



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VIVE REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

ILANA ARÊA LEÃO DE ALMEIDA

**A EXPERIÊNCIA POSITIVA DE MULHERES OBESAS
MÓRBIDAS ACOMPANHADAS EM PSICOTERAPIA
HUMANISTA: FENOMENOLÓGICA QUE PASSARAM PELA
CIRURGIA BARIÁTRICA**

**FORTALEZA
2008**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

ILANA ARÊA LEÃO DE ALMEIDA

**A EXPERIÊNCIA POSITIVA DE MULHERES OBESAS
MÓRBIDAS ACOMPANHADAS EM PSICOTERAPIA
HUMANISTA: FENOMENOLÓGICA QUE PASSARAM PELA
CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia à banca examinadora da Universidade de Fortaleza–UNIFOR, na linha de pesquisa Produção e Expressão Sociocultural da Subjetividade, sob a orientação da Profa. Dra. Virgínia Moreira.

**FORTALEZA
2008**



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VIVE REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Dissertação intitulada “A Experiência Positiva de Mulheres Obesas Móbidas Acompanhadas em Psicoterapia Humanista: Fenomenológica que Passaram pela Cirurgia Bariátrica” de autoria da mestrandia Ilana Arêa Leão de Almeida.

Data da Aprovação: 31.10.2008

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Virgínia Moreira
Orientadora
Universidade de Fortaleza

Prof. Dr. Georges Daniel Janja Bloc Boris
Membro
Universidade de Fortaleza

Profa. Dra. Ana Frota
Membro
Universidade Federal do Ceará

Dedico este trabalho a minha querida mãe, Wulda, pelo privilégio de me fazer desfrutar do seu ventre. A ela que tudo começou, De um lugar de tantas luas vividas, De muitos caminhos percorridos, E intensas emoções vertidas. Ela é pura luz, puro amor, pura força. Generosidade e desapego. Inspira-me com a sabedoria de um existir pleno, Ensina-me com atitudes de que não precisamos temer o inevitável E que o desejável é ser simplesmente feliz.

AGRADECIMENTOS

Agradecer implica muitas coisas. Agradecer a disponibilidade de compartilhar momentos, reflexões e sentimentos, como também compreender ausências que muitas vezes aconteceram irremediavelmente.

Quero verdadeiramente compartilhar minha alegria “aliviada” com uma legião de pessoas especiais que estão ao meu redor e que muito contribuíram para tornar esta árdua tarefa uma experiência enriquecedora e gratificante. Cada uma delas me fez compreender que a conquista de um desafio nunca pode ser solitária.

Agradeço em primeiro lugar a DEUS, que me inspirou na escolha deste maravilhoso mestrado e por ter me guiado silenciosamente em todos os caminhos percorridos e obstáculos encontrados, dando-me paciência, sabedoria e perseverança.

Agradeço aos meus pais, minhas duas principais referências, José Francisco de Almeida Neto, cuja presença rápida em minha vida fez-me defrontar precocemente com a fragilidade da existência humana, tornando-me mais forte para lidar com as inevitáveis perdas do nosso existir e pôde me deixar o maior patrimônio que um pai pode deixar para um filho: seu exemplo de vida, caráter e dignidade. A minha mãe, a quem dedico este trabalho, pelo modelo de mulher que só pertence a ela própria, na qual me espelho a cada dia da minha vida, por ser a expressão viva da bondade e generosidade. Todo meu amor e gratidão.

A Isabel e Beatriz – filhas incondicionalmente amadas – jóias preciosas da minha vida, que sempre tentaram compreender a minha grande ausência e iluminam com as suas existências o meu próprio ato de respirar.

Ao Valdetário, pai das minhas filhas e meu eterno amigo, que sempre me apoiou estruturalmente na viabilização deste sonho e me faz acreditar que a perseverança não é para todos e sim para aqueles que nela acreditam. Certo dia ele me disse que iríamos vencer e felizmente eu acreditei no que ele disse e estamos vencendo, mesmo “distantes”, mas sempre “juntos”, pois nossos laços são indissolúveis.

A minha madrinha-avó Isabel, pelo incentivo e cumplicidade, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

Ao meu irmão Rodrigo, minha cunhada Carolina e meu príncipe muito amado, Rodriguinho, por existirem na minha vida.

A Alana - minha sobrinha de coração – que sempre me socorreu em momentos de dificuldades e me mostrou o maior de todos os exemplos de um ser humano – o da superação dos obstáculos.

À Prof.^a Virginia Moreira, mestra, amiga e orientadora, com quem muito aprendi e tive o privilégio de compartilhar momentos existenciais não só da minha vida acadêmica, a minha eterna gratidão e a certeza da infinitude de sua influência, pois, em todos os momentos da minha vida, lembrarei os seus ensinamentos. Faço minhas as palavras do grande escritor e poeta Henry Adams: “O professor se liga à eternidade; ele nunca sabe onde cessa a sua influência.”

Ao Prof. Boris, minha admiração, meu afeto e minha gratidão por sempre contribuir com o seu saber e sua experiência, chamando-me à atenção, em alguns momentos, para pontos de extrema importância na concretização deste estudo.

À Prof.^a Ana Frota, que muito me honra em participar desta banca avaliadora, pois certamente muito contribuirá para o enriquecimento deste trabalho.

Ao Prof. Cavalcante Júnior, por me apresentar a possibilidade da escrita permeada de afeto e sentido e a todas as pessoas que formam a RELUZ, especialmente minha amiga muito querida, Danise, que me aqueceu o coração durante as dores da saudade que adentravam em meu peito.

Aos novos amigos que conquistei na IX Turma do Mestrado em Psicologia da Unifor, por tantas trocas, pela oportunidade de aprendizagem coletiva, prazeroso convívio e compartilhamento de nossos esforços de pesquisa e, em especial, minha eterna cúmplice, Sandra, que Deus me enviou de presente.

A todos os professores do Mestrado em Psicologia da Unifor, pelas reflexões, ensinamentos, idéias para otimização do projeto e sugestões bibliográficas que levaram à ampliação de minhas perspectivas iniciais.

A todos os membros do APHETO – Laboratório de Psicopatologia e Psicoterapia Humanista-Fenomenológica Crítica, em especial, a Ângela, Sara, Lucas, Thábata e Catarina, pela generosidade em compartilhar seu saber e materiais bibliográficos.

Aos meus clientes – sujeitos colaboradores – que compartilharam comigo suas experiências vividas.

A Gercilene Campos, minha psicoterapeuta e sempre cúmplice, por me fazer acreditar, cada vez mais, que ser psicoterapeuta é uma arte e sempre deveremos estar disponíveis para a VIDA.

Aos meus alunos passados, presentes e futuros, fonte inesgotável do meu estudo.

As minhas queridas amigas, Fabienne e Sílvia, pela escuta afetuosa e a eterna troca repleta de cuidado e compreensão.

À Profa. Telde, pelo carinho e cuidadosa revisão gramatical deste estudo.

À Faculdade Santo Agostinho e à Novafapi, por viabilizarem grande parte deste trabalho e acreditarem no meu potencial.

“Meu corpo é às vezes meu, uma vez que ele porta os traços de uma história que me é própria, de uma sensibilidade que é minha, mas ele contém, também, uma dimensão que me escapa radicalmente e que o reenvia aos simbolismos de minha sociedade.”

(Artaud)

ALMEIDA, Ilana Arêa Leão de. **A Experiência Positiva de Mulheres Obesas Mórbidas Acompanhadas em Psicoterapia Humanista: Fenomenológica que Passaram pela Cirurgia Bariátrica**. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Fortaleza-UNIFOR, Fortaleza, 2008.

RESUMO

O presente estudo propõe a compreender a experiência vivida por mulheres obesas mórbidas que se submeteram à cirurgia bariátrica. A partir de uma visão mundana, isto é, da noção de que a vida humana encontra-se envolvida no mundo sensível, na história, na cultura, foi realizada uma pesquisa fenomenológica, utilizando-se dos registros de sessões psicoterápicas e entrevistas fenomenológicas feitas com três ex-clientes desta pesquisadora, as quais concordaram serem sujeitos colaboradores desta pesquisa. Os resultados mostram que a cirurgia bariátrica não finaliza o tratamento da obesidade mórbida para pessoas que dela necessitam. A compreensão da mudança corporal, através do emagrecimento, que acontece de forma inevitável após a cirurgia bariátrica, aponta para a necessidade de acompanhamento deste paciente em psicoterapia, a fim de que os efeitos da cirurgia possam se manter de forma permanente em suas vidas. A confiança advinda da relação psicoterápica em um enfoque humanista-fenomenológico aparece nos resultados desta pesquisa como fundamental para uma compreensão mais ampla dos processos de mudanças emocionais e comportamentais, que envolvem especialmente a ansiedade que estes pacientes carregam consigo em suas vidas e que precisa sempre ser reelaborada psicologicamente. Este trabalho vem mostrar os aspectos emocionais da obesidade, o grau de sofrimento psíquico que uma pessoa apresenta ao ser obeso, salientando a necessidade de um acompanhamento psicoterápico a pacientes obesos-mórbidos que necessitam fazer a cirurgia bariátrica.

Palavras-Chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Corpo. Ansiedade. Psicoterapia.

ABSTRACT

The present study aims to understand what morbid obese females experienced upon undergoing bariatric surgery. From a mundane view, i.e., from the idea that human life is involved in the sensitive world, in history, in culture, a phenomenological inquiry was carried out by using psychotherapy sessions records and phenomenological inquiries with three former patients of this researcher, who agreed to cooperate in this inquiry. The results show that the bariatric surgery does not finish the treatment for morbid obesity to those who need it. The understanding of the physical change, through weight loss, which inevitably happens after the bariatric surgery, leads to the necessity that patients be accompanied in psychotherapy so that the effects of the surgery can be constantly maintained in their lives. The confidence resulted from the psychotherapy relation in a humanist phenomenological approach appears in the results of this inquiry as basic for a more ample understanding of the processes of emotional and behavioral changes which involve specially the anxiety that these patients take with them in their lives and that always needs to be re-organized psychologically. This study shows the emotional aspects of obesity, the level of mental distress that individuals experience when they are obese, emphasizing the necessity of a psychotherapy follow up to morbidly obese patients who need a bariatric surgery.

Keywords: Obesity. Bariatric Surgery. Body. Anxiety. Psychotherapy.

SUMÁRIO

	Página
INTRODUÇÃO	11
1 DEFINIÇÃO E DISCUSSÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA	20
1.1 Obesidade	20
1.2 Obesidade Mórbida	22
1.3 Aspectos Emocionais da Obesidade	24
1.4 Ansiedade e Obesidade	27
1.5 A Obesidade é um Transtorno Alimentar?	31
2 CIRURGIA BARIÁTRICA	37
2.1 Definição e Tipos de Cirurgia Bariátrica	37
2.2 Prós e Contras da Cirurgia Bariátrica	39
3 CORPORALIDADE FEMININA NA CONTEMPORANEIDADE	44
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
4.1 A Pesquisa Qualitativa	53
4.2 O Método Fenomenológico	55
4.3 A Lente Fenomenológica Mundana	56
4.4 Instrumentos de Coleta de Dados: registros e entrevistas	58
4.4.1 Registros	59
4.4.2 Entrevistas Fenomenológicas	60
5 RESULTADOS	64
5.1 Registros	64
5.1.1 Registro do Caso Tereza	64
5.1.2 Registro do Caso Maria	72
5.1.3 Registro do Caso Fátima	78
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	97
ANEXO A – Termo de Consentimento	103

INTRODUÇÃO

A EXPERIÊNCIA VIVIDA POR ILANA

Ilana era uma menina gordinha que todos achavam linda, simpática, alegre, extrovertida e atrevida, que falava o que tinha vontade e que era o centro das atenções. Aos 10 anos de idade, teve uma grande perda em sua vida: morreu seu pai, seu referencial de força, de apoio e de proteção. O mundo desabou e, com este desabamento, a menina teve que despertar para as dores da vida de forma mais rápida e bem mais madura do que acreditava que suportaria.

Um dia, sua mãe abraçou-a no banheiro e disse: “Minha filha, agora somos só nós duas. Seu irmão é muito pequeno. Precisamos cuidar uma da outra para cuidar bem dele”. E assim aconteceu: cuidamos uma da outra e também cuidamos dele. Mas Ilana só tinha 10 anos, também precisava ser cuidada e, como tinha que cuidar de muita gente, alguma coisa tinha que encontrar para compensar aquela falta. A comida foi o caminho mais fácil para tanto.

Ilana iniciou então um processo de compulsão alimentar que carrega consigo até hoje, e que se caracteriza por episódios de ingestão exagerada e sistemática de alimentos. Atualmente a compulsão está administrada, fica em alerta constante e se percebe qualquer movimento em direção à compulsão, toma providências imediatas, como voltar à psicoterapia, ou reavaliar seu estado emocional ou comportamentos que poderão estar causando ou desencadeando a compulsão. Russo (2000) afirma que pessoas com este transtorno percebem que perdem o controle quando comem: ingerem grande quantidade de alimento e não param enquanto não se sentem desconfortavelmente “empanturradas” e, geralmente têm mais dificuldade de perder ou de manter o peso do que pessoas com outros tipos graves de problema de peso.

Como Ilana deverá estar sempre atenta a esta problemática, a psicoterapia de base humanista-fenomenológica é e sempre será, na sua vida, algo de extrema importância, pois a confiança que acontece na relação psicoterápica é fundamental para uma compreensão mais ampla dos processos de mudanças emocionais e comportamentais, tentando entender sua dinâmica de forma mais congruente, como também outros fatores, como a ansiedade, por

exemplo; algo tão constante em sua vida e que precisa sempre ser reelaborada psicologicamente.

Como foi uma criança e uma adolescente gorda, viveu uma enorme rejeição por ela mesma, pois não se sentia merecedora de atenção e sempre tinha presente enormes sentimentos de fracasso e de derrota em tudo o que fazia, já que tais sentimentos se misturavam numa simbiose, onde ela se sentia a fracassada por não conseguir emagrecer e enfraquecida diante da comida por sempre vencer os combates que Ilana tinha com os alimentos.

Ilana tem 36 anos de idade e percebe que depois dos 30 o amadurecimento consolidou suas aspirações como mulher e profissional, um amadurecimento sofrido, pela necessidade de auto-afirmação como mulher, pois isso veio imediatamente após uma separação conjugal em que ela se viu com duas filhas pequenas e com a necessidade de ser boa mãe, destacar-se profissionalmente e ainda ter o seu papel feminino bem definido emocionalmente.

Existia ainda uma enorme rejeição corporal referente à obesidade que ela carregava consigo, porém o amadurecimento foi muito enriquecedor, pois provocou e ainda provoca reflexões sobre como ser uma pessoa melhor, ter mais qualidade de vida e desejo de acertar em suas escolhas.

No dia 3 de novembro de 2004, ela estava dando aula na faculdade e, de repente, teve uma crise convulsiva, caiu no chão na frente dos alunos. A convulsão repetiu-se por mais duas vezes. No dia seguinte, chamou um neurologista amigo da família e, com toda a sua prepotência, disse-lhe: “Já sei que tenho um tumor. Nunca tive histórias de convulsão na minha vida. Tenho mais de 30 anos. Com certeza é tumor no cérebro. Faça os exames que precisar e me opere imediatamente”. Com toda a sua sabedoria, ele riu e lhe pediu calma, o que ela nunca tinha tido.

Depois de todos os exames feitos, foi diagnosticado um pico hipertensivo, decorrente de excesso de peso, de sedentarismo, de estresse e de histórico familiar. Então começou a pensar em uma cirurgia de redução de estômago, pois já havia feito inúmeros tratamentos clínicos para emagrecer e não obtinha êxito.

Primeiramente esta idéia a assustou, pois o fato de esta cirurgia ser definitiva era incômodo para ela; portanto resolveu investigar mais o assunto, conversar melhor e mais detalhadamente com pessoas que já tinham feito a cirurgia, trabalhar incessantemente esta decisão na psicoterapia, pois tinha consciência de que iriam cortar o seu estômago. Mas o que faria da sua compulsão e da sua ansiedade?

Esta era uma questão assustadora para Ilana, pois sabia do seu mecanismo compulsivo de comer, sabia que isso poderia ser mais bem visto e compreendido psicologicamente em sua psicoterapia e teve, portanto, que retomar o seu processo psicoterápico, para entender esta compulsão e compreender melhor sua dinâmica de vida. Com esta retomada, Ilana percebeu um limiar muito pequeno para lidar com perdas e teve que voltar aos seus 10 anos de idade, quando perdeu seu pai, para poder “enterrá-lo” e deixar de ter tanta raiva daquela dor.

Percebeu então que a comida servia como uma compensação da dor e que associara todas as suas perdas, decepções e frustrações a esta compulsão alimentar. Com o decorrer do processo psicoterápico e do seu autoconhecimento e auto-aceitação, aprendeu a ser menos severa consigo mesma e a lidar com as perdas na sua vida como algo que poderia proporcionar-lhe crescimento emocional e não apenas abuso de comida.

Depois de muita investigação sobre a cirurgia bariátrica, foi operada no dia 05 de julho de 2005 e começou um trabalho de mudança de vida alimentar e de novas posturas em relação à saúde. Iniciou atividade física que até então detestava, contratou um “personal trainer” para lhe exercitar todos os dias, aprendendo a ter paciência e tolerância e a se aceitar mais, com menos cobrança, inclusive. O resultado apareceu e, junto com ele, nasceu uma Ilana mais afetuosa consigo mesma e com os outros.

Durante este processo de mudança, uma nova imagem corporal ia surgindo, um novo corpo, uma nova carne, uma nova pessoa, que se assustava em alguns momentos com mudanças físicas que seu corpo sofria, mas ao mesmo tempo este se assustar vinha acompanhado de uma sensação prazerosa de integração consigo mesma e redescoberta de sua corporeidade feminina.

Schilder (1995) assinala que a consciência da realidade corporal, enquanto unidade sintética de percepção, não é interioridade, mas percepção do ser através de sua própria presença no mundo e, neste sentido, Merleau-Ponty (2006) afirma que não existe um homem interior, sustenta a temática de uma revolução deste ser no mundo. Tavares (2003) lembra que a interioridade do discurso sobre o psiquismo não é, definitivamente, mais do que uma palavra destinada a cobrir tudo o que o dualismo cartesiano deixou sem explicar. Portanto este novo corpo que ora se ia reintegrando à Ilana, trazia consigo possibilidades de crescimento psicológico e amadurecimento pessoal, formando uma pessoa única e integrada.

Ilana não gostaria que a aprendizagem a partir da vivência deste sofrimento ficasse guardada apenas consigo mesma: sua aprendizagem poderia ajudar outras pessoas; não deveria ficar “fechada” apenas em si. Como Ilana é uma pesquisadora fenomenológica, pretende que este fenômeno vivenciado por ela seja compreendido, através de uma pesquisa científica e que contribua para engrandecer a comunidade científica sobre este tema.

Tem a sensação de que a sua luta é eterna, pois é uma pessoa obesa e a literatura médica não se refere a ex-obeso, como vai ser visto e fundamentado teoricamente no decorrer deste trabalho, já que a obesidade é considerada uma doença crônica. Em nenhum momento Ilana se vitimiza quanto a isto; ao contrário, fortalece-se sempre que pensa na sua trajetória e em tudo que precisou fazer para alcançar o seu objetivo. Percebe que quebrou padrões internos, pois conduz sua vida hoje com muito mais autonomia e segurança em si mesma. Ela se escondia atrás dos seus 112 kg e, o sentimento, apesar de doloroso, era cômodo, pois não tinha que se auto-afirmar como mulher: “só o profissional servia,” isto era o que ela dizia a si mesma como uma forma de se consolar.

Esta pesquisa busca discutir a experiência vivida por mulheres obesas mórbidas que se submeteram à cirurgia bariátrica, enfocando o sofrimento e os elevados níveis de rejeição pessoal, social e familiar vivenciados por estas pessoas. Trata-se de investigar o problema da obesidade e da cirurgia bariátrica, a partir das percepções da autora deste trabalho, como primeiro sujeito colaborador desta pesquisa, através de suas vivências pessoais e profissionais. A opção por este objeto de estudo surgiu a partir da experiência, como obesa, da pesquisadora, bem como do seu engajamento em uma equipe interdisciplinar, que trabalha cirurgicamente com indivíduos obesos mórbidos.

Na função de psicóloga da equipe, Ilana tem o poder de vetar ou de indicar tal procedimento cirúrgico a um paciente, pois acompanha estes pacientes antes e depois da cirurgia, através do seu trabalho como psicoterapeuta humanista-fenomenológica.

Segundo Moreira (2007), a psicoterapia humanista-fenomenológica advém de um desenvolvimento originado da fusão de duas principais vertentes: o pensamento humanista em psicologia de Carl Rogers e o pensamento de autores da psicopatologia fenomenológica, tais como Binswanger, Strauss, Kimura, Minkowski, Tellenbach e Tatossian, entre outros. Ilana tem formação em Gestalt-Terapia e entende que o ponto comum entre estas duas perspectivas seria a vinculação à fenomenologia existencial, que se manifesta nos seguintes aspectos: ênfase na experiência vivida no presente, valorização dos sentimentos, refutação das explicações causais, visão holística do ser humano, dentre outros (BORIS, 1990). A denominação de humanista-fenomenológica tem sido utilizada por psicoterapeutas que têm como base tanto o pensamento de Carl Rogers como de Frederick Perls, aliados a desenvolvimentos da psicopatologia e do método fenomenológico.

A equipe com quem Ilana trabalha no papel de psicoterapeuta é composta por uma gama de profissionais preparados e treinados para atender os pacientes com esta demanda.

Por ser uma equipe multidisciplinar, é necessário manter reuniões periódicas com todos os membros do grupo. Este grupo é chefiado pelo cirurgião da equipe, que tem a especialidade de gastroenterologia, o qual coordena os demais profissionais, que são: um assistente cirúrgico, que trabalha diretamente com o cirurgião durante a cirurgia, mas está sempre apto a assumi-la, caso seja necessário; um cardiologista, que avalia as funções cardiovasculares, a pressão arterial e o ritmo cardíaco do paciente; um pneumologista, que avalia as condições respiratórias; um clínico geral, que faz uma avaliação do quadro clínico e dos medicamentos que o paciente já esteja tomando antes da cirurgia e dos que virá a tomar após a cirurgia; um anestesista, que avalia, cuidadosamente, se o paciente já tomou alguma anestesia antes e se tem alergia a algum medicamento, através de exames minuciosos, como também, acompanha-o no dia da cirurgia, até que ele acorde e se certifique de que está bem.

Somando à equipe há um nutricionista, que tem encontros periódicos com o paciente e o orienta, detalhadamente, sobre como será sua alimentação nos primeiros meses após a cirurgia e deve acompanhá-lo ininterruptamente; uma psicóloga (Ilana), que tem encontros com o

paciente antes e depois da cirurgia, trabalha as questões emocionais e as repercussões psicológicas sobre ele, o que será mais discutido no desenvolvimento de todo este trabalho; um psiquiatra, que trabalha diretamente com a psicóloga da equipe e é solicitado, quando for necessário o uso de medicamentos, como os ansiolíticos e os antidepressivos; um endocrinologista, que avalia o sistema endócrino do paciente, como também, todo o percurso anterior dele para tentar emagrecer, através de tratamentos clínicos; um enfermeiro, que acompanha o paciente no hospital, seguindo a orientação medicamentosa dos médicos e um educador físico, que estabelece um contato prévio com o paciente antes da cirurgia, e após 15 dias da operação, inicia seu treinamento físico.

O trabalho psicológico é de cunho psicoterápico, feito através de no mínimo oito sessões prévias à cirurgia, para que, posteriormente, a partir das condições emocionais do paciente, seja enviado um laudo psicológico ao cirurgião responsável pela equipe. Nestas oito sessões, são analisados a história de vida do paciente e seus vínculos afetivos e familiares e é discutida a importância do processo cirúrgico para o seu bem-estar emocional.

A prática clínica de Ilana mostra que a maioria dos pacientes que continuam o processo psicoterápico em um enfoque humanista-fenomenológico, têm resultados bem satisfatórios e mudanças menos dolorosas em sua imagem corporal, porém, não se tem como obrigar uma pessoa a enfrentar seus problemas emocionais, sem que ela mesma o deseje. Portanto, algumas não retornam à psicoterapia depois da cirurgia. Mas os resultados positivos dos que estão em psicoterapia, são visíveis e são discutidos pela equipe interdisciplinar nas suas reuniões. Todos os seus membros, a começar pelo cirurgião, comungam da idéia de que os pacientes, quando acompanhados em psicoterapia, respondem melhor a todo o seu processo de mudança.

Esta pesquisa busca compreender a experiência vivida por mulheres obesas mórbidas que se submeteram à cirurgia bariátrica, contribuir para amenizar o sofrimento destas pessoas que vivenciam esta problemática, obter uma compreensão mais humanizada da mesma e contribuir para a prevenção e o desenvolvimento de melhores tratamentos para a obesidade mórbida.

A obesidade é atualmente assunto de interesse mundial. É considerada uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. É fator de risco para patologias graves, como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão,

distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios. A obesidade pode ser causa de sofrimento, depressão e de comportamentos de isolamento social, que prejudicam a qualidade de vida. É hoje um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo e, a despeito dos inúmeros tratamentos existentes, sua prevalência vem crescendo nas últimas décadas e especialistas a caracterizam como epidemia (TAVARES, 2003).

Nunes (2006) ressalta que esta epidemia vem acontecendo em grandes proporções, particularmente nas últimas décadas do século XX, ocorrendo claramente no Brasil e os dados mais recentes do IBGE (2005) indicam que 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres apresentam obesidade.

Observou-se nas últimas décadas um aumento progressivo da obesidade mórbida nos Estados Unidos (EUA) e em vários países da Europa, inclusive entre crianças e adolescentes (Nunes, 2006), sendo uma importante causa de complicações físicas e emocionais e mortes prematuras (Nakamura, 2004 e Santos, 2005). Em função deste crescimento e pelos riscos a ele associados, a obesidade vem sendo considerada um problema de saúde pública nos países desenvolvidos, estimando-se um gasto entre 2% e 8% dos gastos totais com tratamento à obesidade (MARUM, 2004).

Há pesquisas que mostram que a obesidade mórbida está crescendo muito em países do terceiro mundo. No Brasil, ocorreu um crescimento da obesidade nas últimas quatro décadas; as regiões Sul e Sudeste apresentam valores de prevalência semelhantes aos encontrados nos EUA. Isto representa um grande desafio de conduta para os profissionais da área de saúde diretamente envolvidos com esta problemática e um desafio psicológico para os pacientes acometidos desse problema (NUNES, 2006).

Apesar de já terem-se encontrado vários dados e números que mostram a gravidade deste problema, é importante considerar que ainda existem lacunas na literatura científica sobre tema tão multifatorial como é a obesidade.

Segal (2002) destaca que, além dos muitos problemas de saúde enfrentados pelo paciente obeso, existe outro de igual importância: o problema psicossocial acarretado pela obesidade, que talvez seja o mais difícil de enfrentar. Os obesos são alvos de discriminação, especialmente nos países industrializados. Em função disso e das dificuldades simples do

cotidiano, como passar na roleta de um ônibus ou encontrar cadeiras que o suportem, os obesos são pessoas que cursam menos anos escolares e que têm menos chances de ser aceitos em escolas, de disputar cargos concorridos; por isso obtêm remunerações menores, além de terem poucas chances de se envolverem em relacionamentos afetivos duradouros e estáveis.

Na literatura pertinente, existem poucos estudos comprobatórios da eficácia da psicoterapia sobre pacientes obesos mórbidos. Esta pesquisa vem discorrer sobre esta questão e levantar inclusive um grave questionamento pelo fato de a obesidade não constar nas nosografias psiquiátricas, como um transtorno alimentar ou como uma doença mental.

Os transtornos alimentares são tidos como patologias difíceis de abordar devido a sua complexa etiologia. Seu aspecto multidimensional traduz a necessidade de integrar várias técnicas psicoterápicas, que podem ser aplicadas individualmente, em grupo ou com a família (ODDONE, 2007).

O Manual Diagnóstico e Estatístico e a Classificação dos Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10 ressaltam duas entidades nosológicas principais entre os transtornos alimentares: a anorexia nervosa e a bulimia, que são síndromes estreitamente relacionadas, expressas por transtornos graves no comportamento alimentar em relação à preocupação do paciente com a forma e com o peso corporal, mas a obesidade não está relacionada entre eles (CAETANO, 1993).

Oddone (2007), Santos (2005), Nunes (2006), entre outros autores, apontam que os ensaios clínicos tentam aproximar-se de um estudo experimental aplicado em ambiente clínico, no entanto não existe o experimento perfeito, por tratar-se da subjetividade do sujeito que vivencia esta problemática. Ressaltam que estratégias de tratamento inovadoras e mais efetivas devem levar em consideração uma compreensão mais ampla dos processos de mudança psicológica e outros fatores que possam estar associados às mudanças comportamentais.

A cirurgia bariátrica que este estudo também pretende investigar dá um limite quantitativo para a comida, porém não se pode abandonar o cuidado com “o quê” se come, pois a cirurgia exige uma vigilância constante com a nutrição, para que não falem nutrientes para a saúde.

Nakamura (2004) ressalta que não é incomum encontrar pessoas que precisam de um segmento muito grande para adaptarem-se à nova alimentação, que deve ser introduzida aos poucos. Pacientes relatam muita ansiedade e até desespero por não poderem comer mais como antes.

A partir destas justificativas, esta pesquisa terá como objetivos:

OBJETIVO GERAL

Compreender a experiência vivida pela mulher obesa mórbida a partir de sua vivência em psicoterapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender os aspectos emocionais da mulher obesa mórbida que se submeteu à cirurgia bariátrica, em seus múltiplos contornos;
- Investigar o significado da imagem corporal da mulher que se submeteu à cirurgia bariátrica;
- Compreender a vivência da mulher obesa mórbida em psicoterapia.

REVISÃO DA LITERATURA

“Vem-me a idéia de contar as formas mudadas em novos corpos.”

Ovídio. Metamorfoses.

1 DEFINIÇÃO E DISCUSSÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

1.1 Obesidade

O termo “obesidade” é originário do latim *obesu* que significa gordura (Nunes, 2006). É uma síndrome multifatorial que consiste em alterações fisiológicas, bioquímicas, metabólicas e anatômicas, além de alterações psicológicas e sociais, sendo classificada como uma doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1997. A obesidade é um problema de saúde pública crescente na maioria dos países industrializados e vem assumindo caráter alarmante devido ao aumento de doenças associadas a ela.

Em sociedades ditas “primitivas”, o ganho de peso e a obesidade foram considerados uma proteção importante contra os períodos de fome, em razão das catástrofes naturais, como escassez de alimentos e má distribuição de renda, pois somente os obesos sobreviviam a elas.

Anaruma (1995) afirma que, desde a pré-história, a obesidade foi alvo das atenções dos seres humanos; achados arqueológicos de pinturas e de esculturas de mais de vinte mil anos já representavam figuras obesas. A representação mais antiga da forma humana é a Vênus de Willendorf – uma estatueta de pedra, encontrada às margens do rio Danúbio, no período paleolítico (2000-3000 a.C.) de uma mulher obesa, com mamas e coxas imensas e um enorme abdome (REPPETTO, 1998).

No período neolítico, as esculturas gregas, babilônicas e egípcias expressavam admiração artística preferencial por mulheres com abdomens gravídicos e coxas grossas, símbolos de fertilidade e de abundância em um período da história da humanidade carregado de fome e miséria.

Durante a Renascença, pintores e escultores expressavam sua arte reproduzindo figuras corpulentas de carnes fartas e de contornos roliços, enquanto as magras tinham que disfarçar sua delgadez, preenchendo artificialmente suas deficiências anatômicas. No quinto século antes de Cristo, Platão e Hipócrates, em suas recomendações médicas, apontavam a relação

entre os excessos alimentares, a obesidade, algumas enfermidades e a morte. Na realidade, as observações e as orientações de ambos não diferem muito das orientações atuais, que apontam a obesidade como uma doença causadora de outras enfermidades e fragilidades físicas e psíquicas para o indivíduo (MARUM et al., 2004).

Hoje, em alguns grupos, a obesidade ainda é socialmente um sinônimo de riqueza e de boa saúde. Mas, infelizmente, a obesidade ameaça a saúde de muitas pessoas nas sociedades contemporâneas e sua sobrevivência está certamente na dependência da redução do peso (NAKAMURA, 2004).

As pessoas obesas, geralmente, sofrem discriminação na sua vida afetiva e profissional, pois estão mais sujeitas a ataques cardíacos, derrames cerebrais, diabetes, apnéia do sono, reumatismo e alguns tipos de câncer. Não bastasse tudo isto, Santos (2005), destaca que os obesos também carregam o peso do fracasso por serem responsabilizados por sua obesidade e também por se culparem pelo seu estado, gerador de angústia existencial e grande dificuldade de auto-aceitação.

Se a prevenção e a terapêutica da obesidade são conhecidas de longa data, as condições ambientais, socioculturais e psíquicas vividas pelo ser humano atual se tornam cada vez mais difíceis de ser controladas. Assunção Jr. (2004) afirma que, na contemporaneidade, os magros estão na moda, não apenas por questões estéticas, mas, principalmente porque o excesso de peso e a boa saúde são condições dissociadas quanto à qualidade de vida.

A história familiar é muito importante para determinar a ocorrência da obesidade e dos transtornos alimentares. Estudos como Tavares (2003), Nakamura (2004), Novaes (2006) dentre outros, apontam que se uma criança tem ambos os pais obesos, sua chance de apresentar obesidade é de 80%. Se apenas um dos pais é obeso, a possibilidade de ela se tornar obesa é de 40%. Caso nenhum dos pais apresente obesidade, a chance de vir a desenvolver obesidade é de 7%. Apesar da existência dos estudos realizados, não foi ainda possível definir a influência quanto à herança genética e ao ambiente onde a criança está inserida (TAVARES, 2003).

A maioria dos estudiosos da obesidade a caracterizam como um desequilíbrio entre as calorias ingeridas e a queima realizada pelo organismo, ou seja, quando a quantidade calórica

ingerida é maior do que a necessidade. O excesso se acumula no corpo em forma de gordura. A origem e a manutenção de tal distúrbio dependem de fatores internos e externos ao sujeito, os quais estão interligados. Portanto, sendo um problema multifatorial e complexo, que congrega fatores psicofísicos e sociais, a compreensão, o diagnóstico e o tratamento da obesidade exigem uma abordagem multidisciplinar. A obesidade é caracterizada entre os homens quando há mais de 20% de gordura na composição corporal e entre as mulheres, mais que 30%.

1.2 Obesidade Mórbida

O grau mais acentuado de obesidade é conhecido como obesidade mórbida. Trata-se de uma doença crônica, com cuja cura a literatura médica não trabalha; tem indicação cirúrgica e, na atualidade, constitui uma epidemia global. De acordo com Garrido Jr. (2002), a taxa de mortalidade de indivíduos obesos mórbidos é 12 vezes maior entre pessoas com idade entre 25 e 40 anos do que entre pessoas da mesma idade, que têm peso normal.

Na prática clínica e na maior parte dos estudos, conforme a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) utiliza-se o índice de massa corporal (IMC), para caracterizar a obesidade, calculada, dividindo-se o peso corporal (em quilogramas), pelo quadrado da altura (em metros quadrados). Santos (2005) vem caracterizar o IMC de 20-25, como normal, de 25-30 como sobrepeso, de 30-40 como obesidade e 40-50 ou mais como obesidade mórbida.

O termo obesidade mórbida foi introduzido definitivamente como terminologia correta para denominar determinado índice de obesidade em 1963, como maneira de enfatizar as comorbidades associadas à obesidade extrema e também como forma de expressar a gravidade da doença e justificar a intervenção cirúrgica (Tavares, 2003).

Santos (2005) destaca que as outras doenças associadas à obesidade mórbida podem ser: dificuldade respiratória, hipertensão arterial, problemas articulares, problemas de sustentação

do peso, dificuldades de locomoção e comprometimento da qualidade de vida emocional e social desse indivíduo.

Quando o cálculo do IMC encontra-se acima de 30 kg/m² denomina-se grau II de obesidade. Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I, como moderado excesso de peso, quando o IMC situa-se entre 30 a 34,9 kg/m²; obesidade grau II, leve ou moderada, quando o IMC está entre 35 e 39,2 kg/m² e obesidade grau III, obesidade mórbida, quando o IMC ultrapassa 40 kg/m² (SEGAL, 2002).

Através do resultado do IMC, identificam-se as seguintes situações:

- Menor que 20: Baixo peso;
- 20 e \leq 25: Peso ideal;
- 25 e \leq 30: Sobrepeso;
- 30 e \leq 35: Sobrepeso leve;
- 35 e \leq 40: Obesidade moderada;
- 40 e \leq 50: Obesidade mórbida;
- Maior que 50: super obesidade (Garrido Jr., 2002).

Por ser a obesidade mórbida uma doença multidimensional, é necessário que seja tratada por uma equipe multidisciplinar. Nosso modelo biomédico centrado no cirurgião que executa a cirurgia bariátrica, traz consigo a responsabilidade da cura. Os aspectos psicoafetivos e as representações simbólicas da obesidade, todavia, não são assuntos de domínio deste especialista.

Para estas pessoas que apresentam um grau acentuado de obesidade e já tentaram todo tipo de tratamento para emagrecer - como tratamentos medicamentosos, “spas”, vários tipos de regimes, mandingas, rezas, injeções de enzimas, aplicações de panos quentes, massagens, brincos acupressores, palmilhas magnéticas, preparados fitoterápicos, simpatias, vinagres de frutas, chás, poções, promessas, jejum, fórmulas, inibidores de apetite e muito mais - mas obtiveram pouco ou nenhum resultado, hoje em dia a medicina oferece os recursos cirúrgicos (ARENALES-LOLI, 2007).

1.3 Aspectos Emocionais da Obesidade

A denominação de obesidade é conhecida e remete a uma doença, mas coloca pouca ênfase na análise do comportamento alimentar. Antes de empregar técnicas que podem ter sucesso em curto prazo, é preciso descrever contingências conflitantes sobre este problema.

Os estudos sobre perda de peso proliferaram nos anos 70 e 80. Especialmente Monedero (1973) pesquisou e publicou livros de esclarecimentos sobre o assunto, iniciando seu trabalho com base no artigo antológico de Berblinger (1969), baseado em análise do comportamento. Coelho (1996) propõe o autocontrole como forma de melhorar o comportamento alimentar, sugere também que talvez as falhas da perda de peso não possam ser atribuídas apenas ao sujeito, mas também ao delineamento experimental do programa que se tornou falho no decorrer da pesquisa. Segundo este autor, muitos experimentadores enfatizam a monitoria do peso deixando de salientar os comportamentos necessários para alcançar as mudanças de peso.

Estas pesquisas demonstram que, para se obterem resultados mais duradouros nos tratamentos psicoterápicos para a perda de peso, devem-se levar em consideração alguns pontos importantes como: a obesidade é uma doença complexa de origem fisiológica, psicológica, social e situacional; a obesidade é um distúrbio de estilo de vida que implica investimento pessoal e complexo por parte do paciente e a obesidade só pode ser combatida através de alternativas multidisciplinares, como se verá no decorrer deste trabalho.

Nunes (2006) afirma que o tratamento da obesidade constitui hoje um dos grandes desafios na prática clínica, pois a alta prevalência de co-morbidades clínicas associadas ao excesso de peso, assim como um grande comprometimento funcional e psicológico, torna a obesidade um problema não só do médico, mas também de diversos profissionais da área de saúde. É impossível pensar em um tratamento efetivo para obesidade sem uma mudança no padrão alimentar e na prática de atividade física. E para estas mudanças, na maioria das vezes, se faz necessária cada vez mais a conscientização de que o tratamento da obesidade é multidisciplinar e que não existe uma fórmula mágica ou um medicamento capaz de fornecer resultados satisfatórios e a longo prazo sem uma mudança completa dos hábitos dos pacientes.

Pesquisas sobre obesidade, no decorrer das últimas décadas, deram duas lições aos clínicos, ambas com forte impacto nos conceitos sobre este transtorno e na abordagem clínica adequada para tratá-lo.

Em primeiro lugar, a revalorização da importância das contribuições genéticas para o início e a manutenção desta condição sublinha a utilidade de considerar os indivíduos obesos não como pessoas sem força de vontade, mas como portadores de uma vulnerabilidade inata.

Em segundo lugar, o reconhecimento dos transtornos alimentares clinicamente significativos em pacientes obesos permite a avaliação e o planejamento do tratamento de forma mais individualizada. Ao trabalharem com estes pacientes, os profissionais de saúde mental podem ser instrumentos na correção das concepções equivocadas dos pacientes sobre as causas de sua obesidade, na identificação e no manejo clínico da psicopatologia comórbida e no auxílio aos pacientes a estabelecer metas razoáveis e a trabalhar para realizar escolhas saudáveis de estilo de vida que levem a um maior bem-estar físico e psicológico.

Nos últimos anos, a obesidade vem sendo cada vez mais estudada, pois desafia a ciência a descobrir porque e como uma doença antigamente considerada somente orgânica requer uma abordagem mais humanizada, voltada à dor psíquica do sujeito. Um problema importante no enfrentamento da obesidade surgido nas décadas passadas, que persiste ainda hoje, é a ausência de uma estrutura global, ampla e humanizada para a compreensão desta síndrome multidimensional. A obesidade constitui um modelo de investigação multidisciplinar, por ser tratada e acompanhada por uma diversidade de profissionais das mais variadas especialidades, portanto, este assunto não será esgotado, pois muito ainda há a discutir sobre ele (Nunes, 2006).

Para Santos (2005), as abordagens tradicionais, até então utilizadas, como somente o modelo fisiológico, mostram-se insuficientes, na medida em que sustentam a hipótese de que a ansiedade e a depressão levam à obesidade e vice-versa, demandando, portanto, o desenvolvimento de conhecimentos novos e mais coerentes com a realidade confrontada. A primeira coisa que os pacientes verbalizam é o desejo de emagrecer e a psicoterapia trabalha de forma complexa com a questão de a compulsão alimentar que perpassa toda a conduta alimentar de uma pessoa obesa, o que será amplamente discutido no decorrer

deste trabalho, principalmente nos casos clínicos acompanhados psicoterapeuticamente, apresentados e analisados neste estudo.

Oddone (2007) refere-se ao processo psicoterapêutico como algo muito importante para a pessoa obesa e acredita que a mesma deva ser informada de que nada será alcançado através de mágica, de fórmulas rápidas e promissoras, ou melhor, pseudopromissoras. Muito pelo contrário, a psicoterapia exige desprendimento, sacrifício, boa vontade e muita persistência. É um caminho árduo, porém precioso para o autoconhecimento, para reflexões e mudanças nos hábitos alimentares, para a compreensão do lugar que a compulsão pelo alimento ocupa na vida desta pessoa obesa.

Circunscrever este campo implica evidentemente dar a sua medida, o que não quer dizer que possamos desmerecer outros, como o da constituição física que tem peso relevante na questão da obesidade e, portanto, não pode ser esquecido. Grande parte da preocupação com a obesidade é decorrente das conseqüências que acarreta nos campos médico e psicológico (PAIVA, 1982).

Por outro lado, Repetto (1998) aponta que a experiência da cura do obeso é ainda precária. Êxito duradouro é a palavra chave, mas a ciência, até hoje, não deu ainda uma resposta de maior consistência, ou resultados terapêuticos de sucesso. O fracasso terapêutico e a frustração por conta dos diversos tipos de tratamento são partilhados por todos, quer no campo médico, quer no campo psicológico.

Diante da gravidade do problema, devido ao comprometimento da saúde, a possibilidade de oferecer ao obeso uma solução efetiva em curto prazo passou a ser a cirurgia bariátrica. A intervenção cirúrgica passou a ser vista como o melhor instrumento de redução de excesso de peso e manutenção sustentada do baixo peso (OLSSON, 1984).

Por ser a obesidade mórbida uma doença multidimensionada, necessita de uma equipe multidisciplinar para tratá-la. Daí o interesse de Ilana neste tema, pois como psicóloga desta equipe, tem acesso aos obesos e aos seus problemas, bem como as suas representações simbólicas.

1.4 Ansiedade e Obesidade

Pessoas obesas apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e de transtornos de personalidade. Anaruma (1995) aponta que a sociedade na qual estamos inseridos enaltece o culto ao corpo, aumentando ainda mais o grau de sofrimento psíquico e o sentimento que pessoas obesas têm de não serem pertencentes ao meio social ou não merecedoras de afeto, carinho e atenção do outro.

Nunes (2006) afirma que a subjetividade sofre com um corpo e que é justamente neste que a dor literalmente se enraíza. A rigor não existe o sujeito e seu corpo, numa dualidade e polaridade insuperáveis, mas um corpo-sujeito propriamente dito. Os obesos são alvos de preconceito e discriminação importantes em países industrializados. Isto pode ser observado nas mais variadas e corriqueiras situações como programas de televisão, revistas e piadas.

Além ou por causa disso, são pessoas que cursam um menor número de anos escolares e que têm menor chance de serem aceitas em escolas e trabalhos, pois no caso do trabalhador, especificamente, se ele for percebido como aquele que, aparentemente, tem maiores dificuldades no exercício de suas atividades profissionais, por exemplo, em decorrência de sua condição física, poderá ter como inválida a complexidade e a dinamicidade de sua natureza, além de possivelmente, ter oprimida a amplitude de suas potencialidades (GASPAR, 2003).

O modo como cada obeso se relaciona com a comida é algo muito relevante para a análise de seu comportamento, pois se faz necessário trazer à consciência o lugar ocupado pelo alimento na vida de cada indivíduo, para que se detecte a possibilidade de mudanças na relação obeso-comida. O comer excessivo pode estar mostrando uma válvula de escape de manifestação de determinados sentimentos, como angústia, desilusões e agressividade. Trata-se de indivíduos que recorrem à comida quando estão enraivecidos, tristes, alegres, ou seja, com grande intensidade de sentimentos. Constatando dificuldades nestas circunstâncias, faz-se necessário que estes pacientes recorram à ajuda da psicoterapia, objetivando a criação de novos canais e desenvolvimento de recursos potenciais para a resolução destes problemas (ARENALES-LOLI, 2007).

Uma das grandes preocupações com a obesidade não é a sua etiologia, mas o tratamento clínico e às vezes cirúrgico, que ela necessita, por ser problema de saúde. Que se tenha um olhar mais cuidadoso para o portador da obesidade, que se favoreça um re-contato com o seu corpo, até então rejeitado e agredido e que surge como reflexo de um processo interior envolto em conflitos.

A prática clínica de Ilana permite observar que muitos obesos relatam não ter de si a visão de um corpo excessivamente gordo, é através de fotos e dos olhares alheios que se dão conta de sua forma. A maioria dos indivíduos gordos não possui espelhos que mostrem o corpo todo e suas identidades ficam restritas às próprias faces. O tratamento global para a obesidade implica a reparação desta cisão que se expressa externamente, mas revela todo um funcionamento psíquico de divisão.

A experiência vivida e profissional de Ilana com pacientes obesos permitiu afirmar que eles estão sempre ávidos por uma solução para o seu problema, principalmente quando eles não têm que desempenhar qualquer esforço, apenas oferecerem-se ao “milagre”.

Esta pesquisadora observa que muitos obesos não conseguem abrir mão de sua forma e muito menos dos benefícios que a “capa” de gordura fornece enquanto defesa. Pode-se dizer de um modo geral, que a questão do obeso gira em torno da vivência do limite e de sua própria identidade sexual. Deformados pela gordura perdem suas formas femininas ou masculinas e são assim impedidos de uma vivência sexual madura, campo que exige uma transformação de nível mais profundo.

O corpo gordo serve também de metáfora para a força e a grandiosidade que refletem a concepção inconsciente que o obeso tem de si como auto-suficiente e limitado. Este fator de onipotência tem surgido como principal barreira na procura de uma psicoterapia no período pós-cirúrgico (GASPAR, 2003).

Moreira (2002) menciona nas pesquisas de Cooper (2001) sobre a função da doença neste contexto e em que medida existem ganhos secundários por parte do “doente”, pois ser magro representa uma rejeição ao estereótipo feminino enquanto outros estudos mostram a magreza como expressão de liberação feminina e, ainda, outras vertentes, enfatizam mais o processo que o significado, sugerindo que, confrontadas com demasiadas demandas e

escolhas conflituosas, algumas mulheres escolheriam peso e forma como maneiras de controlar suas vidas ou como estratégias para serem bem-sucedidas.

Na perspectiva de Benedetti (2003), algumas características de personalidade encontradas nos obesos são fatores dificultantes do emagrecimento. A impaciência, a intolerância, a frustração, a rígida resistência a mudanças, o perfeccionismo acompanhado de decepção por não conseguir modificar-se como deseja e a dificuldade de pedir e receber ajuda. Este fato os faz constantes peregrinos de vários especialistas à cata de soluções diferentes para o problema.

Não se pode continuar este estudo, já que se está analisando os aspectos emocionais da obesidade, sem adentrar em um campo de extrema importância para o entendimento deste tema, que é a ansiedade, como sendo algo tão característico do obeso.

Ansiedade é um mecanismo de natureza emocional que envolve manifestações subjetivas e sinais fisiológicos. De acordo com May (1993), a ansiedade, característica do homem moderno, é mais fundamental que o vácuo e a solidão, pois ser vazio e solitário nos preocupa quando nos sentimos presos naquela dor e confusão psicológica peculiares. Quando um indivíduo sofre de ansiedade durante um prolongado período de tempo fica com o corpo vulnerável a doenças psicossomáticas, tais como úlceras, várias formas de infecções, compulsões alimentares e sexuais. A ansiedade é, em suma, a forma contemporânea da peste branca – a maior destruidora da saúde e do bem-estar humanos.

Na verdade, a expressão “era da ansiedade” já é quase um lugar comum. Estamos tão acostumados a viver em estado de ansiedade que nosso verdadeiro perigo é a tentação de mergulhar de cabeça na areia, à maneira do avestruz. Viveremos entre revoluções, choques, guerras, competições, discriminações e o desafio à pessoa é enfrentar abertamente tais transformações e verificar se, graças à coragem e à compreensão, poderá usar de maneira construtiva a sua ansiedade.

Vivendo construtivamente sua ansiedade, o homem adquire, ou pelo menos tenta adquirir, sua autoconsciência, a que May (1977) se refere como a capacidade para ver-se do exterior, sendo uma característica distintiva do homem. Na verdade, esta autoconsciência é a origem das mais altas qualidades humanas. Existe na capacidade de se distinguir entre “eu” e

o mundo e proporciona ao homem o talento de suspender o tempo, que é a aptidão para sair do presente e imaginar-se na véspera ou no dia seguinte. Assim os seres humanos podem aprender com o passado e planejar o futuro.

Esta faculdade de autoconsciência lhe confere o talento de ver-se a si mesmo como os outros o vêem e sentir empatia. Existe ainda sob a notável aptidão para transportar-se até a sala de alguém, onde na realidade só se encontrará na semana seguinte e, em imaginação, planejar sua maneira de agir. Permite que a pessoa se coloque no lugar de outra e imagine como se sentiria e o que faria se fosse ela. Por pior que se use, deixe de usar, ou mesmo abuse dessa aptidão, ela constitui os rudimentos da capacidade para amar ao próximo, ter sensibilidade ética, considerar a verdade, criar a beleza, dedicar-se a ideais e morrer por eles, caso necessário.

Contextualizando a temática da ansiedade com o aspecto emocional da obesidade, observa-se que cada pessoa, elege uma maneira de se expressar e de se relacionar, portanto o trabalho psicoterápico feito com pacientes obesos deve ser feito de forma a vincular à maneira como cada pessoa se relaciona e se vê no mundo, pois se deve respeitar a subjetividade e a unicidade de cada ser humano.

Oddone (2007) aponta que os sintomas são “fraturas” que ocorrem quando não dispomos de outras maneiras de expressão, e isto vem mostrar que através destes sintomas, as fraturas ocorrem pela falta de uma via de expressão, pelo desprazer que foi construído por algo ter sido engolido sem poder ser digerido, e quando as coisas não são bem digeridas, o crescimento e o amadurecimento psicológico podem ficar comprometidos. Sendo o nosso corpo um forte canal de expressão e que também pode se expressar por meio de uma ordem sintomática, pois ainda não foi possível conquistar outras ordens de expressão, os nossos desejos podem passar a atuar de maneira confusa e indiferenciada e nesta confusão não é possível perceber se o alimento é bom ou ruim, apenas sente-se que o objeto – o alimento vai ser o responsável pela destruição.

1.5 A Obesidade é um Transtorno Alimentar?

Apesar de a obesidade não ser diagnosticada como uma doença mental, nos manuais de psiquiatria, CID-10 (1993) e DSM-IV (1995), existe uma categoria diagnóstica denominada transtornos alimentares, onde se enquadram a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa.

Dalgarrondo (2000) conceitua anorexia como sendo uma doença que se caracteriza pela perda de peso auto-induzida por abstenção de alimentos que engordam ou por comportamentos como vômitos e/ou purgação auto-induzidos, exercício excessivo e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

Nunes e Abuchaim (1995) apontam que nesta doença há uma busca implacável de magreza e um medo mórbido de parecer ou ficar gorda, e do ponto de vista psicopatológico, o que é característico da anorexia nervosa é a distorção da imagem corporal; apesar de muito emagrecida, a paciente percebe-se gorda, sente que algumas partes do seu corpo, como o abdome, as coxas e as nádegas estão “muito gordas”. O pavor de engordar persiste como uma idéia permanente, mesmo o indivíduo estando com o seu peso abaixo do normal.

A bulimia caracteriza-se por preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida, sucumbindo o paciente a repetidos episódios de hiperfagia. Caracteriza-se, ainda, por preocupação excessiva com o controle do peso corporal, levando o paciente a tomar medidas extremas, como vômitos, purgação, laxantes e diuréticos, a fim de impedir os efeitos de engordar através da ingestão de alimentos. Os indivíduos com bulimia estão geralmente dentro da faixa de peso normal, embora alguns possam estar com o peso levemente acima ou abaixo do normal (DALGALARRONDO, 2000).

A obesidade não se encontra entre os transtornos alimentares, ou seja, não é considerada uma doença mental, porém é importante salientar que comer, ganhar ou perder peso é meramente uma parte do problema. Um dos pontos fundamentais da obesidade é a disfunção dos mecanismos da saciedade no obeso. De modo geral, o obeso não come predominantemente de forma precipitada ou extremamente voraz; ele come de forma contínua enquanto houver comida disponível, não sendo capaz de parar de comer (NUNES, 2006).

O fato é que a maioria dos obesos apresenta mais traços psiconeuróticos que são mais presentes do que na população não obesa, como foi demonstrado por Stunkard (1999), que aponta ainda que, embora haja atualmente muita controvérsia sobre a existência de um perfil constante de personalidade no obeso, ele foi classicamente descrito como imaturo emocionalmente e muito sensível à frustração. Seria um indivíduo que recorre à comida como forma de compensação do afeto que carece e que sente que nunca o recebe de forma adequada.

Dalgalarrondo (2000) também descreve o obeso como alguém que tem uma sexualidade fortemente reprimida, ou que “utiliza” a obesidade como defesa contra os impulsos sexuais. Outro aspecto seria a utilização da obesidade como defesa contra a depressão, ou como busca mágica de força e potência, ou como forma de distanciar-se dos outros. Deve ser, entretanto, enfatizado que tais mecanismos, embora encontrados em alguns indivíduos obesos, não podem ser generalizados.

Vallis e Ross (1993) assinalam que a obesidade tem uma função defensiva de esconder a realidade nas relações interpessoais. A parede de gordura mantém as outras pessoas afastadas e pacientes obesos têm uma tendência a somatizações, transferindo o foco de sua atenção para o sintoma, distanciando-o das emoções.

Segal (2002) e Cordás (2002) ressaltam que os obesos mórbidos, com frequência, são alvos de estigmatização e de discriminação social e profissional, até mesmo por profissionais da saúde: o obeso pode ser considerado como fraco de caráter e os seus problemas psicossociais serem atribuídos à sua condição de obeso. O desconhecimento sobre a obesidade e as generalizações sobre a personalidade dos obesos são responsáveis pela condição de exclusão a que estão expostos.

Nunes (2006), afirma que a obesidade é uma doença que se assemelha à bulimia, pois como esta, caracteriza-se por episódios de ingestão exagerada e compulsiva de alimentos, no entanto, difere da bulimia, pois as pessoas afetadas não produzem a eliminação forçada dos alimentos ingeridos.

Santos (2005) aponta que pessoas com este transtorno são encontradas em cerca de 2% da população geral – mais frequentemente em mulheres, e em 30% das pessoas que fazem regimes alimentares com supervisão médica.

Na tentativa de compreender as causas dos transtornos alimentares, pesquisadores como Halpern (2002), Cordás (2002), Kolyniak (2002) e Coelho (1996), têm estudado a personalidade, a genética, o ambiente e o metabolismo de pessoas obesas e o que encontram são pessoas com baixa auto-estima, sentimentos de desesperança e medo de nunca deixarem de ser gordas. No que diz respeito ao elevado nível de ansiedade e depressão decorrentes ou causais da obesidade, a literatura científica pouco vem acrescentar que ansiedade, depressão e obesidade estejam tão interligadas, daí o questionamento e a surpresa desta pesquisadora, pois a obesidade traz para o sujeito um alto grau de sofrimento psíquico e também um alto grau de ansiedade, podendo levar o indivíduo a ter episódios depressivos.

Arenales-Loli (2007) aponta que não é necessário muito esforço para deduzir-se que em um quadro em que tipicamente o indivíduo cuida menos da sua alimentação e tende a abandonar as atividades físicas, há a evolução de um quadro de obesidade, e a saúde, muito provavelmente, ficará comprometida. Ou seja, os sintomas de um indivíduo deprimido poderão funcionar como um verdadeiro gatilho para uma diminuição de atividades que implicam um maior gasto energético e/ou uma inadequação alimentar e, conseqüentemente, um provável desencadeamento da obesidade.

No entanto, não se está afirmando que toda obesidade vem precedida de uma depressão, pois se trata de uma generalização simplista e muito perigosa. Da mesma forma, considera-se fundamental destacar que, quando esta pesquisadora se refere à depressão, não está se referindo a transtornos psiquiátricos crônicos e considera fundamental salientar tal diferenciação, pois, neste aspecto, corre-se outro risco, o de criar mais um estigma para as pessoas que já sofrem tantas discriminações.

Não se está afirmando também que a depressão é mais freqüente na população de pessoas que padecem do problema da obesidade do que na população geral como muitos poderiam generalizar a partir dos dados colocados. Neste sentido, entende-se por que é tão polêmico abordar o assunto dos sintomas da depressão como uma co-morbidade da obesidade num contexto multiprofissional. Os profissionais idôneos temem a criação de novos estigmas

sobre o assunto e possuem toda a razão em ter tal receio, porém constata-se que é fundamental o investimento de maior esclarecimento no diagnóstico da depressão para melhor prognóstico no tratamento da obesidade.

É como se fosse um caminho que vai e volta, ou seja, o indivíduo obeso adoece psiquicamente por estar obeso, como também, doenças psíquicas, como ansiedade e depressão, podem desencadear comportamentos compulsivos que levam este mesmo indivíduo à obesidade. No entanto, a relação entre obesidade e saúde mental é ainda controversa; estes resultados discordantes podem ser influenciados pela possibilidade de uma via causal bidirecional destes eventos: a morbidade psiquiátrica pode levar à obesidade ou a obesidade pode causar sofrimento psicológico?

Existem, entretanto, alguns distúrbios psiquiátricos que podem predispor indivíduos de peso normal a tornarem-se obesos, entre os quais se pode citar: a síndrome da compulsão alimentar noturna, o transtorno da compulsão alimentar periódica e a depressão atípica e, quando reconhecidos, estes distúrbios devem ser tratados para evitar o desencadeamento da obesidade ou o agravamento do quadro (DSM-IV, 1995).

Os portadores da síndrome de compulsão alimentar noturna geralmente têm hábitos alimentares adequados durante o dia, mas, à noite, sentem enorme necessidade de se alimentarem e, caso não o façam, não conseguem dormir. Os sintomas da compulsão alimentar noturna são compatíveis com os do distúrbio do sono e dos transtornos alimentares. O transtorno da compulsão alimentar periódica é uma doença que pode estar presente em 30% da população de obesos que buscam tratamento. Ele se caracteriza pela ingestão, em um curto período de tempo, de uma quantidade de comida definitivamente superior ao que a maioria das pessoas seria capaz de consumir (RUSSO, 2000).

Indivíduos com este transtorno têm periodicamente a sensação de completa perda de controle sobre o comportamento alimentar. Estudos de Santos (2005) destacam que os obesos compulsivos tendem a ter mais recaídas durante o emagrecimento do que os obesos não compulsivos, e estas recaídas dificultam o sucesso do tratamento.

Souza, Guimarães e Ballone (2004) apontam para a depressão atípica como um quadro que se caracteriza por uma piora do humor seguida por um aumento significativo do apetite. Neste quadro, muitas vezes, observa-se melhora momentânea do humor em resposta a eventos

positivos ocorridos na vida do indivíduo, como promoção no trabalho e viagens. Esta melhora aparente pode camuflar os sintomas da depressão e levar a um atraso do diagnóstico, contribuindo para o estabelecimento da obesidade.

O indivíduo obeso passa a viver em função da dificuldade que o excesso de peso acarreta, pois será um fardo a ser carregado para o resto da vida, prestando-se à função de marcar, no corpo, as dificuldades existenciais gerando uma somatização. Ao aceitar a obesidade, a pessoa passa a tê-la como fonte de todas as desgraças de sua vida e já não precisa mais pensar em dificuldades emocionais, apenas preocupar-se em controlar o peso, o que quase nunca consegue fazer.

Anaruma (1995) assinala que o acompanhamento psicológico em um programa de tratamento da obesidade é imprescindível para seu sucesso. O indivíduo obeso tem, além de um corpo com excesso de peso, sentimentos, conflitos, um passado e sonhos. Quando eles não são levados em consideração no tratamento psicológico, a pessoa pode emagrecer, mas perde a oportunidade de se apropriar do seu próprio corpo e de compreender que a doença é a linguagem que o corpo utiliza para denunciar o desequilíbrio do corpo e da mente.

Diante deste desequilíbrio entre o corpo e a mente, Moreira e Sloan (2002) questionam o fato de a doença mental ser considerada na cultura ocidental de forma individualizada e sugerem uma psicopatologia crítica, que não busque a neutralidade científica, mas um maior comprometimento científico com o bem-estar humano. A psicopatologia crítica busca a compreensão ideológica da situação do doente mental na estrutura sócio-histórica em que ele vive, se relaciona, trabalha e adocece, discutindo a doença mental ou em que medida existe um grupo específico da sociedade ou da família que tem interesse em que ela se manifeste num dado indivíduo.

Sob a lente da psicopatologia crítica seria interessante pensar os aspectos ideológicos da obesidade, levando em conta o enorme mercado em torno desta doença. Cada vez são criados mais produtos alimentares dietéticos, novas dietas, novos modelos de exercícios físicos, culminando com o atual mercado que gira em torno da cirurgia bariátrica.

É interessante também questionar por que a obesidade não é considerada uma doença mental se a literatura da área reconhece que os comportamentos de comer excessivamente, têm freqüentemente levado a obesidade a uma etiologia de ordem emocional.

Nesta sociedade contemporânea, o obeso busca o médico – endocrinologista para ser tratado. Pensando esta questão sob a lente da psicopatologia crítica (Moreira e Sloan, 2002), não estaria a obesidade fora dos manuais de psiquiatria por conta de uma ideologia e um mercado biomédico que “mantém” a obesidade no âmbito da “doença física”?

Tavares (2003) afirma que o movimento em direção ao equilíbrio do corpo e da mente implica abandono de antigas práticas já estruturadas e responsabilidade do obeso por suas escolhas. As pessoas em tratamento precisam compreender melhor a si mesmas e aos outros, enfrentar mais seus conflitos, suas potencialidades e seus limites. Nem todo obeso suporta enfrentar mais esta trajetória de tamanha transformação, pois a “cura” da obesidade não se resume a emagrecer, mas principalmente às mudanças de atitudes.

É importante salientar que a “cura” aqui mencionada não tem o caráter médico e sim psicoterapêutico, pois, como traz Rogers (1991), a psicoterapia é como um microcosmo das relações interpessoais significativas, de aprendizagens fundamentais e de modificações importantes na personalidade e na percepção da situação vivida pelo indivíduo. Procuramos então aprender através da experiência que efetuamos neste campo psicológico do ser humano, o que é eficaz para provocar uma mudança construtiva na personalidade e no comportamento de pessoas que trazem consigo um intenso grau de sofrimento psíquico.

2 CIRURGIA BARIÁTRICA

2.1 Definição e Tipos de Cirurgia Bariátrica

A cirurgia bariátrica visa provocar a menor ingestão e/ou absorção de alimentos, levando à conseqüente diminuição do peso e não à cura das causas primeiras da obesidade mórbida. A cirurgia bariátrica surge como uma alternativa para combater esta doença, aliviando e/ou eliminando suas conseqüências físicas que levam, muitas vezes, o indivíduo à morte (SANTOS, 2005).

É necessário mais pesquisa sobre as conseqüências psíquicas e sociais desta intervenção cirúrgica e das transformações dela advindas, que são mais complexas do que podem parecer à primeira vista. As transformações físicas são praticamente certas, mas as psíquicas e sociais não, pois não é por meio do bisturi, quando o paciente está inconsciente, na mesa da cirurgia, que estas transformações vão ocorrer.

As cirurgias anti-obesidade podem ser didaticamente divididas em procedimentos que:

1. Limitam as capacidades gástricas (cirurgias restritivas);
2. Interferem na digestão (procedimentos mal-absortivos);
3. Uma combinação de ambas as técnicas.

De acordo com Benedetti (2003), estas cirurgias são consideradas opções efetivas para o controle da obesidade mórbida em longo prazo. A cirurgia bariátrica é constituída de técnicas radicais no combate à obesidade mórbida. Espera-se que o peso das pessoas seja reduzido em 40%, que os pacientes passem por mudanças físicas, de comportamento alimentar, de hábitos e relações sociais.

Os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica entram num processo de perda acelerada de peso, principalmente nos 10 meses pós-cirurgia. A dieta é líquida e pastosa nos 30 primeiros dias e depois tem como parâmetro a ingestão de uma quantidade reduzida de

alimentos nas refeições, que passam a ser em número maior – comer menos e mais vezes, porém há variações entre as orientações médicas, e deve ser levada em consideração toda a orientação nutricional do paciente.

Gaspar (2003) faz uma ressalva para as indicações da cirurgia bariátrica, que devem seguir alguns critérios, como o IMC maior que 40 kg/m² ou IMC acima de 35 kg/m², associado com doenças com no mínimo, cinco anos de evolução e que melhorem com a perda de peso, como diabetes e hipertensão arterial, doenças ortoarticulares, apnéia do sono, doenças endócrinas, etc.

Coutinho (1998) ressalta que a pessoa portadora de obesidade apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito social da obesidade e das conseqüências do seu comportamento alimentar. A cirurgia bariátrica produz uma alteração drástica na conduta alimentar, exigindo mudanças no comportamento sedimentado ao longo de vários anos.

Garrido Jr. (2002) aponta que, se estes novos padrões forem obedecidos, a perda de peso será rápida e acentuada, promovendo outra mudança radical: a estrutura corporal. Mudando o tamanho do corpo, mudam também as aptidões do indivíduo e a forma deste se relacionar com o mundo e consigo mesmo. No entanto, o que não se pode assegurar, é que esta relação seja qualitativamente melhor.

Para Marchesini (2002), o impulso de comer (fome ou apetite) é um mecanismo que envolve circuitos neurais complexos. E, naqueles pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, a intervenção ocorre apenas na cavidade abdominal, ficando os mecanismos cerebrais intactos, portanto capazes de manter comportamentos alimentares inadequados como a compulsão.

Os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica apresentam durante o primeiro ano pós-operatório certo controle no mecanismo compulsivo de ingestão alimentar. Contribuem para tal o temor por prováveis complicações cirúrgicas, o medo de voltar a engordar, a quebra do ciclo alimentar proporcionado pelas dietas do pós-operatório (jejum, líquida e pastosa) (MARCHESINI, 2002).

2.2 Prós e Contras da Cirurgia Bariátrica

As técnicas operatórias da obesidade mórbida evoluíram muito rapidamente, atingindo altos níveis de modernização em tempo recorde. O interesse científico entre profissionais da área de saúde e da população em geral é grande e requer cada vez mais informações a respeito dos novos tratamentos e de seus resultados.

A cirurgia bariátrica é considerada um método efetivo de tratamento da obesidade mórbida e permanece como único tratamento eficiente deste tipo de obesidade, principalmente para aqueles cujo tratamento clínico, baseado na restrição da ingestão calórica, não teve sucesso (SEGAL, 2002).

A opção pelo tratamento cirúrgico é o mais eficaz, porém é essencial a elaboração de diretrizes que norteiem precisamente a indicação da cirurgia no tratamento, de forma a não deixar de realizá-la naqueles que realmente dela necessitam e evitar que se cometam exageros que submeteram pessoas que não têm demanda para isso a riscos e exageros (NUNES, 2006).

Arenales-Loli (2007) ressalta o dever que o profissional e pesquisador do comportamento humano devem ter para a validação desta cirurgia e de que forma se pode contribuir para a segurança psicológica dos pacientes que necessitam submeter-se a ela.

É preciso considerar as críticas que são feitas aos procedimentos cirúrgicos empregados para o emagrecimento, porém a postura clínica desta pesquisadora tem sido de corroborar com esta evolução adquirida pela medicina, que se amplia dia-a-dia e tende a se ampliar ainda mais.

Por um lado esta pesquisadora não discorda dos profissionais que atacam a cirurgia de redução de estômago, pois eles alertam-nos sobre o risco da banalização desta intervenção cirúrgica, como acontece com muitas intervenções da cirurgia plástica, entre outras, vinculadas a um modismo.

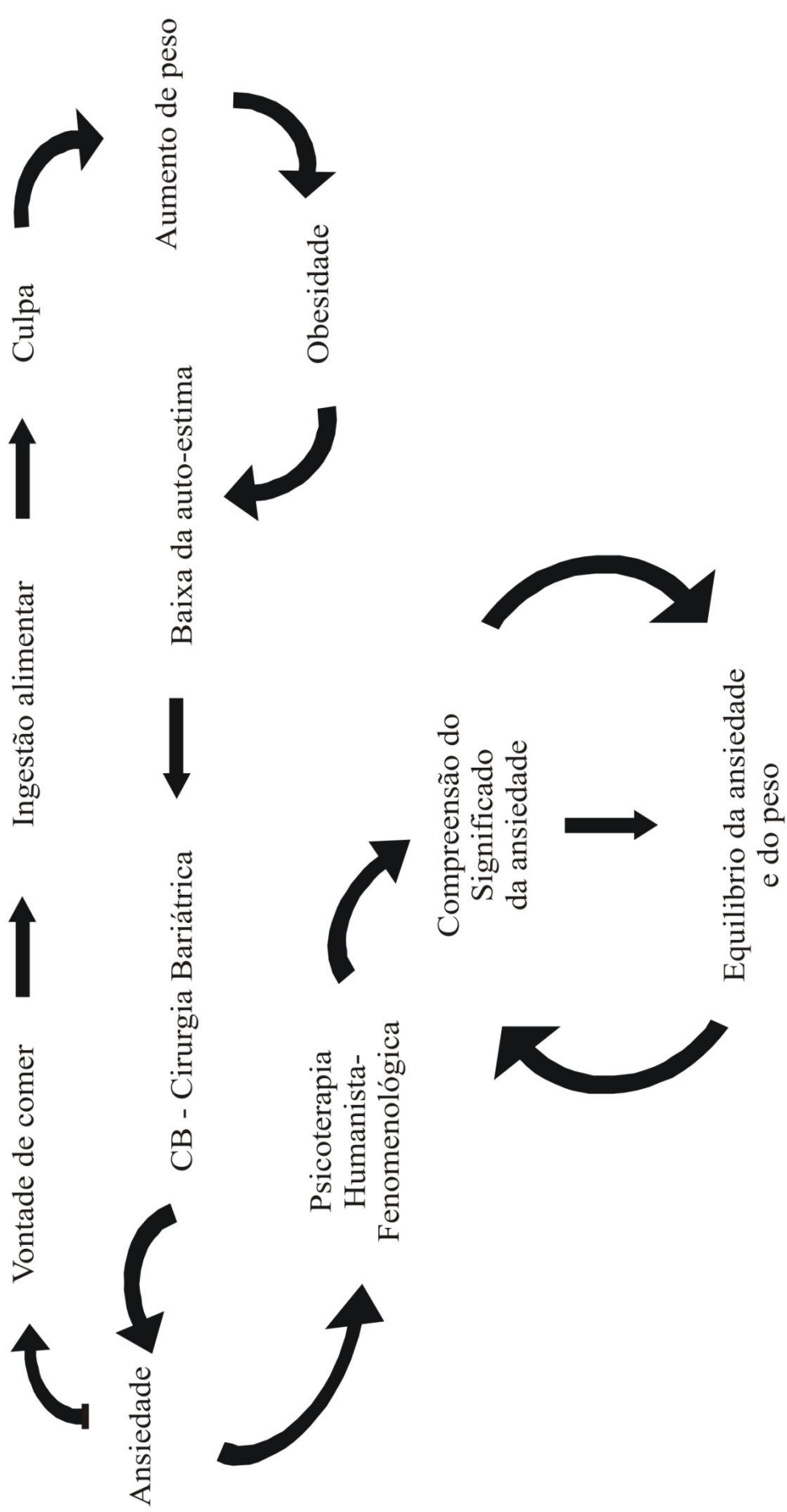
Por outro lado, deve-se ter em mente que quem trabalha com estes pacientes operados sabe que é quase unânime a satisfação pós-cirúrgica, a ponto de marcarem a data da cirurgia como a data de um “novo nascimento” a ser comemorado.

A vivência clínica desta pesquisadora e o contato que teve com pacientes em preparação para a cirurgia bariátrica mostram que a experiência de fome se confunde com o desejo puro de comer e, muitas vezes, sequer é percebida, pois o comportamento da alimentação contínua não permite que a sensação de fome apareça.

Franques (2006) destaca que esta condição até possibilita que consigam reduzir o peso durante uma dieta, mas não conseguem mantê-lo, pois até suportam ficar sem comer, mas não conseguem comer com moderação. A comida passa então a assumir a posição de objeto e compulsão e, ao comer, desencadeia um ciclo alimentar descontrolado.

A excessiva ingestão alimentar ameniza as dificuldades em tolerar as frustrações e tensões internas geradas por alguma situação desestabilizadora e o ato de comer restabelece o equilíbrio psicológico interno, ficando assim definido o “círculo vicioso” do comportamento alimentar:

Dificuldade de elaboração psicológica das emoções (tensões internas)



A cirurgia bariátrica interfere neste processo, reduzindo a ingestão alimentar de forma drástica, entretanto a dificuldade de lidar com as emoções permanece e necessita ser trabalhada psicologicamente, para que não produza outro ciclo com substituição da compulsão alimentar por outro modelo de compulsão.

Na cirurgia bariátrica, apesar do cuidado do contingente de profissionais envolvidos, o paciente precisa estar muito consciente de sua participação como agente do processo de emagrecimento.

O período pós-cirúrgico imediato é reconhecido como um momento psicologicamente difícil: o paciente está debilitado, pelo trauma cirúrgico, dores, restrições físicas e alimentares, perda de autonomia, ansiedade, adaptação à nova dieta líquida, em pequenos volumes, 20 a 40 ml, em curtos intervalos – 10 a 30 minutos; e insegurança. Tudo contribui para a desestabilização psicológica (BENEDETTI, 2003).

Posteriormente, após o terceiro mês, o emagrecimento é visível, as roupas mudam para números inferiores, a disposição e o bem-estar estão crescendo, o paciente passa a dispensar atenção a si mesmo e demonstra mais cuidados com a aparência.

Após o primeiro ano de cirurgia, sentem-se bem, como nunca estiveram: auto-suficientes, auto-estimados e seguros, ao ponto de muitos abandonarem qualquer cuidado ou o acompanhamento interdisciplinar programado.

Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica sofrem transformações significativas e precisam adaptarem-se aos relacionamentos afetivos, sociais, sexuais, interpessoais e profissionais, pois ninguém emagrece efetivamente sem reorganizar a vida e preparar-se para este evento. Um acompanhamento psicológico em psicoterapia pode auxiliar o paciente a conhecer e a compreender melhor a si mesmo, envolver-se efetivamente no seu tratamento e na criação de sua nova identidade (BENEDETTI, 2003).

Com freqüência escutamos críticas às cirurgias bariátricas advindas de profissionais da área de psicologia, como também de médicos psiquiatras, endocrinologistas e clínicos gerais.

Esta pesquisadora não discorda da polêmica por eles levantada quanto à indicação cirúrgica como um recurso de tratamento da obesidade mórbida. Entende que as argumentações são totalmente cabíveis, tendo em vista esta cirurgia ater-se essencialmente ao sintoma e ignorar a gênese da obesidade mórbida. Acredita sim, desta forma, que se corre o risco de “cortar a erva daninha apenas na região que nos é visível, deixando para trás a sua raiz com todo o potencial de um novo crescimento”.

Nos processos psicoterápicos desenvolvidos com alguns clientes, esta pesquisadora pôde constatar que a edificação desta obesidade tem em sua história uma série de comportamentos e opções de vida, também “mórbidos”. Percebe que, para muitos, não existe um tempo adequado para almoçar tranquilamente, pouco se investe em lazer e colocam-se os afazeres e o trabalho acima de qualquer noite de sono suficientemente restauradora. Fica óbvio que, ao permitir a redução da obesidade a partir do mecanismo cirúrgico, pode-se obter um modo de disfarçar as conseqüências de uma maneira de se dispor a própria vida, permitindo assim, diferentes reações que poderão apresentar-se a longo prazo.

3 CORPORALIDADE FEMININA NA CONTEMPORANEIDADE

“Nossos corpos são nossos jardins.
Nossas vontades são jardineiros.”

William Shakespeare

Ao longo do tempo, as mulheres vêm sofrendo cobranças cada vez maiores para serem magras. Utilizam o pouco peso e a boa forma do corpo como uma maneira de sentirem-se aceitas por si mesmas e pelos outros.

A mulher ocidental, na contemporaneidade, conquistou privilégios e liberdades nunca antes vislumbrados. Conquistou o mundo profissional; através dos métodos anticoncepcionais, adquiriu domínio sobre quando e como procriar. Fora do lar, pôde desenvolver-se intelectual e emocionalmente; conquistou o direito ao voto e ao questionamento às relações de poder entre homem e mulher (ROCHA; FRAZÃO, 2005).

Em contrapartida, quanto mais espaço ela ganhou, mais cobrança social sofreu a respeito da sua aparência. Além disto, a mídia brasileira a bombardeia diariamente com cobranças de eterna juventude, de beleza e de magreza (ROCHA; FRAZÃO, 2005). Ressaltam que a mulher de hoje tem jornada dupla: em casa e no trabalho.

O que esta pesquisadora observa é que a jornada desta mulher tem-se revelado na verdade, tripla: além da casa e do trabalho a mulher está, também, sempre diante do espelho em frente ao qual tem que prestar conta a si mesma de quanto investe na “perfeição” do corpo, através de exercícios físicos, dietas, de consumo exagerado de cosméticos. Mesmo que seja solteira, que more sozinha e que seja independente financeiramente, ela não consegue escapar da pressão social que seus amigos, seus familiares e os homens da sua vida exercem.

Nesta perspectiva, o resultado destas múltiplas cobranças sobre as mulheres é que elas chegam aos consultórios de psicologia cada vez mais insatisfeitas consigo mesma e com a impressão de que ainda não fizeram o suficiente.

Tavares (2003) destaca que a obesidade se transformou em uma epidemia e em um problema de saúde crônico, de forte impacto psicossocial e relacional e a quantidade de pessoas com obesidade ou excesso de peso poderá aumentar 50% até o ano de 2015 se a tendência atual persistir e que, mais de um bilhão de pessoas no mundo têm excesso de peso e este número poderá chegar a 1,5 bilhão antes de 2015.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) adverte: pela primeira vez na história da espécie humana, o número de pessoas com excesso de peso ultrapassou o de desnutridos – 1 bilhão e 200 milhões em todo o mundo. O Brasil é um bom exemplo: 1 em cada três brasileiros já está com o peso acima do considerado normal.

Poderíamos chegar a considerar que as crises político-econômicas e ético-morais que assolam a maioria dos países, não só os do Terceiro Mundo, haja vista que os Estados Unidos são os “campeões” quanto ao número e pessoas obesas, também alcançam e influenciam toda a estrutura da saúde pública e privada. Este aspecto é ressaltado porque tanto médicos, quanto profissionais da saúde mental, em especial os psicólogos, podem correr o risco de corroborar com esta “máquina econômica”, realizando procedimentos cirúrgicos desnecessários, receitando medicações para fins de contribuir com a rentabilidade de laboratórios e indústrias farmacêuticas, fornecer laudos ou quaisquer declarações que atestem a viabilidade de um indivíduo ser submetido à cirurgia de redução de estômago, visando a um lucro pessoal, por exemplo, sem atentar para possíveis “danos emocionais” que estes procedimentos podem causar a estas pessoas.

Seria interessante que a sociedade parasse para refletir quanto esta luta rouba das mulheres, de paz de espírito e de possibilidade de estarem inseridas no seu meio social de uma forma mais prazerosa e criativa.

É como se uma nova forma de Inquisição ocorresse. Se, na Idade Média houve uma “caça às bruxas”, hoje já se impõe, em todos os ambientes e classes sociais uma “política do corpo” na qual as mulheres têm que prestar contas das calorias ingeridas e da medida dos seus corpos; o corpo feminino atualmente sofre um constante policiamento que impede à mulher de sentir-se bem em sua própria pele.

Vive-se atualmente uma época de valores pós-modernistas, em que a valorização da imagem é algo que ultrapassa, muitas vezes, a barreira do que se pode considerar sadio, tanto quanto ao aspecto físico quanto também aos aspectos psicológicos.

Franques (2006) chama a atenção para uma preocupação excessiva com relação ao peso e à imagem corporal que leva indivíduos a adquirirem hábitos alimentares inadequados em busca do “corpo perfeito”.

A autora desta pesquisa realiza seu trabalho como psicoterapeuta há mais de uma década, e quando em contato com seus clientes obesos mórbidos (homens e mulheres) nota pelas observações clínicas empíricas que as mulheres parecem demonstrar mais sofrimento que os homens por estarem “fora dos padrões ditados pelas normas culturais vigentes”. Como estudiosa deste assunto, tenta-se abordar o significado patológico que a obesidade assume sobre o perfil psicológico das pessoas que são acometidas por esta “falha” de não ter o corpo e a personalidade fortes como que esperam as pessoas.

No entanto, outros caminhos devem ser percorridos para se explorar esta situação, por exemplo, situar a problemática em um contexto mais amplo e social, enfatizando as questões de gênero envolvidas. Para isto, foram levantadas e discutidas aqui algumas destas questões, com o objetivo de melhorar a compreensão do tema, procurando-se assim dar um passo em direção ao processo preventivo de problemas que possam surgir como consequência do cuidado excessivo e, portanto, inadequado, com o próprio corpo, principalmente quanto à figura feminina.

Novaes (2006) assinala que a constante pressão social é um dos fatores que favorecem o surgimento das desordens alimentares e da obesidade. Elas ocorrem com uma frequência mais alta nas mulheres, pois representam o medo extremo de ser obesas, ainda que seu peso corporal esteja dentro da normalidade. Tavares (2003) enfatiza estes dados, apontando que entre os portadores de desordens alimentares, os casos masculinos são minoria. E menciona que colabora para que o fato ocorra de que a necessidade de parecer extremamente magra, mais cobrada de mulheres do que de homens. Daí advém à idéia de que a extrema magreza está mais relacionada ao sexo feminino do que ao masculino. O ideal de figura feminina torna-se mais e mais magro e as imposições para as mulheres fazerem dieta tornaram-se mais acirradas.

Culturalmente, ser mulher adquire conotações de inferioridade, malícia perniciosa, perigo. Desde a narração bíblica de que a mulher impulsionou o homem a cometer o “pecado original”, tem-se atribuído à mulher o fardo da culpa pelos males da humanidade. Este legado tem colaborado para que as mulheres tenham de se esforçar continuamente para expiar esta culpa; devem ser belas, puras, castas, servis, enfim, subservientes. Tal subordinação se revela como um processo histórico (FRANQUES, 2006).

Este sortilégio atinge as mulheres também quanto ao corpo que se espera que tenham. Ainda que a atual cultura da vaidade e juventude eternas, predominante nestes tempos pós-modernos, alastre-se com exigências sobre os dois sexos, Novaes (2006) destaca que são as mulheres que precisam demonstrar sua perfeição ligada à apresentação de uma imagem corporal perfeita e ideal. Ser obesa implica ferir um suposto código social em que se estabeleceu a beleza como fator fundamental para a identificação da feminilidade e atratividade perante o sexo oposto, além de demonstrar que a pessoa não possui “autocontrole” e eficiência.

Nos últimos 70 anos, as mulheres sofreram cobranças cada vez maiores para serem magras. Em nenhum momento da história ocidental, o ideal de beleza feminino foi tão esquálido, fabricado por cirurgias plásticas e horas de academia, quanto na atualidade. Rocha e Frazão (2005) consideram que a mulher ocidental conquistou privilégios e liberdades nunca antes vislumbrados.

Em contrapartida, quanto mais espaço ela ganhou no mundo, mais cobranças sociais surgiram a respeito da sua aparência e do seu desempenho. Além disto, a mídia brasileira bombardeia diariamente a mulher com cobranças de eterna juventude, beleza e magreza. Chermin (1996) afirma que a cultura ocidental não suporta o desejo, o poder e a abundância da mulher. Considera que a mulher obesa que come compulsivamente, está, na verdade, encenando, no seu corpo, toda ambivalência que significa viver numa sociedade na qual as mulheres são, cada vez mais, convidadas a se controlarem e a lutar contra sua natureza sensual.

Schilder (1995) entende que a imagem corporal é “a figuração de nosso corpo formado em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual se apresenta para nós”. A imagem corporal construída pelos órgãos dos sentidos e moldada pelas representações mentais. A imagem corporal dá significado psicológico a algumas atitudes emocionais assumidas pelo nosso

corpo. Ela pode ser ameaçada e até mesmo destruída pela dor, pela doença, por uma mutilação real, assim como por uma insatisfação profunda. Apesar de ser imaginária, a imagem corporal pode ser vivida como tão real quanto o próprio corpo. Pode se converter em uma fonte constante de energia ou numa causa de dor crônica e está sujeita às distorções quando uma parte ou o corpo está desarmônico (FREEDMAN, 1991).

Tavares (2003) ressalta que o corpo e a vivência do corpo criam em cada indivíduo uma imagem corporal de muita significação. Nas pessoas obesas, a imagem corporal está distorcida da realidade e muitas vezes é associada a ideais patológicos que refletem dificuldade profunda de aceitar o próprio corpo. Em muitos casos, na imagem corporal do obeso, a gordura teve papel definido como representação mental de força, de poder ou de isolamento e a idéia de perdê-la poderia ser vivida como ser roubado e a redução da camada de gordura pode expor sua intimidade, o que é temido e indesejado.

A cultura da mídia contemporânea gerou mudanças consideráveis na maneira como nos relacionamos com o mundo. Estas mudanças acabam incidindo também sobre o modo de pensar. É certo que se vive em um mundo cada vez menos consistente e nos quais alguns conceitos que, tradicionalmente, aplicavam-se aos produtos e aos fatos culturais vêm se revelando inoperantes. Assim, tais conceitos necessitam de revisão, especialmente quanto à importância da materialidade das formas, das imagens corporais.

Não há nada de errado em querer ser bonita, andar bem vestida, ser culta e inteligente. O problema ocorre quando se acredita na ilusão de que qualquer um destes atributos é suficiente, necessário ou imprescindível.

Ao valorizar a dimensão cultural do comportamento alimentar, Freitas (2004) ressalta que, na comida, mesclam-se valores simbólicos antigos e modernos, inclusive de características regionais a padrões socioculturais das diversas instâncias do conhecimento: “A comida representa a manifestação da organização social, a chave simbólica dos costumes, o registro do modo de pensar a corporalidade no mundo, em qualquer que seja a sociedade” (FREITAS, 2004, p. 2).

Para exemplificar sua afirmação, Freitas (2004) registra a forma pelas quais as classes dominantes se apropriaram da idéia de dieta leve. Antes considerada como dieta de doente,

hoje, é percebida pelas camadas sociais privilegiadas como hábito salutar que denota leveza e bem-estar. A mudança na forma de apropriação e de compreensão do que seja a dieta leve está diretamente ligada a uma nova racionalidade estética moderna: os mesmos cuidados e a mesma dedicação antes exigidos pelos doentes migraram, para o campo de interesse daqueles que têm tempo e dinheiro para dedicar atenção especial à alimentação e a estética do corpo. O padrão estético corporal contemporâneo impõe uma dieta leve, magra, isenta de gordura, ou seja, "*light*".

Este padrão é exacerbado pela mulher, pelo ideal de corpo leve; é este corpo leve, frágil, fino, esquelético, das modelos famosas, que é valorizado e, portanto, desejado pelas mulheres.

Por sua vez, Coutinho (1998) sinaliza que a compreensão dos hábitos alimentares como práticas sociais permitem contextualizá-los de forma mais ampla, inclusive, em sua dimensão antropológica, e representa um grande avanço em relação à visão estritamente biológica e metabólica destes mesmos hábitos. Assim, a prática alimentar é uma resultante histórica e tem um modelo analítico e intelectual que a justifica e inscreve-se numa lógica na qual o discurso constrói uma realidade simbólica e relacional. Do mesmo modo, o comportamento alimentar não deve ser encarado, apenas, como o conjunto de práticas observadas empiricamente, o que e o quanto se come, mas deve ser compreendido como inserido nas suas dimensões socioculturais e psicológicas. Significa que o comportamento alimentar está ligado ao lugar, à forma, à periodicidade e às relações sociais, em torno das quais ocorre, onde, como, quando e na companhia de quem se come.

Ao comprar um alimento, o homem contemporâneo não manuseia um simples objeto de um modo puramente transitivo. Este alimento resume e transmite uma situação, constitui uma informação, mostra-se significativo. Pode-se afirmar que os alimentos carregam qualitativos: configuram-se ou saudáveis, ou naturais, ou leves, ou de baixa caloria, entre outras acepções. O alimento não indica simplesmente um conjunto de motivações mais ou menos conscientes, mas é símbolo, aparece como unidade funcional de uma estrutura de comunicação.

Atualmente, o alimento é signo de múltiplos campos e representa o *status* de alguém, que varia entre o moderno, atuante, pertencente a um grupo de indivíduos inteligentes, ou o "antigo", ou atrasado, ignorante, entre outras determinações sociais. Para os autores, os desejos são produzidos hoje sob a forma de signos e não de objetos materiais. O consumo é

menos alguma coisa real e mais propriamente um ícone. O que se deseja não é a coisa em sua concretude, mas seu signo.

Em relação ao padrão estético corporal, o belo é normatizado desde os primórdios dos regimes patriarcais: todas as sociedades desenvolvem-se marcadas por padrões estéticos bem definidos. Mais do que tendência ou produto da disponibilidade alimentar, os modelos de beleza ideal são signos de distinção social e servem como sinalizações das diferenças entre classes sociais (NOVAES, 2006).

No Brasil, desde a Independência até os dias de hoje, o padrão estético corporal tem mudado e adapta-se ao contexto social, político, histórico e econômico. No século XIX, quando a culinária primava pelo alto teor de calorias, a Marquesa de Santos personificava a sedução feminina de formas arredondadas e flácidas. Mais de 150 anos depois, atrizes e modelos magras, altas e com músculos delineados ditam o modelo de beleza, cuja emulação incita a luta permanente contra a balança, marcada pelo uso de remédios, inclusive.

O novo paradigma corporal do corpo esguio e esbelto, instaurado principalmente a partir dos anos 90, incrementa as indústrias da beleza, alimentícia e farmacêutica que cada vez mais diversificam e incrementam sua produção para atender a necessidades impostas pelo novo padrão estético e alimentar. Caminham juntos, portanto, os *habitus*, as práticas alimentares e os padrões estéticos corporais, igualmente determinados pela sociedade.

De acordo com Tavares (2003), vivemos no século da afirmação de "novas condutas alimentares e representações do corpo" e a reestruturação do padrão de beleza responde a uma exigência estética "lipofóbica", numa sociedade obcecada pela magreza e que rejeita, de forma quase maníaca, a obesidade.

Antes, a mulher desempenhava quase exclusivamente a função doméstica e de reprodução, hoje ela ganha o mercado de trabalho fora do espaço privado da família e alça-se à condição de consumidora e alvo das indústrias da moda, vestuário e alimentação. Conforme Santos (2005) e Novaes (2006), o culto ao corpo parece atender a dois objetivos básicos: o consumo de bens e serviços e o controle do corpo, já tão conhecido por outras tradições. Segundo ele, diante da frustração de não alcançar os padrões estéticos impostos, os indivíduos

estabelecem uma espécie de inferioridade social, podendo, também, desenvolver uma crise existencial.

Tal sentimento de inferioridade aparece como uma das bases de sustentação destes padrões estéticos, quase sempre inalcançáveis que, por isso mesmo, contribuem para desenvolver a baixa auto-estima. Portanto, o círculo vicioso se sustenta exatamente aí, na permanente busca de uma auto-estima que se encontra fora do indivíduo, alienada e substituída por alguma coisa que só existe como imagem. Mesmo quando o padrão imagético é alcançado, a conquista é fugaz, não pertence efetivamente ao universo de posses do indivíduo e se desfaz diante do medo de perdê-lo.

O indivíduo assim permanece ameaçado de rejeição social porque não detém, não incorporou tal padrão, mas precisa continuamente mantê-lo. Acrescente-se a isto, a contínua mudança deste padrão estético como tática de geração de novas necessidades de consumo, e teremos completado e estruturado o círculo vicioso no qual nos movimentamos.

Gaspar (2003) vem mostrar que a exclusão sofrida pelo obeso, pode-se manifestar na esfera do trabalho, pois, com o advento da tecnologia, as atividades se tornaram mais ligadas ao intelecto, portanto mais leves e com menor dispêndio de energia. Tal fato implicaria um trabalhador mais leve. O preconceito também se manifesta na afetividade, já que o obeso não corresponde ao ideal de beleza, sendo considerado ou feio, ou engraçado, ou o "amigo para todas as horas", destituído de sexualidade.

Diante desta pressão, pessoas obesas muitas vezes recorrem a tratamentos para emagrecimento não recomendáveis do ponto de vista da nutrição. Numa perspectiva científica, o tratamento para a obesidade deve contemplar o aumento do gasto energético do corpo, a prática de atividade física regular que estimule a função metabólica do organismo e uma alimentação equilibrada qualitativa e quantitativamente, que obedeça a características individuais: biótipo, atividades que realiza e tipo de vida. Portanto, a prevenção da obesidade depende da promoção de uma vida saudável que integre todas estas dimensões.

Pode-se, por fim, perceber dentro de que lógica são produzidos os padrões estéticos corporais, bem como as práticas alimentares que os acompanham. Pode-se também compreender em que contextos são produzidos os discursos sobre práticas alimentares para

emagrecimento e entender melhor o elevado grau de sofrimento psíquico que tem uma pessoa que não se enquadra nestes padrões impostos pela sociedade contemporânea.

Para Chermin (1996), a “cura” da obesidade feminina estaria na reconciliação profunda com a vida instintiva e na possibilidade de resgatar a experiência positiva de ser mulher, integrando seu poder e fazendo as pazes com seus corpos e apetites. É como se existissem na sociedade dois grupos nos quais as mulheres se encaixam: o grupo feminista, que luta por exercer o seu potencial, pelo engrandecimento da mulher e pelo direito de ser levada a sério e o grupo de vigilância do peso, cujo objetivo é obter uma resposta para os problemas no controle do físico e da fome.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tudo aquilo que eu sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. Todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se queremos pensar a própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos primeiramente despertar essa experiência do mundo da qual ela é expressão segunda. (MERLEAU-PONTY, 2006).

As inquietações desta pesquisadora acerca da obesidade, originadas a partir da sua vivência como psicoterapeuta e da sua própria vida, levaram-na a querer compreender melhor a experiência vivida da doença, buscando entender o fato de o fenômeno humano ser experienciado de forma tão “dolorosa” pelas pessoas. Foi utilizado, para a realização deste estudo, o método qualitativo fenomenológico, que tem como objetivo, compreender o significado da experiência vivida por quem vive ou viveu a experiência em estudo.

4.1 A Pesquisa Qualitativa

Método é um termo originado do grego *methodos*, que significa caminho ou modo de fazer algo. Lakatos e Marconi (2003) definem método como um conjunto de atividades sistemáticas que possibilitam alcançar determinado objetivo, configurado em conhecimentos válidos. Gil (1995) refere-se ao termo como sendo um conjunto de procedimentos técnicos e intelectuais que são utilizados para viabilizarem o desenvolvimento de uma investigação científica. Considerando as definições citadas, entende-se que o método perpassa o planejamento e a execução de uma pesquisa, e a qualidade dos dados e conhecimentos obtidos estão estritamente relacionados a este processo. Dessa forma, uma investigação científica necessita de coerência entre os pressupostos teóricos que a fundamentam e a metodologia que será desenvolvida, para que sejam alcançados os objetivos previamente definidos.

Esta pesquisadora optou então por um modelo de investigação de base qualitativa, para elucidar e compreender melhor o seu objeto de estudo. Esta escolha fundamentou-se no seu interesse pela vivência da obesidade, já que este tipo de abordagem possibilita o acesso à experiência, aos sentidos e às significações que as pessoas têm a dizer sobre o fenômeno

pesquisado, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados (TURATO, 2003).

Esta pesquisadora acredita ser pertinente esta modalidade de pesquisa, visto que os objetivos centrais de uma pesquisa qualitativa são exatamente acessar o mundo privado e subjetivo do homem e dar conta das dimensões do vivido humano não mensuráveis pela metodologia quantitativa tradicional (HOLANDA, 2001).

As pesquisas de natureza qualitativa vêm atender ao campo das ciências humanas, cuja epistemologia é distinta da que fundamenta a tradição positivista da ciência (REY, 2002), surgindo como uma forma mais apropriada de se investigar o ser humano e responder a questões que são mais voltadas para a experiência de vida e para o significado das vivências. Segundo este autor, neste tipo de pesquisa, o pesquisador e o sujeito pesquisado e a comunicação entre eles assumem um lugar diferenciado.

Para Minayo (1994), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

É importante deixar claro que a escolha por uma pesquisa qualitativa não estabelece uma oposição em relação às abordagens quantitativas, apenas aquela responde mais eficazmente aos objetivos da presente investigação. Esta pesquisadora compartilha com Minayo (1994), quando enfatiza a inexistência de dicotomia entre as duas abordagens e reforça a complementaridade entre elas.

A escolha pela pesquisa qualitativa também se justifica neste trabalho, porque se trata de um estudo que pretende apreender os significados atribuídos pelos sujeitos com relação a um fenômeno. Etimologicamente, fenômeno (do grego *phainómenon*) é definido como aquilo que é percebido pela consciência. O termo significado tem origem do latim *significatus*, a representação de um signo, de uma marca atribuída pelo sujeito. Assim, quando o fenômeno é percebido pela consciência, o sujeito passa a representá-lo, atribuindo-lhe um significado, que é único, singular. Como se pode observar, o significado tem fundamental importância na abordagem qualitativa porque o foco está no modo como as pessoas dão sentido as suas experiências vividas.

Dentre as diversas estratégias da pesquisa qualitativa, esta pesquisadora decidiu utilizar o método fenomenológico para coleta de dados e análise dos resultados, buscando compreender a experiência vivida da obesidade em sua inter-relação com o mundo, ampliando seus significados ao optar por identificar este fenômeno tanto através das falas dos sujeitos, como da sua própria experiência.

4.2 O Método Fenomenológico

O pensamento filosófico que fundamentou esta pesquisa qualitativa foi a fenomenologia de Merleau-Ponty, que propõe uma lente para compreender o mundo a partir da perspectiva de múltiplos contornos. Para Merleau-Ponty (2006), a realidade, tal qual é percebida, está sempre em movimento, não tem forma definida, sobretudo porque não existe uma demarcação fixa entre o real e o imaginário. Para exemplificar, Merleau-Ponty faz uma analogia entre a sua filosofia e a pintura de Cézanne, que tem múltiplos contornos, demonstrando que a pintura proporciona uma mistura do real com o imaginário, deformando assim a realidade. Afirma que a pintura de Cézanne, com suas formas indefinidas e sem contornos, é mais real que uma fotografia, que, por sua vez, faz um recorte de um momento exato da realidade como se ela fosse estática. Assim, a filosofia de Merleau-Ponty caracteriza-se pela ruptura das dicotomias, através do reconhecimento das ambigüidades inerentes ao ser humano (MOREIRA, 2002).

Ao contrário da fenomenologia de Husserl, que busca a essência dos fenômenos, Merleau-Ponty busca o significado da experiência vivida, afirmando que a essência está na existência (MERLEAU-PONTY, 2006). Para o filósofo francês, o homem é parte do mundo e o mundo é parte do homem, ou seja, o homem é eminentemente “mundano” e será na interseção do homem com o mundo e através da prática da redução fenomenológica que o pesquisador deve “pôr entre parênteses” as suas experiências e idéias preconcebidas sobre o fenômeno, para ter uma melhor apreensão do relato dos sujeitos participantes, buscando compreender todos os significados possíveis da experiência individual. Entretanto, a prática da redução fenomenológica será sempre uma tentativa, pois nunca será completamente realizada, justamente por conta da mundaneidade do homem (MOREIRA, 2004).

Ainda neste estudo, vale ressaltar que a experiência vivida não é somente do sujeito colaborador, mas também desta pesquisadora, como Valle e Halling (1989) destacam que o mapa fenomenológico re-enfoca o inquérito, concentrado não nas descrições de objetos no mundo, mas nas descrições de experiências. Isto requer uma mudança na atitude do pesquisador de uma perspectiva natural a uma perspectiva fenomenológica, pois o pesquisador deve prestar atenção ao que está presente na consciência, removendo assim a distração e a necessidade de olhar fora da consciência por fontes que causem experiência. Dessa forma, este autor vem trazer uma reflexão para a forma na qual um único indivíduo experiencia (vivencia) o seu estar-no-mundo (presença no mundo), apontando que a fenomenologia existencial pode ser abordada fenomenologicamente e estudada como um fenômeno entre outros, nas suas estruturas essenciais, destacando que a psicologia fenomenológica é a perspectiva que reconhece a realidade do reino das experiências como o *locus* fundamental da sabedoria.

Um estudo fenomenológico caracteriza-se por descrever o significado das experiências vividas por vários indivíduos acerca de um conceito ou fenômeno. Como afirma Creswell (2007), o pesquisador que deseja realizar uma pesquisa de enfoque fenomenológico busca o significado central e fundamental da experiência do sujeito. A busca do significado será sempre o fim último da pesquisa fenomenológica, o que difere é o modo de compreensão deste significado, ou seja, ele tem múltiplos contornos porque cada sujeito atribui um significado ao fenômeno, que é singular (MOREIRA, 2004).

4.3 A Lente Fenomenológica Mundana

É importante lembrar que a fenomenologia não se resume a uma única corrente ou autor. Moreira (2004) destaca que não se pode falar de um único modo de aplicação da pesquisa fenomenológica e que a pesquisa sofre inúmeras variações de acordo com o pensamento filosófico que a fundamenta, portanto a “lente” utilizada neste estudo é a fenomenologia “mundana” de Merleau-Ponty (1908-1961).

O método fenomenológico, conforme Moreira (2004) é amplamente utilizado no âmbito da pesquisa qualitativa em psicologia e psicopatologia por autores brasileiros como AmatuZZi (1991, 1996), Forghieri (1993), Gomes (1998), e norte-americanos como Giorgi (1985, 1997), Valle e Halling (1989).

AmatuZZi (1991) pontua que a pesquisa fenomenológica sonda o vivido. Mas o vivido não se manifesta sozinho ou puro. Ele sempre se mostra já se compondo com concepções, percepções, construções da consciência. A possibilidade de o pesquisador atuar como facilitador do acesso ao vivido é de fundamental importância neste tipo de pesquisa, pois muitas vezes as pessoas nunca tiveram oportunidade de efetivamente dizer sua experiência. Fazem-no então pela primeira vez, e frequentemente surpreendem-se com o que dizem. A pesquisa fenomenológica é a pesquisa do vivido, e ele pode não ter sido acessado antes. O “vivido” não é necessariamente “sabido” de antemão. Assim como na pesquisa, na psicoterapia de base humanista-fenomenológica a compreensão do vivido é prioritária. Neste sentido, é que esta pesquisadora está utilizando três ex-pacientes atendidas por ela neste enfoque.

Como pretende se fundamentar através da análise de dados obtidos nos casos clínicos atendidos, bem como, da sua própria experiência vivida, terá uma pesquisa fenomenológica no sentido mais empírico do termo, ou seja, no sentido em que se baseia uma análise sistemática de registros de experiências; pretendendo trabalhar com uma análise fenomenológica, onde o melhor relato é aquele que procura trazer, tornar presente a experiência vivida.

Moreira (2004) destaca os vários modelos de pesquisas fenomenológicas. Ainda que divergentes em alguns aspectos, são semelhantes em outros, o que, aliás, diz seu caráter fenomenológico, apesar de suas diferenças. Entre estes, a busca do significado da experiência será sempre o que se deseja alcançar na pesquisa fenomenológica, o que será diferente será o modo de compreensão deste significado.

Este estudo tem uma compreensão mundana, dentro da visão merleau-pontyana, eminentemente crítica, ou seja, esta lente fenomenológica não busca a essência da patologia mental, dos transtornos alimentares e / ou compulsões alimentares, assuntos abordados neste trabalho, mas sim seu significado, entendendo que, como ferramenta crítica, o método

fenomenológico pode ser extremamente útil para o desenvolvimento de uma psicopatologia crítica (MOREIRA, 2002).

Nesta perspectiva, Moreira (2004) acredita que não há verdade absoluta ou exata. Neste sentido, a fenomenologia de Merleau-Ponty (2006) é utilizada como ferramenta crítica de revelação do mundo na pesquisa em psicopatologia, na medida em que compreende o fenômeno psicopatológico de forma mundana, com múltiplos contornos.

Esta pesquisadora acredita que a análise e a discussão do contato direto que teve com a subjetividade feminina, através dos três casos de mulheres portadoras de obesidade mórbida que se submeteram à cirurgia bariátrica, são os pontos que mais ricamente poderão contribuir para uma melhor compreensão de suas falas durante o processo psicoterápico de base humanista-fenomenológica, bem como, da sua própria experiência vivida.

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados: registros e entrevistas

Nesta pesquisa, buscou-se compreender o significado da experiência vivida de três mulheres obesas mórbidas que se submeteram à cirurgia bariátrica e foram acompanhadas por esta pesquisadora em psicoterapia.

Trata-se de ex-pacientes, ou seja, este acompanhamento se deu antes de esta pesquisadora iniciar a pesquisa, antes que estivesse engajada neste mestrado, quando adotava uma perspectiva apenas clínica. Como já foi mencionado anteriormente, esta pesquisadora faz parte de uma equipe multidisciplinar que atende e acompanha pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica. Portanto, sua perspectiva no decorrer daqueles atendimentos, não era a de uma pesquisadora, mas a de uma psicoterapeuta, uma investigadora da experiência vivida.

Resgatou-se todo o registro dos arquivos das sessões atendidas durante os três processos psicoterápicos, onde se fez uma descrição detalhada e minuciosa desde o começo com a chegada das pacientes, suas queixas, até o momento em que elas alcançaram alta

psicoterapêutica. Estas pacientes foram contactadas e ao serem convidadas a participar desta pesquisa, concordaram em ser entrevistadas.

4.4.1 Registros

Yin (2005) aponta para os pontos fortes dos registros armazenados em arquivos, quando afirma serem eles mais confiáveis e estáveis, por poderem ser revisados inúmeras vezes, terem informações fidedignas por conterem nomes, referências, datas e detalhes exatos de um determinado evento e possuírem uma ampla cobertura sobre as situações experienciadas.

Segundo este mesmo autor, em muitos estudos de caso, os registros armazenados em arquivos podem ser importantes quando utilizados em conjunto com outras fontes de informação ao se produzirem trabalhos que visem à compreensão de várias fases de um determinado comportamento. No entanto, ao contrário das evidências documentais, a utilidade destes registros irá variar de um estudo de caso para outro. Para alguns estudos, os registros podem ser tão importantes que podem se transformar no objeto de ampla análise qualitativa, o e em outros, podem ser apenas de importância artificial.

Nasser (2008) vem demonstrar que as capacidades da memória são limitadas e ninguém conseguiria memorizar tudo. A memória pode também alterar lembranças, esquecer fatos importantes, ou deformar conhecimentos. Por possibilitar realizar alguns tipos de reconstrução, os registros escritos constituem, portanto, uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Tais registros são evidentemente, insubstituíveis em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que eles representem a quase totalidade dos vestígios das experiências vividas e ocorridas num passado recente.

É importante lembrar que, apesar do método fenomenológico se utilizar da redução fenomenológica, apontar para a exclusão dos conhecimentos passados relativos aos fenômenos pesquisados, a fim de estar inteiramente presente nele, tal como ele está na situação concreta em que é encontrado, isto não significa que seja preciso esvaziar-se de todo o conhecimento anterior, encontrado nos registros. Esta reflexão decorre de um procedimento

particular: é preciso “descartar” ou tornar “não-influente” todo conhecimento passado suscetível de ser associado ao que é dado no momento, de modo a lhe fornecer a oportunidade de se apresentar em sua totalidade no interior da situação (GOMES, 1998). Ou como já diria Merleau-Ponty (2006), no prefácio de sua obra clássica, *Fenomenologia da Percepção*, a maior característica da redução é que ela nunca se completa.

Portanto, adotar a atitude da redução fenomenológica torna, de um lado, a excluir os conhecimentos passados relativos a um fenômeno, a fim de apreendê-lo em toda a inocência e descrevê-lo exatamente tal como se tem dele a experiência vivida; e, de outro lado, a reter todo o indício existencial, ou seja, a considerar aquilo que é dado, unicamente tal como é dado, a saber, uma presença ou um fenômeno (GIL, 1995).

O pesquisador que utiliza registros como documentos para sua pesquisa deve superar alguns obstáculos e “desconfiar de armadilhas”, como verdades prontas e definidas, antes de estar em condição de fazer uma análise em profundidade de seu material, devendo compreender adequadamente o sentido dos conteúdos revistos nos registros.

Tudo o que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho, é considerado como registro, documento ou fonte. Pode tratar-se de textos escritos, ou de qualquer outro tipo de testemunho registrado, objetos do cotidiano, elementos folclóricos, como também, um relatório de entrevista, ou anotações feitas durante uma observação ou uma sessão psicoterápica (NASSER, 2008).

Os registros utilizados nesta pesquisa foram feitos a partir de anotações sobre os casos clínicos realizados entre 2003 e 2006 quando as três pacientes estavam em psicoterapia.

4.4.2 Entrevistas Fenomenológicas

Como esta pesquisa busca analisar a experiência vivida das pacientes em questão, os registros não foram utilizados como única fonte de informações, mas também as entrevistas fenomenológicas.

As entrevistas fenomenológicas foram também utilizadas nesta pesquisa, partindo-se de uma pergunta disparadora: “Como foi para você a experiência de se submeter à cirurgia bariátrica”?

Estas entrevistas consistem em uma ferramenta que prioriza a experiência vivida e que facilita aos sujeitos colaboradores descrever verbalmente suas experiências em relação ao fenômeno pesquisado, cuja finalidade é compreender o significado da experiência vivida (MOREIRA, 2004).

No decorrer da entrevista fenomenológica vários temas podem emergir, ainda que “escapem” à pergunta disparadora. Trata-se de uma entrevista aberta.

A entrevista fenomenológica pressupõe o estabelecimento de uma comunicação efetiva e empática que possibilita o desvelar de sentimentos e significados das entrevistadas em relação ao fenômeno pesquisado. “A entrevista explora o mundo vivido do entrevistado, definindo como experiência consciente, e está à procura do sentido que este mundo vivido tem para o entrevistado. Neste processo, a consciência do entrevistador, modifica-se, amplia-se, atualiza-se na interação com o entrevistado” (GOMES, 1998, p. 31-32), criando momentaneamente uma “mutualidade de experiência entre os dois comunicantes”.

A escolha dos casos se deu pela riqueza de conteúdos emocionais e desdobramentos que cada caso obteve, pois as três pacientes foram atendidas por mais de um ano, o que gerou uma gama de informações mais ricas e aprofundadas sobre o tema.

Nas entrevistas realizadas com os três sujeitos colaboradores, nenhum encontro foi igual ao outro. Desde a abordagem inicial, até o momento da entrevista, cada clima e cada *rapport* criado entre pesquisador e sujeito colaborador foi singular. Esta pesquisadora teve acesso a experiências únicas vividas, com o privilégio de ainda partilhar emoções e aprendizados acumulados, o que lhe permitiu experienciar algo profundamente enriquecedor.

Ouvir, gravar e estudar cuidadosamente, por inúmeras vezes, todos os generosos relatos que propiciaram a esta pesquisadora ter nas mãos um material de tanto valor, tornou fascinante este trabalho. Sentiu-se em ressonância com aquelas vozes. Perguntar, escutar

atentamente e analisar fez emergir uma compreensão mais ampla do que se vive neste processo.

As entrevistas duraram, em média, uma hora a uma hora e meia. Todas foram gravadas e transcritas. Estão aqui três mulheres que falaram de descobertas, ganhos, perdas, medos, renascimentos, sofrimentos, inquietações, preocupações e felicidades. As entrevistas foram realizadas no consultório de psicoterapia desta pesquisadora, devidamente adequado para assegurar as condições éticas.

Tereza, Maria e Fátima, ex-pacientes, foram convidadas para participar desta pesquisa. Elas se dispuseram a ser entrevistadas, no local e em horário definido. Cada uma das pacientes assinou o termo de consentimento para que as entrevistas fossem gravadas e utilizadas com os devidos cuidados éticos. Foram usados nomes fictícios, bem como, outros nomes envolvidos que pudessem identificá-las.

Tereza, Maria e Fátima haviam sido atendidas em 2003, 2004, 2005 e 2006, quando se submeteram à cirurgia bariátrica. As entrevistas foram transcritas e analisadas fenomenologicamente, seguindo os legítimos passos descritos por Moreira (2004). De posse da transcrição das entrevistas, esta pesquisadora partiu para a leitura do texto nativo em toda a sua completude, por várias vezes, a fim de se possibilitar uma aproximação com o fenômeno e com os sentidos presentes.

Em seguida, fez-se uma divisão quando o entrevistando mudava de tema, fazia pausas, fazia silêncio, ou modificava o tom de voz, ou interrompia de alguma forma a entrevista. Não há interferência no texto original, apenas este é desmembrado, segundo a intuição do pesquisador. Dos movimentos identificados, surgiram sentidos emergentes nas falas dos sujeitos.

Depois disto, foi feita a análise descritiva do sentido que emerge de cada um dos movimentos, buscando uma articulação dos sentidos emergentes. Nesta fase, o propósito foi sistematizar os sentidos emergentes nos diversos momentos de cada entrevista, buscando identificar e compreender os múltiplos significados da experiência vivida em relação ao tema desta pesquisa.

Após este longo caminho, restava apenas “sair do parêntese”, o que significa realizar o movimento inverso ao da redução fenomenológica. Esta fase consiste no instante da reflexão, da análise mais teorizada sobre o tema, colocando os mesmos resultados em diálogo com outros pesquisadores ou teóricos. Neste momento, deixa-se de praticar a redução fenomenológica e se retorna à hipótese original, assumindo-se como pesquisador mundano e posicionando-se em frente aos resultados da pesquisa.

Com isso pode-se, ao invés de se buscar a essência do fenômeno de uma maneira abstrata, buscar sempre o significado da experiência vivida. A busca do significado desta, será sempre o fim último da pesquisa fenomenológica, através de uma compreensão mundana, dentro da visão merleau-pontyana, eminentemente crítica. Neste sentido, o caminho que se pretende seguir é basicamente a descrição da experiência (MOREIRA, 2004).

Na discussão final, o resultado das análises das entrevistas foi integrado às informações provenientes dos registros, de forma que os resultados finais foram enriquecidos e tiveram como fonte os dois instrumentos utilizados: as entrevistas e os registros.

5 RESULTADOS

“ Eu fiz um acordo de coexistência com o tempo: nem ele me persegue, nem eu fujo dele...Um dia a gente se encontra.” Mário Lago.

5.1 Registros

5.1.1 Registro do Caso Tereza

Era uma vez uma mulher que chegou ao consultório desta psicoterapeuta decidida a mudar sua vida. E apesar de ela ter chegado assustada, ansiosa e muito triste, a vontade de mudança era tão grande que ela resolveu enfrentar qualquer obstáculo para conseguir isto. O consultório era um lugar estranho para ela, a situação era difícil, dolorosa tanto emocionalmente quanto fisicamente, ela quase não cabia na poltrona, não conseguia sentar-se com conforto, o incômodo parecia “gritar” em seu corpo e em seus sentimentos.

Era o dia 15 de março de 2004. Era a primeira sessão de muitas que viriam, ou seja, a cliente passou por 109 sessões em um prazo de 02 anos seguidos e, ao iniciar aquele contato, foi feita uma escuta empática de toda a sua queixa inicial para, em seguida, ser estabelecido um contrato psicoterapêutico baseado, acima de tudo, em um forte vínculo de cumplicidade.

Tendo em vista o desejo de Tereza de submeter-se à cirurgia bariátrica, iniciou-se uma investigação da história de vida de Tereza, desde a sua infância, adolescência, até o momento atual, passando a perceber que muitas das suas colocações demonstravam um grande medo de não ser amada pelo seu filho. Sondaram-se também as diversas relações de amor ocorridas em sua vida, pois sua fala estava carregada de rejeição e muita dor.

Tereza tinha 42 anos, era casada, mãe de quatro filhos em idades diferentes e o filho mais novo tinha sido, segundo ela, o impulsionador de sua presença ali naquele momento.

Leonardo, com oito anos de idade, havia-lhe feito um pedido que lhe tinha desestruturado emocionalmente: “Doutora, meu filho Leonardo de 8 anos pediu que eu não fosse mais lhe buscar na escola porque tinha vergonha de mim, seus coleginhas tinham me apelidado de orca - a baleia assassina”.

Com lágrimas nos olhos, ela pediu que lhe preparasse um laudo psicológico, atestando que ela estava psicologicamente pronta para fazer a cirurgia de redução de estômago, pois já havia tentado tudo e não conseguia emagrecer. Com toda uma escuta cuidadosa e atenta daquela dor, foi-lhe explicado que esta psicoterapeuta não poderia dar-lhe um laudo, sem antes haver algumas sessões para que realmente pudesse se certificar de que ela poderia fazer a cirurgia.

Foi explicado que precisaria buscar muito mais do que um laudo, mas um auto-conhecimento, pois apenas assim ela poderia entender melhor a “origem” de sua compulsão alimentar e aprender a lidar melhor consigo, já que sabia que a redução do estômago não significava a “resolução” destas questões, mas um caminho para uma melhor qualidade de vida.

Por ser psicoterapeuta humanista-fenomenológica, percebeu-se a importância de o cliente tomar consciência destas questões, pois ele chega ao processo psicoterápico, sem saber o que realmente está buscando, alegando querer somente um laudo; porém faz parte do papel de um profissional da área de saúde mental, tentar compreender junto com o cliente, o que o levou a estar com aquele corpo e buscar uma ação drástica, que é a cirurgia bariátrica.

A cliente dava ênfase à sua dificuldade visível, que era a obesidade e suas conseqüências físicas e psíquicas em sua vida. O reconhecimento destas dificuldades era percebido por esta psicoterapeuta, através de respostas de apoio, o que levou a cliente a uma posição mais confortável.

Após o contrato terapêutico que se definiu em duas sessões, iniciou-se um processo psicoterapêutico e, depois de 20 sessões, ela estava entrando em um centro cirúrgico, não apenas com um laudo na mão, mas com a decisão tomada de forma mais clara sobre si mesma e sobre sua atitude, apesar de saber que muito ainda deveria ser feito para um melhor conhecimento de si mesma.

Tereza era a filha mais nova de uma família de três filhos. Sua mãe falecera 15 dias após seu nascimento, vítima de um AVC. Desde então, fora criada por sua avó materna, uma mulher fria, segura de si e determinada, porém, segundo Tereza, não sabia demonstrar afeto.

Enquanto ela contava a sua vida, chorava afirmando sentir vontade de ter sido acarinhada e tratada como uma princesinha, demonstrando uma grande carência afetiva em seus relacionamentos, aliada à fantasia e ao desejo de ser cuidada e amparada. Aos seis anos, a pediatra sugeriu que ela tomasse estimulante de apetite, pois estava muito fraquinha e sem força, já que apenas comia quando era obrigada, o que acontecia com frequência: desde pequena, era forçada a comer, pois lhe empurravam comida, “mas esqueceram de empurrar carinho”, dizia, enquanto chorava bastante.

Ao chegar à adolescência, Tereza sentira o primeiro aperto no peito descrito por ela “como se uma faca estivesse sendo enfiada em meu coração”, o que lhe causara muita dor e acontecia, cada vez, com mais frequência. Foi percebido que ela falava de uma angústia, algo que adentra o peito, causando dor física e tendo algumas reações adversas, como choro, palpitações e uma enorme sensação de vazio.

A cliente no decorrer de suas falas, não se lembrava de ter tido momentos com amigas, festinhas ou namoricos. Sua avó era rígida, vinha de uma família tradicional nordestina: sua neta não podia ser “falada”, ou seja, deveria ter um comportamento de acordo com as regras conservadoras e moralistas da cidade onde morava, porém, lembra-se de uma fala constante da avó: “Menina, você só tem a mim. Seu pai arrumou outra mulher e não quer saber de você. Quem mandou matar a própria mãe?” - É duro doutora! Foi difícil! Minha vida tem muitas dores. Tá doendo. Doutora, posso comer um chocolate que tenho na bolsa? Sinto-me melhor quando como”.

A função alimentar aparece aqui fortemente atrelada à afetividade, ao desespero e ao desamparo dela que se percebe sozinha. Para atenuar, o estômago cheio passa a representar o aconchego.

O desamparo vivido pela cliente é experimentado como um “buraco no estômago”. As pessoas que vivem este desamparo podem sentir mais este “buraco” e tentarão preenchê-lo com quantidades maiores de alimentos.

Tereza descrevia sua compulsão alimentar e, sempre que sentia “aquelas dores”, aquelas “facas enfiadas em seu peito”, como ela se referia, precisava comer para aliviar essas dores; o que acontecia há mais de 20 anos.

A história de vida de Tereza era repleta de perdas e tristezas; sempre se sentia preterida por alguém e tinha a necessidade de compensar com a comida aquela dor constante que carregava consigo.

Tereza era casada há 15 anos com uma pessoa que ela denominava de seu “porto seguro”; segundo a cliente, não era todo mundo que agüentava suas chatices, mas ele agüentava, pois ela o havia impulsionado para frente, para ser “gente”.

Foi assinalado a Tereza que, se ela pode fortalecer outra pessoa e este fortalecimento vinha dela, como alguém que tem potencialidade a ser desenvolvida, ela podia certamente, fortalecer a si mesma, mas para tanto, ela precisava acreditar na sua fortaleza.

No decorrer das sessões, a cliente passou a ouvir com maior atenção seus sentimentos interiores, com menos espírito de avaliação e mais aceitação de si, encaminhava-se, conseqüentemente, para uma maior congruência e podia descobrir que era possível abandonar a fachada atrás da qual se escondia, colocando de lado seus comportamentos de defesa e ser uma pessoa mais aberta para si e para os outros.

Na medida em que estas transformações foram se operando, tornou-se mais consciente de si, aceitando-se melhor, adotando uma atitude menos defensiva e mais aberta, descobrindo que poderia ser livre para se modificar e para crescer psicologicamente.

Tereza parecia ser o eixo principal de sua família, apesar de ela mesma vir de uma família não muito fortalecida emocionalmente; sentia-se culpada pela morte da mãe e rejeitada pelo pai e irmãos e era considerada um “peso pesado”, segundo sua avó. Apesar disto, ela havia conseguido construir uma família sólida e beneficiada de afeto, pois sua fala em relação à sua “nova família” demonstrava cumplicidade entre seus membros e liberdade de ação; como ela mesma afirmou: “Doutora, temos tanta liberdade em dizer o que pensamos e sentimos que meu filho disse o que me disse, por mais cruel que tenha sido.”

Segundo ela, o marido tinha uma personalidade de alguém que precisava ser levado, conduzido, o que ela fazia muito bem, desde o namoro. Quando namoravam, ele usava drogas e ela o impulsionara a estudar para tomar conta da empresa da família, já que ela mesma não se achava preparada para isto.

Colocara o marido para estudar, fazer faculdade e viajava com ele para visitar outras empresas. Ao perceber esta realidade, ela começou a se dar conta da força que tinha através do avanço do processo psicoterápico, pois estávamos (psicoterapeuta e cliente) sempre revendo nossas metas, descobrindo suas potencialidades e permitindo que elas viessem à tona.

Este reconhecimento do seu próprio potencial foi acontecendo com Tereza no decorrer do processo psicoterápico, através da descoberta de si, de suas potencialidades e de como sua situação dependia em grande parte do seu crescimento emocional e psicológico.

Durante todas as suas quatro gestações, estivera acima do peso e encerrava-as bem mais acima; seu último filho que, naquele momento, tinha oito anos, era o único filho homem, o mais esperado, nascido depois de três mulheres. Ao descobrir que era homem, relatou ter sentido a maior felicidade da sua vida, pois sempre desejara ter um filho homem. Ao relatar a gestação de Leonardo, afirmava que comia tudo o que via pela frente. Foi a gravidez mais comemorada e “comemoração tem que ser com comida, não é?” - Afirmou Tereza. “Engordei 40 kg, a senhora acredita? Quase morro. E, depois de oito anos, esse “porcaria” diz que tem vergonha de mim? Não posso suportar. Será que dei liberdade demais e ele confundiu as coisas? Machucou-me muito”.

Todos estes sentimentos negativos pareciam decorrer de um grande sentimento de rejeição, enraizado na vida da cliente desde o nascimento e vindo à tona neste momento, com a fala de seu filho Leonardo.

Na 6ª sessão, ela chegou muito animada, pois já tinha feito todos os exames que a equipe médica havia lhe pedido e todos apontavam para a indicação cirúrgica. Agora ela já não pressionava mais por um laudo, como fazia no início; era explícita a sua vontade de se operar, mas o seu processo de conscientização estava aumentando e ela estava percebendo que somente a cirurgia não iria resolver seus problemas, pois esta “resolução” dependia mais dela do que de um bisturi.

Tereza tinha 1m59cm e pesava 135 kg; ou seja, estava com IMC de 53.3, era considerada obesa mórbida, com grau três. Apresentava pressão alta e vinha de uma família diabética, porém ria ao se dizer obesa mórbida, pois achava que o termo “mórbido”, lembrava a morte e a última coisa que ela queria era morrer. Quando foi destacada sua risada ela disse – “é melhor rir do que chorar”.

Além do contrato psicoterapêutico formal que já havia sido feito, no início das sessões de psicoterapia, foi estabelecido, frequentemente, um compromisso dela com sua nova etapa de vida, que estava começando. Esta psicoterapeuta serviria de “avalista” daquele contrato, seria aquela que ficaria no papel de “cúmplice” e aliada em suas derrotas e vitórias. Estaria sendo renovada a cada sessão uma solidificação daquele processo psicoterapêutico.

Passou-se a conversar especificamente sobre a cirurgia. Foi pedido para trazer, na sessão seguinte, tudo o que sabia a respeito da cirurgia, os medos que tinha e suas expectativas. Além de psicoterapeuta, tinha também a responsabilidade de encaminhá-la ou não para o procedimento cirúrgico. Portanto, foi iniciado um processo de esclarecimento e de conscientização da cirurgia; de seus riscos e de todas as fases por que ela iria passar. Foi percebido que ela não se intimidava com nada, sua vontade e determinação de alcançar seus objetivos estavam cada vez mais claras para esta pesquisadora e, principalmente, para ela.

Ela tinha consciência dos riscos cirúrgicos que iria correr, mas a dor psíquica que ela carregava, junto com seu corpo, era infinitamente maior do que qualquer medo ou insegurança que ele poderia apresentar naquele momento.

Durante todas as 20 sessões antes da cirurgia, Tereza estava cada vez mais determinada a alcançar seus objetivos: seu maior desejo era ser operada no dia em que completasse 43 anos de idade e assim aconteceu. Como ela havia solicitado, foi acompanhada ao centro cirúrgico, por esta psicoterapeuta, pois isto fazia parte de uma relação de “cumplicidade”: foi estabelecido um vínculo psicoterapêutico importante para a consolidação da diáde que ali se constituía e a presença da psicoterapeuta, não representava uma dependência, pois ela não precisava disto, mas uma “validação” de que ela estava no caminho certo.

Ao longo das sessões, ela tinha insights engrandecedores; acreditava que usava a gordura com uma capa protetora de si mesma: “Doutora, enquanto eu estiver gorda desse

jeito, posso ser acomodada, melancólica, ter pena de mim mesma e, assim, todos terão também, mas estou vendo como isso vem me fazendo mal, pois não estou sendo eu mesma. Preciso emagrecer pra me revelar.”

Tereza foi operada, dormiu na UTI, como todo operado, tudo ocorreu dentro do esperado e, com uma semana, estava Tereza sentada no sofá do consultório, com seus copinhos de água de coco, iniciando uma nova etapa da sua vida. O primeiro mês foi muito difícil. Certo dia, ela ligou para esta psicoterapeuta, chorando, dizendo que precisava mastigar, já que estava no décimo quarto dia de operada e, nos primeiros trinta dias, a dieta é totalmente líquida.

Como “cúmplice” neste processo, já imaginava que isto poderia acontecer. Então, foi sugerido que comprasse uma carne dura, passasse na frigideira, sem nenhuma gordura, mas somente um pouco de sal e chupasse a carne, sem engolir. Depois ela confirmou que, ao fazer isto, sentiu-se aliviada, apesar de achar muito feio os pedaços de carne mastigados em cima do prato. Passou a fazer isto com frequência e o ato de mastigação foi diminuindo sua ansiedade momentânea.

Tereza precisou tomar ansiolítico, por orientação e decisão do psiquiatra da equipe, pois o nível de ansiedade que ela manifestava era demasiadamente alto. Como já era atendida duas vezes por semana, continuou com essa frequência e os resultados físicos e emocionais começaram a aparecer.

Um momento relevante foi quando ela se deu conta da força que tinha como pessoa, mãe e mulher, que enfrentava uma vida de culpa e de rejeição e, mesmo assim, estava ali, querendo ser uma pessoa melhor, ter uma melhor qualidade de vida e buscava, cada vez mais ser mais congruente, na sua eterna busca de autoconhecimento.

Tereza emagreceu, inicialmente, 30 kg em menos de três meses, e já era visível seu contentamento. Ela afirmou que estava muito feliz, pois havia voltado a enxergar sua vagina, o que lhe trouxe um enorme desejo de voltar a ter relações sexuais com seu marido, pois já não as tinha há quase um ano.

Tereza afirmara que era profundamente infeliz na sua intimidade sexual, mas não mostrava tal verdade para ninguém, o que a fazia sentir-se, cada vez mais, sozinha, carente e abandonada, o que provocava ainda mais fome.

Foi percebido então, por seu relato, que era necessário explorar e incentivar sua intimidade, para que ela pudesse descobrir seu novo corpo que estava surgindo. Então, sugeri que passasse a se tocar, a se olhar mais no espelho e a exercitar mais sua feminilidade, que estava aflorando a cada momento.

Com os quilos diminuídos, estava desaparecendo também uma Tereza desacreditada de si mesma. Depois de começar a mudar seu guarda-roupa e de redescobrir sua sexualidade, decidiu entrar numa auto-escola, pois precisava sentir-se livre e queria dirigir. Na 56ª sessão, ela convidou esta psicoterapeuta para dar uma volta no seu carro novo. Foi uma sessão no trânsito, em um lindo “Corolla” preto, hidramático, dirigido por ela, ouvindo “Happy Day”.

Foi uma experiência muito gratificante para ambas; esta psicoterapeuta não disfarçava sua alegria ao percebê-la daquele jeito. Ela precisava dirigir dançar e cantar bem alto. “Doutora, eu nunca me senti tão forte, tão livre.” Esta psicoterapeuta encheu os olhos d’água: também estava se sentindo forte e livre por compartilhar com sua cliente um momento de êxtase que ela estava vivendo.

As sessões continuaram e mudanças foram acontecendo. Tereza foi se voltando mais para si mesma, como nunca havia feito antes, o que trouxe conseqüências positivas e negativas. O seu “porto seguro” (seu marido) que, paradoxalmente ela conduzia, foi se sentindo preterido de sua vida, ocorreu um afastamento ainda maior do casal que o levou a uma separação conjugal. Esta separação foi um desejo dela e uma necessidade que ela tinha há muito tempo de se sentir mais congruente, pois o casamento representava uma das capas de gordura que estavam “indo embora”.

Tereza derramou lágrimas, mas não demonstrava fragilidade. Sofria pela perda, mas vibrava até mesmo pela forma como estava sofrendo: não se vitimizava, o que gerou um momento de profundo enriquecimento psicoterapêutico, pois ela estava há quase um ano operada, vivendo uma perda significativa em sua vida, mas estava conseguindo administrar sua dor sem se infiltrar na compulsão, como fazia anteriormente.

Outro avanço desta nova Tereza foi a entrada no mercado de trabalho. Resolveu entrar na faculdade de Administração de Empresa e assumiu seu posto na diretoria das empresas da família. Claro que, no início, nada foi fácil, sofreu discriminação e retaliações, mas isto não a fez desistir, pois nada havia sido fácil em sua vida e ela não tinha desistido. Por que iria desistir agora?

O trabalho trouxe-lhe não apenas satisfação, mas a confirmação de suas potencialidades e de sua capacidade de mudança e de inserção em um mundo preconceituoso duplamente em relação a ela, tanto por ser mulher, quanto por ser obesa.

Diante disso, esta psicoterapeuta teve a impressão de ter visto uma mulher que se dizia fraca a vida toda, tomar atitudes e decisões difíceis, porém sem demonstrar fraqueza; dor, certamente, mas fraqueza, não.

Tereza tinha, então, 44 anos de idade. Divorciada, estudava Administração de Empresa, trabalhava, cuidava dos filhos, freqüentava a escola deles, onde tudo começara, fazia amizades, estabelecia metas a serem alcançadas, sonhava e cuidava, principalmente de si mesma. Esta psicoterapeuta recorda-se que numa certa sessão, Tereza precisou sair mais cedo, pois era véspera de um feriado. Seu personal trainer ia viajar e ela não poderia faltar à ginástica. Como era sua cúmplice, concordou com ela.

Tereza recebeu alta no processo psicoterápico, o qual teve uma duração de dois anos. Algo marcante, neste caso, foi a fortificação da díade e da relação de cumplicidade vivenciada pela psicoterapeuta e por Tereza, o que pôde propiciar a mesma, uma possibilidade de acreditar em suas potencialidades e vincular-se de forma mais congruente consigo mesma e com as pessoas que lhe cercam.

5.1.2 Registro do Caso Maria

Maria procurou acompanhamento psicoterápico no dia 21/02/2005, muito ansiosa, afirmando que tinha tido uma crise de pânico na fazenda, onde passava o carnaval com sua

família. Achava que esta crise era devido a sua obesidade e gostaria de fazer a cirurgia bariátrica.

Ela afirmou ter visto esta pesquisadora dar uma entrevista na TV e chamou a sua atenção o fato de a mesma ter falado que pacientes que vão fazer a cirurgia bariátrica deveriam submeter-se a um processo psicoterápico e, quando ela teve esta crise de pânico na fazenda, lembrava-se desta entrevista, afirmando que precisava muito de alguém que pudesse ajudar-lhe a decidir algo tão importante na sua vida, como esta cirurgia, acreditando que isto lhe traria mudanças significativas.

Maria chegou muito nervosa e angustiada porque queria saber tudo o que precisava fazer para se operar. Ela era a primeira paciente que chegava ali, na psicoterapia, antes de procurar o médico e isso despertou, ainda mais, nesta pesquisadora o interesse pelo caso, porque ela afirmava que concordava com a mesma, queria fazer a cirurgia bariátrica, mas queria estar emocionalmente bem.

Inicialmente foi investigado o que ela estava chamando de crise de pânico e pediu-se que ela relatasse detalhadamente o que realmente aconteceu naquele dia. Ela começou a contar que o casamento do irmão estava em crise e teve uma grande discussão com a cunhada. Absorveu as dores do irmão e durante essa discussão, começou a sentir que seus batimentos cardíacos estavam mais acelerados, teve uma sensação de tontura e sudorese.

Pensou inicialmente em procurar um psiquiatra, mas como tinha gostado muito da entrevista na TV, resolveu procurar esta profissional, melhorar seu estado emocional, pois segundo ela, estava muito abalada e aliado a isto, programar-se para fazer a cirurgia bariátrica.

Foi verificada a sua pressão arterial, a qual estava realmente elevada, ela se assustou muito, teve uma crise de choro e achou que sua vida estava sem boas perspectivas, pois estava muito gorda, em um relacionamento ruim e muito insatisfeita com sua vida.

Foi sugerido imediatamente que ela procurasse uma avaliação cardiológica, no qual foi comprovada uma hipertensão arterial decorrente do excesso de peso e sedentarismo, e por isso se descartou a crise de pânico que ela havia dito.

Maria estava com 31 anos de idade, era solteira e mantinha um namoro de mais de 10 anos, cujo relacionamento, segundo ela, era péssimo e a mesma só levava o namorado nas costas, por ter medo de ficar só. Foram investigados os outros relacionamentos anteriores da paciente e a mesma afirmou que só teve praticamente este namorado. Ele tinha sido o único homem com quem se relacionara sexualmente e sentia-se muito presa ao mesmo, emocionalmente, mas ao mesmo tempo, sentia uma enorme vontade de se libertar disto.

Iniciou o processo psicoterápico e foi informada que aos poucos iria tomando conhecimento de tudo o que tinha que ser feito para realizar a cirurgia bariátrica, mas o processo psicoterápico era fundamental, para que ela pudesse se conhecer melhor e se sentir mais segura de sua escolha, até porque, quando ela fosse procurar o médico, ele iria encaminhar-lhe para uma psicóloga que pudesse fornecer-lhe um laudo psicológico e se ela já estivesse engajada em uma psicoterapia, poderia ser mais fácil.

Ao conhecer a sua história de vida, no decorrer de todo esse processo psicoterápico, que levou quase dois anos, ou seja, Maria foi atendida de fevereiro/2005 a novembro/2006, fazendo um total de 110 sessões; foi constatado que era a filha mais nova de uma família de cinco filhos. Seus pais são empresários, ela trabalhava nas empresas da família e exercia um cargo de destaque no trabalho, segundo ela, maior do que o dos próprios irmãos mais velhos.

Isto vinha mostrar um pouco da dinâmica familiar desta paciente, ou seja, sua família era bem conservadora, obedecia a regras e valores muito rígidos a serem seguidos e o tempo todo, percebia que Maria criticava estes valores, tentando quebrar paradigmas e dogmas que lhe foram passados por muito tempo.

Maria, além de estar fora dos padrões estéticos exigidos por sua família e pela sociedade em que estava inserida, mantinha um relacionamento afetivo que todos criticavam, e crescia cada vez mais rápido no aspecto profissional, rompendo pré-conceitos de que a mulher só poderia casar e ter filhos, como fez sua mãe e irmã.

Afirmou que até os 11 anos de idade era tão magra que isso a incomodava, então desejou engordar para ter um corpo mais de mulher, ou seja, gostaria de possuir um corpo que atraísse os homens; bumbum grande, pernas grossas, seios fartos e, como ela não possuía

nada disso, resolveu engordar. “Só que engordei e não consegui mais parar.” Ela afirmou isto chorando, ao se lembrar dessa época de sua vida.

Aos 18 anos conheceu este namorado, com o qual se envolveu por volta de 12 anos. Ela avalia que, em todo este tempo, teve que enfrentar a família, os amigos e a sociedade de uma maneira geral, pois o rapaz era usuário de drogas, não trabalhava e ela o “carregava” nas costas. Então ela dizia sempre que o único momento bom era quando estava comendo ou trabalhando, e tudo o que ela fazia na sua vida, tinha que ser com muita comida no meio.

Aos 26 anos já estava obesa e sofrendo com sua imagem corporal, não achava roupas que a agradassem, vivia só para o trabalho, praticamente não tinha vida social e seu namoro estava de mal a pior. Relatou inúmeras vezes, que as poucas tentativas de emagrecimento foram frustradas, pois, além de não se sentir motivada a buscar tal desafio, sentia-se pouco encorajada pelo namorado. “Dra., parecia que, quanto mais gorda eu ficava, mais eu me fragilizava e dependia dele emocionalmente”, afirmou a paciente.

Descobriu uma traição do namorado, o que a fez terminar o namoro e resolveu emagrecer. Fez todo tipo de dietas, tomou vários moderadores de apetite, mas só emagreceu 10 kg. Diante de tudo o que precisava perder, afirmou que foi muito pouco, resolveu perdoar o namorado e engordou mais ainda.

Maria apresentava um alto grau de ansiedade, pois até a forma de se expressar era muito acelerada. Falava muito corporalmente, gesticulava bastante e sempre demonstrava uma grande necessidade em sentir-se amada, pois afirmava que sua família era pouco afetiva e sentia muita falta de carinho e afeto, apresentava um alto nível de carência afetiva, afirmando várias vezes que um dos seus maiores sonhos era ser mãe, mas até então não teve coragem de casar e ter filhos, pois mesmo que namorasse há muito tempo, nunca se sentiu segura neste relacionamento, para dar um passo tão sério como este.

No decorrer de todo o processo psicoterápico, foi trabalhado com a cliente a força que ela tinha ao fazer suas escolhas e impor suas vontades, ou seja, mesmo contra o gosto da família, ela mantinha um relacionamento afetivo, como também, a disposição incessante para o trabalho, apesar de ser uma pessoa bem abastada financeiramente, não se acomodava com esta situação, tinha muita garra para o trabalho e estava o tempo todo em busca de inovações

para o crescimento das empresas, em contrapartida, não tinha forças para lutar a seu favor, no que dizia respeito ao seu grande desejo de emagrecer, então se passou a questionar o que ela faria, caso emagrecesse e sempre que se trabalhava com estas questões, ela apresentava certa resistência em enfrentar esta situação.

Um dos pontos fortes deste processo psicoterápico, deu-se quando se analisou este relacionamento afetivo que ela insistia em afirmar que levava nas costas, porém houve uma tentativa, por parte da psicoterapeuta de lhe mostrar que ela parecia se esconder atrás deste namoro “fracassado”, da mesma forma que ela se escondia atrás da gordura que existia em seu corpo. Ela passou a pensar mais sobre isto, e afirmou que concordava, mas não conseguia se imaginar gorda daquele jeito e sem o namorado.

Durante muito tempo, foi trabalhado com a paciente o que uma relação afetiva deve oferecer a uma pessoa, qual o modelo de relacionamento ideal para ela e o que ela poderia fazer para chegar mais perto deste modelo que ela tanto desejava. Com isso, ela se aproximava cada vez mais de uma maximização de sua consciência em perceber que o relacionamento que estava vivendo não lhe trazia ganhos, mas apenas perdas afetivas.

A compulsão alimentar aparece neste caso muito ligada a esta carência afetiva e à necessidade de sentir-se amada, pois quando a cliente se percebe sozinha, para diminuir esta sensação ruim, acredita que, se o estômago estiver cheio, esta angústia desaparece, e o que acontece é exatamente o contrário, pois quando passa a ingerir uma grande quantidade de alimento, tem uma enorme sensação de culpa e fracasso por não conseguir se controlar diante da comida, indo ao ciclo da compulsão, come porque está triste e fica triste porque está comendo.

Começou-se então um trabalho de resgate de sua auto-estima, através de suas próprias potencialidades e isto veio ressaltar ainda mais, o seu desejo em fazer a cirurgia bariátrica. Maria estava pesando 109 kg com uma altura de 1m71cm, e seu IMC era 37; considerada obesa mórbida com grau dois, associada à hipertensão arterial, o que clinicamente indicava a cirurgia bariátrica.

Foi quando ela iniciou o contato com a equipe médica, fez todos os exames necessários e no dia 20/06/06, estava sendo operada.

Logo em seguida, esta pesquisadora foi morar em Fortaleza por conta do seu curso de mestrado, e as sessões psicoterápicas passaram a ser quinzenais. Mas isto, de certa forma, não atrapalhou o desenvolvimento psicológico da paciente, pois a mesma já tinha bem claro dentro de si, suas potencialidades, as quais tinham sido bem trabalhadas no decorrer de todo o processo psicoterápico.

No primeiro mês de operada, veio à tona a separação conjugal do irmão, o que foi muito traumatizante para toda a família e ela novamente se envolveu muito com este problema, absorvendo mais uma vez todas as dores afetivas do irmão.

Quis assumir a responsabilidades dos sobrinhos, o que acarretou um aumento significativo do seu nível de ansiedade, pois estava recém-operada, fragilizada emocionalmente em decorrência da cirurgia e do pós-operatório, que é bem difícil, pois a paciente passa a ter uma dieta líquida, sem nenhuma ingestão de alimentos sólidos, o que lhe trouxe como consequência, uma gastrite emocional.

Esta pesquisadora teve que vir de Fortaleza para atendê-la, pois a cliente estava bem mobilizada emocionalmente e, outra vez, foi pontuada a necessidade de ela olhar primeiro para si, pois, principalmente, naquele momento, ela tinha que cuidar de si.

O tempo foi passando, ela foi emagrecendo e, se antes era uma mulher que apresentava grande força emocional, esta força aumentou muito com o seu emagrecimento, que lhe deixou mais segura para terminar definitivamente este relacionamento afetivo que há muito tempo ela desejava encerrar.

Maria perdeu 45 kg, está atualmente fazendo mestrado em São Paulo, com um novo relacionamento e disposta a fazer suas plásticas, pois já tem dois anos de operada e está conseguindo manter seu peso. Tem dentro de si, uma harmonia interna muito positiva, sua auto-estima nunca esteve tão elevada, e tem muita clareza de todos os obstáculos que enfrentou para conseguir o que deseja.

5.1.3 Registro do Caso Fátima

Fátima procurou esta psicoterapeuta no dia 10/04/2003, em busca de ajuda por precisar do laudo psicológico para a realização da cirurgia bariátrica. Aos 29 anos de idade, casada, advogada e bem sucedida profissionalmente, pesava 114 kg, tinha uma altura de 1m59cm e um IMC = 48, considerada obesa mórbida, tendo grau 3 de obesidade. Afirmou que gostaria de engravidar e para isto precisava emagrecer, pois com este peso, não conseguiria e nem deveria.

Inicialmente ela parecia decidida e bem consciente do que desejava fazer ao afirmar que já tinha certeza que poderia se operar, pois já havia tentado todos os tipos de tratamento para emagrecer; tomara inúmeros remédios, já havia freqüentado mais de dez “spas” espalhados por todo o Brasil e tudo o mais que se pudesse pensar em tratamentos clínicos de emagrecimento e agora estava apostando todas as “fichas” nesta cirurgia bariátrica.

No decorrer de toda a sua vida, sempre teve que tomar difíceis decisões e esta era mais uma. Era casada há 4 anos com Francisco, com quem mantinha um relacionamento de mais de 10 anos. Desejavam muito ter um filho e, para isto, precisaria emagrecer.

Fátima é filha única, criada por uma tia materna, pois seus pais nunca tinham sido casados. Ela é fruto de uma relação extraconjugal do pai, e sua mãe manteve sempre pouco contato com ela. Durante toda a sua vida, conseguiu passar por cima de muitos pré-conceitos e discriminações em torno da sua origem, afirmando sempre ser uma vencedora. “Dra., sou mulher, gorda e negra. Existe mais discriminação do que isso?” Afirmava Fátima ao concluir muito de seus pensamentos, porém nunca se deixava abater, demonstrava uma força interna de chamar atenção.

Aos 12 anos de idade, sofreu um acidente de carro e ficou bastante machucada, fraturou costelas, braço e afirma ter tido uma sensação inesquecível, algo parecido como uma despedida da vida. Teve muito medo de morrer e resolveu que, caso sobrevivesse, iria aproveitar cada segundo da sua vida como se fosse o último.

Este susto veio atrelado a uma grande revolta contra seus pais, principalmente com relação a sua mãe, e passou desde então a ter um comportamento depreciativo, ou seja, a sua adolescência foi marcada por diversos relacionamentos, festas e bebidas alcoólicas usadas em demasia.

Neste mesmo período, iniciou um processo depressivo que a obrigou a ser acompanhada psicoterapeuticamente e medicamentosamente por 3 anos e acredita que, desde então começou a engordar, a travar uma luta incessante com dietas, sem obter êxito em nenhum tratamento que fazia. Percebe-se aí que a obesidade pode ser uma manifestação e expressão de conflitos negados pela via psíquica e, então a expressão verbal, ou seja, o recurso de comunicar-se por palavras, não estava sendo utilizado. Neste sentido, é função da psicoterapia humanista-fenomenológica, escutar empaticamente e compreender “significados” das possíveis manifestações do corpo.

Aos 19 anos, Fátima já estava no curso de Direito, quando conheceu Francisco, por quem se apaixonou, casou-se e vivem juntos até agora. Conceituou sua relação afetiva como um presente que a vida lhe deu, pois ele é seu cúmplice em tudo o que ela deseja fazer, e a cirurgia bariátrica estava incluída nesta cumplicidade.

Foi percebido que a cliente preza muito esta relação com Francisco e o seu desejo pela maternidade sempre foi algo muito forte; ela afirmou inúmeras vezes que era a primeira vez que tinha uma família de verdade, pois sempre viveu à custa da caridade “afetiva” dos outros. Nunca lhe faltara dinheiro, sua mãe, mesmo de longe, sempre a sustentou de tudo, estudou nos melhores colégios, ganhou carros, viagens, mas sempre carregava consigo o enorme desejo de ter uma família. Ao conhecer seu marido e perceber que poderia fortificar com ele este desejo, enxergou a clara possibilidade da pertença a uma família deixar de ser um sonho e se tornar realidade.

Fátima demonstrava ser uma pessoa muito comunicativa, extrovertida, não se vitimizava diante de nada e se percebia forte e determinada. Acreditava que mesmo gorda como estava, tinha seu charme próprio, considerava-se uma mulher atraente, inteligente e segura de si.

Juntamente com o excesso de peso, Fátima adquiriu diabetes e isto a assustava muito por se achar muito nova e ter medo que este problema de saúde pudesse atrapalhar seus planos de engravidar.

Foi estabelecido o contrato psicoterápico, no qual, no decorrer das dez sessões iniciais antes da cirurgia bariátrica, foram abordados diversos temas como ansiedade, a depressão que ela teve aos 12 anos de idade, as fantasias que ela tinha em relação à cirurgia bariátrica e suas aspirações futuras, onde a mesma sempre demonstrava muita determinação e segurança sobre esta escolha.

No dia 20/05/2003, Fátima estava sendo operada. Tudo aconteceu dentro dos padrões normais, sua recuperação foi tranqüila, sem grandes complicações e um mês depois, ela já estava de volta ao consultório desta psicoterapeuta, onde ficou por mais de 1 ano até se dar alta depois de 98 sessões.

No decorrer de todo este tempo, inúmeras questões foram trazidas por ela, mas a sua revolta com os pais, principalmente com a mãe, foi o que mais chamou a atenção. Fátima afirmava com muita veemência que tinha vergonha da sua origem. Avaliava seu pai como uma pessoa fraca e covarde e sua mãe uma mulher fria, que não tinha apego a ninguém, e pensava erroneamente que dinheiro resolvia tudo.

Fátima tinha outros irmãos por parte do casamento do pai, mas nunca quis conhecê-los, por saber que, jamais seria bem recebida por eles, então resolveu se poupar deste constrangimento.

Prosseguiu sua vida com uma grande vontade de conseguir sua independência profissional e financeira, constituir sua própria família e tirar de dentro de si tantas mágoas que carregava.

Foi constatado junto com a cliente que a sua determinação era algo visível, o que lhe permitia conseguir sempre o que desejava, o sucesso com a cirurgia bariátrica inclusive, pois já tinha se passado 1 ano e ela já tinha emagrecido 45kg. Tinha conseguido o peso que queria, estava engajada em várias atividades físicas, fazia aulas de dança e percebia aumentar cada vez mais sua realização profissional e afetiva.

Resolveu juntamente com o marido, esperar mais um tempo para terem o primeiro filho, pois Francisco fez um concurso público no estado da Bahia, obteve êxito e o casal estava de mudança. Ela afirmou que percebia que não ia se mudar apenas de estado, toda a sua vida estava se modificando. Ela estava irradiando alegria, pois estava vindo de uma loja e havia comprado uma roupa linda para a posse do marido, sentia-se feliz, com uma sensação de vitória, sucesso e acreditava que a perda de peso aliada à psicoterapia, ao encontro positivo que ela tinha tido consigo mesma, tinha contribuído demais para esta felicidade.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Eu faço minhas coisas, você faz as suas
 Não estou neste mundo para viver de
 Acordo com suas expectativas,
 E você não está neste mundo para viver
 De acordo com as minhas.
 Você é você e eu sou eu
 E se, por acaso, nos encontrarmos, é lindo...
 Se não, nada há a fazer.”
 Fritz Perls

No presente capítulo, esta pesquisadora apresenta os resultados dos significados apreendidos da experiência vivida por três mulheres obesas mórbidas que se submeteram à cirurgia bariátrica e articula seus achados com a revisão da literatura exposta nos capítulos anteriores. Trata-se de um momento fundamental na trajetória deste estudo, por resgatar seus objetivos propostos, confirmar ou não suas hipóteses iniciais e buscar encontrar respostas para todas as indagações inicialmente formuladas.

Olhar atentamente e trabalhar com a infinidade de informações obtidas é uma tarefa árdua que requer do pesquisador concentração, calma, dedicação e, por que não dizer, intensos esforços para analisar e tornar compreensíveis os dados empíricos coletados. Com esta finalidade, foram expostas as análises das entrevistas fenomenológicas e, em seguida complementadas, a partir de relatos sobre a experiência de campo também reveladora de sentidos sobre a experiência da cirurgia bariátrica vivenciada pelas mulheres obesas mórbidas.

Este momento foi considerado por esta pesquisadora como o mais importante deste trabalho, pela discussão das temáticas que surgiram a partir das análises das entrevistas. Afinal, a pesquisa de campo e os resultados que dela emergem dão validade a esta dissertação que se propõe apreender a experiência vivida por estas mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica.

O que se vive, o que se sente, que conteúdos e significados emergiram ao se falar da experiência de mulheres obesas mórbidas que se submeteram à cirurgia bariátrica? No decorrer da leitura, revisão e análise fenomenológica do material das entrevistas transcritas foi feito um levantamento e identificação de sentidos emergentes comuns ou diferenciados que se

destacavam nas falas dos sujeitos em relação ao fenômeno pesquisado, tentando relacioná-lo com os objetivos da pesquisa, como também, foram utilizadas as idéias explanadas ao longo do trabalho como referência à compreensão dos dados. Houve um agrupamento por afinidades, procurando-se padrões e descobrindo-se aspectos relevantes que traduziam sinteticamente os significados identificados. Para facilitar a compreensão dos resultados emergentes, é importante ressaltar que os mesmos foram agrupados em seis temas centrais, mesmo entendendo que existe uma gama de possibilidades de organização dos dados coletados. Este processo de elaboração e compreensão dos dados foi constituindo os múltiplos contornos (Moreira, 2004) da experiência vivida. De cada tema central emergente desdobraram-se subtemas e outros itens correlatos menores que norteiam e dão coerência à conduta desta análise e discussão dos resultados na seguinte forma:

PERCEPÇÃO DE SI APÓS A CIRURGIA

Após a cirurgia bariátrica, as entrevistadas passaram a perceber a elevação de sua auto-estima e o aumento de suas potencialidades, estabelecendo uma relação mais harmoniosa consigo e com o mundo em sua volta.

Esta nova forma de se perceberem está bem marcante nas falas das três entrevistadas e advém logo em seguida do emagrecimento, como, elas afirmaram, que as fez mudar bastante a maneira de se enxergarem física e psicologicamente após a cirurgia e, conseqüentemente, após o emagrecimento.

Novaes (2006) ressalta que o corpo é o lugar de diferentes formas de sociabilidade e espelha, assim, a vida social e psicológica de um indivíduo. O corpo produz, continuamente, um sentido, inserindo-o dentro de um espaço social, ou seja, longe de ser apenas algo da ordem do biológico, ele terá sempre uma dimensão social e cultural.

As entrevistadas relataram sua percepção de si, através de algumas falas: “Foi um renascimento”. (Tereza).

“Percebo que a cada dia me amo mais, pois estou cada vez mais satisfeita comigo, com a minha vida”. (Fátima).

Observa-se, com as entrevistadas, que a pessoa obesa passa a se perceber segundo a ótica do seu peso, desacreditadas de si e, após a cirurgia, percebem-se detentoras de maior autonomia perante suas escolhas e decisões, por sentirem-se mais fortificadas e congruentes, o que se observa na fala abaixo.

Não é que eu não tenha mais problemas, é que eu passei a conviver com eles de uma forma diferente. Hoje me sinto mais forte, mais compreensiva comigo mesma e não tenho mais pena de mim, como eu tinha antes, ao contrário, vivo buscando novos desafios para a minha vida. (Tereza).

No diálogo teórico feito com vários autores no decorrer deste trabalho, salienta-se o pensamento de Merleau-Ponty (2006) ao apontar que os componentes corporais são compreendidos como funções existenciais – modos de ser no mundo – onde a ênfase está no caráter ativo do corpo no mundo e, conseqüentemente, na vida social.

É importante destacar que as entrevistadas demonstraram que, após a cirurgia, foi despertada nelas uma força interna que vem à tona no momento em que elas se dão conta que esta força já existia e estava “escondida” atrás da gordura.

O corpo ideal não diz respeito somente ao controle do peso e das medidas, revela também funções psicológicas e morais. A obesidade caracteriza-se, a um só tempo, numa ruptura estética e psíquica, da qual decorre a perda da auto-estima. Vale lembrar que a dimensão ética é também rompida, pois se deixar ficar obesa é interpretado como má conduta pessoal, podendo resultar na exclusão pelo grupo social. Portanto, mudar seu corpo é mudar sua vida (Novaes, 2006).

Isto pode ser observado com mais clareza através das seguintes falas: “Mas analisando um pouco a minha vida, acho que estou um pouco auto-suficiente. Eu me acho tão maravilhosa que às vezes percebo que eu me basto e tenho que ter cuidado pra não ficar prepotente, não é Dra?” (Tereza).

Não vejo que perdi tempo e nem me arrependo de nada que vivi e de nada que eu fiz, mas hoje sou uma pessoa diferente, antes não me incomodava em levar qualquer pessoa nas costas, parece que eu precisava daquilo pra me sentir melhor, mas agora nem levo ninguém e nem quero que me levem nas costas. (Maria).

ANSIEDADE

A ansiedade é uma sensação marcante na vida das entrevistadas como um mecanismo que as levou ao comer compulsivo, trazendo um alto grau de sofrimento psíquico. A maneira como cada paciente se relaciona com a comida é muito marcante para a compreensão do seu comportamento, o que apareceu em vários momentos no decorrer de suas falas.

Eu percebi que eu estava ou ficava gorda não por fraqueza ou dificuldade em manter o peso, quando eu conseguia emagrecer, mas porque sempre que algo ruim ou doloroso acontecia na minha vida, ao invés de eu enfrentar e tentar resolver, ou aprender a conviver com aquilo, eu fugia através da comida e era tão doloroso comer quanto engordar, porque eu me sentia uma fracassada, aí é que eu comia mesmo. (Tereza).

Constata-se que a ansiedade está muito atrelada à forma como a paciente se relaciona com a comida e com o comer compulsivo, ficando bem claro que esta relação é desencadeada por uma dificuldade que ela encontra na relação consigo e na dificuldade que ela encontra em se compreender harmoniosamente, onde o alimento aparece como uma substituição para as suas dores emocionais, o que também passa por modificações após a cirurgia junto com o processo de emagrecimento, destacado pelas entrevistadas na fala abaixo: “... hoje compreendo que aquele monte de comida representava um acalento pra minha tristeza e o pior é que quanto mais eu comia, mais tristeza eu tinha.” (Tereza).

Rocha e Frazão (2005) destacam que, devido à ansiedade, estas pessoas têm muita dificuldade em se aquietarem e em poderem construir um auto-suporte interno, pois como vivem numa sociedade de consumo que estimula a compulsão, através da incessante busca por novidades e por atividades que estimulem os sentidos, iludem-se pensando que a solução para o seu vazio está em algo externo a elas mesmas.

Percebe-se que as pacientes obesas vivenciam um ciclo vicioso de busca incessante por alimentos proibidos, tais como doces e carboidratos, seguidos de um ritual de auto-recriminação e do recomeço de uma dieta, colocando-as num mundo ilusório virtual. Neste mundo, toda a complexidade da vida adulta é minimizada por uma luta contra a comida e o corpo, deixando assim de confrontar-se com outras batalhas da vida, como por exemplo, lidar com questões referentes à intimidade, sexualidade, independência e interdependência (TAVARES, 2003).

Algumas falas abaixo ilustram a complexidade deste tema:

A minha alimentação está ainda tentando ser administrada. Ainda gosto de comer besteiras, chocolate, doces, mas estou aprendendo a comer coisas mais saudáveis. Não deixo de comer nada que tenho vontade, mas aprendi a ter controle sobre esta vontade e quando passo um pouco do limite, faço uma espécie de compensação. (Maria).

Quanto à comida, percebo que ainda sinto vontade de comer algumas coisas que engordam - doces, massas, pães... adoro pão - mas percebo também, que como de forma controlada. Antigamente eu comia quatro pães no café da manhã, hoje eu como meio pão, às vezes, um inteiro. A minha saciedade acontece mais rápido, sei que a cirurgia ajuda, mas tenho consciência que a ajuda maior vem de mim mesma. Não é que eu não vá comer mais essas coisas que engordam, mas é que eu aprendi a comer. E isto eu acho muito bom, porque antes da cirurgia, quando eu fazia dietas tudo era proibido e eu tomava aqueles remédios que me deixavam irritada, com a boca seca e quando eu parava, sentia o dobro da fome e engordava tudo de novo. (Tereza).

SOFRIMENTO E OBESIDADE

Percebe-se com bastante clareza o grau de sofrimento relatado pelas entrevistadas enquanto eram obesas, o que lhes trazia várias conseqüências para as suas vidas, como também uma enorme descrença de suas potencialidades, como se pode constatar com esta fala: “Quando eu era gorda, eu desacreditava muito que eu fosse capaz de conseguir alguma coisa boa para mim mesma, só pensava nos outros e quanto mais só eu me sentia, mais eu comia.” (Tereza).

Uma das conseqüências relatadas pelas entrevistadas foi o fato de a obesidade atingir diretamente suas relações afetivas e amorosas, deixando claro que enquanto eram obesas vivenciavam uma relação desgastante e pouco satisfatória, mas como tinham medo da solidão, submetiam-se a continuar nestas relações, como demonstram mais claramente em suas falas:

Estou em um novo relacionamento, que está me trazendo muita coisa boa e você lembra, Ilana, que eu dizia que tinha que me livrar daquele relacionamento pesado que eu vivia? Eu percebi que junto com a gordura me liberei também daquele peso. Não foi fácil, afinal de contas namorei com ele desde os meus 18 anos e entre idas e vindas foram 12 anos de namoro. (Maria).

O grande impasse da mulher obesa compulsiva parece ser justamente como conseguir paz sem se sentir só e abandonada. Keleman (1992) destaca que a pessoa com este tipo de estrutura se comporta como um camaleão, misturando-se ao meio em que se encontra e tentando ser o que os outros querem que ela seja. Ela doa-se ao outro numa tentativa de ser

preenchida e sente dificuldade em se retrair e de lançar-se para fora, pois falta-lhe capacidade para conter coisas. É uma pessoa que está em busca da sua própria identidade.

Nesta descrição de Keleman, observa-se que a mulher obesa pode apresentar-se de forma a estar sempre ocupada, cuidando dos outros e abrindo mão dos seus projetos pessoais, como também, ela pode se aproximar do outro esperando uma retribuição pelo seu cuidado.

O meu relacionamento atual tem que me acrescentar e se não for assim não quero. Percebi que depois da cirurgia fui ficando mais seletiva e mais criteriosa com as minhas escolhas, acho que é por causa da minha auto-estima que está muito boa e não me vejo mais vivendo uma relação com alguém que não me acrescente, já dei a minha cota de cuidar dos outros. Basta. (Maria).

É importante destacar também a maneira como as entrevistadas se percebiam antes da cirurgia, demonstrando uma enorme descrença de si, além de muita tristeza e dificuldade em perceber o que tinham de bom e acreditarem na sua incapacidade de serem felizes enquanto fossem obesas, como vem apontado abaixo:

Às vezes fico olhando minhas fotos de quando eu era gorda, percebi que são poucas as fotos que eu sorria. Eu tirava foto porque era o jeito, para não ser chata. Como é que uma pessoa gorda daquele jeito, se achando a mulher mais feia do mundo e a mais infeliz, gosta de tirar fotos? (Tereza).

Ao analisar estas falas advindas das entrevistas fenomenológicas, observa-se que enquanto obesas estas mulheres apresentavam uma falta de tranquilidade interna de se colocarem frente ao mundo e aos outros, podendo suportar dores e infortúnios sem precisar se amortecerem, entorpecendo-se com a comida. A tarefa difícil e lenta que estas mulheres precisavam realizar era a conquista de “anticorpos emocionais” para suportarem a entrada do mundo e do outro sem que isto representasse uma ameaça.

Para fazer um contato nutritivo com o mundo, a pessoa precisa se arriscar, expandir-se (Yontef, 1989). É o risco de experimentar o novo e descobrir se este lhe é nocivo ou benéfico e a partir deste risco, poder crescer com este aprendizado. A pessoa compulsiva parece não poder se permitir ao risco, pois não confia na sua capacidade de discriminar o que é bom do que é ruim, suportar a falta de certezas e no final poder tirar proveito desta experiência.

EMAGRECIMENTO E LIBERDADE

As entrevistadas demonstraram com muita clareza a sensação de liberdade que tiveram ao sentirem-se magras e associaram esta liberdade diretamente ao processo de emagrecimento e à construção de novos aspectos positivos de seus comportamentos, como autonomia, segurança ao fazer escolhas e busca de novos desafios, o que pode ser observado com mais clareza nesta fala: “Não permito que ninguém faça mais isto comigo, pois a luta que vivi para conseguir minha liberdade emocional foi muito grande, antes eu era uma obesa mórbida.” (Tereza).

A morte da personagem “obesa mórbida” trazida por Tereza se impõe: “A idéia de morte se tornou bem-vinda, porque o tempo de vida da gorda havia chegado ao seu limite.” Na verdade, não temia morrer, pois foi para a cirurgia sentindo-se “abençoada e merecedora desta chance de começar tudo de novo.” Encarou a cirurgia como um momento de concretização de um movimento emancipatório dizendo que, ao sair do hospital, “eu sentia como se tivesse dado à luz alguma coisa(...) Depois eu percebi que esta nova vida era a minha vida.” Traduziu este movimento emancipatório como desenvolvimento de um sonho juvenil de ir ao Havá e retornar “transformada, magra, bronzeada;” descobriu algum tempo depois que, na verdade, não precisaria ir a qualquer lugar, dizendo: “O meu sonho era a transformação.”

Foi demonstrado também por parte das entrevistadas o significado do emagrecimento em suas vidas, bem como, novas formas de viverem cotidianamente após a cirurgia bariátrica, através do que se segue destacado em suas falas:

Hoje em dia tudo o que eu faço tem que ser registrado, tiro fotos de todos os momentos, com meus amigos, namorado, filhos. Me acho uma pessoa tão privilegiada por ter tido a chance de nascer de novo, pois me considero assim, com uma nova vida depois da cirurgia. (Tereza).

O emagrecimento me trouxe autoconfiança, não preciso mais me sentir uma pessoa indesejada e incompleta. Sinto-me bem comigo mesma. Não tenho mais vergonha das pessoas. Acho que antigamente tinha pré-conceito por causa da minha raça, do meu tipo de cabelo e principalmente por ser gorda. (Fátima).

Adoro morar em Salvador. Meu marido vai para o interior que fica uns 80 km de Salvador, na segunda e volta na quinta, lá ele é juiz e eu trabalho no meu escritório a semana toda. No fim de semana vamos pra praia, estamos terminando de construir nossa casa numa praia deliciosa que tem por lá. Nossa filha ainda não está

estudando, então passamos muito tempo juntos. Fiz amizades ótimas por lá, conheci pessoas de coração muito bom, me sinto muito querida e tem algumas pessoas que nem acreditam que eu já tenha sido gorda, preciso mostrar fotos para acreditarem. (Fátima).

IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal que as entrevistadas passaram a ter de si após a cirurgia é também destacada por elas, sendo isto de suma importância para o favorecimento positivo de seu crescimento psicológico. Pode-se observar isto, na seguinte fala: “Eu me vejo linda. Não tenho aquele choque de me olhar e ficar me imaginando gorda. Lembro que fui gorda é claro, mas a minha imagem hoje é muito melhor de ser vista por mim do que antes.” (Maria).

Novaes (2006) mostra que a dimensão de regulação e controle das práticas corporais, vem sublinhar o lugar que a beleza assume como valor social. As regulações permanentes, os referenciais identitários estão bastante enraizados nas expectativas relativas ao corpo, e qualquer contravenção estética maior provoca um mal-estar, retira o indivíduo do âmbito da ordem, sem se dar conta, claramente, do que desencadeia isto e dos elementos implicados neste processo.

As entrevistadas se referiram também aos novos hábitos alimentares e de atividades físicas que adquiriram após a cirurgia, o que contribuiu de forma enriquecedora para o sucesso que obtiveram, de acordo com sua fala abaixo: “Como muito bem, tanto em nível de quantidade, como de qualidade e mantenho meu peso desde que tive minha filha. Não abro mão da ginástica e das minhas caminhadas, passo todos os dias uma hora na academia, principalmente depois que eu fiz a plástica.” (Fátima).

A importância da estética e dos padrões de beleza impostos pela sociedade contemporânea também são preocupações marcantes trazidas pelas entrevistadas, bem como, a alegria ao se perceberem correspondendo a estes padrões, o que foi demonstrado por elas nas falas abaixo:

Um ano depois da cirurgia eu refiz o meu guarda-roupa, comprei tudo novo e sempre que posso refaço isto, porque sofria muito antes quando eu queria ter uma roupa e não podia comprar, porque não tinha meu tamanho. Hoje em dia separo um pouco do meu salário só para me presentear com roupas novas todos os meses, não abro mão de fazer isto, agora sim, sei o que é se amar de verdade. (Maria).

A beleza, neste contexto, deixa de ter como função mostrar as características essenciais das mulheres, passando, cada vez mais, a seguir modelos impostos, ou seja, é belo o corpo cirúrgico, esculpido, fabricado e produzido. O corpo, neste início de século, é eleito o centro das atenções, o objeto fetiche do consumo.

Com o emagrecimento me vejo como uma mulher mais bonita, atraente, uso maquiagens que realçam a minha cor, não fico mais desesperada para alisar meu cabelo, adoro quando ele fica assim bem crespo como está agora, fica mais natural. Adoro usar calça jeans bem apertada e agora que já fiz plástica, meus seios estão tão lindos, uso cada blusa sensual, adoro me sentir assim. (Fátima).

O PAPEL DA PSICOTERAPIA

Outro tema emergente das entrevistas foi o acompanhamento psicoterápico que tiveram por bastante tempo, pois isto representou para elas uma segurança muito importante no seu crescimento psicológico, como elas mesmas apontam: “Com a psicoterapia, eu fui realmente me conhecendo, percebendo minhas fortalezas e com a perda de peso, eu fui me sentindo forte para enfrentar qualquer problema.” (Tereza).

Quando você me ligou para marcar esta entrevista, eu estava saindo da academia e minha filha estava no carro com o meu marido me esperando. Ela não pode ver ninguém ao telefone que quer falar também, por isto que não deu para conversarmos muito, mas eu gostei tanto de saber que você lembrou-se de mim e quis conversar comigo para saber como eu estou! Você me ajudou muito, me fez ver que a minha vida estava pautada em mágoas e ressentimentos do passado e eu precisava deixar isto para trás para estar bem como estou hoje. (Fátima).

Rocha e Frazão (2005) atestam que a experiência psicoterápica revela que estas mulheres somatizam a polaridade grandiosidade x esvaziamento no próprio corpo, ou seja, elas transformam-se em mulheres literalmente grandes e inchadas evitando, através da obesidade, entrar em contato com seu lado murcho, deprimido, criando assim uma dupla alienação: de si mesmas e do meio que as circundam.

Vários autores como Tavares (2003), Arenales-Loli (2006), Novaes (2006), dentre outros já citados no decorrer deste estudo, apontam o grau de importância do acompanhamento destes pacientes em psicoterapia, atestando que o mesmo deve ser encorajado a se relacionar tanto com seu mundo interno como externo e refletir a respeito de sua vida psíquica para que as mudanças possam vir de maneira natural e menos sofrida. Fazer trocas afetivas e tolerar frustrações sem recorrer ao impulso do comer como antes.

O trabalho psicoterapêutico é tanto mais árduo quanto maior for a recusa do cliente de se olhar por inteiro, com todos os seus sentidos atuantes e perceber-se num corpo com o qual deve comunicar-se diferentemente. Quando o cliente entende que a cirurgia não é mágica, mas sim um grande auxílio para o tratamento de uma doença, a idealização é tratada e o mesmo pode vir a refletir e se dar conta dos possíveis problemas que encontrará no futuro.

Além disto, a cirurgia tem sido muito divulgada pela mídia. Esta vasta exposição preocupa e, por muitas vezes é colocada como um produto novo e de forma sensacionalista; algo fácil e rápido, afastando ainda mais a possibilidade de o cliente compreender a extensão que o tratamento cirúrgico tem para o resto de sua vida.

A tarefa da avaliação emocional, mais do que nunca, é conscientizar o cliente da mudança que enfrentará e para qual terá de aceitar a ligação com uma equipe multidisciplinar por um longo período, para desenvolver sua capacidade de substituir e renovar satisfações.

Garcia Marquez em uma de suas belas frases poéticas vem dizer: “Os seres humanos não nascem de uma vez por todas no dia em que suas mães lhes dão à luz... A vida os obriga sempre e sempre a parir a si mesmos.” Isto mostra exatamente a necessidade de constante renascimento dos seres humanos e, diante da impossibilidade de que alguns deles cresçam, é importante que recebam ajuda. Tratando-se deste trabalho, a ajuda se configura na psicoterapia, local onde as comedoras compulsivas são auxiliadas a parirem seu eu mais verdadeiro e a poderem usufruir a vida de uma forma menos defensiva.

Merleau-Ponty (2006) aponta que as experiências não podem ser sintetizadas, apenas consideradas em toda sua complexidade como constantes e circulares, portanto ao final desta experiência de campo, esta pesquisadora pode assegurar que os objetivos iniciais deste estudo foram alcançados, ao analisar o processo de formação e transformação da identidade pessoal de mulheres obesas mórbidas que se submeteram à cirurgia bariátrica complementando e ampliando a descoberta dos significados desta experiência vivida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“No meio do caminho tinha uma pedra,
 tinha uma pedra no meio do caminho.
 Tinha uma pedra no meio do caminho.
 Nunca me esquecerei desse acontecimento
 na vida de minhas retinas tão fatigadas.
 Nunca me esquecerei que no meio do caminho
 tinha uma pedra.
 Tinha uma pedra no meio do caminho,
 no meio do caminho tinha uma pedra”.

Carlos Drummond de Andrade.

Chegar até aqui não foi fácil. Mas quando se enxergam as dificuldades e os obstáculos que se teve que enfrentar, percebe-se também como foi engrandecedor tanto profissional quanto emocionalmente, pois escrever sobre a própria história de vida, utilizar-se como primeiro sujeito colaborador desta pesquisa, exigiu de sua escrevente não só coragem, mas uma disposição interna de falar de si mesma sem amarras, sem pudores, levando isto a um grande e positivo encontro consigo mesma de forma madura e acolhedora.

Percebeu-se que se cresceu psicologicamente e, como boa rogeriana, utiliza-se a si mesma e sempre se utilizou, o que Carl Rogers chama de Tendência Atualizante, onde se vê que, por maior que sejam as adversidades que se encontram, maior também é a força e a potencialidade humana para enfrentá-las.

Assim é enfrentada a cada dia esta compulsão alimentar que, mesmo que momentaneamente ela esteja administrada emocionalmente, depara-se com algumas reações emocionais que exigem um autocontrole e um olhar humanista, como foi o olhar teórico e técnico que se teve que ter no decorrer desta pesquisa.

Nunca se pensou em desistir, mas inúmeros foram os momentos em que se teve ansiedade e angústia por concluir algo que exigia não apenas dedicação teórica, mas também, superação emocional. Foram vários os problemas que apareceram tentando desviar esta pesquisadora do foco, mas não se permitiu que isto acontecesse.

No decorrer das pesquisas teóricas, nos registros e nas entrevistas realizadas com as pacientes, pôde-se perceber que a superação é algo marcante, pois existe grande desejo dessas pessoas em emagrecer, por se encontrarem em situações muito difíceis que precisam ser

solucionadas. Dessa forma, o leitor que mergulhar neste trabalho não encontrará generalizações com as histórias de vida aqui destacadas, mas poderá fazer as suas próprias generalizações.

Submeter-se à cirurgia bariátrica não garante necessariamente que as transformações dela resultantes terão sentido emancipatório. Obesos mórbidos (e, por vezes, obesos cujo sobrepeso não os caracteriza assim), que buscam a cirurgia bariátrica, muitas vezes são pessoas que precisam ser “emagrecidas” por si mesmas, e é através do acompanhamento psicoterápico que estas pessoas podem encontrar suporte necessário para conseguir isto.

Falar do acompanhamento emocional de pacientes que foram submetidos a tratamento cirúrgico bariátrico traz grandes dificuldades e desafios. A cirurgia bariátrica se completa necessariamente com a posterior capacidade de reflexão do paciente com um psicoterapeuta especializado neste processo. Contar com este profissional é a forma de evitar recaídas e atingir à função principal do seu equilíbrio psicológico. As mudanças na auto-imagem são os aspectos mais delicados e fundamentais do trabalho clínico com estes pacientes.

Quando o portador da obesidade mórbida, candidato ao tratamento cirúrgico, procura o cirurgião, costuma receber, entre os pedidos de exames e de avaliações de outros profissionais, o encaminhamento para uma avaliação psicológica pré-operatória. Muitas vezes, os pacientes questionam a necessidade ou validade disso: alguns apresentam uma recusa inicial, outros a recebem como mais uma formalidade a ser cumprida, poucos como uma oportunidade de avaliar sua escolha, sua opção por esta modalidade de tratamento e preparo para ela. Chegam para a entrevista visando obter um parecer, um relatório ou uma avaliação que vai “liberá-lo” para a cirurgia.

O psicoterapeuta humanista-fenomenológico, que tem o cuidado de compreender todas as dimensões emocionais daquele indivíduo, poderá avaliar e valorar sua opção pela cirurgia, visto que é incentivado a fazer a comparação custo-benefício entre cirurgia e obesidade mórbida; buscar (re) conhecer seus recursos internos, suas potencialidades para enfrentar o processo do tratamento a que se propõe, do qual a cirurgia é o tempo principal, mas não o único; poder perceber e externar receios, angústias e esperanças, sem jamais ser julgado por isto e contar sua história e através desta, a história da obesidade em sua vida.

Muitos costumam dizer que este contato prévio é muito proveitoso e agradável, reconhecem sua importância, afirmando o desejo de manter um acompanhamento psicoterápico após a cirurgia; alguns voltam outros não, pois, como já foi dito no decorrer deste estudo, é necessário que o paciente sinta-se livre até para procurar a psicoterapia, pois se não for dessa maneira, a psicoterapia deixa de atingir seu real objetivo.

Garrido Jr. (2002) destaca que o comportamento do paciente no pós-operatório tem interferência direta no resultado do tratamento cirúrgico e enfoca a necessidade de o pós-operatório ser acompanhado psicoterapeuticamente, pois o paciente, ao perceber seu emagrecimento, pode se empolgar, imaginar que não precisa mais desta ajuda e evitar um confronto maior consigo motivado pela psicoterapia, o que poderá trazer-lhe danos emocionais.

Sabe-se que o psicoterapeuta não será conivente com a postura de “Poliana”, contemplando somente o lado bom da história, pois sem cuidado, a mudança pode ser apenas temporária, e aqui se devem destacar algumas características interpessoais que o psicoterapeuta deve apresentar nesta vinculação que ora se estabelece como algo fundamental para o bom andamento do processo psicoterápico, como empatia (capacidade de compreender o paciente a partir da perspectiva dele), autenticidade (liberdade de ser o que se é), calor humano e cordialidade (ser aberto, responsivo e positivo em relação ao paciente), respeito (habilidade de aceitar o paciente, suas atitudes ou comportamentos) e consideração positiva (habilidade de levar o paciente a reconhecer que ele tem o poder de modificar-se e de participar deste processo). Trata-se das atitudes facilitadoras em psicoterapia colocada por Carl Rogers.

Ao assistir Carlos Drummond de Andrade, em uma entrevista na televisão sobre o inesperado sucesso (até mesmo para ele) da poesia: “Tinha uma pedra no caminho, no meio do caminho tinha uma pedra...” pôde-se refletir e lançar uma hipótese de que, talvez, parte deste tamanho sucesso, deva-se ao reflexo das conjunturas da vida humana: há uma pedra no meio do caminho, no meio do caminho há uma pedra. Todos vivem pedras no meio do caminho... Todos vivem perdas, desavenças, angústias, hostilidades... no meio do caminho.

Faz parte da constituição da mente humana polarizar os conflitos ao lidar com tais sentimentos entre construção e desconstrução. Parafraseando Rubem Alves ao dizer que “as

ostras transformam em pérolas e, deste modo eliminam, os grãos de areia que invadem e machucam seu interior”, em uma de suas palestras, este escritor confidenciou à platéia que seus textos eram frutos de suas ansiedades, onde se observa neste ponto um dos segredos da vida. Lidar com os próprios sentimentos de modo que eles sejam utilizados de modo criativo a favor do crescimento pessoal.

Cabe ao psicoterapeuta ser um canal com os pacientes fadados a não comer em excesso em função da cirurgia, captar os sentimentos implícitos no ato de comer, numa nova via de drenagem das angústias e tensões, preferencialmente em formato de “pérolas”. Cabe também ainda em preparo pré-cirúrgico e também em pós-cirúrgico auxiliá-los nos resgate de suas potencialidades e de muitos sonhos perdidos, muitas vezes engavetados em desesperanças impostas pelo corpo obeso.

A partir das entrevistas fenomenológicas realizadas e dos registros dos casos clínicos, pôde-se constatar que colocar sonhos e planos num segundo patamar da própria vida não se limita somente aos malefícios causados pela obesidade, mas se constata que em algum momento de suas vidas, em nome de algo, isto aconteceu. Assim, este resgatar e refazer a própria história futura não vai depender exclusivamente de um emagrecimento real, mas efetivamente de um repensar e reconstruir a própria história.

Ressalta-se que os achados neste estudo não são conclusões definitivas, verdades fechadas e inquestionáveis. Ao contrário, neste momento confere-se a real necessidade de abertura para novas investigações e estudos complementares. Entre estes, sugerem-se novos estudos que contemplem a caracterização da cirurgia bariátrica como algo sério, relevante e que jamais banalizem um recurso que só tem a contribuir para a qualidade de vida das pessoas que dela necessitam.

Espera-se ter contribuído para um maior conhecimento do sofrimento psíquico que atinge as pessoas portadoras de obesidade mórbida submetidas à cirurgia bariátrica e a estes padrões irreais de beleza impostos por esta sociedade contemporânea, através dos modos de expressão desta vivência. Investigar é uma forma de relatar simultaneamente o mundo e as pessoas.

Talvez este esforço possa vir a ser mais um eco para fortalecer a emergência de soluções sociais que propiciem um viver mais prazeroso, humano e justo e um brado contra mecanismos típicos de uma ordem social que transforma expressões de subjetividade em sintomas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMATUZZI, M. *Apontamentos acerca da Pesquisa Fenomenológica*. Campinas: Papyrus, 1999.
- AMATUZZI, M. et al. *O sentido-que-faz-sentido: uma pesquisa fenomenológica no processo terapêutico*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Campinas : Papyrus, 1991, 7(1), p. 1-12.
- ANARUMA, S. M. *Autoconhecimento: Um dos Caminhos no Tratamento da Obesidade*. *Informação Psiquiátrica*. São Paulo: Papyrus, 1995, 14(1), p. 23-26.
- ARENALES-LOLI, M. S. *Da mesa farta à mesa da cirurgia*. São Paulo: Vetor, 2007.
- ASSUNÇÃO JR., F. B. A Questão da Beleza ao longo do Tempo. 2. In: BUSSE, S. R. (Org.). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri: Manole, 2004.
- BENEDETTI, C. *De Obeso a Magro: A Trajetória Psicológica*. São Paulo: Vetor, 2003.
- BERBLINGER, K. W. *Obesity and Psychologic Stress*. New York: Dover, 1969.
- BORIS, G. Abordagem Centrada na Pessoa e Gestalt-Terapia. *Revista de Humanidades*. Fortaleza, 7(5), 1990, p. 111-124.
- CAETANO, D. *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) CID – 10. *Classificação Internacional de doença*. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- CHERMIN, K. *A Obsessão: Reflexos Sobre a Tirania da Magreza*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- COELHO, V. P. *Fome de ser feliz: História de Vida de Mulheres com Transtornos Alimentares*. São Paulo: Puc/Nepi, 1996.

COOPER, M. Eating Disorders, Culture and Cognition. In: J. Schumaker; T. Ward. *Cultural Cognition and Psychopathology*. Westport: Praeger, 2001, p. 32-67.

CORDÁS, T. A. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002.

COUTINHO, W. Obesidade: Conceitos e Classificação. In: Nunes et al. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 197-202.

CRESWELL, John W. *Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativos, Quantitativo e Misto*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DSM-IV. *American Psychiatric Association: Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders*. Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FORGHIERI, Y. *Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, Métodos e Pesquisa*. São Paulo: Pioneira, 1993.

FRANQUES, A. R. M. *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Vetor, 2006.

FREEDMAN, R. *Amar Nuestro Cuerpo. Guia Práctico para Mujeres: Gustarnos a Nosotros Mismos*. Barcelona: Paioedas, 1991.

FREITAS, K. M. C. *Obesidade, Mulher e Família*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Recife: Pontificia Universidade Católica, 2004.

GARRIDO JR., A. B. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002.

GASPAR, F. M. P. *Obesidade e Trabalho: Histórias de Préconceito e Reconhecimento Vividas por Trabalhadores Obesos*. São Paulo: Vetor, 2003.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GIORGI, A. Sketch of a Psychocological Phenomenological Method. In: GIORGI, A. *Phenomenology and Psycocology Research*. Pittsburg: Duquesne University Press, 1985.

GIORGI, A. The theory, practices, and evolution of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychological*, 33, 1997, p. 235-260.

GOMES, W. B. *Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Vetor, 1998.

HALPERN, A. *Fisiopatologia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002.

HOLANDA, A. F. Pesquisa Fenomenológica e Psicologia Eidética: Elementos para um Entendimento Metodológico. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (Orgs.). *Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: Reflexões e Perspectivas*. São Paulo: Ômega Editora, 2001.

KELEMAN, S. *Anatomia Emocional: A Estrutura da Experiência*. São Paulo: Summus, 1992.

KOLYNIK, H. M. R. *Identidade e Corporeidade: Prolegômenos para uma Abordagem Psicossocial*. Tese (Doutorado em Psicologia). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2002.

LAKATOS, E. M.; Marconi, M. A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCHESINI, S. D. Distúrbios Psíquicos e Obesidade. In: A. B. Garrido et. al. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 25-33.

MARUM, R. H. et al. Obesidade. In: S. R. Busse (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, 2004, p. 329-366.

MAY, R. *O Significado da Ansiedade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

MAY, R. *O Homem a Procura de Si Mesmo*. Petrópolis: Vozes, 1993.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 3. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia – Hucitec-Abrasco, 1994.

MONEDERO, C. *Psicopatología General*. Madrid: Nueva, 1973.

MOREIRA, V.; SLOAN, T. *Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica*. São Paulo: Escuta, 2002.

MOREIRA, V. *O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, p. 447-456, 2004.

MOREIRA, V. *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo: Annablume, 2007.

NASSER, A. C. *A Pesquisa Qualitativa: Enfoques Epistemológicos e Metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes.

NOVAES, J. V. *O Intolerável Peso da Feiúra: Sobre as Mulheres e seus Corpos*. Rio de Janeiro: Puc Rio – Garamond, 2006.

NAKAMURA, E. *Representação Sobre o Corpo e Hábitos Alimentares*. São Paulo: Manole, 2004.

NUNES, M. A. et al. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NUNES, M. A. A.; ABUCHAIM, A. L. G. Anorexia Nervosa. Parte I: Quadro Clínico, Critérios Diagnósticos e Etiologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44 (supl.1): S5-S9, 1995.

ODDONE, H. (Org.). *Transtornos Alimentares: Uma Visão Gestáltica*. Campinas-SP: Livro Pleno, 2007.

OLSSON, S. A. *Weight Reduction after Gastroplasty: The Predictive Value of Surgical, Metabolic and Psychological Variables*. *Inter J. Obes*, 8, p. 245-258, 1984.

PAIVA, L. M. *Psicopatologia do Excesso de Appetite, Voracidade e Períodos de Molde*. III Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática. Rio de Janeiro: p. 97-112. 1982.

REPPETTO, G. *Histórico da Obesidade*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

REY, F. L. G. *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Caminhos e Desafios*. São Paulo: Pioneira Tomson Learning, 2002.

ROCHA, S. L.; FRAZÃO, L. M. *Gestalt e Gênero. Configurações do Masculino e Feminino na Contemporaneidade*. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

ROGERS, C. *Tornar-se Pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

RUSSO, A. *Psiquiatria por Outros Olhos*. Fortaleza: Livro Técnico, 2000.

SANTOS, F. C. G. *Magro. E Agora? Histórias de Obesos Mórbidos que se Submeteram a Cirurgia Bariátrica*. São Paulo: Vetor, 2005.

SCHILDER, P. *A Imagem do Corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

SEGAL, A. Surgimento dos Aspectos Psíquicos. In: A. B. Garrido et. al. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, p. 287-292.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M.; BALLONE, G. J. *Psicopatologia e Psiquiatria Básicas*. São Paulo: Vetor, 2004.

STUNKARD, A. J. *Eating Patterns and Obesity*. New York: Quart, 1999.

TAVARES, M. C. *Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento*. São Paulo: Manole, 2003.

TURATO, E. R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico-Epistemológica, Discussão Comparada e Aplicação nas Áreas de Saúde e Humanas*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VALLE, Ronald S.; HALLING, Steen. *Existential-Phenomenological Perspectives in Psychology*. New York: Plenum Press, 1989.

VALLIS, T. M.; ROSS, M. A. *The Role de Psychological Factores in Bariatric Surgery for Morbid Obesity: Identification of Psychological Predictors of Success*. *Obes surg*, 3, p. 346-359, 1993.

YIN, Robert K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YONTEF, G. M. *Processo, Diálogo e Awareness*. São Paulo: Summus, 1998.

ANEXO A – Termo de Consentimento

Proposta

Estamos convidando você a fazer parte de uma pesquisa. Este termo de consentimento dará informações sobre esta pesquisa. Antes que você aceite participar, você deve entender bem estas informações. O objetivo desta pesquisa é aprender com você sobre a experiência de ter esta doença.

Pedimos a você que autorize a publicação acadêmica do seu processo psicoterápico, o qual será utilizado como um estudo de caso clínico. Sua identidade será preservada e usarei um nome fictício para não haver nenhum tipo de exposição.

O seu caso será apresentado numa dissertação de mestrado na Universidade de Fortaleza, será avaliado juntamente com todo o trabalho por uma banca de profissionais hábeis e preparados para esta função. É importante que saiba que você estará completamente livre para decidir se quer ou não participar desta pesquisa.

Riscos e desconfortos

Os riscos de participar dessa pesquisa são mínimos. Como sua identidade não será exposta, você terá toda uma segurança com relação aos conteúdos vivenciados que ocorreram no decorrer do processo psicoterápico.

Benefícios

Esperamos que a sua participação nesse estudo ajude as pessoas que sofrem com esta doença, ajudando aos clínicos a compreender a experiência vivida das pessoas doentes. Desta maneira, esperamos contribuir para a prevenção e o desenvolvimento de melhores tratamentos.

Confidencialidade

Sua privacidade será protegida. Isso significa que o seu nome nunca será ligado às informações que você fornecer. Haverá um outro nome fictício nas cópias dos relatos.

Todas as sessões registradas serão trancadas no consultório do pesquisador e os dados do computador serão protegidos por uma senha.

Somente as pessoas envolvidas na pesquisa terão acesso a estes dados. Nenhuma informação será dada a terceiros. O seu nome nunca será usado em escritos ou artigos resultantes deste projeto, e todos os esforços serão efetuados para que as descrições dos participantes não sejam identificáveis.

Questões

Se você tiver qualquer dúvida sobre esta pesquisa, por favor, entre em contato comigo (Ilana Arêa Leão de Almeida – CRP: 11/1411 - 9452.4168).

EU LÍ A EXPLICAÇÃO DESTE TERMO E/OU FOI LIDO PARA MIM. TIVE A OPORTUNIDADE DE DISCUTIR E FAZER PERGUNTAS, BEM COMO DE RECUSAR EM PARTICIPAR. AO ASSINAR ESTE TERMO DE COMPROMISSO ESTOU DE ACORDO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA.

Data _____

Paciente participante

Responsável (no caso do paciente ser menor)

Pesquisador Entrevistador Responsável

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](#)