portador de pressão arterial: crenças, percepções, pensamentos e práticas**. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 37, nº 5, pp. 635-642, 2003.

PIERI, Paolo Franceso. **Dicionário Junguiano**. São Paulo: Paulus, Petrópolis: Vozes, 2002.

PROJETO DIRETRIZES. **Síndrome dos Ovários Policísticos.** *Boletim da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.* P. 1-10, set. 2002. Disponível em: www.google.com.br. Acesso em: 27 ago. 2004.

QUALLIS-COBERT, Nancy. **A prostituta sagrada: a face eterna do feminino.** São Paulo: Paulus, 1990.

QUINTINO, Elisabeth Silva Gomes. **Estilo jovem depois dos trinta anos: urbanidade e cultura no contexto contemporâneo.** Doutorado, 2004.

RAMOS, Denise g. **A psique do corpo.** São Paulo: Summus, 1994.

The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. **Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome.** *Fertility and Sterility.* V. 81, n. 1, p. 19-25, January 2004.

SALAS MARTINS, Ignez, TEIXEIRA COELHO, Leda, CASAJUS, Mônica Inês et. al. **Smoking consumption of alcohol and sedentary life style in population grouping and then relationships with lipimic disorders.** *Revista de Saúde Pública.* Vol. 29, nº 1, pp. 38-45, 1995.

SAMUELS, Andrew; SHORTER, Bani e PLAUT, Fred. **Dicionário Crítico de Análise Junguiana.** Rio de Janeiro: Imago, 1988.

SETJI, Tracy L., BROWN, Ann j. **Polycystic ovary syndrome: diagnosis and treatment.** *The American Journal of medicine,* 120(2): 128-132, Feb. 2007.

SHEEHAN, M.T. **Polycystic ovary syndrome: diagnosis and management.** *CLIN Med Res;* 2(1): 13-27, Feb. 2004.

SILVA, Leonardo, MALBERGIER, André, STEMLIVK, Vladimir de Andrade et. al. **Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários.** *Revista de Saúde Pública.* Vol. 40, nº 2, pp. 280-288, 2006.

STANKIEWICZ, M. NORMAN, R. **Diagnosis and management of Polycystic Ovary Syndrome.** *Drugs*; 66(7): 903-12, 2006.

SANTOS, J. F. **Coleção 1ºs passos: O que é pós-modernismo?** São Paulo: Brasiliense, 2000.

TANG, T.; GLANVILLE, J; HAYDEN, C.J; WHITE, D.; BARTH, J.H; BALEN, A.H. **Combined lifestyle modification and metformin in obese patients with Polycystic Ovary Syndrome. A randomized, placebo-controlled, double-blind multicenter study.** *Hum Reprod*, 21(1): 80-89. Jan, 2006.

YOSHIKAWA, Margareth Lury. **Cenários Femininos: Um Estudo Psicossomático de Mulheres com Síndrome do Ovário Policístico através da Terapia do Sandplay.** São Paulo, 2002. 182p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

WHITMONT, Eduard. **A busca do símbolo.** São Paulo: Cultrix, [1969] 2002.

_____. **Retorno da Deusa.** São Paulo: Summus, 1991.

WERNER, Inga Britt ; SANSTRÖM, Greger. **Life style and residential choice differentiated demand of housing.** In: 17TH. *Conference of the International Association for People-Environment Studies: Culture Quality of Life and Globalization: Problems and Challenges for the New Millenium*, Book of Proceedings. A Coruña. 2002, pp458-460.

WILSON, Jean, D. et al. **Williams Textbook of Endocrinology.** Philadelphia: Editora Saunders, 10th edition, 2002.

WOOLGER, Jennifer B., WOOLGER, Roger J. **A Deusa Interior. Um guia sobre os eternos mitos femininos que moldam nossas vidas.** São Paulo: Cultrix, 2002.

VON FRANZ, Marie-Louise. **O feminino nos contos de fadas**. Trad. Regina Grise de Agostino; revisão técnica Lúcio Azevedo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

VII.

ANEXOS

VIII.

APÊNDICES

Anexo 1 – Levantamento Bibliográfico

MEDLINE 1996-2006:

- 1.) DOUGLAS, C.C., GOWER, B.A., DARNELL, B.E. Role of diet in the treatment of Polycystic Ovary Syndrome. *Fertility and Sterility*, 85 (3):679-688. March, 2006. (resumo)
- 2.) HOEGGER, Kathy M. Role of lifestyle modification in the management of Polycystic Ovary Syndrome. *Best Pract res Clin Endocrinal Metab*, 20(2): 293-310. Jun, 2006. (resumo)
- 3.) TANG, T.; GLANVILLE, J; HAYDEN, C.J; WHITE, D.; BARTH, J.H; BALEN, A.H. Combined lifestyle modification and metformin in obese patients with Polycystic Ovary Syndrome. A randomized, placebo-controlled, double-blind multicenter study. *Hum Reprod*, 21(1): 80-89. Jan, 2006. (resumo)
- 4.) PASQUALI, R.; GAMBINERI, A.; PAGOTTO, V. The impact of obesity on reproduction in women with Polycystic ovary Syndrome. *BJOG*; 113(10): 1148-59. Oct, 2006. (resumo)
- 5.) STANKIEWICZ, M. NORMAN, R. Diagnosis and management of Polycystic Ovary Syndrome. *Drugs*; 66(7): 903-12, 2006. (resumo)
- 6.) COFFEY, S.; BANO, G.; MASON. Health-related quality of life in women with Polycystic Ovary Syndrome: A comparison with the general population using the PCOS QUESTIONARE (PCOSQ) and the SHORT FORM – 36 (SF-36). *Gynecol endocrinol*; 22(2): 80-6, Feb. 2006. (resumo)
- 7.) MORAN, L.J.; BRINKWORTH, G.; NOAKIS, M.; NORMAN, R.J. Effects of lifestyle modification in Polycystic Ovary Syndrome. *Reprod Biomed Online*; 12(5): 569-78; may, 2006. (resumo)
- 8.) ESSAH, P.A.; NESTLER, J.E. The metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome. *J Endocrinol Invest*; 29(3): 270-80; Mar, 2006. (resumo)
- 9.) SHEEHAN, M.T. Polycystic ovary syndrome: diagnosis and management. *CLIN Med Res*; 2(1): 13-27, Feb. 2004. (resumo)
- 10.) PASQUALI, R.; GAMBINERI, A. Role of changes in dietary habits in polycystic ovary syndrome. *Reprod Biomed Online*, 8(4): 431-39, Apr. 2004.

- 11.) NORMAN, ROBERT J.; STANKIEWICZ, M.T. Polycystic ovary syndrome. *Med J Aus; 180(3): 132-37*, Feb. 2004. (resumo)

SCIENCE DIRECT:

- 1.) NORMAN, R.J.; HICKEY, T.; MORAN, L. BOYLE, J.; WANG, J. DAVIES, M. Polycystic ovary syndrome: diagnosis and etiology. *International Congress Series, volume 1266, p.225-232*, April, 2004. (resumo)
- 2.) BALEN, Adam. The pathophysiology of polycystic ovary syndrome: trying to understand PCOS and its endocrinology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & gynaecology; 8(5): 685-706*, Oct., 2004. (resumo)
- 3.) ONG, Kee J.; THEODORU, Efstathios, LEDGER, William. Long-term consequence of polycystic ovarian syndrome. *Current Obstetrics & Gynaecology, 16(3): 333-36*, Dec., 2006. (resumo)
- 4.) SETJI, Tracy L., BROWN, Ann j. Polycystic ovary syndrome: diagnosis and treatment. *The American Journal of medicine, 120(2): 128-132*, Feb. 2007. (resumo)

Ambos:

- 1.) MORAN, L.; NORMAN, R.J. Understanding and managing disturbance in insulin metabolism and body weight in women with polycystic ovary syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 18(5): 719-36*, Oct. 2004. (resumo)
- 2.) HOEGER, K.M.; KOCHMAN, R.N.; WIXOM, N.; CRIAG K.; MILLER, R.K.; GUZICK, D.S. A randomized, 48-week, placebo-controlled trial of intensive lifestyle modification and/or metformin therapy in overweight womwn whit polycystic ovary syndrome: A pilot study. *Fertility and Sterility, 82(2): 421-429*, Aug., 2004.
- 3.) HUBER-BUCHHOLZS, M.M.; CAREY, D.G.P.; NORMAN, R.J. Restaration of reproductive potential by lifestyle modification in obese polycystic ovary syndrome: Role of insulin sensitivity an luteinizing hormone. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 84(4): 1470-74*, Apr. 1999.

- 4.) NORMAN, R.J.; DAVIES, M.J.; LORD, J.; MORAN, L. The role of lifestyle modifications in polycystic ovary syndrome. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 13(6): 251-257, Aug. 2002.

Anexo 2 - Inventário WHOQOL- bref e autorização de uso

Lilian Loureiro

De: "mfleck.voy" <mfleck.voy@terra.com.br>
Para: "lilianloureiro" <lilianloureiro@uol.com.br>
Enviada em: segunda-feira, 1 de novembro de 2004 22:52
Assunto: Re:Sobre o WHOQOL-bref

Prezada Lilian

O instrumento WHOQOL pode ser obtido no endereço www.ufrgs.br/psiq.

Atenciosamente

Marcelo Fleck

De: "Lilian" lilianloureiro@uol.com.br
Para: mfleck.voy@zaz.com.br
Cópia:
Data: Fri, 04 Jan 1980 00:38:29 -0200
Assunto: Sobre o WHOQOL-bref

- > Dr. Marcelo,
- > Meu nome é Lilian Loureiro, sou mestranda em Psicologia Clínica (Núcleo de Psicossomática) pela PUC-SP.
- > Em minha pesquisa de mestrado, pretendo fazer uma oficina de intervenção, e pensei em avaliar a eficácia dela através de um instrumento que avalie a qualidade de vida (pré e pós oficina).
- > Em busca pelo tema, encontrei o seu trabalho, em que discute a aplicação da versão em português do WHOQOL-bref. Este instrumento parece ser o que mais se adequa ao meu objetivo, uma vez que não é tão extenso.
- > Gostaria de saber como tenho acesso a ele.
- > Desde já agradeço pela atenção,
- > Atenciosamente,
- > Lilian Loureiro.

Esta mensagem foi verificada pelo E-mail Protegido Terra.
Scan engine: VirusScan / Atualizado em 29/10/2004 / Versão: 1.5.2
Proteja o seu e-mail Terra: <http://www.emailprotegido.terra.com.br/>

E-mail classificado pelo Identificador de Spam Inteligente.
Para alterar a categoria classificada, visite
http://www.terra.com.br/centralunificada/emailprotegido/imap/imap.cgi?+_u=mfleck.voy&_l=1,1099352164.681851.22852.conventos.terra.com.br,3604,Des15,Des15

09/06/04

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Apêndice 1 - Carta de Apresentação da Pesquisa

São Paulo, _____ de 2006.

Eu, Lilian da Silva Loureiro, psicóloga e mestranda do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, venho por meio desta apresentar a pesquisa intitulada Síndrome dos Ovários Policísticos: um estudo psicossomático junguiano.

O presente trabalho tem por objetivos verificar como os aspectos psicológicos se refletem no estilo de vida das portadoras de SOP e, assim fazer uma contribuição para a Psicologia Analítica na elaboração do conceito de Estilo de Vida coerente à abordagem.

A literatura encontrada a respeito apresenta lacunas ao abordar as implicações psicológicas envolvidas no estilo de vida, uma vez que não traz definições do conceito, e apresenta diferentes implicações, tanto como fator desencadeante da síndrome, quanto preventivo e de tratamento. E, é esta lacuna que o presente trabalho dedica-se a estudar.

Em contato com o Dr. Ademir Carvalho Leite Júnior, percebi que público que atende apresenta um perfil diferente do que a literatura tem trabalhado, o que aponta para uma grande contribuição na área. Por conta disso, gostaria de sua permissão para apresentar minha proposta de trabalho.

Caso haja interesse em participar desta pesquisa, assine abaixo:

Nome: _____

Apêndice 2 - Autorização do local de coleta



Fundação São Paulo
mantenedora da
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP
Clínica Psicológica "Ana Maria Poppovic"

Rua: Monte Alegre, nº961 – Perdizes – São Paulo
CEP.: 05014-001 Tel./Fax: (011) 3670-8040/3670-8041
Home-Page: www.pucsp.br/clínica
e-mail: clinica@pucsp.br



São Paulo, 30 de agosto de 2004

À

Profa. Dra. Marlise A. Bassani
Pós em Psicologia Clínica

Recebi o pedido de autorização para utilizar sala de grupo para atendimento de clientes portadoras de Ovário Policístico.

Venho informar o seguinte:

- É preciso verificar se a sala 14, a única de grupo que permite uso de colchonetes por ser a maior sala da clínica, precisa ter horário disponível. A mestranda deve verificar com antecedência e marcar no Setor de Testes.
- Os clientes precisam ser encaminhados para a triagem, na Clínica, que a própria mestranda poderá fazer, eles serão matriculados aqui e eu posso assinar como supervisora responsável, pelos clientes.
- Seria indicado a mestranda marcar uma hora comigo para eu instruí-la no uso adequado das dependências da Clínica e apresentá-la aos funcionários da Secretaria e Setor de Testes, assim como aos da recepção que serão informados sobre o projeto, porque são eles que marcam as triagens.

Qualquer dúvida coloco-me a disposição.

Atenciosamente


Prof.ª. Dra. Marina Pereira Rojas Boccalandro
Chefe da Clínica

Apêndice 3 - Termo de Consentimento Informado

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

Nome:

Documento de identidade n°:

Data de nascimento:/...../..... Telefone(s):(.....).....(.....).....

Endereço: N°Apto.....

Bairro: Cidade: CEP:.....

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

Título da Pesquisa: Síndrome dos Ovários Policísticos: Um Estudo Psicossomático Junguiano

Pesquisadora responsável: Lilian da Silva Loureiro

Profissão: Psicóloga

Inscrição no Conselho Regional de Psicologia N° CRP 06/73269

Instituição: PUC-SP, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, Nível Mestrado.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marlise Aparecida Bassani

Avaliação do risco da pesquisa: A probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia desta pesquisa é de risco baixo.

Duração da pesquisa: 4 meses.

Publicação da pesquisa: As informações fornecidas e os materiais produzidos ao longo da pesquisa serão publicados no meio científico, sendo preservados os dados de identificação do participante.

III. ESCLARECIMENTOS DADOS PELA PESQUISADORA

1. A participante da pesquisa pode ter acesso, sempre que desejar, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa;
2. A participante da pesquisa tem liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e o sujeito deixa de participar da pesquisa;
3. A participante da pesquisa tem a garantia de que serão salvaguardados sua confidencialidade, seu sigilo e sua privacidade;
4. A participante da pesquisa terá disponibilidade de assistência psicológica tanto durante como após o processo, caso seja necessário devido a eventuais danos ou dificuldades decorrentes da pesquisa.
5. A participante receberá uma devolutiva de sua participação na presente pesquisa.

IV. ENDEREÇO E TELEFONES DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL, CASO HAJA NECESSIDADE

Lilian da Silva Loureiro

Rua Tomé de Souza, 130 – Alto da Lapa

CEP 05079-000 – São Paulo - SP.

Fone: (11) 3865-1877 ou Celular: (11)9977-6782 ou (11)9620-6859

E-mail: lilianloureiro@uol.com.br

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, de de 200_.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Apêndice 4 – Formulário Padrão / Condição de Vida

Nome: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____ Status Conjugal: _____

Nº de filhos: _____

Idade dos filhos: _____

Sexo dos filhos: _____

Plano de Saúde: () sim () não

Qual: _____

Renda familiar: () de R\$ 240,00 a R\$ 480,00

() de R\$ 481,00 a R\$ 1200,00

() de R\$ 1201,00 a R\$ 2400,00

() acima de R\$ 2401,00

Apêndice 5 - Roteiro de Entrevista semi-dirigida

1. Fale um pouco sobre sua rotina, conte um dia da sua vida

Atentar para: * entoação, pausas

2. Qual o dia que você mais gosta? O que você faz?

3. E o dia que você mesmo gosta?

4. o que você entende por estilo de vida?

5. Como você diria que é o seu estilo de vida?

Atentar para: * cuidados em relação á saúde;

* trabalho;

* cuidado com a casa / filhos;

* estudo;

* lazer;

* vida amorosa;

* vaidade

* qualidade de sono

* alimentação

* labilidade de humor.

6. E das mulheres de sua família, como é? E do trabalho, amigas, mulheres de sua relação?

7. Como você vê a SOP?

8. Quais implicações a SOP traz em sua vida?

Atentar para: * implicações positivas e negativas

9. Você acha que esta experiência tem algum sentido em sua vida?

Garantir: * Verificar se houve mudanças pessoais, no rumo de vida...;

Apêndice 6 - Aprovação Comitê de Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PUCSP

Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da PUC/SP

Orientadora: Profa. Dra. Marlise A Bassani

Pesquisadora: Lilian da Silva Loureiro

Parecer sobre O Projeto de Mestrado *Síndrome dos ovários policísticos: um estudo psicossomático junguiano*

Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados, foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Assim, o parecer do comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 17 de novembro de 2004.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCSP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PUCSP

Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da PUC/SP

Orientadora: Profa. Dra. Marlise A Bassani

Pesquisadora: Lilian da Silva Loureiro

Protocolo nº: 117/2005

Parecer sobre a Dissertação de Mestrado intitulada *Síndrome dos ovários policísticos: um estudo psicossomático junguiano*

Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados, foram preenchidos.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Assim, o parecer do comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 20 de outubro de 2005.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCSP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)