UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
PÓS-GRADUAÇÃO EM COGNIÇÃO E LINGUAGEM
HEGLE FRAGA PINHEIRO DIAS

AUTO-IMAGEM E OBESIDADE: UMA ABORDAGEM NEUROPSICOLÓGICA COGNITIVA

CAMPOS DOS GOYTACAZES- RJ
SETEMBRO - 2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
PÓS-GRADUAÇÃO EM COGNIÇÃO E LINGUAGEM
HEGLE FRAGA PINHEIRO DIAS

AUTO-IMAGEM E OBESIDADE: UMA ABORDAGEM NEUROPSICOLÓGICA COGNITIVA

Dissertação de mestrado apresentado à Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Centro de Ciências do Homem – CCH, Laboratório de Cognição e Linguagem – LCL.
Orientadora: Drª. Sylvia Beatriz Joffily

CAMPOS DOS GOYTACAZES- RJ
SETEMBRO - 2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do **CCH / UENF** 001/2009

D541 Dias, Hegle Fraga Pinheiro.

Auto-imagem e obesidade : uma abordagem neuropsicológica cognitiva / Hegle Fraga Pinheiro Dias -- Campos dos Goytacazes, RJ, 2008.
221 f.

Orientador: Sylvia Beatriz Joffily
Dissertação (Mestrado em Cognição e Linguagem) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2008.
Bibliografia: f. 140 – 148

1. Imagem Corporal. 2. Obesidade – Aspectos Psicológicos. 3. Depressão. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Centro de Ciências do Homem. II. Título.

CDD – 616.398

Dedico este trabalho a todas as crianças, em especial àquelas com obesidade, que ingênuas em seus corpos, naturalmente saltitantes, crescem expostas, as imposições e às marcas, ao feroz preconceito, tolerado e cultivado, na sociedade atual.

AGRADEÇO:

- A Deus, força maior, menino e Cosmo, com seus deuses e deusas em todas as forças da natureza, nas quais existo e insisto em viver;

- À minha orientadora, professora Dra. Sylvia Beatriz Joffily, por quem sinto admiração ímpar, em sua simplicidade e sabedoria, e a quem agradeço a confiança, os incentivos e os desafios constantes, que me incitaram na idealização e realização deste trabalho. Feliz parceria...!

- À professora Dra. Juçara Gonçalves Lima Bedim, cujo "olhar" diferenciado, gentil e potencializador, me indicou o caminho em direção ao mestrado.

- À Drª. Luciana El Kadre, e demais membros da Equipe de Cirurgia Bariátrica e do Centro de Controle do Peso, do Hospital São José do Avaí, em Itaperuna, RJ, que cuidaram de mim e, posteriormente, gentilmente, me concederam espaço para aplicar esta pesquisa;

- As "pessoas especiais", pacientes do Hospital São José do Avaí, que voluntariamente, contribuíram com essa pesquisa;

- A Mateus Joffily, por sua gentil colaboração com os conhecimentos de estatística;

- Ao Xico, Kim e Taran. Meus amores e alegria;

- A toda minha família, em especial, ao meu tio Edgard, pelo apoio e encorajamento constantes, por sua presença, de pai e avô, para mim e para os meus filhos;

- Aos meus amigos mais queridos, família extendida, e aos meus colegas de trabalho e membros do NEPENC, pela alegria de conviver e compartilhar;

- Aos coordenadores, e a todos os professores do Laboratório de Cognição e Linguagem do CCH e à UENF, por terem oportunizado a realização deste trabalho.

Lugar de mim

Em travessia? (Páscoa)

Existência estranha dentro de mim
Sentidos que revelam com surpresas
Ao olhar, ao toque, tantas incertezas.

Olhos que vislumbram novos relevos
Mãos que tateando descobrem outras teias
Rede, tramas escondidas, paisagens de um outro bordado
Que brota lentamente, em mim e fora de mim.

Certo mal estar mascarado há!
Aplacado por novas roupagens por buscar.
Mas algo de sem jeito há!
Um declive do peito ao ventre quando deito
Em músculos que apontam um outro jeito.

Com um sopro de ar na garganta, deixo
As mãos deslizarem em estranho corpo
Que parece meio morto, mas sem desconforto!

Quanta estranheza há!
Num lugar que já se foi
Num lugar que não pode ser
De um lugar que "deve vir-à-ser"
Sem saber ao certo..., se vai viver.

Que receoso toque encontrando diferenças
Tendões? Ligamentos? Ossos?
Entre a virilha e a coxa ou por traz dos joelhos
Surgem questões, comparações...
Peles sem sentido, pescoço envelhecido,
E em tudo, contudo, um desejo de vencer,
De submeter à outra dor, ao corte e ao recorte.
De disforme à cicatriz
Do que vou ser...(?)
Sem me esquecer de quem sou.

BIOGRAFIA

Hegle Fraga Pinheiro Dias, filha de Erbert Vasconcelos Pinheiro Dias e Helny Rizzo Fraga Pinheiro Dias, nasceu em 25 de agosto de 1966, em Itaperuna - RJ.

Graduou-se em Psicologia pela Faculdade de Biologia e Psicologia Maria Thereza (FAMATH) em Niterói – RJ, em 15 de julho de 1988, tendo se especializado em Psicopedagogia (2004) e Docência no Ensino Superior (2005) pela Fundação São José, em Itaperuna - RJ

Foi admitida em 15 de março de 2006, no Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem, Mestrado, no Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense, em Campos dos Goytacazes, RJ, submetendo-se à defesa de tese para a conclusão do curso em outubro de 2008.

SUMÁRIO

	RESUMO	
	ABSTRACT	
1.	INTRODUÇÃO	15
2	Espectros corporais	19
2.1	Enfoque na esfera fisiológica / corporal	20
2.1.1	Corpo	20
2.2	Enfoque na esfera relacional / social	22
2.2.1	O corpo social e cultural	22
2.2.2	O corpo e a beleza	25
2.3	Enfoque psicológico / emocional	29
2.3.1	O Corpo e a linguagem	29
2.3.2	Representações mentais	32
2.3.2.1	A imagem corporal	34
2.3.2.2	Imagem corporal na obesidade	38
2.3.2.3	Imagem corporal e sexualidade	41
2.4	O corpo na confluência das três esferas	48
3.	A obesidade	52
3.1.	Definição	53
3.2.	Classificação	54
3.3.	A obesidade na esfera fisiológica	56
3.3.1.	Aleitamento infantil e obesidade	60
3.4.	A obesidade na esfera relacional	64
3.5.	A obesidade na esfera psicológica	67
3.5.1.	Cognição	67
3.5.2.	Emoção	71
4.	Comportamento alimentar: do sentir ao agir	75
5.	Estados de humor	82
5.1.	Depressão	83
5.2.	Depressão e obesidade	84
6.	Métodos	91
6.1.	Tipo de pesquisa	91
6.2.	Universo e amostra	92
6.3.	Critérios e seleção dos sujeitos	92
6.4.	Critérios de exclusão dos sujeitos	93
6.5.	Coleta de dados	93
6.6.	Tratamento dos dados	97
6.7.	Cronologia de pesquisa de campo	98
6.8.	Limitações do método	98
7.	Resultados	99

7.1. Caracterização da amostra 99
7. 2. Classificação da amostra segundo os graus de obesidade 100
7. 3. Incidência de depressão 101
7. 4. Correlação entre graus de obesidade e níveis de depressão 103
7.5. Avaliação de discrepância na imagem corporal 108
7.5.1 Imagem corporal real x imagem corporal atual 110
7.5.2 Imagem corporal atual x imagem corporal idealizada 111
7.5.3. Imagem corporal real x imagem corporal idealizada 112
7.6. Correlação entre os diferentes níveis de depressão e níveis de discrepância observados entre as diferentes imagens corporais 114
7.7. Correlação entre os diferentes níveis de obesidade x discrepância da imagem corporal 121
7.8. Considerações gerais sobre os resultados obtidos 127
8. Discussão 131
9. Conclusão 136
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 140
APÊNDICE 149
Diário Pessoal 150
ANEXOS 213
Anexo A – Convite e Termo de aceite 214
Anexo B – Escala de Desenhos de Figuras 215
Anexo C – Inventário de Depressão de Beck 216
Anexo D – Questionário 219
Anexo E – Dados gerais para tratamento estatístico 220
Anexo F – Reclame da BAYER em 1940 221

LISTA DE ABREVIATURAS

IMC	Índice de Massa Corporal
TCAP	Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico
BDI	Inventário de Depressão de Beck
FRS	Escala de Figuras de Stunkard
DEP	Depressão
DEP MOD	Depressão moderada à Grave
ICA	Imagem corporal atual, isto é, aquela, que o sujeito pensa que tem na ocasião de aplicação do instrumento.
ICI	Imagem corporal idealizada, isto é, aquela que o sujeito aspira ter.
IMC*	Imagem corporal correspondente ao IMC que o sujeito possui, identificada nas figuras do FRS
DIC	Discrepância na Imagem Corporal

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	**Índice de massa corporal**	**54**
TABELA 02	**Abreviações**	**99**
TABELA 03	**Dados gerais**	**100**
TABELA 04	**Graus de obesidade**	**101**
TABELA 05	**Incidência de Depressão – Critério I**	**102**
TABELA 06	**Incidência de depressão – Critério II**	**103**
TABELA 07	**Relação obesidade grau I x Depressão**	**103**
TABELA 8	**Relação obesidade grau II x Depressão**	**105**
TABELA 9	**Relação obesidade grau III x Depressão**	**106**
TABELA 10	**Relação obesidade grau IV x Depressão**	**107**
TABELA 11	**Imagem corporal atual x Imagem corporal real**	**110**
TABELA 12	**Imagem corporal atual X Imagem corporal idealizada**	**111**
TABELA 13	**Imagem corporal real x Imagem corporal idealizada**	**113**
TABELA 14	**Sem Depressão x Discrepância da Imagem Corporal**	**114**

TABELA 15	**Depressão leve x Discrepância da Imagem Corporal**	**115**
TABELA 16	**Depressão moderada à grave x Discrepância da Imagem Corporal**	**117**
TABELA 17	**Depressão grave x Discrepância da Imagem Corporal**	**119**
TABELA 18	**Obesidade grau I x Discrepância da Imagem Corporal**	**121**
TABELA 19	**Obesidade grau II x Discrepância da Imagem Corporal**	**122**
TABELA 20	**Obesidade grau III x Discrepância da Imagem Corporal**	**124**
TABELA 21	**Obesidade grau IV x Discrepância da Imagem Corporal**	**126**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	**As três esferas cognitivas**	**16**
Figura 2	**Modelo causal da obesidade**	**55**
Figura 3	**Graus de obesidade**	**101**
Figura 4	**Incidência de Depressão – Critério I**	**102**
Figura 5	**Incidência de Depressão – Critério II**	**103**
Figura 6	**Correlação obesidade grau I x Depressão - Critério I**	**104**
Figura 7	**Correlação obesidade grau I x Depressão – Critério II**	**104**
Figura 8	**Correlação obesidade grau II x Depressão – Critério I**	**105**
Figura 9	**Correlação obesidade grau II x Depressão – Critério II**	**105**
Figura 10	**Correlação obesidade grau III x Depressão – Critério I**	**107**
Figura 11	**Correlação obesidade grau III x Depressão – Critério II**	**107**
Figura 12	**Correlação obesidade grau IV x Depressão – Critério I**	**108**
Figura 13	**Correlação obesidade grau IV x Depressão – Critério II**	**108**
Figura 14	**Imagem corporal real x Imagem corporal atual**	**110**

Figura 15	**Imagem corporal atual X Imagem corporal idealizada**	**112**
Figura 16	**Imagem corporal real x Imagem corporal idealizada**	**113**
Figura 17	**Sem Depressão x Discrepância da Imagem Corporal**	**114**
Figura 18	**Depressão leve x Discrepância da Imagem Corporal**	**116**
Figura 19	**Depressão moderada à grave x Discrepância da Imagem Corporal**	**118**
Figura 20	**Depressão grave x Discrepância da Imagem Corporal**	**120**
Figura 21	**Obesidade grau I x Discrepância da Imagem Corporal**	**121**
Figura 22	**Obesidade grau II x Discrepância da Imagem Corporal**	**122**
Figura 23	**Obesidade grau III x Discrepância da Imagem Corporal**	**125**
Figura 24	**Obesidade grau IV x Discrepância da Imagem Corporal**	**126**
Figura 25	**Significância - Graus de obesidade x Depressão**	**128**
Figura 26	**Significância - Graus entre Imagem corporal idealizada e Imagem corporal real x Depressão**	**128**
Figura 27	**Significância - Graus entre Imagem corporal atual e Imagem corporal real x Depressão**	**129**
Figura 28	**Significância - Relação entre Imagem corporal idealizada x Depressão**	**129**
Figura 29	**Significância - Relação entre Imagem corporal atual x Depressão**	**130**
Figura 30	**Significância - Relação entre Imagem corporal idealizada x Imagem corporal atual**	**130**

RESUMO

DIAS, Hegle Fraga Pinheiro; Universidade Estadual do Norte Fluminense, setembro de 2008; Auto-imagem e Obesidade: uma abordagem neuropsicológica cognitiva; Orientadora: Profª Drª Sylvia Beatriz Joffily

O culto ao corpo, ostensivamente propagado pelos diferentes meios de divulgação, levou o homem contemporâneo a experimentar dois diferentes padrões existenciais: um, virtual, excessivamente idealizado e outro, real, perigosamente desvalorizado. Nesse contexto social, a obesidade, definida como uma doença grave, de etiologia multifatorial, apresenta-se como um estigma na vida do sujeito, podendo envolver distorções na imagem corporal. O trabalho realizado abordou os conceitos de corpo, imagem corporal e obesidade envolvida nas esferas fisiológicas/corporais, sociais/relacionais, psicológicas/ emocionais. Observa-se que as experiências corporais humanas, são ao mesmo tempo, simbólicas e biológicas. Portanto, desenvolveu-se uma pesquisa com uma amostra de mulheres obesas, candidatas a cirurgia Bariátrica, em Itaperuna, RJ, com a finalidade de correlacionar a possível discrepância entre a Imagem corporal real e Imagem corporal idealizada, com a incidência de depressão. A despeito da alta incidência de depressão, em consonância com o embasamento teórico, na amostra pesquisada, os níveis mais altos de depressão sucederam nos menores graus de obesidade.

Palavras-chave: Imagem Corporal; Obesidade; Depressão; Neuropsicologia.

ABSTRACT

CORPORAL AUTO-IMAGE AND OBESITY: A COGNITIVE NEUROPSYCHOLOGY APPROACH

The cult to the body, ostensively diffused by the differents means of communication, led the contemporary man to try two distinct existential patterns: one virtual, excessively idealized, and other, real, dangerously depreciated. In that social context, the obesity, defined as a serious disease of multifarious etiology, presents itself as a stigma in the life of the subjects, and it can englobe distortions in the corporal image. The accomplished work approached the body concepts, corporal image and obesity involved in the spheres physiological/corporal, social/relational and psychological/emotional. It is observed that the human corporal experiences, are at the same time, symbolic and biological. Therefore, was developed a research with a sample of obese women, candidates to the Bariatric surgery, in Itaperuna, RJ, with the purpose of correlating the possible discrepancy between the real corporal image and idealized corporal image, with the depression incidence. In spite of the high depression incidence, in consonance with the theoretical support, in the researched sample, the highest levels of depression happened in the smallest obesity degrees.

Keywords: Corporal image; Obesity; Depression; Neuropsychology.

1. INTRODUÇÃO

Vivemos em um mundo no qual, padrões de beleza idealizados, totalmente incompatíveis com as reais condições físicas corporais do homem comum, tornaram-se artigo de primeira necessidade. O culto ao corpo, ostensivamente propagado pelos diferentes meios de divulgação, levou o homem contemporâneo a experimentar dois diferentes padrões existenciais: um, virtual, excessivamente idealizado e outro, real, perigosamente desvalorizado.

Como resultado, observa-se o surgimento, em meio à população, de casos de depressão correlacionados à amplitude da discrepância entre a imagem corporal real e a idealizada. É cada vez maior a ocorrência de obesidade, de transtornos alimentares e de distorções da imagem corporal, gerando enorme sofrimento psíquico nos indivíduos. Neste contexto, não é raro que aqueles que, por não poderem ou não terem vontade de se submeter às exigências do padrão corporal socialmente proposto deprimam-se. Quanto mais distante a imagem idealizada fica da real, mais o indivíduo sofre.

A obesidade, em especial, ganhou proporções epidêmicas, afetando principalmente as mulheres. Atualmente, o seu crescimento entre a população infantil gera grande preocupação. Assim, justificou-se a intenção de correlacionar a distorção da imagem corporal de sujeitos obesos com a presença de traços depressivos, embora estes últimos pudessem ou não, estar correlacionados com os primeiros. Viabilizou-se, portanto, novas reflexões e a construção de um saber sistematizado, que poderá contribuir para o aprofundamento do conhecimento dos processos cognitivos inerentes a pessoas obesas. Neste contexto, indagou-se: Todos os sujeitos com obesidade apresentam traços depressivos? Qual o grau de discrepância entre a imagem corporal real e a idealizada, apresentado pelos obesos?

Tendo-se em vista o acima exposto elaborou-se uma estratégia de pesquisa cuja principal finalidade foi a de comparar o grau de idealização ou de desvalorização corporal que sujeitos acometidos pela obesidade, com ou sem

depressão, apresentavam. Buscou-se investigar, portanto, a incidência de depressão em sujeitos obesos; a incidência de discrepância entre a imagem corporal real e a imaginária em sujeitos obesos; e as relações, que a incidência de depressão e de distorção da imagem corporal, estabelecem entre si nos sujeitos obesos. Sugeriu-se como hipótese, que sujeitos que apresentassem uma discrepância significativa entre a imagem corporal real e a idealizada, apresentariam maior incidência de traços depressivos.

Devido a sua complexidade multidisciplinar optou-se, desenvolver o presente trabalho, em torno de três grandes esferas cognitivas: uma fisiológica/corporal, uma psicológica/emocional e uma relacional/social. Para uma melhor compreensão desta proposta criou-se uma figura que represente melhor esta proposta.

Figura 1: As três esferas cognitivas.

A partir destas três grandes esferas apresenta-se e analisa-se em sua magnitude, o emaranhado de fatos e considerações que constitui o contexto do tema pesquisado. A esfera fisiológica, abrangendo, sobretudo à sensibilidade proprioceptiva, à percepção do peso, da própria mobilidade e a tátil, que estaria diretamente vinculada às modalidades sensoriais proximais. A esfera psicológica,

por abranger, sobretudo as experiências sensoriais corporais de prazer e desprazer (fome, saciedade e sexo) estaria mais vinculada ao sistema límbico e as modalidades sensoriais químicas, tais como o olfato e o paladar. Já a esfera relacional/social, abrangendo o contato com o outro e com a sociedade em geral, estaria mais vinculada às modalidades sensoriais distais tais como a audição e a visão. Considerando-se que estas esferas ao mesmo tempo em que se modulam são moduladas, umas pelas outras, reafirma-se o caráter essencialmente didático desta proposta. A presente pesquisa insere-se, portanto no ramo da neuropsicologia cognitiva a qual tem como finalidade investigar as relações existentes entre a anatomia, a fisiologia do sistema nervoso e o comportamento humano.

Os parâmetros metodológicos utilizados incluíram a pesquisa bibliográfica e de campo, cuja amostra constituiu-se de mulheres obesas em fase de pré-operatório da cirurgia bariátrica, no Hospital São José do Avaí, em Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro.

Com fins ilustrativos, de enriquecimento e amparados pelos métodos de investigação sociológica, incluiremos neste trabalho, um diário, referido e categorizado por Mann (1979), em ‘documentação como fonte de dados’. Este diário foi escrito durante essa pesquisa após a autora ter se submetido à cirurgia Bariátrica como recurso de tratamento para obesidade.

O presente trabalho dividiu-se em nove capítulos: O primeiro capítulo apresenta a introdução do trabalho de pesquisa. O segundo refere-se aos espectros corporais, ou seja, aos diferentes enfoques e abordagens que possibilitam uma compreensão consistente, conceitual e contextual, que envolve o corpo e suas representações, analisados sob três enfoques. O enfoque na esfera fisiológica/corporal apresentando a conceituação de corpo. O enfoque na esfera relacional/social considerando o contexto social que infere suas marcas nos corpos, com seus valores, regras e atributos relacionados à beleza. Posteriormente, apresenta-se o enfoque psicológico/emocional, destacando os aspectos do corpo relacionados à linguagem e as representações mentais. Em representações mentais, dedicou-se especial atenção a imagem corporal, com suas nuances na obesidade e na sexualidade.

O terceiro capítulo tratou de abordar a obesidade, com sua definição, classificação e seus desdobramentos de atuação segundo as três esferas

anteriormente referidas. O quarto capítulo destacou o comportamento alimentar, elucidando alguns componentes que interferem no processo do sentir ao agir em busca da ingestão de alimentos. O quinto capítulo expõe algumas considerações sobre os estados de humor, com enfoque especial na depressão, e sua relação com a obesidade.

O sexto capítulo trata do método. O sétimo apresenta os resultados da pesquisa de campo realizada no presente estudo. O oitavo procede à discussão dos resultados da pesquisa. O nono e último capítulo trata das conclusões. Seguindo-se a este, encontram-se as referências bibliográficas e, o ‘Diário de um projeto’ como um apêndice. Por fim, apresenta-se um anexo, composto pelo convite e termo de aceite do pesquisado, por um questionário utilizado para coleta de dados e pelos instrumentos utilizados na pesquisa de campo.

2. ESPECTROS CORPORAIS

Verdade

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade

2.1. ENFOQUE NA ESFERA FISIOLÓGICA / CORPORAL

2.1.1 Corpo

Antes mesmo de nos determos nas questões da imagem corporal, precisamos compreender como se define um corpo, no âmbito deste trabalho. Com o risco de parecer fácil, as definições de corpo na verdade, podem desdobrar-se numa variedade de facetas, como a luz que ao atravessar um prisma, se multiplica em vários feixes de luz colorida. Fato este, que justifica a grande discussão filosófica sobre a questão mente - corpo. No momento, sem nos aprofundarmos nestas questões, percebemos que ao indagarmos as pessoas sobre "o que é o corpo", nas crianças a resposta predominante surge associada ao corpo humano, físico e visível. Espontaneamente, elas apontam ou apalpam o próprio corpo, vivo, de carne e osso, comentando, "sou eu!".[1] Por outro lado, os adultos em reposta a mesma pergunta também se referem ao corpo físico, porém, quase sempre sob um enfoque religioso, considerando-o como uma morada, menos significante que a alma que a habita, revelando uma visão dicotômica e generalizada do mesmo.

Na mitologia o corpo é o *soma*, matéria inerte, um cadáver. O corpo humano dotado de vida possui *thymós*, sopro vital que anima e impulsiona à ação. Segundo Estrella Bohadana (1990:34) possuir a força vigorosa de thymós é entregar-se à fugacidade do movimento próprio ao ex-istente; dedicar-se as gloriosas façanhas dos atos de comer e beber.

Nesta pesquisa, abordaremos o conceito de corpo físico ou material como algo que se apresenta ao mundo. Entretanto, nesta ocasião o nosso olhar se estenderá a um corpo físico e psíquico pleno, que se expressa através da fala e da linguagem. Um corpo que representa, age e interage com outros, trazendo em si, sensibilidade e historicidade. Memória viva que experimenta o mundo, suscetível a influências e reformulações, externas e internas, físicas e psíquicas.

> O corpo, processo e produto final das experiências agradáveis e desagradáveis, cristaliza o psíquico, protege-o com uma armadura tônica específica e dá-lhe alicerce ao seu eu. Instrumento de realização e de criação, centro difusor de satisfação e de dor, base da organização perceptiva e cognitiva, o corpo emancipa-se como ponto de referência espacial e existencial, e transforma-se no substrato da personalidade. (FONSECA: 2002: p. 30-31)

---

[1] De acordo com uma pesquisa informal, realizada com 8 crianças nas idades de 5 a 12 anos, e 23 adultos em abril de 2007, em Itaperuna, RJ.

> O corpo pode ser considerado, em sua construção, como uma unidade, destacando-se massa pesada com orifícios, cavidades e protuberâncias, desenvolvidas em superfície e contorno. Dentro dessa unidade, desenvolvem-se sensações que podem ser compreendidas em quatro níveis diferentes, interligados. O primeiro seria fisiológico, medular, simpático e periférico. O segundo, ligado a atividades focais do cérebro. O terceiro diz respeito às atividades orgânicas gerais, relacionadas à região cortical. O quarto nível seriam os processos que ocorrem na esfera psíquica com influências contínuas no soma. Estes diferentes níveis em interação psicofisiológica contínua interferem no modelo postural do corpo, caracterizando nossa vida. (CAPISANO: 1992, p. 182)

Rodrigues (2003) comenta que estudos da antropologia do corpo, revelam o corpo como símbolo social, representante de uma sociedade e formado segundo tal. Vejamos:

> Para Hertz (1909), [...] O corpo é um símbolo da sociedade, razão pela qual os seres humanos em geral não podem suportar sua decomposição. A derrocada do símbolo evocaria a da coisa simbolizada.
> Com isso, Hertz lançou suas idéias fundamentais, vocacionadas a orientar boa parte dos estudos posteriores da antropologia do corpo. Primeiro, a de que o corpo humano é por excelência uma expressão simbólica da própria sociedade, de cada sociedade. Depois, a de que qualquer sociedade se faz fazendo os corpos daqueles em que ela se materializa. Em sua perspectiva, a primeira e mais fundamental tarefa da educação em qualquer sociedade seria forjar, sobre os organismos mais ou menos amorfos dos recém-nascidos, os corpos de que uma sociedade necessita para viver: reproduzir a sociedade, reproduzindo os corpos dos homens e das mulheres que a concretizam – corpos de guerreiros, ou de pescadores, ou de operárias... (RODRIGUES.: 2003, p. 80)

Dentro desta perspectiva, Rodrigues (2003) acrescenta que os homens inventam seus corpos, pois seus corpos pertencem a um ser consagrado à diversidade, destinado a diferir inclusive de si mesmo.

> (...) é preciso correr o risco de relativizar inclusive a própria biologia humana, para compreender como o corpo desse animal da cultura é dotado de uma natureza especial: nele, qualquer detalhe biológico pode se ver imediatamente envolvido por convenções simbólicas, com todas as conseqüências jurídicas, políticas ou éticas que isto acarreta (Op. Cit.: 2003, p. 95).

Dentre as diversas conceituações a cerca do corpo e sua função – significação – compreendemos que, independentemente de nossas concepções e crenças filosóficas, é através do corpo, com o corpo, em um corpo, que é possível “ser”. Dicotomizados ou não, vistos por olhos anuviados pelas influências sócio-culturais, tenta-se ser, além do que se é: Um corpo vivo, pulsante, pensante e comunicador. Os indivíduos tentam desesperadamente ajustarem-se as exigências do que acreditam ser o correto: aquilo que o Outro lhe impõe.

2.2. ENFOQUE NA ESFERA RELACIONAL / SOCIAL

2.2.1. O corpo social e cultural

> O corpo é socialmente construído, tanto nas suas ações sobre a cena coletiva quanto nas teorias que explicam seu funcionamento ou nas relações que mantém com o homem que o encarna. A caracterização do corpo, longe de ser unanimidade nas sociedades humanas, revela-se surpreendentemente difícil e suscita várias questões epistemológicas. O corpo é uma falsa evidência, não é um dado inequívoco, mas o efeito de uma elaboração social e cultural. (LE BRETON: 2007 p. 26)

Cada vez mais a aparência do corpo, é valorizada e exigida, dentro de moldes socialmente estabelecidos. Não é mais possível negar o quanto ele é importante para o sujeito e o quanto ele influencia a sua vida. É através do físico que o indivíduo se apresenta para os outros, é a partir dele que somos percebidos. Conseqüentemente, a aparência influi nas “oportunidades que temos socialmente, nas reações e atitudes dos outros para conosco, bem como na nossa vida afetiva e profissional”. (STENZEL: 2006, p. 72)

O estudo do corpo sempre permeou as pesquisas antropológicas. Rodrigues (2003) comenta que Franz Boas (1911), foi um dos pioneiros dos estudos socioculturais que tomaram o corpo humano como um objeto específico. Ele foi o autor de um dos primeiros estudos antropológicos mostrando que as características corporais pré-estabelecidas pela natureza, estavam expostas às influências do meio social. Neste estudo, ele destaca o formato da cabeça de descendentes de imigrantes de Nova York, e posteriormente de outras regiões, apontando as transformações que estes sofriam, por razões que ele desconhecia.

> ...nem mesmo aquelas características de uma raça que se provaram mais permanentes no seu antigo domicílio permanecem as mesmas em novas vizinhanças; somos compelidos a concluir que quando estes traços do corpo mudam, todo o corpo e a disposição mental dos imigrantes pode mudar. (BOAS: apud RODRIGUES: 2003, p. 74)

Autores, tais como, Émile Durkheim (1897), Marcel Mauss (1936) e outros[2], enfatizaram as grandes diferenças entre o corpo humano e o animal, defendendo que "o corpo não se reduzia a uma propriedade privada individual e que ele não se limitava a ser o domicílio particular de uma consciência subjetiva." Da mesma forma, Goldenberg (2003) refere-se à contribuição do antropólogo Francês Marcel Mauss (1934), cujo trabalho revela que o corpo é culturalmente construído a partir da valorização de certos atributos e comportamentos, que atendem às expectativas de um modelo gerado pela sociedade na qual está inserido. Este processo de construção está de acordo com o conceito de "*Imitação Prestigiosa"*, criado por Mauss (1934) que indica que os indivíduos de uma sociedade imitam as atitudes, os comportamentos, os corpos e o jeito de vestir de pessoas bem sucedidas e com prestígio. Segue-se a este fato, a associação de influências culturais, educacionais, de valores e de regras de uma sociedade.

Segundo Rodrigues (2003) estes autores acreditavam que seria possível refletir sobre as características sociológicas e simbólicas do corpo humano. Citando Durkheim (1897) em seus estudos sobre o suicídio, ele revela, entre outras que:

> (...) a idéia de que até mesmo a vida individual seja um valor – isto é, o pensamento de que cada sociedade oferece a seus membros as razões pelas quais vale a pena viver ou deixar de viver – veio a permitir que as noções de corpo, morte, saúde, doença, etc. fossem relativizadas culturalmente. (RODRIGUES: 2003, p. 75)

A constatação conquistada a partir do raciocínio de Durkheim (1897) mostra que o suicídio – o ato de dar morte a si próprio – é uma característica restrita aos seres humanos, encontrada em todas as sociedades, raramente, porém em "crianças não inteiramente socializadas e em pessoas que apresentem afetação

[2] Comentados por Rodrigues (2003)

importante das funções intelectuais", motivando novas reflexões sobre a vida humana. (op. cit.: 2003)

Outro estudo apontado por Rodrigues (2003) como de grande relevância, foi o de Robert Hertz (1909) em "A preeminência da mão direita". Neste texto o autor considera a influência cultural que subjuga a utilização da mão esquerda, a uma idéia questionável, de que, a movimentação e a manipulação das coisas, predominantemente realizadas pela mão direita, sejam o "natural". Destaca que o uso predominante da destralidade ultrapassa os limites do que seja natural e espontâneo, para abarcar valores morais e sociais impostos em diversas sociedades. Este trabalho revela "o quanto a educação, os valores e os simbolismos diretamente interferiam sobre o comportamento corporal", de forma muito mais intensa do que se poderia supor. Refletindo a cerca da morte do corpo e de sua decomposição, Rodrigues (2003) cita Robert Hertz (1909), que indica que mesmo as emoções, não são instintivas e individuais. Elas são sugeridas e apreendidas, por uma sociedade que atribui um caráter de perenidade aos seus membros e aos seus corpos. Este fato justificaria todo o horror que, na maioria das sociedades, os seres humanos manifestam, diante da morte, da decomposição corporal e do cadáver de seus semelhantes.

Analisando os ritos funerais em algumas culturas, Marcell Mauss (1981) é citado (apud RODRIGUES: 2003: p. 81), mostrando que "expressões orais dos sentimentos não são fenômenos exclusivamente psicológicos ou fisiológicos. São fatos sociais...". Entretanto, tal é o envolvimento do ser humano em seu contexto sócio-cultural, que se torna difícil avaliar a veracidade dos sentimentos individuais, pois uma vez incorporados, como não considerá-los reais?

Neste sentido, Rodrigues (2003), ressalta que apesar das convenções socialmente impostas, não é possível descartar a sinceridade das emoções. No contexto social em que estão inseridas, as manifestações emotivas padronizadas, são compreendidas e também reforçadas por sua ressonância coletiva, como linguagem. Nessa concepção, "os uivos, os gritos, as lágrimas, os risos são simultaneamente manifestações orgânicas, extroversões de sentimentos, além de exteriorizações de idéias e de símbolos coletivos." (Op.Cit., 2003, p. 82).

> Nossas interações sociais operam como moduladores, algo como termostatos interpessoais que redefinem continuamente aspectos-chave de nossa função cerebral ao orquestrar nossas emoções.
> Os sentimentos resultantes têm como conseqüências que se reproduzem em nosso corpo, secretando cascatas de hormônios que regulam os sistemas biológicos – do coração ao sistema imunológico. (GOLEMAN: 2006, p. 5)

O corpo, portanto, contextualizado em expoente de emoções e atitudes, vinculado às regras e aos interesses sociais, é avaliado e julgado. Na atualidade, remetendo nosso olhar para a sociedade de consumo que impõe suas regras, o corpo obeso, considerado enquanto sujeito, não se adéqua. Ele transgride. Nesse sentido, Vilhena, Novaes & Rocha (2008) apontam:

> As pessoas obesas ocupam socialmente o lugar de transgressores, uma vez que não reproduzem de maneira eficaz e disciplinar as práticas corporais que as levariam a perder peso. O resultado para tal desobediência é o peso da exclusão socialmente validada e o sentimento de insuficiência e incapacidade pessoal pela falta de adesão ao programa de fitness[3] e body building[4]. (Op.Cit.: 2008, p. 389)

A busca da beleza por sua vez, remonta da história antiga das civilizações. Presente na história da humanidade e atuante na manutenção ou inovação de costumes, ela acompanha e deflagra os valores das sociedades.

2.2.2. O corpo e a beleza

> Abraçado ao cadáver de Pátroclo, Aquiles desfaz-se em pranto. A dor o dilacera. Sem consolá-lo, sua mãe, a ninfa Tétis, coloca-lhe à frente a refulgente armadura, cuidadosamente construída pelo artesão do Olimpo, o deus Hefesto. Ao vislumbrá-la, Cólera se apossa de Aquiles. Seus olhos, emitindo chispas, re-velam o momento que se aproxima: enfrentar o inimigo, vingando a morte de Pátroclo. Tomado pela dúvida, Aquiles perscruta: Como abandonar o ϛῶμα soma – corpo – do fiel amigo, entregando-o às moscas que lhe penetrariam as chagas abertas pelo cruel bronze? Lavados, a poeira e o sangue se haviam apagado do corpo de Pátroclo que,

---

[3] Segundo a autora refere-se às práticas corporais ligadas aos exercícios aeróbicos praticados nas academias de ginástica, intensamente cultivados pela sociedade de consumo.
[4] Fisiculturismo. “Corresponde à hipérbole muscular observada como modelo estético vigente”. (NOVAES:2008)

> cercado de cuidados, deve manter a Bela aparência. Belo, o corpo será exposto. (BOHADANA: 1990, 33)

A busca por um corpo idealizado é um fato passível de análise histórica. As concepções a cerca da Beleza, transformou-se através dos tempos. As obras de arte e o vestuário das pessoas desde épocas remotas revelam esta busca até os dias de hoje. A harmonia, a simetria, a proporção, são aspectos que definiam o corpo belo a ser representado nas obras de arte.

> A cultura medieval partia de uma idéia de origem Platônica (...), segundo a qual o mundo é um grande animal e, portanto, como um ser humano, e o ser humano é como o mundo, ou seja, o cosmo é um grande homem e o homem é um pequeno cosmo. [...]
> [...] E o ornamento do mundo, isto é a beleza, é a obra de acabamento que a Natureza, através de um complexo orgânico de causas, realizou no mundo já criado. A beleza começa a aparecer no mundo quando a matéria criada se diferencia por peso e por número, circunscreve-se em seus contornos, ganha figura e cor; ou seja, a beleza funda-se na forma que as coisas assumem no processo criativo. [...] (ECO: 2004, p. 77-83-84)

Na História da beleza, Eco (2004) refere-se a algumas distinções de gênero, quanto aos padrões de beleza que se revelam. O homem representado nas obras de arte renascentista exibe sua robustez, sua poderosa significância no mundo, naquele momento histórico. À mulher, reserva-se atenção as magníficas cabeleiras e seus corpos são feitos para serem exaltados pelos produtos da arte dos ourives, permeados pelos padrões de harmonia, proporção e decoro.

> As formas do corpo não escondem a força nem os efeitos do prazer; o homem de poder, gordo e maciço, quando não musculoso, porta e ostenta os sinais do poder que exerce. Com certeza não são esbeltos Ludovico, o mouro, Alexandre Borgia (que goza fama de objeto de desejo das mulheres de seu tempo), Lourenço, o magnífico e Hewnrique VIII. [...] (ECO: 2004, p. 200)

A beleza engloba e representa nas sociedades, características e valores que se incumbe de definir padrões e preferências. Sob o enfoque antropológico, se percebe claramente as diversas nuances culturais relativas à beleza do corpo, como destacamos a seguir:

> Quando se diz que os Arapesh (Mead: 1969, p. 153) consideram atraentes mulheres com seios grandes e caídos, alegando que são superiores às ainda demasiado crianças, que os têm duros e levantados, é preciso entender que eles não apenas “pensam” isso, mas também que todo um conjunto de tabus, de sentimentos, de sensações e de sensibilidades está associado a esse pensamento. Eles efetivamente sentem a mulher mais velha como mais atraente. (RODRIGUES: 2003, p. 96)

A arte de embelezar-se aponta em seu histórico uma intensificação que surge a partir do século XX. O surgimento de aparelhos modeladores, produtos cosméticos e acessórios direcionados ao culto da beleza, ganha vulto e modifica hábitos. Neste contexto, desde a década de 30 o peso corporal adquire status entre os critérios que fundamentam os padrões de beleza. “O tema gordo versus magro arraiga-se definitivamente na questão da beleza”. (VILHENA; NOVAES & ROCHA: 2008, p. 389)

A beleza ganha destaque e se codifica como reflexo de sucesso ou fracasso pessoal. Vânia Polly (2003) em seu trabalho intitulado “*O corpo como figurino*”, revela num tear de fatos históricos, as transformações de um corpo que se enriquecia com adornos, metamorfoseando-se em algo que se esculpi como o próprio adorno. O corpo se revela como o protagonista de uma cena, em que o esplendor remete ao figurino vigente de cada período histórico. Na atualidade, observa-se a diversidade e a liberdade do vestir. Por outro lado, valores capitalistas e absurdamente consumistas, cortam, recortam e molda o corpo, que deixa a penumbra para tornar-se, no palco, uma estrela. Assim, a vestimenta que era o foco principal, manipulada e adornada de acordo com as partes do corpo que pretendia destacar, revelando ou escondendo, transformou-se em detalhe. A roupa cede então lugar ao corpo propriamente dito, sendo ele o mais destacado objeto da moda. A roupa — pele que o encobre — desnuda-o, para emergir forma e músculo, atendendo aos padrões que lhe são impostos.

> A silhueta feminina foi sempre construída através de verdadeiros aparelhos que moldavam o corpo de acordo com a moda da época. Dessa forma, o corpo percebido era o que se via por cima de estruturas modificadoras, dando a cada época uma forma diferente de “corpo”. (POLLY: 2003, p. 199)

O corpo de outrora, se escondia ou se revelava, se afinava ou se avolumava, com armações e amarrações, laços e enchimentos, valorizando ou desvalorizando

certas partes, de acordo com os costumes e as necessidades de uma época. Desde a idade média tardia, com seu costume de roupas largas e longas, até a contemporânea com as minissaias e a liberdade de pernas a mostra, a moda representa os valores sociais subjugando aos corpos.

> É possível afirmar que o “culto ao corpo”, com todos os seus rituais de embelezamento, rejuvenescimento e modelagem das formas a ele associados, deve grande parte de sua propagação a uma imitação, baseada no prestígio conferido àquelas (e àqueles) que ostentam um físico dentro de um determinado padrão estético. (GOLDENBERG: 2003, p. 149)

Pesquisando o padrão de corpo cultuado e desejado na cidade do Rio de Janeiro, Goldenberg (op. cit.: 2003) revela entre outros pontos, que a mulher carioca, num movimento contrário ao da emancipação dos direitos e da sexualidade feminina vivenciada na década de 60 e 70, é convidada ao desnudamento do corpo, à liberdade e à alegria, sucumbindo a um rigor de exigência estética que a escraviza, tecendo amarras para seus desejos, prisões para seus corpos, quando estes não correspondem aos modelos socialmente estabelecidos.

> Nada mais cruel do que lutar com um inimigo implacável e inexorável. Contra a ação do tempo as mulheres lutam, tentando manter-se sempre jovens e belas. Frenéticas e enlouquecidas, consumindo compulsivamente toda sorte de produtos que prometam retardar o seu envelhecimento e manter sua beleza, essas mulheres lutam contra si, perdendo-se no espelho à procura delas mesmas. Se antes as roupas as aprisionava, agora se aprisionam no corpo – na justeza das próprias medidas. (VILHENA ET AL: 2008, p. 390)

Mediante a ditadura da moda e aos padrões de beleza impostos, surge um novo fator de exclusão. Este, segundo Vilhena ET AL (2008), seria a feiúra, mais especificamente associada à gordura. A pessoa gorda além de se opor aos padrões atuais, confronta-se com a máxima de culto ao corpo, em que se atribui ao próprio sujeito, a responsabilidade de construir sua forma física e aparência. Ao não corresponder às imposições, a mulher com o peso e forma corporal inadequada (gorda), é vista como uma pessoa sem caráter, sem força de vontade e desleixada. Afinal, deve-se adornar o corpo, com uma musculatura trabalhada e visível, com a finalidade de manter o aspecto jovial e carregado de sedução, à semelhança dos

corpos exibidos pelas personalidades de sucesso. Afinal, “beleza é valor e moeda de troca – beleza é capital”. (Op. Cit..: 2008, p. 386) Ao que Novaes (2006) acrescenta:

> Beleza, além de ser capital, tem um contraponto com a feiúra: pessoas feias, sobretudo gordas, têm menos chances de serem empregadas, ganham salários menores e dificilmente são escolhidas quando concorrem com pares de “melhor aparência”. (NOVAES: 2006, p. 150)

Assim considerada, a aparência do corpo enquanto capital, enquanto objeto de desejo e consumo ilimitado, passível de ser moldado e explorado, condecora ao homem com novas amarras sociais, iludido em crenças de domínio e poder sobre o próprio corpo. Neste sentido, Le Breton (2007) adverte:

> A preocupação com a aparência, a ostentação, o desejo de bem-estar que leva o ator a correr ou a se desgastar, a velar pela alimentação ou a saúde, em nada modifica, no entanto, a ocultação do corpo que reina na sociabilidade. A ocultação do corpo continua presente e encontra o melhor ponto de análise no destino dado aos velhos, aos moribundos, aos deficientes ou o medo que todos temos de envelhecer. Um dualismo personalizado de algum modo se amplia, é necessário não confundi-lo com “libertação”. A esse respeito, o homem só será “libertado” quando qualquer preocupação com o corpo tiver desaparecido. (LE BRETON: 2007, p. 87)

2.3. ENFOQUE PSICOLÓGICO / EMOCIONAL

2.3.1. O Corpo e a linguagem

Ao corpo vivo em movimento se atribui vida – *Thymós*. Ao sujeito no mundo, uma linguagem. Considera-se o corpo como um instrumento lingüístico de atuação voluntária e involuntária, no processo de comunicação do indivíduo com o mundo. O corpo querendo ou não, expressa algo, independentemente da linguagem oralizada. Utilizando a linguagem não verbal, se expressando, acentuando ou negando o que é dito manifesta emoção e pensamentos que nem sempre se pretende revelar. Numa concepção neuropsicológica do esquema corporal, encontramos respaldo em conceitos como cinestesia e propriocepção. Segundo Vítor da Fonseca (2002), tal linguagem é caracterizada por:

> (...) uma representação ativa e dinâmica do corpo no espaço, subentendendo a postura e os seus segmentos corporais e o seu revestimento cutâneo próprio, por meio dos quais o indivíduo se encontra com o mundo envolvente, para nele agir com eficácia e harmonia.
> [...]
> O corpo, assim concebido, não é somente forma anatômica e física, mas também sentido e significação, processo de comunicação básico, não verbal e vital, centro de diálogo com o mundo social e contextual. Nesse pressuposto, o corpo consubstancia uma linguagem interior experiencial, filogenética e ontogenética, que condiciona a aquisição de outras linguagens, como a falada, a escrita e a quantitativa. (FONSECA: 2002,p.31)

A linguagem corporal simplesmente acontece, espontaneamente. O sujeito consciente do corpo compõe a imagem e comunica uma mensagem. Desatento ao corpo, revela segredos.

> Assim, um olhar, um sorriso, um gesto, uma postura corporal, um deslocamento físico de aproximação ou afastamento constituem formas não verbais de interação entre as pessoas. Mesmo quando alguém vira as costas ou fica em silêncio, isto também é interação – e tem um significado, pois comunica algo aos outros. (MOSCOVICI:1985, p. 24)

De acordo com a afirmação de Moscovici (1985), porém, é possível refletir sobre alguns aspectos da linguagem corporal. A linguagem corporal abrange todo um conjunto de sinais, expressões e gestos, que integra toda uma mensagem significativa, que traz à tona um sentimento latente de que o indivíduo nem sempre está consciente. Entretanto, o corpo manifesta sua própria linguagem, frente a determinadas situações. Ele apresenta alterações de postura, de tons de voz, de expressões faciais, que podem enfatizar o significado de uma palavra, demonstrando ou ocultando a emoção que a acompanha.

> Ao corpo legível na linguagem, já que esta, ao funcionar como inscrição, torna-o legível, e é por esta via que as posturas, o tônus muscular, os gestos, dizem para um outro. (...) O que fala é o sujeito através de seu corpo, das variações tônico-motoras, do movimento dos gestos e do esquema corporal (LEVIN:1995, p.47)

As crianças se utilizam mais deste tipo de comunicação, que constitui a base de todas as linguagens, pois na infância, a absorção dos valores e da importância máxima que nossa sociedade atribui as palavras, não prevalece sobre a riqueza das expressões corporais. Através das percepções sensório-motoras e das reações de seu corpo, é que os homens desde bebês iniciam o contato com o mundo e com o Outro.

Poderíamos ressaltar que “o corpo fala tanto quanto a palavra” como afirma Pierre Weil (1983). As expressões fisionômicas, o tom de voz, as pausas e a postura corporal, manifestados em uma situação específica proporcionam diferentes nuances ou sentido aos pronunciamentos verbais. Assim, o organismo está implicado com sinais emergenciais de seu psiquismo, e seu comportamento possui valor de significação no meio social. A linguagem é uma das possibilidades para o estabelecimento de vínculos e comunicações do homem na sua interação ideológica, cultural, política e social. A partir disto, o homem esta apto para aprender e desenvolver novas memórias.

> O corpo é o princípio de toda aprendizagem, tornando-se o centro dessa, principalmente, dos primeiros anos de vida, etapa que Piaget (1972) caracterizou de Período sensório-motor. Nesta etapa, a criança organiza as informações obtidas através dos sentidos e desenvolve respostas aos estímulos ambientais, utilizando-se de um comportamento adaptativo, porque ela está constantemente modificando os esquemas de ação em resposta ao ambiente. (MOLIN: 2006)

Não obstante, é possível fazermos uma analogia ao pensar na imagem do corpo, correlacionando aspectos estudados sobre imagem. A imagem difere da linguagem em alguns sentidos. A linguagem é temporal, incluindo a condição de dúvida expressa através dos conceitos de “se” (conjunção condicional) e o “talvez” (advérbio de dúvida). Se a visão de parte de uma imagem visual como a de um gato pode nos remeter a totalidade deste, o mesmo não acontece com a palavra. Se emitirmos a sílaba Ga ou To, ou as escrevermos isoladamente, estas são insuficientes para nos remeter a imagem do gato. A palavra varia ainda em seu significado conforme a língua. Ao contrario, a imagem é universal, mesmo quando em partes ela se remete a um único significado. (WOLF: 2005)

Entretanto, retomando a questão da linguagem corporal propriamente dita, encontramos alguns questionamentos. Os gestos corporais que traduzem mensagens de uma linguagem não-verbal são como as imagens, de caráter universal? Ocorrem da mesma forma em diferentes culturas? Bastam em si mesmo para comunicar algo?

Considera-se que o significado de muitas das expressões do corpo são culturalmente aprendidas. Até mesmo a expressão das emoções abrange valores culturais e socialmente apreendidos. Rodrigues (2003), ao comentar sobre o trabalho de Mauss (1934), constata que:

> [...] segundo as culturas não são as mesmas gesticulações, as expressões faciais, as posturas corporais, as proibições de tocar esses ou aqueles pontos do corpo. Variam as distâncias corporais que se devem ser guardadas entre as pessoas, variam também os ritmos e os movimentos das diversas partes de seus corpos.
> [...] o olhar fixo para alguém pode ser expressão de descortesia na vida corrente, mas é gesto cortes e obrigatório na vida militar. Aprecia os incontáveis modos de correr, de andar e de permanecer de pé, que não são absolutamente os mesmos segundo as culturas. (RODRIGUES: 2003, p. 85)

2.3.2. Representações mentais

O termo “representações mentais” refere-se aos diferentes processos cognitivos. Joffily e Azevedo (2007) comentam que “a análise etimológica revela que “representar” [5] significa manter ou trazer de novo ao tempo presente algo que em um determinado momento foi captado pelos órgãos sensoriais periféricos no mundo externo”. Neste estudo, o foco sobre as representações mentais recai sobre a necessidade de compreender o conceito de imagem corporal.

Inicialmente, entende-se por imagem, a representação de um objeto pelo desenho, pintura, escultura ou por quaisquer outros recursos. (CAPISANO: 1992) Ferreira (1986) a conceitua como “aquilo que evoca uma determinada coisa, por ter com ela semelhança ou relação simbólica, símbolo”.

Especificamente, nesta pesquisa, o conceito de imagem antecede uma intenção primeira que será posteriormente abordada: a imagem corporal. Assim

[5] Mantemos grifo do texto original.

pode-se pensar em imagem e em sua inferência nos processos cognitivos. Machado & Ferreira (2002) comentam em seus estudos, que sob a ótica de Vigotsky, o conceito de imagem se aplica aos princípios da imaginação e do papel que desempenha na construção do conhecimento e formação da consciência. Acrescenta ainda:

> Sobre a função geral da imaginação, Vigotsky faz algumas distinções fundamentais. A primeira diz respeito a dois tipos fundamentais de imaginação: a exterior e a interior. A primeira é plástica e objetiva, pois emprega preferencialmente impressões vindas do mundo exterior, e a segunda é emocional e subjetiva, utilizando-se de elementos vindos do interior. (MACHADO; FERREIRA.: 2002, p.12)

Segundo Wolf (2005), desde os primórdios dos tempos existe a ligação do homem com as imagens externas. Para ele, estas, possuem caráter universal, com intenso poder sobre os homens e a sua relação com o divino. A imagem através dos desenhos, das esculturas e as pinturas de outrora sempre exerceu grande fascínio sobre os homens. Ele sugere que além da linguagem, o homem também se caracteriza pela imagem, pois é o único animal que utiliza e fabrica imagens, em todas as civilizações.

Atualmente, banalizada e cotidiana, as imagens aparentam ter perdido sua força. Diluída na presença massificada nos centros urbanos, revela outra dimensão do seu poder: o de na ausência de ser percebida, tornar-se aquilo que elas reproduzem, criando uma “ilusão imaginária”, como se criassem em si mesmas, vida própria, deixando de ser apenas imagem. (op. cit.:2005, p. 18).

Uma imagem representa, no sentido bem simples de que ela torna presente qualquer coisa ausente. Assim, a imagem é o representante de algo que ela não é e que não está presente. Representa-se aquilo que não está. Representado, portanto, quer dizer, presente na imagem. Wolf (2005) acrescenta que:

> [...] Uma imagem não é então uma coisa, é a relação com uma outra coisa. Toda imagem é uma imagem de alguma coisa. [...] A imagem é então a representação de uma coisa ausente, que reproduz certos aspectos da aparência visível. (WOLF: 2005, p. 21)

Desta forma, o homem desenvolveu dois sistemas básicos para se comunicar. O sistema visual, das imagens concretas e o sistema sonoro, de imagem abstrata, a

linguagem. Símbolos, imagens e palavras diferenciam-se em alguns aspectos. As imagens remetem diretamente à coisa representada, representa ela mesma e é suficiente em si mesma. A outra, a palavra, apenas remete à coisa, através de um sistema, a língua. A linguagem pode dizer o conceito, a afirmação ou a negação, o possível ou o impossível, o passado e o futuro. A imagem é irracional. Ela é, ela afirma, ela ilustra, mas não pode comparar ou explicar nada. Atemporal, representa sempre a mesma coisa. Mostra o tempo passado, o presente e o futuro, "os vivos como os mortos, os mortos como vivos". (Op.Cit.: p. 28)

Através da imagem o homem representa o que está ausente tornando presente para si e para os outros, o que não está mais ao alcance dos seus sentidos[6]. Portanto, complexa é a relação do homem com a imagem a qual, se insere em todos os contextos cognitivos.

2.3.2.1 A imagem corporal

Por imagem corporal compreende-se a concepção interna e subjetiva que o sujeito tem de seu próprio corpo (STENZEL: 2006). Segundo Schilder (1999),

> Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. Há sensações que nos são dadas. Vemos partes da superfície do corpo. Temos impressões táteis, térmicas e de dor. Há sensações que vem dos músculos e seus invólucros, indicando sua deformação; sensações provenientes da inervação dos músculos (sensibilidade a energia; Von Frey); e sensações provenientes das vísceras. Além disso, existe a experiência imediata de uma unidade de corpo. Esta unidade é percebida, porém é mais que uma percepção. Nós a chamamos de esquema de nosso corpo, esquema corporal (...)
> [...] O esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. (SCHILDER:1999, p.7)

Embora o termo "esquema corporal" seja considerado mais completo, por compreender a imagem associada aos movimentos e a propriocepção, manteremos no decorrer deste estudo a utilização do termo "imagem corporal". Partindo dessa concepção, a imagem se apresenta como uma complexa percepção de atributos físicos, somáticos e históricos.

---

[6] Sentidos - Cada uma das diferentes modalidades sensoriais através das quais, recebe-se sensações, segundo os órgãos fisiológicos destas. (visão, audição, olfato, paladar e tato)

> A imagem do corpo no mito deriva de uma vivência concreta que o homem faz do seu corpo, na qual a coisa é tomada por aquilo que, ao expressar-se, ela parece ser. A partir de então, ao corpo é atribuída uma ordem de significados – idéias – cujo intento era substituir por meio de conceitos a vivencia que do corpo o homem faz. (BOHADANA: 1990, 27)

O indivíduo constrói sua auto-imagem, baseado em suas percepções, suas experimentações, suas projeções. A imagem pressupõe criação e imaginação, sendo, portanto, vulnerável a influências externas, do ambiente, do Outro ou de um contexto social específico. Stenzel (2006) afirma que a imagem corporal não se refere exclusivamente à aparência do corpo, tampouco pode ser considerada produto exclusivo da atividade intrapsíquica.

Pessoas com privação sensorial, cegas ou surdas, atribuem a possibilidade de perceber alguns estímulos através da utilização de outras modalidades sensoriais. Os conhecimentos oferecidos pela neurociência apontam para a interconectividade e interatividade de áreas sensoriais cerebrais, as quais estariam na origem do conceito de intermodalidade. Esta, refere-se à capacidade que as modalidades sensoriais possuem de absorver e utilizar informações adquiridas por outra modalidade diferente dela. (Conf. PROUST, Joëlle: 1997, p 13-14) Assim, uma imagem não se restringe àquela percebida unicamente pelo sistema visual ou auditivo, mas sim, sob a ótica da intermodalidade, através de um conjunto de estímulos sensoriais. Sendo percebida é interiorizada, com referências extras, cognitivas e afetivas, o que possibilita sua evocação e associações subjetivas. (SACKS: 2007)

> A imagem do corpo estruturaliza-se em nossa mente, no contato do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Sob o primado do inconsciente, entram em sua formação contribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas, sociológicas, etc.
> A imagem corporal não é mera sensação ou imaginação. É a figuração do corpo em nossa mente. (CAPISANO: 1992, p. 179)

A imagem corporal constitui-se em uma rede integrada e transformadora, na qual, um somatório de fatores, contribui para sua formação. São referências que nos conduzem no mundo externo, desvelando-o afável ou hostil.

> (...) a imagem corporal não é uma construção restrita às influências obtidas pela informação visual. A imagem corporal, sob a ótica Vigotskyana, é uma representação produzida sob um contexto sóciohistórico e é fruto da experiência individual. Imagem e esquema corporal são constituídos a partir da articulação entre significado e sentido. Contribuem para essa construção, as experiências vividas em toda sua dimensão sensorial: imagens olfativas, cinestésicas, visuais, táteis e auditivas. A conexão entre inteligência prática, sensório-motricidade e emoção, por um lado, e o campo dos signos e da linguagem, por outro, é que permite a internalização dos conceitos de si, do outro e do mundo.
> Nenhuma realidade para um sujeito, em sua subsistência mais profunda, é idêntica a qualquer outra. (MACHADO; FERREIRA: 2002, p.15)

O poder da imagem de tornar presente algo que está ausente, acena ao sujeito com a possibilidade de ser qualquer coisa. Capisano (1992) nos indica que “a imagem corporal não é sempre a mesma. É lábil, mutável e incompleta. Depende do uso que fazemos dela, de nosso pensamento, de nossas percepções e das relações objetais”.

Partindo deste princípio, pode-se supor que a imagem corporal pode se acentuar como negativa se os sentimentos de depreciação forem predominantes, ou mesmo falsamente positiva. Neste último caso, isto acontece em decorrência de dois movimentos distintos. O sujeito baseado em suas imagens idealizadas pode criar para si, mentalmente, uma imagem que lhe agrade e fixar-se nela. Wolf (2005) menciona que “o homem dispõe desse poder interno de tornar presente, por si mesmo, em pensamento, a aparência visível das coisas que não estão presentes. Esse poder interno chama-se imaginação”.

> (...) a função imaginária é determinante para a construção de toda a atividade mental e da representação da realidade interna e externa. A imagem corporal, como um produto imaginário tem também sua origem na interação entre a atividade sensório-motora do bebê e o campo da linguagem, que é eminentemente cultural. Sendo assim, a percepção de si e do seu corpo passa pela representação que cada sujeito vai fazer para si na sua relação com o outro, por meio dos signos e a partir da sua própria experiência. (MACHADO; FERREIRA: 2002, p.15)

Assim, num primeiro movimento, ele vive, sente, age referenciando-se nesta imagem fantasiosa que criou para si. Ao confrontar-se com a imagem real, a respeito de sua aparência, desconhece-se e a renega, seja em fotografias, seja em

comentários alheios. Incluem-se nesses casos, os anoréxicos e bulímicos, quando o sujeito também nega a própria imagem, apresentando distorções. Capisano (1992) refere-se que entende como desvio da imagem corporal a não coincidência com o corpo, objetivamente considerado. Assim, direcionando a atenção para pessoas com obesidade, é possível compreender como é difícil para alguns deles perceberem-se como obesos.

> A imagem é efetivamente real, é nela própria uma realidade, mas não tem a realidade daquilo que representa. [...] é um ser menor daquilo que representa, é um falso ser, simples imitação da aparência, é múltipla em lugar de una. [...] (WOLF: 2005, p. 22)

Num segundo movimento possível, o sujeito mantém essa imagem idealizada para si, em seu íntimo. Nela ancora os próprios anseios e desejos. Como num sonhar acordado, repleto de devaneios convenientes, supre suas necessidades de ser. No entanto, no contato com o outro, vê-se tomado de pavor. Pois o outro lhe aponta ou pode apontar, aquilo que ele nega e não quer enxergar: o próprio corpo.

> O modelo postural de nosso corpo se relaciona com o modelo postural dos corpos dos outros. Existem conexões entre os modelos posturais de seres humanos semelhantes. Vivenciamos as imagens corporais dos outros. A experiência da nossa imagem corporal e a experiência dos corpos dos outros são intimamente interligadas. Assim como nossas emoções e ações são inseparáveis da imagem corporal, as emoções e ações dos outros são inseparáveis de seus corpos. (SCHILDER: 1999, p.18)

No contato com o outro, a decepção galopante lhe atira as máscaras ao chão. Perplexo, sem direção, o sujeito caminha como se estivesse numa contramão. A esquiva se torna constante. A dor e o isolamento o acompanham. Norteados pelo pensar e o sentir existente, o agir o compele cada vez mais ao distanciamento do real. Afasta-se da possibilidade de dimensionar a própria dor ou alegria, ao contrário do que diz o poeta numa canção: “cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é” [7]. Desarvorados neste caminho, esses sujeitos sucumbem, adoecem, física e mentalmente, distanciando-se da respiração plena e livre, que viabilizaria uma expressão consciente de ser no mundo.

---

[7] Alusão à expressão utilizada por Caetano Veloso na canção “Dom de iludir”, em que diz “Cada um sabe a dor e delícia de ser o que é”.

2.3.2.2. Imagem corporal na obesidade

O corpo disforme e inadequado ao socialmente desejado torna-se para o sujeito um invólucro despersonalizado, um lugar que não é o seu. Rejeitado pela personalidade que abriga e aprisiona, o corpo encontra-se renegado à condição de “coisa”, desprezível e punitiva. A tendência do sujeito que adquire uma visão dicotômica do corpo, é a de percebê-lo como um verdadeiro cárcere. A pessoa injustamente punida e ocultada pelo seu indisfarçável e indesejável volume corporal. O que é visível para o outro, não corresponde àquilo que é considerado pelo sujeito - internamente - como real. Muitas vezes a pessoa não é reconhecida por outros atributos que valoriza. Para conquistar tal reconhecimento ela precisa ultrapassar os amplos limites do próprio corpo físico. Em outras palavras, o sujeito dotado de um corpo considerado disforme, que não satisfaz às expectativas sociais vigentes, experimenta a sensação dicotômica de dispor ao mesmo tempo de uma subjetividade, alma ou mente, essencialmente leve e liberta, porém encarcerada em um invólucro pesado e disforme com o qual ele não pode, nem deve se identificar. Nestes casos, o aspecto mais externo, perceptível e superficial transforma-se em um estranho adendo, “uma coisa” irreal, desprezível, um acessório difícil de ser carregado, enquanto que a sua parte mais interna, íntima, invisível e profunda, adquire a condição de um Eu, para ele, o aspecto mais real e consistente de sua existência, algo com o qual está autorizado a se identificar.

Nesse ínterim, pode-se pensar nos sujeitos que apesar de suas grandes dimensões são ágeis e flexíveis, dinâmicos e dispostos. Não é raro ouvi-los comentar: “Tenho alma de... Gosto de roupas extravagantes, decotadas...” Ou “É não tem jeito! Deus não dá asas à cobra.” Ambos os jargões muito usados no senso comum, no caso dos obesos mostram a dimensão da distorção da imagem corporal que os acometem. A imagem muitas vezes não se constrói predominantemente baseada na percepção visual desses sujeitos, mas sim, em sua propriocepção, isto é, nas suas sensações corpóreas, nos seus movimentos e no seu sentir. Tal fato evidencia a distância que estas personalidades estabelecem entre uma experiência corporal externa, muitas vezes considerada passageira, provisória e uma experiência mental interna, freqüentemente considerada muito mais estável e permanente. Nesse sentido, a Memória, considerada por muitos, juntamente com a

intencionalidade, a função primordial dentre as demais atividades mentais, está na base da distorção da imagem corporal, das alterações de percepção e de negação da realidade.

> A nossa vida psíquica confere mudanças contínuas de imagens, ora deformando-as, ora agigantando-as, ora diminuindo-as como pequeninos seres, levando a número infinito de imagens corporais. Se mudamos de modo contínuo o nosso psiquismo, também alteramos os nossos modelos de corpo. (CAPISANO: 1992, p. 181)

Levando-se em conta que tanto a imagem corporal externa quanto a mental interna são, ambas, produtos mnêmicos representacionais de vivências afetivas, sensório/motoras pergunta-se:

Todo obeso experimenta a parte mais externa e superficial do seu ser como algo provisório, descartável e a parte mais interna como algo mais estável e permanente com o qual se identifica ou existem obesos para quem a parte mais externa e superficial do seu ser, o seu corpo físico, é experimentada como algo estável, permanente e definitivo? Seriam estes últimos mais felizes do que os primeiros?

Seriam os primeiros mais susceptíveis de aceitarem submeter-se a dietas, cirurgias ou exercícios físicos para alterarem a sua aparência física? Seriam os segundos mais susceptíveis de aceitarem submeter-se a tratamentos psicológicos visando à mudança do seu modo de se perceber no mundo?

Na verdade, pode-se considerar que a reflexão acima exposta, sugere que um sujeito que ainda se atribui qualidades e belezas internas, apresenta um potencial de transformação. Será? Estas perguntas, cujas respostas não estão previstas no âmbito deste trabalho merecem uma resposta.

Na complexidade humana a multiplicidade do perceber-se, impossibilita uma categorização padronizada das formas de ser. Para os indivíduos cuja auto-imagem é predominantemente visual, a avaliação social negativa adquire o poder de contaminar todas as demais experiências sensoriais. Identificado a aparência de seu corpo, a própria personalidade é percebida como algo inadequado e desprovido de atributos internos positivos.

Desta forma, ao contrário do sujeito que se valoriza, o obeso que se entrega a visão negativa de si mesmo, sensivelmente estaria mais apto a submeter-se a uma

transformação. Tal suposição faz sentido na medida em que, o sujeito que aceita em certo nível a própria conformação física, teria menos determinação para submeter-se a tratamentos prolongados e muitas vezes invasivos, que não são garantia da materialização da imagem idealizada. Para o obeso que se entrega a visão negativa de si mesmo, qualquer transformação é positiva, pois para ele, não há nada a perder. A transformação seria simplesmente a possibilidade de modificar-se, de sair de uma condição ruim para outra mais próxima da desejada e aceita. Seria romper com uma condição anterior que em nada lhe é gratificante, nem mesmo ao nível da fantasia. Faz-se necessário enfatizar que os casos acima descritos são hipotéticos e que na realidade não se encontra sujeitos que tenham uma auto-visão absolutamente negativa. Entretanto, acredita-se que a descrição hipotética de tais casos possa ajudar na compreensão dos casos reais. Tais personagens nos permitem levantar questões e novas considerações sobre os padrões cognitivos que possam predominar nos sujeitos obesos.

A literatura aponta que a imagem corporal do obeso, inclui outro fator que merece destaque: envolve uma distorção na percepção do corpo, não só em sua forma, mas também na sua função. Este fato explicaria a grande dificuldade que os obesos costumam ter em avaliar a quantidade de comida que ingerem. Quantidades exageradas de comida podem ser percebidas como insuficientes.

Stenzel (2006), comenta que Zukerfeld (1992), refere-se à existência de três diferentes tipos de transtorno da imagem corporal que podem ser percebidos no discurso do sujeito. O tipo “perceptual” que “englobaria a percepção consciente das dimensões do corpo: postura, movimentos, forma e toda a superfície corporal acessível aos sentidos”. O tipo “cognitivo-emocional” que se refere a “um mal-estar ou desconforto com o próprio corpo, independente da distorção autoperceptiva. Esse mal-estar se refere a questões mais subjetivas e de conteúdo”. E o tipo “social”, que aponta para uma “internalização de modelos de subjetivação e ideais de corpos prescritos pela cultura”. (STENZEL: 2006, p. 79) Na obesidade, portanto, verifica-se a possibilidade de ocorrência simultânea dos três tipos de distorção, que de forma instigante, corresponde às três esferas (fisiológica/corporal; psicológica/emocional; relacional/social) que orientam este estudo.

2.3.2.3 Imagem corporal e sexualidade

> (...) "O sexo, na sua forma reprodutiva mais crua, é um meio através do qual os homens podem aspirar à imortalidade, transcendendo a decadência material. Entretanto, o sexo também é intrinsecamente transcendente, abrindo uma porta para uma experiência de vida qualitativamente diferente – o êxtase." (TAYLOR: 1997, p. 3)

A sociedade ocidental contemporânea contempla a gordura corporal da pessoa com excesso de peso como impedimento ao exercício e vivência da própria sexualidade[8]. O conceito de que o tecido gorduroso encobre um corpo potencialmente sexual, revela a expectativa assexuada da pessoa gorda. No entanto, nem sempre foi ou é assim[9].

Indícios arqueológicos tais como, estojos de pênis de ouro e iconografia de sexo na arte pré-histórica, imensos falos de marfim, esculturas de mulheres dando à luz, ervas afrodisíacas carbonizadas e outros, conduzem a considerações sobre o surgimento da representação da forma humana e da construção de uma cultura sexual. Segundo Taylor (1997), o sexo, desde nossos ancestrais pré-humanos, envolvia comportamentos variados e nem sempre associados à reprodução. Compreendia idéias de beleza – a base física do reconhecimento e do desejo.

A idéia de uma sociedade pré-histórica matriarcal atualmente permanece presente para alguns. A representação desta idéia se baseou nas esculturas de mulheres carnudas e nuas, de marfim e pedra, representando a grande mãe, divindade suprema. Para outros estas imagens representavam a aparência real ou desejável das mulheres de carne e osso, bem como, a forma como eram vistas pelos homens e mulheres daquela época. Outras hipóteses referem-se à associação dessas imagens a uma expressão que poderia ter influenciado as preferências por um modelo de corpo, como a revista playboy tem feito há anos. As imagens pré-históricas, de formas arredondadas e opulentas, representariam então, a forma corporal desejável ou a forma associada a um êxito maior na sobrevivência, na gestação e preservação da espécie, numa época de escassez alimentar.

---

[8] Condição ou estado caracterizado por um conjunto de fenômenos internos, por cognições específicas, por sensações, por reações fisiológicas e por comportamento expressivo intrínsecos a vivencia sexual do indivíduo. (QUEIROZ: 2005, p. 15)

[9] Veja anexo E – Revista Careta, RJ 7/1940; Reclames da Bayer entre 1911-1942. Publicação comemorativa dos 90 anos da Bayer (1896 – 1986), pág. 182.

> (...) os depósitos de gordura têm suas próprias conotações sexuais: é o nível de gordura armazenada no corpo da mulher que geralmente limita sua capacidade de concepção. Em dietas de baixo teor de gordura, a ovulação torna-se irregular e pode desaparecer por completo. Mas mesmo quando a ovulação é regular, a implantação bem–sucedida de um óvulo fertilizado pode ser complicada se os níveis de gordura corporal forem muito baixos. (TAYLOR: 1997, p. 37)

Herculano-Housel (2005) comenta que a puberdade, fase de intensas alterações hormonais e corporais prepara o corpo para a vida sexual adulta. O sexo dentre outros fatores, é ativado pela leptina (proteína produzida pelos adipócitos) que informa ao cérebro que é chegada à hora da reprodução. “Sem reservas adequadas de gordura no corpo, os adipócitos, murchinhos, não produzem leptina suficiente que dê o OK ao hipotálamo para lançar o programa da adolescência”. (ibid: 2005, p. 18) No entanto, sabe-se também, que não só os hormônios atuam nas funções sexuais e tampouco, a sexualidade humana se esgota em considerações puramente fisiológicas. A ligação direta dos estímulos visuais – predominante nos homens - na ativação de estruturas cerebrais responsáveis pela excitação sexual é de grande relevância. Igualmente importante é o cheiro, que através das vias vomeronasal, regula a cópula. Estimulando ou inibindo comportamentos, o cérebro é o verdadeiro protagonista desse espetáculo. Posteriormente, estes aspectos fisiológicos contracenando com as experiências relacionais do indivíduo viabilizam a construção de uma identidade sexual.

As inferências externas que contribuem para determinados comportamentos sexuais, são passíveis de serem avaliadas sob o enfoque evolutivo. Com intenção de garantir a preservação da espécie, alguns aspectos da aparência corporal podem influenciar a escolha de parceiros. Valores culturais e sócio-econômicos, disfarçados na forma de propaganda comercial impõem como desejáveis certos padrões corporais inerentes à memória filogenética selecionada pela história evolutiva dos homens. Assim, a forma e o aspecto saudável do corpo representam maiores possibilidades de sucesso na procriação e na sobrevivência. A estas memórias, associam-se novas percepções e comparações sobre a condição de vida das pessoas. Portanto, em regiões de escassez alimentar a preferência por parceiros com mais fartas reservas de gordura, definem a predileção. A condição econômica

do sujeito também se torna fator de predileção por um determinado peso e conformação corporal.

Swami (2006) comenta que estudos como os de Nelson e Morrison (2005), revelam que pessoas financeiramente insatisfeitas ou mal alimentadas tendem a preferir parceiros que apresentem maior peso corporal, pois este "peso" a mais, está associado à idéia de sucesso financeiro, portanto, de maior fartura alimentar.

Taylor (1997) comenta que o sociólogo Anthony Giddens[10], argumentou que o sexo, no período moderno é vivenciado de uma forma bastante dissociada de quaisquer fins reprodutivos ou biológicos, possibilitando o surgimento de uma "sexualidade plástica". As preocupações com a reprodução e sobrevivência da espécie ganharam atenção da engenharia genética, através das inseminações *in vitro*, artificiais e outros. A sexualidade "plástica" por sua vez, representa muito bem o nosso contexto atual. O sexo ou o alimento são produtos que envolvem matérias/corpos embalados com uma plástica carregada de significados e imposições sociais. Assim como no caso de alimentos, os apelos sexuais são difundidos nos meios de comunicação em massa e oferecidos em abundância, vendidos como mercadorias e associados a parâmetros comportamentais. "As formas como uma sociedade trata o ambiente natural e vê o alimento estão intimamente ligadas as suas atitudes com relação ao sexo à qualidade particular das relações entre os sexos." (TAYLOR: 1997, p. 11)

A liberdade de vivenciar e exercer a sexualidade pelo simples prazer está em recesso. A atividade sexual encontra-se, na atualidade, atrelada a valores e desejos pouco espontâneos, moldados e induzidos por interesses comerciais espúrios. A sociedade impõe limites e paradigmas. Mas a humanidade, historicamente, no sexo e na vivência da sexualidade, transgride. Taylor (1997) afirma:

> Sociedades diferenciadas têm códigos diferentes de conduta sexual, mas em todas as sociedades os indivíduos cometem transgressões. A idéia de que há uma linha sexual que não deve ser ultrapassada, mas que o é na prática, é muito mais antiga do que a história da tentação de Eva pela serpente. (Ibid.: 1997, p. 9)

Ora, a pessoa obesa, inserida em um contexto social que impõe conceitos que limitam suas possibilidades de expressar-se sexualmente, não encontra espaço para

[10] Citado por Taylor, referindo-se a um termo utilizado pelo autor em seu livro *"The transformation of intimacy" (*Apud TAYLOR: 1997, p. 256)

exercê-la. Algumas abordagens sobre o tema afirmam que a obesidade implica em um processo de negação da sexualidade. Entretanto, acredita-se que não é o gordo que nega a própria sexualidade. O problema é que a opressão exercida pela sociedade, neste caso, funciona como um instrumento inibidor da expressão sexual desta função fisiológica.

A valorização da aparência tornou-se tão extrema, que se sobrepõe ao do próprio prazer vivenciado na sexualidade, reprimindo a libido. A aparência física passa a ser percebida no universo feminino, como condição suprema para ser desejada pelo parceiro, desprezando seus outros atributos, restringindo-se de se expressar sexualmente, sem ansiedades e sem angústias.

No caso das mulheres um olhar histórico atento pode nos remeter a reflexões sobre a submissão da sexualidade e da própria feminilidade aos valores sociais. “Desde a sua mais tenra infância foi ensinado a ela examinar-se constantemente”. (BERGER, J.: 2000, p. 54) Para elas a aparência, a beleza, se apresenta como um valor absolutamente atribuído pelo olhar do outro, que a torna “digna” de merecê-lo. Goldemberg (2003) comenta que:

> Como afirmou Naomi Wolf, em “*o mito da beleza*”, o que as meninas aprendem cedo não é o desejo pelo outro, mas o desejo de ser desejada.
> Essa preocupação feminina demonstra como o corpo tem um peso importante nos atuais relacionamentos amorosos e, também, em determinados comportamentos que podem ser interpretados como frutos de uma cultura que valoriza excessivamente a aparência, a juventude e a forma física. (GOLDEMBERG.: 2003, p.149)

Com o histórico social de submissão aos homens, as mulheres saem em disparada em busca da liberdade e da igualdade de direitos. Muitas mudanças certamente aconteceram. No entanto, as raízes culturais e psicológicas de representações mentais corporais femininas permanecem envolvidas em uma dinâmica nem sempre controlável. Se por um lado as mulheres gritam e impõem novos valores relacionados à própria sexualidade, por outro, mantém a perspectiva corporal de um objeto do desejo alheio.

> Os homens atuam e as mulheres aparecem. Os homens olham as mulheres. As mulheres contemplam a si mesmas enquanto são olhadas. Isto determina não só a maioria das relações entre homens

> e mulheres, se não também, a relação das mulheres consigo mesmas. O supervisor que a mulher leva dentro de si é masculino. A supervisionada é feminina. Deste modo, converte a si mesma em um objeto, e particularmente em um objeto visual, em uma visão. (BERGER, J. : 2000, p. 55)

Enquanto objeto visual, as mulheres, no que se refere ao sexo, “tem que alimentar um apetite, não ter os seus próprios apetites” (Ibid.: 2000, p. 64). É no desejo do outro que ela concentra seus próprios desejos. Na atualidade, percebem-se uma supremacia da imagem corporal real e idealizada, como protagonistas na permissão do prazer e da alegria de expressar-se livremente. Não raro, a imagem desejada projeta-se além do próprio desejo da mulher, depositando-se no desejo do outro, e na imagem percebida pelo outro. (GOLDENBERG: 2003)

> Uma revista especializada dos estados unidos, *The journal of sex research*, mostrou uma pesquisa com duzentas universitárias, das quais um terço, independente de serem gordas ou magras, disse que a imagem que o parceiro faz do corpo delas é o mais importante durante o ato sexual. O estudo revelou que a ansiedade em relação à forma física leva muitas mulheres até mesmo a evitarem o sexo. (GOLDENBERG: 2003, 150)

A autora (GOLDENBERG.: 2004) comenta ainda, que em relação à sexualidade, e principalmente, no que se refere às mulheres, uma pesquisa realizada pelo Projeto Sexualidade do Hospital das Clínicas de São Paulo, por Carmita Abdo, conclui:

> Um dos maiores problemas encontrados foi a falta de desejo: 35% das mulheres pesquisadas não sentem nenhuma vontade de ter relações. Um dos principais motivos dessa falta de desejo é uma questão cultural que inibe a libido: a angústia de não corresponder à imagem da mulher com o corpo perfeito que aparece nas revistas e nas propagandas de TV. (...) Diante da impossibilidade de exibir esse padrão, o desejo é pouco a pouco reprimido, até sumir de vez – ou substanciar-se em neuroses. [...] (Op. Cit.: 2004, p. 44)

Ao se pensar a sexualidade como uma manifestação de energia biopsíquica que se torna visível por meio de imagens mentais e se evidencia em comportamentos externos, principalmente, os sexuais, a relevância das representações mentais envolvidas nessa dinâmica é evidente. É fato indiscutível a importância do processamento imagético e representacional na instalação do desejo

sexual e na vivência da sexualidade. O desejo surge motivado por duas instâncias. Uma interna que compreende os sonhos, as fantasias, os pensamentos, e outra, externa, que abrange aspectos da linguagem corporal, o contexto cultural, os estímulos sensoriais e as respostas hormonais. O desejo sexual, portanto, remete-se a uma erotização mental, na qual diferentes imagens sexuais estabelecendo ligação com as respostas fisiológicas e impulsionam os indivíduos a buscarem a satisfação. (QUEIROZ: 2005) Nesse sentido, a mulher insatisfeita com a própria imagem - quando esta imagem não corresponde à idealizada - evita olhar para si mesma de forma erótica, enfraquecendo desta forma o próprio desejo e aumentando as próprias limitações. Assim, ela:

> Tem que supervisionar tudo o que é e tudo o que faz porque a maneira em que apareça ante os demais e finalmente ante os homens, é de importância crucial para o que normalmente considera-se para ela êxito na vida. Seu próprio sentido de ser ela mesma é suplantado pelo sentido de ser apreciada dessa maneira pelo outro. [...]
> A parte examinante do Eu de uma mulher trata a parte examinada de tal forma que demonstre aos outros como apreciaria em todo o seu eu que lhe tratassem.[11] (BERGER, J.: 2000, p. 54-55).

> O corpo de muitas mulheres de hoje é um corpo controlado, mutilado, que prefere a escuridão para esconder suas imperfeições. Em pouco mais de três décadas, assistimos a uma grande transformação do corpo carioca: do exercício do prazer à busca da perfeição estética, da liberdade à submissão dos modelos, do erotismo à falta de desejo. (GOLDEMBERG: 2003, p.151-153)

Atualmente, poderíamos dizer que vivenciar a sexualidade na obesidade envolve em certa medida, a ousadia de transgredir, de ousar. Ousar olhar para si sob um ângulo liberto de imposições sociais. “Quando o indivíduo está consciente dos preconceitos e tem valores contrários a eles, é possível exercitar o controle sobre os mesmos”. (LEDOUX: 1988, p. 57) Desta forma seria possível construir uma auto-imagem mais satisfatória.

O sujeito em sua intimidade ou no contato com o outro, necessita autorizar-se, a transpor as regras ditadas ao corpo que não se encaixa nos padrões sociais vigentes. Igualmente, seus parceiros ao perceberem o ‘diferente’ sem o escárnio diante do estigma que envolve a obesidade, rompe com as convenções e a

[11] Tradução nossa.

necessidade de aprovação de seu círculo social. Quando expõem a relação, não é raro ouvir comentários tais como: “Como pode um homem daqueles com uma baleia daquelas?” ou “Como ela agüenta aquilo em cima dela?” Assim, mais adequado do que dizer que a pessoa obesa nega a própria sexualidade, seria dizer, que a sociedade condena sua vivência e cultiva a repugnância perante um corpo que foge aos padrões.

Pode-se pensar que a pessoa que adquiriu a condição de obesa já numa fase adulta, após iniciar a vida sexual, encontre na obesidade vantagens para proteger-se dos próprios conflitos sexuais. Mesmo assim, seria extremamente perigoso generalizar tal suposição, visto que a obesidade envolve uma multicausalidade complexa e que tal afirmação não abrange a subjetividade dos sujeitos.

Dentro deste contexto de complexidade, com a devida cautela diante da possibilidade de pré-julgamentos permeados pelos preconceitos, pode-se ainda, relacionar o ato de comer como um substituto para frustrações de ordem sexual ou afetiva. Esta possível substituição está baseada nos conceitos de intermodalidade. As necessidades fisiológicas básicas do ser humano – respirar, comer, beber, dormir, copular – necessárias a sua sobrevivência e preservação da espécie, envolvem atividades nervosas cerebrais que são ativadas pelos sistemas sensorial e visceral. Partindo da premissa que aponta que privados sensoriais, na ausência de um determinado canal sensorial, privilegiam a utilização de um outro, sugere-se maior atenção ao desenvolvimento das diferentes modalidades sensoriais no ser humano.

Sendo o ato sexual uma atividade predominantemente tátil háptica, isto é, envolvendo a pressão, o calor, o tato e o movimento, pergunta-se: Que outra modalidade estaria mais próxima de proporcionar experiências semelhantes no ser humano? Rodrigues (2006, p. 74) comenta que “Lévi-Strauss observou que ‘todas as sociedades concebem uma analogia entre as relações sexuais e a alimentação (...)”. O ato de comer, como já vimos, envolve as esferas fisiológica, psicológica e relacional. Da mesma forma, na sexualidade, estas esferas permanecem atuantes e com poder decisório. No caso do prazer sexual não se realizar, ou mesmo na falta de atividades sexuais, algumas pessoas buscam prazer na ingestão alimentar.

Entretanto, como já relatado, a complexidade destes processos é de tal monta que qualquer proposta pressupõe estudos mais específicos. De fato, o que pressupomos, é que a sexualidade da pessoa obesa está submetida de forma mais

intensa e perversa do que a sexualidade da maioria das pessoas, às regras sociais e culturais.

2.4. O CORPO NA CONFLUÊNCIA DAS TRÊS ESFERAS

Nas sociedades, como exposto acima, através dos corpos regras se impõem. Da mesma forma, no social e no contato com o outro, o corpo é o que inicialmente representa o sujeito. É a fala primeira, aparentemente silenciosa, que se expressa. A partir da imagem do corpo de alguém, constrói-se uma expectativa sobre sua identidade, seu jeito de ser, valores e preferências. Mesmo com o risco do erro do julgamento, do equívoco, o estereotipo de quem é percebido comunica algo àquele que percebe. Segundo afirma Nancy Etcoff (1999: p.15), “a aparência é a parte mais pública da pessoa. É o nosso sacramento, o ego visível que o mundo presume ser o espelho do nosso ego invisível, interior”.

> Talvez igualmente devastador seja a imagem negativa da sociedade, que considera a obesidade como uma desgraça. Crianças de 6 a 9 anos de idade já adotaram estas atitudes depreciativas de seus pais em relação à obesidade (Feldmancols.,1988).
> Apesar da sociedade estar sendo gradualmente esclarecida de que a obesidade é uma questão mais complexa que apenas um problema de autocontrole, o obeso – particularmente mulheres, meninas adolescentes e o obeso mórbido – continua a encontrar discriminação em áreas como escola, trabalho e oportunidades sociais. As vítimas entram num ciclo vicioso de baixa auto-estima, depressão, compensação alimentar, aumento da obesidade, rejeição social e futuras ações de autodefesa. (MAHAM & ESCOTT-STUMP: 2002, p. 470)

Neste contexto, o paradoxo de ser no mundo ocorre. Pois os preconceitos limitam o sujeito em rótulos que discriminam e segregam. A imagem corporal, portanto, neste aspecto, não basta por si só. É necessária a interação entre imagem e linguagem, destacando a expressão do corpo, ou o próprio sujeito. Nesse sentido Merleau-Ponty (1996) adverte:

> [...] É por meu corpo que compreendo o outro, assim como é por meu corpo que percebo “coisas”. Assim “compreendido”, o sentido do gesto não está atrás dele, ele se confunde com a estrutura do

> mundo que o gesto desenha e que por minha conta eu retomo, ele se expõe no próprio gesto [...] (MERLEAU_PONTY: 1996, p. 253)

Portanto, o corpo age e interage com o próprio eu e, na relação deste com o mundo, isto é, na comunicação de uma linguagem única, individual e personificada. Nesse sentido, este corpo, personificado e comunicador, está sujeito às imposições culturais e sociais de seu meio.

As imposições sócio-culturais, referentes à estética corporal, são amplamente difundidas nos meios de comunicação, explícita e implicitamente. Através de recursos verbais e não-verbais, onde imagens idealizadas são vendidas, e fartamente consumidas por aqueles que dela se diferenciam, motivam, incessantemente, o desagrado de muitas pessoas em relação à sua aparência. “Veicula-se a idéia de que essa imagem ideal de pleno prazer está disponível para todos, a um mínimo esforço, e que sua não concretização desse modelo decorrerá, exclusivamente, da incapacidade individual do sujeito.” (VILHENA ET AL: 2008, p. 393)

Esta circunstância pode levá-las a conflitos internos e distorções da auto-imagem, que conseqüentemente, induzem a distúrbios psíquicos, depressão e desajuste social.

> Naomi Wolf defende que as mulheres de hoje lutem pela mais básica das liberdades: a de imaginar o próprio futuro e de ter orgulho da própria vida demonstrar sua lealdade para com sua idade, seu corpo, sua pessoa e sua história. Para ela, a eliminação dos sinais da idade dos rostos e corpos femininos deveria ter a mesma ressonância política que seria provocada se todas as imagens de negros fossem clareadas, pois equivale a apagar a identidade, o poder e o valor das mulheres. (GOLDENBERG:2003, 153)

Considerando o grande agente que o corpo representa nos processos de linguagem, podemos lançar nosso olhar para os indivíduos que não se relacionam bem com o seu próprio corpo, apresentando distorções da imagem corporal, ou negação da própria aparência.

De acordo com o acima exposto, infere-se o quão imprescindível é o estudo da imagem de um corpo obeso. Que linguagem é essa, a utilizada por um corpo que, salvo os determinantes genéticos e biológicos, se expande em excesso? Qual seria a mensagem expressa para o mundo, que se revela na aparência de um corpo que

se expandiu excessivamente? Seria uma questão existencial e relativa ao espaço? Seria uma forma de ocupar um espaço que foi percebido como excessivamente amplo e ameaçador? Ou quem sabe a expressão de um ser, que oprimido não encontra o espaço dentro de si ou, percebe de forma inadequada o espaço externo? Segundo Estrella Bohadana (1990: p. 18), “o corpo é o nódulo da imagem, ou o signo, como representação do ser e não-ser, é o espaço próprio da coisa”. Podemos, portanto, levantar novas indagações para posteriormente buscarmos respostas para este estudo.

> Talvez seja uma boa inspiração retornar ao conselho de Marcel Mauss e desenvolver os métodos de estudar com cuidado aqueles fatos em que a natureza biológica encontra bem diretamente a natureza social do homem, em que o individual e o coletivo se interpenetram e em que, como Durkheim costumava repetir, os homens vibram em conjunto, contagiam-se e entram em efervescência coletiva: em mulheres que nunca conceberam, mas que produzem leite quando se dispõem a amamentar filhos de outras; na tendência das que vivem em estreita proximidade física a menstruar mais ou menos simultaneamente; no orgasmo, que depende estreitamente de crenças específicas sobre a sexualidade; nas cócegas, que não podem ser provocadas por alguém em si mesmo; na lágrima, no choro, no riso, no sorriso e na gargalhada, que são manifestações corporais suscitadas pela combinação de idéias muito sutilmente particulares; nos placebos, que não-raro realizam curas surpreendentes e extraordinárias; na dor, que às vezes se converte em prazer pela ação de reinterpretações simbólicas e de recompensas culturais; nos membros fantasmas amputados, que por um tempo continuam a se fazer presentes mesmo não existindo mais; no transe, que depende de certas idéias muito definidas sobre o sagrado; nos alucinógenos, que fazem se enevoarem as fronteiras entre percepção e imaginário; nas mortes, nas doenças, nos tratamentos e nas curas vudus; em algumas expressões corporais de emoções, que parecem ser universais em crianças muito pequenas e que progressivamente vão se particularizando nos adultos; no aparente contágio dos bocejos em público; no paladar, no nojo, na vergonha, no medo, na dança, na música, na hipnose, no humor, no sonho... (RODRIGUES: 2003, p. 97)

Não obstante, o corpo falante quer se expressar, mas necessita de auto-estima, para comunicar-se livremente de forma saudável e enriquecedora. Posto isso, justifica-se a dificuldade de muitas pessoas em desenvolverem um olhar crítico sobre as mensagens recebidas e, num movimento reflexivo, buscarem harmonizar-

se com o seu corpo num processo de aceitação e resgate da auto-estima, viabilizando o fluxo livre de seu canal de comunicação com o mundo: o corpo.

Nosso Eu mental e corpóreo, nos fundamenta enquanto pessoa única, que sente, pensa, interage com Outros no mundo, questionando, duvidando, comparando e testando, a si próprio e a tudo que o cerca, como um indivíduo, essencialmente comunicativo, construtor de novas idéias e relações, que se vale de uma poderosa ferramenta: a linguagem.

3. A OBESIDADE

Em geral ouvimos as pessoas comentando sobre si mesmas ou sobre outras pessoas, referindo-se as dimensões de seus corpos. Não é raro também, presenciarmos direta ou indiretamente, uma pessoa definindo a outra como gorda, utilizando vários outros termos pejorativos para significar a obesidade. Assim, sob o olhar do senso comum, não é difícil detectar e definir quem é ou deixa de ser obeso. Menos ainda, julgar ou fantasiar sobre suas possíveis causas. Mas afinal, o que é ser obeso? O que é obesidade?

Ao contrário do que encontramos na comunidade leiga, no meio científico as pesquisas são intensas devido à complexidade que envolve a obesidade, com suas características multifatoriais.

Neste contexto complexo, tanto a função fisiológica alimentar com suas patologias e aberrações psico/físicas, quanto o conceito de belo, com seus aspectos filosófico/culturais, ocupam, como assinala Assumpção Jr. (2004):

> [...] o pensamento cotidiano que passou a privilegiar mais o Ter em detrimento do Ser, fazendo as pessoas valerem pelo que possuem mais do que pelo que representam. Isso associado a uma visão ética pragmática, fez a visão de homem e de mundo se transformar de maneira que a aparência passou a ter uma importância cada vez maior, bem como a propaganda sobre esta. [...]
> Nesse panorama complexo temos então os transtornos alimentares, profundamente vinculados ao ideal estético e, muito valorizados em nosso cotidiano, uma vez que envolvem um mercado imenso representado por toda a indústria da beleza. (ibid: 2004, prefácio)

Correlacionados ao exposto acima, estão os aspectos filosóficos e culturais que percorrem os meandros da conceituação dos valores relacionados à beleza. É neste sentido que Nakamura (2004) adverte que, “entre os transtornos alimentares atualmente mais evidentes nas sociedades ocidentais destacam-se a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a obesidade”. E acrescenta:

> No caso da obesidade, [...] embora atinja as diversas faixas etárias, as atenções voltam-se sobretudo para as crianças na relação que

> estabelecem com a alimentação, para o comportamento alimentar adequado ou inadequado, para a ausência de atividades físicas, doenças endocrinológicas e fatores genéticos. Além das complicações clínicas da obesidade infantil, o autor afirma a necessidade de maior atenção às suas implicações na auto-estima das crianças, em razão da pressão exercida por um padrão estético de magreza, que pode acarretar discriminação estética, preconceito e dificuldades nos relacionamentos sociais e afetivos. (NAKAMURA.: 2004, p.14)

3.1. DEFINIÇÃO

O termo obesidade origina-se da palavra Obeso que vem de comer, colocar na boca o alimento e mastigá-lo. O prefixo obs quer dizer excesso, muito mais. Assim, o termo obesidade estaria ligado ao fato de se comer em excesso, diretamente relacionado à alimentação. No entanto, a obesidade não se limita ao comer excessivo, como veremos adiante.

A obesidade é definida como uma doença grave, de etiologia multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura sob a forma de tecido adiposo, de forma que possa prejudicar a saúde.

Este estudo, ao abranger um tema multidisciplinar, solicita uma contextualização nas áreas da fisiologia e da biologia, sendo relevante mencionar, alguns aspectos como questões de genética, hereditariedade, metabolismo, regulação do Sistema Nervoso entre outras. MAHAN & ESCOTT-STUMP (2002) destacam em seus estudos, que:

> Entre os profissionais de saúde, pelo menos, a visão simplista da obesidade como um reflexo da ingestão excessiva ou da atividade física inadequada está sendo gradualmente abandonada em favor do reconhecimento da interação complexa dos fatores fisiológicos, metabólicos e genéticos que levam a um estado físico indesejável. (Ibid: 2002, p. 470)

Nos adultos geralmente há um equilíbrio no peso corpóreo, devido ao funcionamento adequado dos sistemas neural, sistema hormonal e mecanismos químicos, que proporcionam um equilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético do organismo. O desequilíbrio destes mecanismos, muitas vezes de causa desconhecida, resulta em excesso de peso e, em obesidade (Ibid:2002).

É obeso o indivíduo que fisicamente se encontra em um estado de adiposidade na qual a gordura corpórea está acima do ideal, isto é, com um índice de massa corpórea (IMC) acima de 30 kg/m². (MAHAN & ESCOTT-STUMP: 2002)

3.2. CLASSIFICAÇÃO

Balaban e Silva (2004) comentam que na literatura "a obesidade tem sido classificada como endógena (secundária a síndromes genéticas e endocrinopatias, como as síndromes de Prader-Willi e Down, hipotiroidismo, etc.) ou exógena (resultante da ingestão excessiva em relação ao consumo energético)", sendo a primeira, representante de apenas 1% dos casos.

Atualmente, o índice de massa corporal (IMC), definido como o peso em quilogramas dividido pela altura elevada em metro ao quadrado, é o indicador mais utilizado para a avaliação da obesidade em adultos, e seu uso tem sido preconizado também para crianças e adolescentes (SOUZA; SICHIERI: 2006, p.252). O Índice de Massa Corporal (IMC) é utilizado para possibilitar uma classificação de diferentes níveis de obesidade. Rodrigues e Halpern (2006, p. 283) apresentam:

Tabela 1- Índice de Massa Corporal

Classificação do IMC para adultos:	
IMC = peso/(altura)²	
Abaixo de 18,5	Abaixo do peso
18,5 – 24,9	Peso normal
25 – 29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidade grau I
35 – 39,9	Obesidade grau II
Acima de 40	Obesidade grau III

Os critérios de classificação da obesidade aceita pela Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e pela Federação Internacional de Cirurgia da obesidade diferenciam-se um pouco da tabela descrita acima. No que se referem aos níveis mais baixos de obesidade, denominam o sobrepeso de obesidade pequena (27 a 30

Kg/m^2) e também, incluem os termos superobesidade (50 a 60 Kg/m2) e super-superobesidade (> 60kg/m^2). (PUGLIA: 2004)

Atualmente a obesidade é considerada epidêmica e um problema de saúde pública. O aumento da incidência desta doença é significativo em vários países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, e em várias classes sociais. A grande associação do excesso de peso com o alto índice de mortalidade, deve-se as várias co-morbidades decorrentes desta condição, tais como, o desenvolvimento de doença arterial coronariana, hipertensão arterial, diabetes tipo II, doença pulmonar obstrutiva, osteoartrite e certos tipos de câncer. (HALPERN:2004)

Pesquisas apontam que etiologicamente a obesidade compreende aspectos de questões genéticas, de hereditariedade, metabolismo, regulação do Sistema Nervoso entre outras, envolvendo componentes de três esferas que se entrelaçam e interagem entre si: a esfera fisiológica/corporal, uma esfera psicológica/emocional e uma relacional/social.

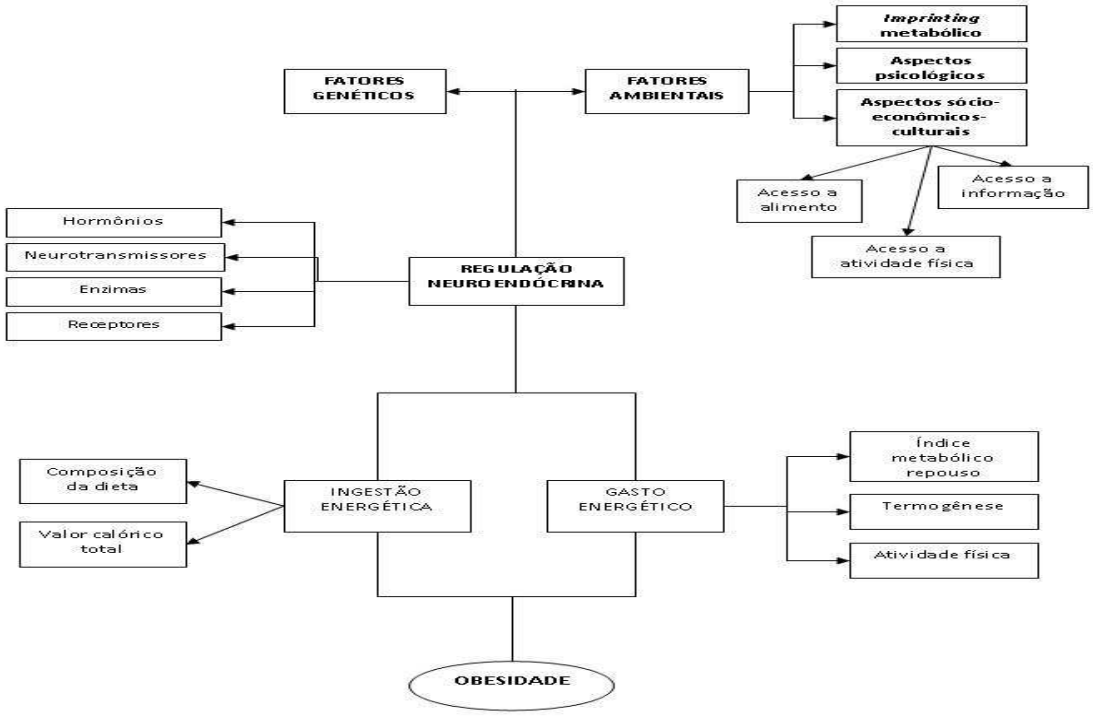


Figura 2 – Modelo causal da obesidade[12]

[12] Equivalente à Figura 1 do texto de BALABAN, G.; SILVA, G.A.P.(2004)

3.3. A OBESIDADE NA ESFERA FISIOLÓGICA

Diante das porções que são consumidas por uns e por outros nas refeições, principalmente em encontros e reuniões de família e amigos, indaga-se: Por que João come tanto assim e é magro? Por que Maria mesmo comendo tão pouco, engorda tanto? Por que José sente tanta fome? Por que...? Mas, precisamente, o que é a fome?

A fome é considerada como uma sensação fisiológica em que se percebe a necessidade de alimento para manter as atividades do organismo. É um grande apetite, acompanhado de uma urgência alimentar. Quando não satisfeita, a fome gera desconforto e mal estar no organismo. Halford (2006) define a fome como uma "motivação para buscar e consumir alimentos, iniciando um período de comportamento alimentar". O processo que determina o fim deste comportamento chama-se saciedade. Assim, é relevante a investigação de aspectos inerentes à regulação da fome.

Em geral, as pessoas associam a percepção de fome às sensações provenientes do estômago e aos sinais a ele atribuídos. Comumente escutamos alguém dizer "Estou com muita fome! Meu estômago está um buraco de tão vazio. Meu estômago está roncando, você ouviu?". No entanto, pesquisas, como o experimento realizado por Davis, Garafalo e Kveim[13] em 1959, que registraram através de eletrodos grudados na pele, os movimentos do estômago, demonstrando que as cólicas estomacais e a regulação da fome não se atêm a crença de que o estômago, seja o verdadeiro gerador ou o sinalizador da sensação de fome. Segundo Lambert (2006: 382) estes pesquisadores verificaram que o estômago mostrava-se menos ativo durante os momentos de fome e privação alimentar. Outra contribuição, importante e decisiva, citada por Lambert (2006), foi a de Pinel em 2003, que observou pessoas, que por motivos diversos tiveram seus estômagos removidos e continuaram relatando sensações de fome e saciedade. Tais fatos evidenciaram, portanto, que a atividade do estômago interfere sumariamente na fome. (ibid: 2006, p. 382)

Na década de 1940, o papel do cérebro tornou-se o principal foco de estudos neste processo de regulação. No intuito de desvelar esta questão, experimentos

[13] Apud Lambert (2006)

com mamíferos envolvendo lesões bilaterais no hipotálamo ventromedial indicaram uma hiperfagia nos animais enquanto que, lesões bilaterais no hipotálamo lateral, restringiam a fome e a sede no animal. Estes experimentos conduziram a novas descobertas. (LAMBERT: 2006)

Os principais substratos neurais envolvidos na regulação da fome, e nos sinais periféricos que atuam diretamente sobre o Sistema Nervoso Central localizam-se no hipotálamo. No entanto, ainda que tenham sido identificados os locais hipotalâmicos envolvidos na regulação do apetite, a localização precisa dos receptores neurais para cada sinal orexigênico e anorexigênico ainda não foi determinada. (HALPERN: 2004) Dois centros de regulação da fome, diencefálicos, são bem conhecidos: o hipotálamo ventromedial (considerado como centro da saciedade) e o hipotálamo lateral (considerado como centro da fome). Entretanto, pesquisas mais atuais indicam que vários fatores atuam e interagem na regulação da ingestão de alimentos e de armazenamento de energia.

Segundo Bear (2008), a existência de múltiplos mecanismos regulatórios é evidente. Alguns com efeitos de regulação em longo prazo, mantendo as reservas de gordura corporal e outras com atuação a curto-prazo, regulando o tamanho e a freqüência das refeições. Substâncias neuroquímicas, tais como a leptina ou o neuropeptídeo Y além das influências da glicose e da colecisticinina (CCK), desempenham um importante papel na quantidade de fome que se experimenta.

A leptina é uma proteína/hormônio que foi isolada em 1994 por Jeffrey Friedman. Liberada por adipócitos regula a massa corporal atuando diretamente em neurônios do hipotálamo que diminuem o apetite e aumentam o gasto energético. (BEAR:2008) Experimentos com camundongos evidenciaram que a administração exógena desta substância combate a obesidade. No entanto, em humanos observou-se que muitos obesos têm níveis elevados desta substância. Pesquisas sugerem que em determinados momentos de um programa de dieta, os obesos apresentam uma redução nos níveis da leptina, aumentando o apetite e dificultando conseqüentemente a dieta (LAMBERT & KINSLEY: 2006).

Para Bear (2008), nos humanos que não responderam ao tratamento com a leptina, isto é, a maioria, já que poucos apresentavam deficiência congênita do hormônio, o problema pode surgir da reduzida sensibilidade de neurônios no encéfalo à leptina circulante no sangue.

> O problema pode surgir de uma passagem reduzida de leptina através da barreira hematencefálica, de uma redução na expressão de receptores para leptina em neurônios do hipotálamo periventricular ou de respostas alteradas do SNC a mudanças na atividade hipotalâmica. (BEAR: 2008, p. 514, quadro 16.1)

Os níveis de leptina ativam respostas diversas do hipotálamo. Em níveis mais altos é detectada por neurônios no núcleo arqueado que contém peptídeos anoréticos, inibindo o comportamento alimentar e aumentando o metabolismo. Ao contrário, em níveis reduzidos de leptina aumenta a atuação de peptídeos orexígenos, que estimulam o comportamento alimentar e diminui o metabolismo, entre eles o NPY. (BEAR:2008) O neuropeptídeo Y (NPY), segundo Lambert & Kinsley (2006:p. 385) é:

> ... um polipeptídio pancreático e um neurotransmissor abundante no cérebro dos mamíferos. A maioria dos neurônios do neuropeptídeo Y se localiza no núcleo arqueado do hipotálamo, que se situa na base do terceiro ventrículo. Além disso, o neuropeptídeo Y foi encontrado na área paraventricular do hipotálamo, atrás do terceiro ventrículo, nos núcleos supraquiasmático e supra-ótico. Além de seu envolvimento em funções como o processamento da memória e a regulação da pressão sanguínea, o neuropeptídeo Y é conhecido por sua capacidade de estimular a alimentação e reduzir o gasto de energia do animal - a fórmula perfeita para a obesidade. Apenas uma dose nanomolar de neuropeptídeo Y nos ventrículos do rato já estimula a alimentação, e injeções múltiplas de neuropeptídeo Y provocam obesidade. Entre os prováveis fatores resultantes da ação do neuropeptídeo Y na obesidade, estão à redução da termogênese por tremor e a maior formação de triglicerídeos (Willians ET AL.,2001). Acrescentada à complexidade do papel do neuropeptídeo Y na obesidade, há a observação de que existem seis tipos de receptores de neuropeptídeo Y (Balasubramaniam, 1977).

Relacionado aos aspectos fisiológicos da obesidade encontramos referências relevantes quanto ao controle do peso corpóreo. A teoria do ponto de equilíbrio sugere que há um ponto de ajuste do peso corpóreo, em que o organismo diante de uma perda de peso significativa, tende a reagir no intuito de preservar-se.

> Tanto em animais como em seres humanos, os esforços intencionais para subalimentação ou superalimentação são acompanhados por um rápido retorno ao peso corpóreo original, como se o último constituísse um ponto de equilíbrio sensível às influências fisiológicas. Se isto for verdadeiro, então algumas formas de obesidade podem ser resultantes de um ponto de equilíbrio

> estabelecido anormalmente. (MAHAM & ESCOTT-STUMP: 2002, p. 475).

Atualmente, a psicobiologia do apetite acrescenta a estes estudos, novos conceitos**.** Halford (2006) comenta os processos que estão na base da expressão da psicobiologia do apetite. O autor refere-se à distinção entre dois sinais de saciedade. Um, de curto prazo ou episódicos, que são gerados pelas repercussões da ingestão de alimentos, referindo-se as oscilações e modulações do apetite, e outro, os de longo prazo ou tônicos, que são fornecidos pelas necessidades metabólicas constantes e contínuas de energia do corpo. A regulação do apetite compreende uma variedade de estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC) integrando múltiplos sinais que indicam a necessidade de energia para gerar ou inibir experiências conscientes de fome e, conseqüentemente o comportamento alimentar. Estes sinais são detectados através de detectores periféricos do intestino, alterações metabólicas no fígado, receptores centrais no SNC e outras diversas e complexas atividades neuroquímicas, principalmente nos núcleos hipotalâmicos essenciais e nas áreas límbicas associadas. No entanto, destaca-se:

> A monitoração central da situação corporal e do controle do comportamento alimentar não está localizada em nenhum local ou estrutura particular. Inúmeros locais do cérebro influenciam a expressão do comportamento alimentar. Entretanto, certos locais no tronco cerebral, no sistema límbico e em determinados núcleos hipotalâmicos demonstram ser de particular importância. (HALFORD: 2006, p.18)

Este autor (op. cit.: 2006), comenta que os processos de saciedade determinam o tamanho da refeição e o intervalo entre as mesmas. Os efeitos destes sistemas ocorrem antes, durante e após as refeições, envolvendo fatores sensoriais, cognitivos, pré-absortivos e pós-absortivos.

Portanto, diversos aspectos da fisiologia da obesidade permanecem sendo estudados, revelando novos conceitos para sua compreensão. Bear (2008) adverte que “a descoberta da leptina reduziu o estigma da obesidade – é uma doença, não uma falha de caráter. Pessoas obesas apresentam compulsão a comer. Apresentam

intensa avidez por alimento e, ao mesmo tempo, têm um metabolismo mais lento." (BEAR: 2008, p. 514)

No entanto, comumente encontra-se com maior freqüência, referências sobre o foco 'excesso de ingestão alimentar versus exercícios físicos'. Essa premissa vista isoladamente, expõe o sujeito com obesidade aos preconceitos até mesmo quando solicita os serviços de saúde. Vilhena ET AL (2008) comentam que até mesmo entre a classe médica observa-se o preconceito em relação à obesidade e ao paciente que apresenta o Transtorno do Comer Compulsivo. E entre os transtornos alimentares, a anorexia é vista com complacência enquanto a obesidade é associada com uma deformação de caráter. Porém, nesse sentido, quanto a sua etiologia e associação aos aspectos psiquiátricos da obesidade, destaca-se que:

> Pesquisas sobre a obesidade no decorrer da última década deram duas lições aos clínicos, ambas com forte impacto nos conceitos sobre este transtorno e na abordagem clínica. Em primeiro lugar, a revalorização da importância das contribuições genéticas para o início e manutenção dessa condição, sublinham a utilidade de considerar os indivíduos obesos não como pessoas com falta de força de vontade, mas como portadores de uma vulnerabilidade biológica inata. (DOBROW ET AL (2002, p.66)

Muito, ainda poder-se-ia explorar sobre as questões referentes aos aspectos fisiológicos. No entanto, diante da proposta multidisciplinar deste trabalho, outros olhares se fazem necessários.

3.3.1 Aleitamento infantil e obesidade

Atualmente "o papel do aleitamento infantil como fator de prevenção da obesidade é uma hipótese difundida mundialmente e respaldada em vários trabalhos científicos", indicando que há uma prevalência de obesidade entre crianças que nunca foram amamentadas, com menor incidência naquelas que foram amamentadas, e menor ainda, naquelas cujo aleitamento ocorreu de forma eficaz e, durante um prazo maior que seis meses. (ARAÚJO ET AL: 2006, p. 453)

Entre os fatores preponderantes envolvidos na amamentação como prevenção da obesidade, estão os componentes bioativos do leite materno. Os hormônios insulina, T3 e T4 e principalmente a leptina, são agentes na regulação do balanço energético, realizados pelos centros da fome e da saciedade, no hipotálamo. A leptina ingerida pela criança atua no metabolismo, sinalizando para o cérebro o armazenamento suficiente de energia, controlando o apetite e a necessidade de ingestão alimentar. Outro fator interessante a ser destacado:

> O consumo energético das crianças em amamentação é inferior aos das que adotam uma dieta artificial, todavia, o consumo quantitativo nas que mamam é superior. Isto aponta que a criança alimentada com fórmulas artificiais, mesmo com uma ingesta menor, está ingerindo uma alimentação hipercalórica em relação as que ingerem o alimento materno natural. Essa exposição infantil a uma alimentação hipercalórica, na lactância, e nos primeiros anos da infância, é uma possível causa de obesidade precoce por aumento do tecido adiposo.
> (...) O fenômeno da adipogênese tem o seu início ainda na fase intra-uterina e término aos sete anos de idade. (Op.Cit.: 2006, p. 453)

Este dado nos conduz a considerar alguns pontos para que a amamentação seja determinante no favorecimento da obesidade: (1) pelas influências nutricionais do leite materno; (2) pelo *imprinting* metabólico; (3) por outros aspectos envolvidos na amamentação, tais como, o esforço, o prazer e o afeto; (4) na necessidade inerente do bebê em sugar, que ao ser ineficaz e substituído pela alimentação artificial, estimula o desejo de uma ingestão maior de alimento ─ apesar de seu valor hipercalórico ─ para satisfazer-se com a sucção.

O termo – *imprinting* metabólico – surge nos trabalhos realizados por Waterland e Garza (1999), para referir-se aos mecanismos biológicos que supostamente estão por traz das relações entre as experiências nutricionais da infância e as doenças na vida adulta, pois os dados colhidos em pesquisas apontavam que a relação entre nutrição e morbidez era comum. O alto índice de mortalidade por doença cardiovascular e sua associação com outras doenças como a obesidade, a hipertensão e o diabetes, na população adulta e com idade mais avançada, fomentou a necessidade de medidas preventivas.

Waterland e Garza (1999) apontaram que estudos epidemiológicos com humanos e experimentais com animais, sugerem que a nutrição, desde muito cedo, afeta sensivelmente o organismo, tornando-o suscetível a doenças crônicas na fase

adulta. Segundo estes autores, há evidências de que existem mecanismos biológicos que memorizam os efeitos metabólicos dos nutrientes experimentados inicialmente. Embora a compreensão destes mecanismos na ocasião do estudo, ainda fosse incompleta, eles propuseram a definição de um funcionamento, como um *imprinting* metabólico, enfatizando a natureza adaptável porém, ontogeneticamente limitada, dos supostos mecanismos responsáveis por essas relações.

Waterland e Garza (1999) consideram que alguns mecanismos específicos podem atuar em nível morfológico, celular ou molecular, para armazenar informações e potenciais para toda vida. O estado nutricional perinatal é reconhecido por exercer influência profunda no desenvolvimento neurológico e cognitivo. Dados de estudos epidemiológicos humanos indicam como relevância que a nutrição perinatal afeta a predisposição para a obesidade no adulto, doença cardiovascular, hipertensão e diabete tipo 2.

O atual aumento da expectativa de vida dos humanos e a necessidade de melhorar a qualidade de vida destes conduzem a busca por medidas preventivas contra as doenças crônicas e de difícil tratamento, que acometem as pessoas no decorrer da vida, justificando desta forma, o empenho nas investigações a relevância de temas como este, o *imprinting* metabólico.

Atualmente, o conceito de *imprinting* metabólico refere-se à crença de que as primeiras experiências nutricionais do indivíduo possibilitariam uma maior vulnerabilidade em apresentar determinadas doenças crônicas na vida adulta, inclusive a obesidade. Vejamos:

> O termo *imprinting* metabólico descreve um fenômeno através do qual uma experiência nutricional precoce, atuando durante um período crítico e específico do desenvolvimento (janela de oportunidade), acarretaria um efeito duradouro, persistente ao longo da vida do indivíduo, predispondo a determinadas doenças. (BALABAN, G.; SILVA, G.A.P.: 2004, p. 10).

Levin (2000) acrescenta que a atual epidemia de obesidade presente no mundo industrializado não é completamente explicada pelo aumento e facilidade de acesso a comida ou a diminuição de gasto energético. Uma vez que a obesidade desenvolve-se em indivíduos geneticamente predispostos, o peso corporal é rapidamente recuperado em defesa as dietas de restrições calóricas. O autor

comenta que em pesquisas com animais com predisposição genética para a obesidade, há múltiplas funções neurais anormais que os prepara para tornarem-se obesos diante de uma dieta alimentar calórica. Uma vez que obesidade esteja completamente desenvolvida, estas anormalidades em grande parte desaparecem. Isto sugere que obesidade possa ser o estado normal para tais indivíduos.

Um fato comum, tanto em animais quanto em humanos, é que o organismo sempre defende a manutenção de um peso mais alto do que o anterior, imposto por dietas de restrição calórica. A formação de um novo circuito neural envolvido na homeostase de energia poderia considerar como peso adequado, o peso mais alto, mais próximo ao peso corporal de obesidade. Nesse sentido, a diabete materna, a obesidade e a desnutrição, têm sido associadas com a obesidade dentro da descendência de tais mães, especialmente em indivíduos geneticamente predispostos. Freqüentemente, alterações na função de circuitos cerebrais acompanham tal obesidade. Isto aumentou a obesidade e pode ser passado de uma geração para outra, num processo de retro-alimentação espiralado de um peso corporal crescente por gerações. Tais resultados sugestionam uma forma de "*imprinting* metabólico" em circuitos neurais geneticamente predispostos, envolvidos na homeostase de energia. Drogas suplementares usadas para tratamento de obesidade abaixam o peso corporal e alteram a função dos circuitos neurais envolvidos no equilíbrio energético. Mas geralmente elas não têm nenhum efeito permanente no peso corporal ou na função neural. Assim, a identificação precoce de mães predispostas à obesidade, crianças e adultos e, o tratamento precoce dos mesmos, podem ser o único meio para prevenir a formação de conexões neurais permanentes que promovem e perpetuam a obesidade em indivíduos geneticamente predispostos. (LEVIN: 2000)

Como podemos observar, existem diversos aspectos fisiológicos, envolvendo processos neuroendócrinos que contribuem com a manutenção da obesidade. Há também substâncias, muitas ainda de efeitos desconhecidos para uso humano, que podem interferir no processo de regulação da fome.

E além destas substâncias, outros fatores são de grande relevância neste processo, tais como os fatores ambientais.

Não é difícil avaliar o quanto o ato de comer também está relacionado ao nosso ambiente social. As pessoas costumam se reunir e na grande maioria das vezes,

essas reuniões destinam-se a alimentação. Portanto, qual a importância do ambiente e da cultura no ato alimentar?

3.4. A OBESIDADE NA ESFERA RELACIONAL

> O humano é um corpo que se alimenta, como o de todo animal. Mas de alimentação omnívora, os homens são capazes de devorar tudo o que seja quimicamente definível como alimento, não estando biologicamente obrigados a consumir esta ou aquela comida. (RODRIGUES: 2003, p. 94)

Ao nascer, as pessoas estabelecem os primeiros contatos com o Outro e o ambiente, justamente através da alimentação. Quando uma mãe oferece o seio ao bebê, inicia-se ali um processo que está além do ato de nutrição. É a partir do contato físico com a mãe, com o conforto e bem estar fisiológico experimentado pelo bebê na amamentação, que ele constrói seu primeiro vínculo, um eixo de ligação que aos poucos atinge o significado de um “lugar” ao qual ele pertence.

À medida que crescemos o alimento que recebemos e experimentamos, começam a fazer parte de nossa história, de nossas preferências e de nossas escolhas. Assim, uma comida que foi experimentada várias vezes associada a uma pessoa querida, a uma circunstância agradavelmente marcante, tende a acompanhar o indivíduo pelo resto de sua vida. Ao contrário, experiências alimentares negativas ou associadas a doenças, tendem a ser evitadas.

No decorrer da vida social, os indivíduos incluem em suas reuniões sociais, os momentos de ingestão de alimentos. O ato de alimentar-se está, portanto, amplamente associado aos encontros com o Outro, ao fato de compartilhar, de onde se originam nas línguas latinas, o vocábulo “companheiro” ou em francês, “*copain*”, aquele que partilha o pão – em francês “pain”. Desde sempre, tem sido em torno do preparo e do consumo de alimento que os povos se reúnem, para comemorar suas conquistas e desilusões. Assim, o prazer e o contentamento de todos são agraciados com saborosos alimentos, os quais representam, muitas vezes, o prêmio de merecimento.

Pesquisas indicam que o consumo de alimentos quando em grupo, tende a ser maior devido ao entusiasmo, a displicência e a competitividade pela ração

disponível. As preferências por certos tipos de alimentos também são características de diferentes culturas. (Lambert & Kinsley:2006)

Observa-se a preferência pelo consumo de carnes entre os esquimós, de alimentos vegetais entre os hindus e de insetos em certas tribos australianas, pois esses alimentos são extremamente ricos em proteínas. Em algumas culturas o leite humano é negado aos bebês enquanto que em outras se faz campanhas de incentivo a ingestão de leite materno. (RODRIGUES: 2003) A alimentação, tal como o corpo, denuncia as características de uma sociedade. O alimento desta forma pode ser considerado um símbolo. Vocábulos como “fome” e “comer” adquirem significados que ultrapassam a função fisiológica. Fala-se em sentir “fome de amor”, ser um “unha-de-fome”, ter uma “fome de leão”, “querer comer o fígado do outro”, “engolir sapos”, etc. O que dizer então da canção, que fala dos anseios de um povo ao indagar: “Você tem fome de quê? A gente não quer só comida. A gente quer comida, diversão e arte...” [14]

> Aprendemos, assim, com a alimentação, que os humanos são dotados de corpos destinados a variar de cultura para cultura, de corpos constituídos para diferir. Aprendemos também que, muito além de químico, o alimento incorpora valor de símbolo. E compreendemos que é possível que cada homem retire prazer gastronômico de alimentos que, do ponto de vista de outros, seriam tidos como os mais estapafúrdios e mesmo inimagináveis. (RODRIGUES: 2003, p. 94)

Claude Lévi-strauss em 1908, ao estudar os fundamentos das relações de parentesco entre os humanos, relaciona um valor simbólico e regulamentar à alimentação de uma sociedade, afirmando que “no interior da família, a autoridade repousa, com efeito, sobre a posse e o controle do alimento”. Comumente os mais velhos oferecem os alimentos às crianças e posteriormente o partilham. Esta partilha obedece a regras que caracterizam e refletem a estrutura de um determinado grupo familiar ou social. Não raro, o alimento – a sensação de saciedade plena - está associado às emoções. “O alimento está inteiramente impregnado de sinais e de perigos. O sentimento de “calor” pode ser um denominador comum de estados para nós tão diferentes quanto à cólera, o amor ou o empanturramento”. (id: 1982, p.76)

---

[14] Refere-se à canção “Comida”, sucesso da Banda de Rock Titãs, composição de Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Britto.

O estilo de vida contemporâneo estimula na maioria das pessoas, a ingestão excessiva de alimentos e o sedentarismo. A afirmação de que o acesso fácil a alimentos altamente calóricos é cada vez maior, é reforçada pelo discurso de Lambert (2006):

> (...) se considerarmos a evolução da alimentação humana, nossos ancestrais não tinham acesso fácil à comida. De fato a disponibilidade de alimento era bastante imprevisível e, conseqüentemente, para sobreviver, era importante consumir a comida que estivesse disponível e armazená-la como gordura – as pessoas nunca sabiam quando seria a próxima refeição. (LAMBERT: 2006, p.388):

Segundo este autor (op. cit.: 2006), várias teorias se dedicam a explicar o processo de regulação da fome. Entre elas, a teoria da reposta preparatória da regulação da fome, sugere que a sensação de fome pode estar mais relacionada à preparação do corpo para comer, do que a algum déficit de alimento.

Baseados nessa visão teórica poder-se-ía dizer que a fome poderia ser despertada pelos padrões de horários para refeições? Os horários e a exposição ao alimento conduzem os animais a respostas preparatórias para a alimentação, como a salivação e a alteração nos níveis de insulina da temperatura do corpo. (LAMBERT: 2006) Segundo a teoria do incentivo positivo da regulação da fome, as pessoas comem porque comer é uma experiência prazerosa e gratificante. Animais de sangue quente como os humanos são capazes de comer até esgotarem a sua capacidade fisiológica. Além disso, os sabores relacionados à sobrevivência como doces, gorduras e salgados, extremamente ricos em energia, minerais e vitaminas essenciais são especialmente prazerosos. O sabor amargo, associado a venenos é menos desejado. Esta teoria tenta explicar porque em um mundo onde a comida se tornou disponível, o seu consumo acaba por adoecer as pessoas.

Já a teoria da saciedade sensorial específica considerando que o comportamento evolutivo incentiva o consumo variado de alimentos, é o que garante os nutrientes necessários para a sobrevivência. Tal fato, mostra que “a saciedade sensorial específica parece ser influenciada pelas propriedades sensoriais dos alimentos, ao invés de, por um *feedback*[15] gástrico do sistema digestório” (ibid:

[15] Retorno, resposta.

2006). Esta teoria também explica o surgimento do desejo de comer alimentos diferentes que são oferecidos mesmo após de se ter a sensação de saciedade plena. Portanto, segundo esta teoria, a maior variedade de comida estimula o consumo alimentar. De acordo com este raciocínio a exposição dos *self-services* induziria à superalimentação.

Num contexto de interdisciplinaridade, em que o biológico e o cultural possam ser contemplados em sua complexa integridade, observa-se que as experiências corporais humanas, são ao mesmo tempo, simbólicas e biológicas. Neste contexto de uma condição física que envolve tamanha complexidade, o limite entre o biológico e o psicológico é tênue. Desta forma, Rodrigues (2003) adverte:

> As representações do corpo – principalmente – não se limitam a serem apenas acontecimentos intelectuais: com freqüência são violentamente viscerais e não raro se traduzem em entusiasmos, em medos, em prazeres, em rancores, em sensibilidades... É sempre necessário saber como ecoam e reverberam na carne. (RODRIGUES: 2003, p. 96)

3.5. A OBESIDADE NA ESFERA PSICOLÓGICA

3.5.1. Cognição

A cognição compreende processos mentais superiores tais como a percepção, a memória, a atenção, o pensamento, o raciocínio e a linguagem.

> Se, a cognição é antes de tudo a capacidade de conhecer, e se conhecer implica na capacidade de reproduzir internamente algo captado pelos órgãos sensoriais periférico no mundo externo, a reprodução mental seria o nível mais elementar da função cognitiva.
> Em um nível mais complexo estaria a identificação mental, ou seja, a capacidade de experimentar internamente em sua totalidade algo que, em certos casos, se apresenta parcialmente aos órgãos sensoriais periféricos. E finalmente, em um nível mais elaborado, a representação mental, expressão mais elaborada e complexa do longo processo cognitivo. Através da representação os homens estariam aptos a experimentar internamente algo que já não mais se encontra disponível aos seus órgãos sensoriais periféricos. (JOFFILY; AZEVEDO: 2007)

Considerando-se a influência do conceito de imprinting metabólico atuante durante a fase da amamentação e a relação deste conceito na instalação da obesidade sugere-se a possibilidade da existência de um *imprinting* cognitivo,

presente e atuante também na formação dos hábitos alimentares das crianças. Este hábito se instalaria a partir dos primeiros processamentos mentais, quando estímulos sensoriais ambientais adquirem um significado de cunho emocional positivo ou negativo.

> (...) o amamentar não envolve apenas aspectos estritamente biológicos, como a composição do leite materno, mas também aspectos psicológicos e comportamentais, que permeiam a relação mãe-filho. O mesmo se pode dizer da formação do hábito alimentar da criança.
> (...) A associação com o contexto em que o alimento é ingerido também influencia no desenvolvimento das preferências alimentares. Os pais influenciam o desenvolvimento do hábito alimentar da criança, através de suas próprias preferências alimentares, suas atitudes frente à alimentação (...)
> (...) em situações em que os pais têm um maior controle sobre a alimentação dos filhos, pode haver prejuízo para o desenvolvimento dos mecanismos de auto-regulação da ingestão calórica da criança, pois os mecanismos externos de controle podem superar os sinais internos de fome e saciedade. (...) (BALABAN, G.; SILVA, G.A.P.: 2004, p. 13)

O "*imprinting*" cognitivo teria como premissa o desenvolvimento cognitivo fetal. Segundo DeCaster, Schall e Granier-Deferre (2004), desde 36 a 37 semanas de gestação, a criança está apta a tratar a informação sensorial de forma especializada, evidenciando uma capacidade cognitiva pré-representacional[16].

> Esta competência pressupõe uma forma de memória de trabalho que se desdobrará em uma memória de longa duração que inscreve a experiência sensorial do feto até depois do nascimento e delimita progressivamente os campos de estimulação familiar, facilitando aquisições estáveis. (DECASTER ET AL: 2004, p. 114)

As modalidades perceptivas sobre as quais se possuem mais conhecimentos são a audição e olfato. Os fetos manifestam reações neurovegetativas e comportamentais diferenciadas para variados estímulos. Estudos apontam que no domínio da gustação, bebês prematuros de seis a oito meses, expressam mímicas faciais diferentes, frente ao açucarado e ao amargo. De forma semelhante, em fase intra-uterina, eles apresentam reações fisiológicas diversas em função das

[16] (JOFFILY: 2008, comunicação pessoal)

propriedades qualitativas dos odores e dos sons que lhe são oferecidos como estímulos. (op. cit.: 2004)

DeCaster ET AL (2004) comenta que “o feto apresenta mecanismos adaptativos de base a partir das quais as competências discriminativas elaboradas poderão se desenvolver”. Da mesma forma que os bebês nascidos a termo, os bebês prematuros manifestam comportamentos faciais e orais (sucções) desencadeados por estimulações gustativas e olfativas. Neste aspecto, um estudo com prematuros com idade média de 31,8 semanas, mostrou que diante de um estímulo repetido de odor, a amplitude de respostas faciais, se reduz e só reaparece frente a um novo odor, sugerindo já nessa fase do desenvolvimento uma capacidade olfativa discriminatória.

As respostas cognitivas diferenciadas podem ser caracterizadas na fase fetal como aprendizagens não associativas e associativas. Recém-natos de apenas três dias se orientam em direção ao odor do líquido amniótico materno quando comparado a outro odor, inclusive, ao líquido amniótico de outra mãe que não seja a sua. Conclui-se, portanto, que o cérebro fetal além de diferenciar o odor do líquido amniótico, pode captar suas características individuais e memorizá-las, por até 72 horas depois do nascimento. A comprovação desta e de outras capacidades mnêmicas e codificadoras de odores e de sons maternais, origina-se em pesquisas e reforçam a idéia que fetos também estão aptos a adquirirem novos conhecimentos, ou seja, a aprender. Algumas destas pesquisas consistiriam em solicitar que as gestantes comessem determinados alimentos com sabores específicos ou que se expusessem a determinados estímulos sonoros durante o terceiro trimestre de gravidez. (op. cit.: 2004)

A existência de aprendizagens associativas provém de estudos com animais. Estes estudos evidenciam que recém nascidos manifestavam comportamentos repulsivos a determinados odores que haviam sido propositalmente utilizados durante o período gestacional para provocar mal estar generalizado e transitório na fêmea grávida. O inverso também já foi observado. No momento em que um estado de anoxia cerebral era suspenso, o odor associado a ele *in útero* gerava uma preferência posterior pelo mesmo odor. Portanto, vejamos:

> Um condicionamento operante se estabelece durante a expressão de um comportamento particular e é imediatamente seguido pelo desencadeamento de uma estimulação. Ele resulta do

> estabelecimento de uma ligação preditiva mais ou menos forte entre o comportamento e a obtenção dos estímulos que é reforçada. (DECASTER ET AL: 2004, p. 122)

Segundo pesquisas (conf. id: 2004) a aquisição de características quimiosensoriais do líquido amniótico, seria uma conseqüência do exercício de sucção dos dedos durante a vida intra-uterina. Esta atividade contribuiria então, para o surgimento dos processos de aprendizagem, influenciando a cognição neonatal. Com o exemplo da aprendizagem pré-natal, um experimento descrito por DeCaster ET AL (2004) nos chama a atenção:

> DeCasper e Fifer (1980) empregaram dois procedimentos de condicionamento operante da sucção não nutritiva para analisar o impacto da experiência neo-natal com a voz materna sobre o comportamento do recém-nascido. Nos dois casos, as crianças tinham na boca um bico de mamadeira não nutritivo ligado a um dispositivo que lhe permitia escutar a voz de sua mãe ou de outra mulher em função das características do seu comportamento de sucção. Segundo um dos procedimentos, a transmissão da voz materna foi condicionada ao ritmo de sucção rápida e o de outra voz feminina à um ritmo de sucção mais lento (ou inversamente). Nesta situação, o ritmo de sucção reforçado pela voz maternal predomina durante um tempo e revela que a criança pode ajustar o seu comportamento para obter o estímulo cujo valor reforçante decorre da experiência fetal. Dito de outra maneira, ele estabelece uma relação entre o comportamento oral e o desencadeamento de uma voz familiar. (DECASTER ET AL: 2004, p. 122)

Considerando-se o constatado *imprinting* cognitivo pré-natal que envolve as funções mentais superiores como a percepção[17], a atenção[18] e a memória[19], não se poderiam ignorar a sua influência no favorecimento ou desfavorecimento de hábitos e comportamentos alimentares.

---

[17] Percepção – Função mental de caráter mnêmico consciente e multimodal, responsável pela produção cognitiva representacional dos homens. (Comunicação pessoal de Sylvia Joffily: 2008).

[18] Atenção é uma função primordial e indispensável na compreensão das demais funções cognitivas, como uma concentração de atividade mental.

[19]Memória. (Mma)–Latim- Faculdade de reter e/ou adquirir idéias, imagens, expressões e conhecimentos anteriormente adquiridos, reportando-se às lembranças.

.

3.5.2. Emoção

Considerando que as funções cognitivas superiores ─ atenção, percepção, memória, pensamento ─ ocorrem a partir do desenvolvimento dos sistemas sensoriais e que estes por sua vez, estão sujeitos às inferências ambientais, destaca-se a importância das interações sociais essenciais, como fator relevante no estabelecimento de um padrão cognitivo, que conduz o sujeito a determinados comportamentos. As interações sociais, abordadas no corpo deste trabalho numa perspectiva antropológica, ganham força sob a ótica da neurociência. Diversas teias de conexões neuronais são tecidas através das interações sociais no decorrer do desenvolvimento humano. Desde muito cedo o funcionamento cerebral está conectado com o mundo a sua volta. Da mesma forma que atua na cognição, as relações sociais imprimem suas marcas emocionais.

Uma reflexão sobre as emoções conduz a questionamentos por vezes surpreendentes. Consideradas como forças desprovidas de controle, que indiscutivelmente palpitam em nossas ações, não raro, encontram-se dificuldades para defini-las. Historicamente conceituadas como reações fisiológicas indispensáveis na luta pela sobrevivência, as emoções foram vistas e consideradas em diferentes épocas, por ângulos diversos. Como estados mentais, formas de agir ou falar, chegaram ao status de construções sociais. No entanto, os estudos delegaram sua relevância a um segundo plano. As emoções configuravam como uma nuance sem grande importância de tudo aquilo que não podia ser observado, mensurado e avaliado, dentro dos moldes cientificamente estabelecidos. Com o passar do tempo algumas considerações foram feitas no sentido de investigar as relações entre emoção e cognição.

Neste percurso, encontramos referências greco-romanas que tendiam a separar mente e corpo, pensamento e sentimento. Em seguida, o cristianismo marcou época associando as emoções ao pecado, influenciando de tal forma as sociedades ocidentais, que suas leis diferenciavam crimes passionais ─ dignos de compreensão e perdão ─ dos crimes premeditados. Surgem às pesquisas cientificas representada pelos Behavioristas que priorizavam o esquema estímulo/resposta (comportamento) sem atenção aos processos envolvidos neste modelo. Sigmund Freud revoluciona os conhecimentos de até então com seu conceito de inconsciente na psicanálise. Segundo LeDoux (1988) o inconsciente para Freud é dinâmico, obscuro, malévolo, propulsor de diversos comportamentos. Em seguida, os

cientistas cognitivos investigam o cérebro e suas funções fisiológicas, dando origem ao funcionalismo, que compara toda atividade mental do ser humano, ao processamento de informações e a lógica executável pelas máquinas artificiais. Estes cientistas chegam a considerar que não são necessários profundos estudos sobre o cérebro, pois suas pesquisas adquirem caráter multidisciplinar, independente das relevantes condições humanas.

Atualmente, os estudos sobre as funções mentais, através da ciência cognitiva, permitem uma visão abrangente que procura entender a emoção enquanto processo psicológico. Nesta nova ótica, considera-se a existência de um inconsciente cognitivo, que se diferencia do inconsciente dinâmico psicanalítico. Este inconsciente cognitivo refere-se à grande parte da atividade mental que acontece fora dos limites da consciência (LEDOUX: 1988 p. 28). Isto ocorre devido ao processamento de estímulos captados pelas diversas modalidades sensoriais, que dispensam a consciência, isto é, a capacidade de sentir, comparar, memorizar determinados estímulos e chegar a conclusões através de atividades mentais automáticas, das quais não nos damos conta ou temos consciência. LeDoux (1988: p. 29) alerta que "o simples fato de que seu cérebro pode fazer algo não significa que "você" [20] saiba o que ele fez." Este processamento que ocorre inconscientemente também engloba "complexas avaliações das origens mentais de crenças e atitudes".

Segundo o autor (id:1988), diante do fato de que as pessoas costumam ter todos os tipos de comportamentos ─ alguns conscientes e outros, sem necessariamente saberem o motivo, pois são produzidos por atividades mentais inconscientes ─ a ciência cognitiva tem por meta compreender justamente este processamento inconsciente de informações. As conclusões encontradas até agora mostram que "muitas emoções são fruto da sabedoria evolutiva, provavelmente mais inteligente do que todas as mentes humanas reunidas" e, independente dos caminhos percorridos até então, "nas emoções ao contrário da cognição, o cérebro nem sempre funciona independentemente do corpo." Assim, LeDoux (1988) comenta:

> No caso das emoções, entretanto, a resposta cerebral constitui parte integrante do processo global da emoção. Como certa vez observou

[20] Mantemos aspas do autor.

> Willian James, pai da psicologia americana é difícil imaginar as emoções sem a presença de suas expressões corporais.
> Conhecemos nossas emoções por suas intromissões (bem-vindas ou não) em nossa mente consciente. Mas as emoções não surgiram como sentimentos conscientes. Elas se desenvolveram como especializações fisiológicas e comportamentais, reações físicas controladas pelo cérebro que possibilitaram aos organismos ancestrais a sobrevivência em ambientes hostis e a procriação. Se a máquina biológica da emoção, e não da cognição, envolve fundamentalmente o corpo, então são necessários diferentes tipos de máquinas para processar as emoções e a cognição. (LE DOUX:1988, p.38)

Do cérebro visceral ao Sistema Límbico, LeDoux (1988) cita os avanços nas pesquisas de MacLean. O autor (id: 1988) comenta que Paul MacLean (1949) após a II guerra mundial, apoiou-se na teoria de Papez[21], fazendo associações com as descobertas sobre a Síndrome de Klüver-Buck[22] e a psicologia Freudiana[23]. Em suas observações, MacLean, destacou a "importância do hipotálamo para a expressão emocional e do córtex cerebral para a experiência emocional. Seus estudos conduziram a novas considerações sobre as funções realizadas pelas estruturas do rinoencéfalo (hipocampo e regiões cinguladas), pois sob sua ótica, "todos os caminhos levavam ao cérebro olfativo como a sede das emoções" (LEDOUX: 1988, p. 85). Tal foi o peso dessa consideração, que MacLean adotou a nomenclatura "cérebro visceral". Esta região seria "responsável pela organização do comportamento afetivo dos animais em impulsos básicos". Em paralelo, o neocórtex, assume o controle sobre a "musculatura visceral e estimula as funções do intelecto". LeDoux explica:

> Estímulos emocionais do mundo externo produzem reações nos órgãos viscerais. Em seguida, mensagens desses órgãos internos são transmitidas ao cérebro, onde são integradas às percepções atuantes do mundo externo. Essa integração dos mundos interno e

[21] Circuito de Papez- Um circuito de estruturas anatômicas interconectando o hipotálamo e o córtex que Papez propôs ser um sistema para a emoção. (BEAR: 2008)

[22] Coleção de sintomas que sucedem a lesão no lobo temporal, gerando uma "cegueira psíquica". Esta Síndrome foi identificada pelas pesquisas com macacos realizadas por Heinrich Klüver e Paul Buck (1937) Apesar da acuidade visual permanecer intacta, não se percebe o significado psicológico dos estímulos. Ausência de reações ao perigo, não identificação do que é comestível através da visão, comportamento sexual alterado, hipersexual etc. (LEDOUX:1988)

[23] Freud sugeriu que o desenvolvimento da sexualidade iniciava-se na infância, apresentando as fases oral, anal, genital, etc. Na fase oral, faz relações entre a amamentação e as interações psíquicas essenciais do indivíduo com o mundo. (FREUD: 1972, vol. VII)

> externo foi classificada como o mecanismo gerador da experiência emocional. (LEDOUX:1988, p. 85)

Posteriormente, em 1952, MacLean utiliza o termo “Sistema Límbico” em substituição ao “cérebro emocional”. Isto ocorreu devido à associação de outras regiões cerebrais, propondo que este sistema “desenvolveu-se como um mediador das funções viscerais e comportamentos emocionais, inclusive alimentação, defesa, luta e reprodução. E é fundamental para a vida emocional ou visceral do indivíduo”. (LEDOUX: 1988, p. 89)

Le Doux (1988:63) acredita que “emoção e cognição são melhor compreendidas como funções mentais interativas mas distintas, mediadas por sistemas interativos mas distintos”. E considerando-se a importância da função mnêmica no comportamento dos homens, inclusive no comportamento alimentar, destaca-se a afirmação de que “a verdadeira causa de uma emoção não são necessariamente estímulos presentes num dado momento, mas sim a interação destes e de um histórico causal armazenado na memória”. (LEDOUX:1988, p. 60)

4. COMPORTAMENTO ALIMENTAR: DO SENTIR AO AGIR

Do sentir ao agir, são diversos os fatores que interferem numa resposta comportamental do sujeito. Tal qual, em vários momentos deste trabalho, entrelaçadas, as três esferas − fisiológica/corporal; psicológica/emocional; relacional/social − se apresentam.

A ingestão excessiva e desmedida de alimentos, que parece não ter controle em alguns indivíduos, nos remete a idéia de uma indiferença aos sinais do organismo de completude no estômago ou de saciedade, dificultando a identificação do momento de parar de comer. Esta consideração poderia ser denominada como uma "assimbolia" da saciedade[24]. De fato, relacionamos esta idéia ao termo "assimbolia da dor", que foi criado por Paul Schilder em 1929, sendo citado por Sciama (2007) em seu artigo "A indiferença à dor". Segundo este autor, lesões na ínsula e no córtex cingular anterior, áreas responsáveis pelo componente emocional da dor, podem provocar essa indiferença. As áreas lesionadas e identificadas como responsáveis pela indiferença à dor, pertencem ao córtex límbico, que também, é de grande relevância na motivação para alimentar-se.

No entanto, o que se mostrou interessante relacionar, é que Sciama (2007) descreve que a dor apresenta três componentes: Um sensorial, um cognitivo e um afetivo. Explica que o componente sensorial refere-se às informações dolorosas enviadas ao cérebro pelas terminações nervosas. O cognitivo, constitui-se daquilo que o cérebro consciente "compreende" [25] da dor e de suas conseqüências para a integridade do organismo. O afetivo, considerado extremamente intrigante pelos pesquisadores, é aquele que motiva o sujeito a evitar e diminuir o sofrimento, impedindo sua ação.

> Quando um estímulo doloroso é percebido pelas terminações nervosas a informação é enviada em direção as áreas cerebrais responsáveis da percepção sensorial e emocional da dor. Nós então

[24] Saciedade é a percepção, de antemão, da satisfação da necessidade orgânica, porque o cérebro é informado da satisfação das necessidades antes de os tecidos serem efectivamente saciados"(BOURRE: 1993, p.40)

[25] Mantemos grifo do autor.

> permitimos a dor. Esta última é modulada de acordo com o tratamento cognitivo, realizado pelo córtex pré-frontal. O sofrimento pode ser intensificado ou atenuado pela compreensão da significação deste sofrimento. [26](SCIAMA, Yves: 2007, fig. 1)

Assim, podemos sugerir que de forma semelhante, na regulação da fome, processo de alta complexidade devido aos diversos fatores que a influenciam, por seus componentes cognitivos e emocionais, e ao caráter representacional atribuído à comida, o sujeito pode ter sua percepção a cerca da fome e da saciedade envolvida num processo de assimbolia, se não por seus atributos de lesões neurofisiológicas, por seus componentes emocionais.

> Em praticamente todas as doenças psicossomáticas [...] bem estudadas pela psiquiatria, foram enfatizadas as necessidades "orais", as dependências "orais", os impulsos "orais" etc., do paciente. Esse fatores orais têm sido correlacionados com a ira, a hostilidade, o medo, a insegurança, o ressentimento, o desgosto e uma variedade de outros estados emocionais. Em determinadas situações, a ingestão de alimentos, por exemplo, pode ser uma representação simbólica de fenômenos psicológicos tão diferentes como: 1) o desejo hostil de eliminar um inimigo, 2) a necessidade de amor, 3) o medo de alguma perda ou punição, 4) o desgosto de uma separação etc.". (...) Muitas das implicações aparentemente paradoxais e absurdas do termo "oral" resultam de uma situação, mais evidente em crianças ou povos primitivos, na qual há uma deficiência ou incapacidade de discernir as percepções internas e externas que constituem as qualidades efetivas da experiência... A vida emocional [de pacientes psicossomáticos] torna-se com freqüência uma questão "invisceral" ou "exvisceral". É como se o indivíduo nunca houvesse "aprendido a andar" emocionalmente (...) (MACLEAN, apud LEDOUX:1988, p. 88)

A sucção transpassando a atividade motora e reflexa envolve outras concepções. "Trata-se de um prazer físico localizado na mucosa bucal que constitui provavelmente a mais voluptuosa experiência que a criança conhece nesta idade". (BRABANT: 1984, p. 36) Portanto, "as características físicas do estímulo têm de ser avaliadas ─ apreciadas; seu significado para o indivíduo deve ser determinado. É o registro desse significado que dá início à bola de neve emocional". (LEDOUX: 1988, p. 58)

---

[26] Tradução nossa.

Podemos perceber que a conduta alimentar de uma pessoa é permeada pelas influências sócio-culturais e por seu histórico de vida. O processo de alimentar-se envolve além das necessidades fisiológicas, um processo de socialização e de comunicação. Assim o 'comer' reveste-se de significados e saberes. No entanto, os fatores psíquicos e químicos atuantes são também de grande relevância. O prazer[27] envolvido na escolha e degustação dos alimentos é impossível de ser ignorado. Mas afinal, o que possibilita ao ser humano, tamanha complexidade relacionada ao simples ato de comer?

> O prazer do homem, em particular o do gastrônomo, não é o do animal. O prazer não é reflexo, imediato ou estático. Muito pelo contrário, com o seu cérebro, sobretudo com o seu córtice, o homem prevê, imagina, sonha e analisa. E lembra-se. (...) É fundamental o que o cérebro pensa do que come. Quando não está satisfeito, saciado, seu funcionamento é perturbado. Já não é capaz de assegurar correctamente a coordenação do corpo nem a do pensamento, e muito menos a dos prazeres. O cérebro deve, portanto, ser bem alimentado. O seu prazer gera também a sua eficácia. (BOURRE : 1993, p. 16)

Ora, pois, na esfera fisiológica o cérebro, como Bourre destaca (op. cit.), é constituído por diversas células que exigem energia e mantém seu funcionamento adequado, a partir da atuação de oxigênio, açúcar, enzimas e proteínas. Estas são constituídas por aminoácidos, derivados de proteínas animais ou vegetais. Estes aminoácidos originam neurotransmissores e neuropeptídios, fundamentais na comunicação entre os neurônios. Não obstante, estes nutrientes clamam por outros. Entra em cena a necessidade de das vitaminas, dos metais, dos oligoelementos e sobretudo dos lipídeos – que se originam a partir de dois ácidos gordos alimentares, o linoléico e o alfa-linoléico - que atuam nas membranas celulares, determinando a identidade celular e a transmissão elétrica e química entre elas. Alguns nutrientes são também fundamentais na apreciação do sabor. Assim, Bourre (1993, p.17) adverte: "Sem lipídeos, sem gordura, portanto, nossa alimentação seria triste, ineficaz... mortal em toda acepção da palavra." Além da esfera emocional que agrega valor ao alimento, o conhecimento de que os nutrientes advindos da alimentação são essenciais na constituição da substância cerebral, evidencia-se na

[27] Este item envolve motivações fisiológicas, emocionais e relacionais.

relação entre nutrição e cognição. Exemplo disso é a verificação de que a subnutrição interfere no desenvolvimento intelectual da criança.

> “Para a criança, “papa” é a palavra mais importante depois de “papá” e “mamã”. Ela determina toda a sua vida, a tal ponto que cada um acaba por se tornar aquilo que come. (...) Comer mais do que o necessário, encontrar no alimento ou na bebida o prazer, a consolação, o esquecimento, a evasão ou a comunicação com o outro, recusar alimentar-se para protestar contra uma injustiça, todos estes comportamentos são motivações afectivas, psicossensoriais e simbólicas. São irracionais, mas não deixam de ser adequadas. Contribuem para a procura e a afirmação de uma personalidade frágil. (Op. Cit.:1993, p.19)

A busca pela satisfação das necessidades do organismo transformou-se com a evolução das civilizações. De uma realidade de escassez alimentar, da dependência da sorte e da empreitada para adquirir o alimento, o homem passou a cultivar e a transformar alimentos. Criou variedades de sabores, e viabilizou o acesso mais fácil aos alimentos. Da fome genuína e orgânica à revelação do apetite e da gastronomia, surge mais um ponto em que distingue seu cérebro dos outros animais. Tratando-se deste cérebro, sabe-se que em seu desenvolvimento, desde o nascimento ele apresenta processos de degeneração e autoconstrução a partir das suas experiências. Desta forma constrói-se inserido em uma cultura. Se a genética o impele a determinados padrões, o ambiente também interfere neste processo. Como ser que aprende, num processo chamado epigênese, o cérebro do homem estabiliza combinações sinápticas preestabelecidas e elimina outras seletivamente, escapando ao rigor do determinismo genético. (op. cit.: 1993)

Atualmente sabe-se que um determinado gene não atua unicamente por suas características e tampouco, revela todo seu valor biológico. Nesse sentido, Goleman (2006) destaca:

> Os alimentos que ingerimos contêm dezenas de substâncias que regulam uma grande variedade de genes, ativando-os e desativando-os, como um pisca-pisca numa árvore de natal. Se ingerimos alimentos errados durante vários anos, podemos ativar uma combinação de genes que provocará as obstruções nas artérias das doenças cardíacas. Por outro lado, a ingestão de um pouco de brócolis oferece uma dose de vitamina B6 que estimula o gene triptofano hidroxalese a produzir o aminoácido L-triptofano, que ajuda a sintetizar a dopamina, um neurotransmissor que, entre outras funções, estabiliza o humor.

> É biologicamente impossível um gene operar de forma independente de seu meio: os genes foram projetados para ser regulados pelos sinais próximos, inclusive os hormônios do sistema endócrino e os neurotransmissores do cérebro – alguns dos quais, por sua vez, são profundamente influenciáveis por nossas interações sociais. Assim como a alimentação regula determinados genes, nossas experiências sociais também determinam um grupo específico de tais interruptores genômicos. (GOLEMAN; 2006, p. 171).

Considerando estes aspectos fisiológicos e psicológicos que interferem no processo de alimentação humana, deparamo-nos com a sensação de prazer que a envolve.

> O prazer é a sensação instantânea e direta duma necessidade que se satisfaz; o prazer da mesa é a sensação reflectida que nasce das circunstâncias, dos factos, dos locais, das coisas e das pessoas que acompanham a refeição. O nosso prazer de comer é comum ao dos animais: supõe apenas a fome e o que é preciso para a satisfazer. O prazer da mesa, pelo contrário, é próprio da espécie humana (...) (BOURRE: 1993, p.32)

O referido autor comenta que o alimento, carregado, então, de prazeres e valores sociais, constituem em nossa primeira infância nossa memória alimentar, baseada em nossos hábitos e condicionamentos. Muito além do equilíbrio energético do organismo, o cérebro controla também, através da alimentação, as relações com o ambiente. Bourre (1993), afirma que “as opções alimentares respondem no homem a uma tripla exigência: energética, hedônica[28], simbólica. A primeira é biológica, a segunda é emocional e afetiva, a terceira, social, cultural e étnica. (ibid, p. 34)”. Nesse sentido, Balaban e Silva (2004) sugere que o aleitamento materno possui um efeito protetor contra a obesidade infantil.

Os alimentos por sua palatabilidade, isto é, por sua cor, odor, sabor, consistência, também contribui no equilíbrio da ingestão calórica, desempenhando um importante papel no estímulo para o início de uma refeição, seu prolongamento e finalização. (BOURRE, p. 36). Tal afirmação encontra respaldo em Halford (2006) quando, de forma semelhante comenta sobre mecanismos subjacentes a fome: “os sinais de fome pré-consumo gerados pela visão e pelo cheiro do alimento ou o

[28] Hedonismo - Doutrina que considera que o prazer individual e imediato é o único bem possível, princípio e fim da vida moral. (FERREIRA: 1986)

contato íntimo (químico e físico) com o alimento na boca servem para estimular e dar continuidade à ingestão do alimento.” (HALFORD: 2006, p. 19) O estudo de Linne ET AL (2002) relata uma pesquisa realizada com sujeitos obesos em que destaca a influência da visão no comportamento alimentar. O autor reforça a idéia, de que a visão é um fator de grande importância no complexo padrão de fatores que interferem na regulação do comportamento alimentar. Seu experimento, realizado com um grupo de sujeitos que faziam uma refeição com os olhos vendados, apontou que estes sujeitos, relatavam sentir a mesma sensação de plenitude (saciedade), ingerindo uma quantidade menor de alimento, do que os sujeitos do grupo controle, que não utilizaram vendas. O autor sugere que desprovidos dos estímulos visuais, os sujeitos são estimulados a perceber e confiar mais nos sinais internos de saciedade.

Na regulação alimentar, determinantes neurais são essenciais. Bourre (1993) afirma que o cérebro humano “pode fabricar opiáceos chamados endógenos”. Tal possibilidade poderia, portanto, ser a justificativa bioquímica para a constante busca de prazer. Sua ação sobre a fome não é tão relevante, entretanto, em situações de stress crônico pode haver uma superprodução de opiáceos endógenos que explicaria a bulimia. Além do que, a ingestão de certos alimentos pode ter efeitos de opióides. Alimentos, que contenham, por exemplo, glúten pode provocar sonolência após as refeições. “A hiperatividade opióide e a hiperfagia estão muitas vezes associadas nos animais geneticamente obesos e no homem”. (BOURRE: 1993, p. 39) Atualmente, a literatura aponta que:

> Neurotransmissores no cérebro, como a dopamina, os opiáceos endógenos e endocanabinóides, encontram-se associados com o gostar de comer e o querer comer. Essas moléculas parecem fundamentais tanto na mediação da motivação para ingerir alimentos muitos saborosos como nas sensações prazerosas que isso proporciona. O sistema dopaminérgico prosencefálico está associado especificamente ao desejo por alimentos que anteriormente produziram uma experiência (hedônica). Portanto, mecanismos dopaminérgicos guiam e iniciam comportamentos alimentares (estimulação) com base em experiências anteriores gratificantes (sensação de sabor prazerosa derivada de um elemento muito saboroso). O sistema opiáceo endógeno está implicado na experiência hedônica produzida pelo ato de ingerir alimento saboroso.

> Tanto em animais como em seres humanos, o bloqueio dos mecanismos opiáceos endógenos reduz a ingestão de alimentos preferidos. (HALFORD: 2006, p. 19)

Fatores alheios a consciência, também contribuem para determinar uma atitude alimentar. “A ativação automática (sem qualquer esforço consciente) de emoções, atitudes, objetivos e similares significa que sua presença na mente e sua influência sobre os pensamentos e o comportamento não são questionados”. (LEDOUX: 1988, p. 57) Dessa forma, considerar que diversos processos mentais ocorrem fora de determinado nível de consciência se faz necessário. De fato, as pesquisas indicam que “atualmente parece indiscutível que os sentidos emocionais dos estímulos podem ser processados inconscientemente. Grande parte das atividades emocionais do cérebro acontece no inconsciente emocional”. (ibid: 1988, p. 58)

As diversas considerações acima descritas nos remetem à reflexão sobre o comportamento alimentar da pessoa obesa. De fato, em muitos casos onde há uma conduta alimentar, excessiva ou compulsiva, desponta uma associação com os comportamentos aditivos. Pode-se sugerir que a ação química de determinados alimentos e os complexos mecanismos neurais, associados a um esquema cognitivo[29], reforça e retro-alimenta a ação, contribuindo na manutenção da obesidade. Tal afirmação dimensiona de maneira apropriada, a complexa trama envolvida no comportamento alimentar do ser humano, suas conseqüências para sua saúde, suas interações sociais, com suas alegrias e com seus dissabores.

[29] Esquemas cognitivos são modos de organizar as informações obtidas através das experiências de vida e podem produzir erros sistemáticos no processamento de informações. (DUCHESNE et al.: 2004)

5. ESTADOS DE HUMOR

Observa-se que ao longo da história que determinadas doenças, caracterizam certas épocas. A obesidade, considerada atualmente, uma epidemia é um bom exemplo. As doenças mentais, não fogem a regra apesar de o sofrimento psíquico estar presente desde as épocas mais remotas até a atual.

Como testemunham os trabalhos artísticos, os textos literários, o teatro grego, os textos filosóficos, etc., tal acervo de sofrimentos, denuncia os humores, o sentir, as tristezas, os desafetos, as descrenças, o medo, o pessimismo e a derrota, que conturbaram as mentes humanas.

Segundo Teixeira & Hashimoto (2006), a melancolia, caracteriza a patologia dos humores tristes. Considerada tanto como um prejuízo quanto como um triunfo intelectual ela está associada ao comportamento de heróis míticos e filósofos geniais. Este tipo de visão perdura até os dias de hoje.

> Emblema de uma época é, sem dúvida, a extraordinária melancolia I de Dürer, na qual o caráter melancólico desposa a geometria. [...] se o homem do Renascimento investigava o universo com os instrumentos das artes plásticas, o homem barroco que se prenuncia indaga as bibliotecas e os livros e, melancólico, deixa cair os instrumentos, ou os tem, inoperantes nas mãos.
> A melancolia como destino do homem de estudo não é em si uma novidade (...) (ECO: 2004 p. 226).

As doenças mentais ao refletir a angústia do homem frente ao caos e as pressões sociais e dos tempos modernos, justificam a alta incidência de transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, anorexia, e outros.

> Estudos de prevalência em diversos países ocidentais mostram que a depressão é um transtorno freqüente. [...]
> A depressão foi estimada como a quarta causa específica nos anos 90 de incapacitação através de uma escala global para comparação de várias doenças. A previsão é a de que será a segunda causa em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento. Quando comparada às principais condições médicas crônicas, a depressão só tem equivalência em incapacitação às doenças isquêmicas cardíacas graves. (FLECK ET AL: 2003, 115)

Abrangendo diferentes sintomatologias e subdivisões, a antiga melancolia recebe os nomes de depressão maior, distimia[30], transtornos bi-polares mais ou menos severos, etc.

5.1. DEPRESSÃO

A Depressão é, atualmente, considerada uma doença afetiva ou do humor, de caráter fisiológico e psicológico, que afeta o organismo como um todo. De um modo geral, ela resulta numa inibição global da pessoa, na esfera fisiológica, psicológica e relacional.

A depressão é uma condição freqüente e crônica associada a níveis altos de incapacitação funcional. Muitas vezes ela é mal diagnosticada passando despercebido ao profissional clínico não-psiquiatra e ao próprio sujeito. Preconceitos relacionados à depressão e à descrença ao seu tratamento são comuns. Falta de treinamento, de tempo, levam os médicos a não acreditarem na efetividade do seu tratamento, reconhecendo apenas os sintomas físicos da depressão e identificando os sintomas como estados reacionais a determinados eventos, portanto transitórios. (FLECK ET AL: 2003)

Entre os sintomas, mais freqüentes encontram-se o humor deprimido, a perda de interesse e a fatigabilidade. Como sintomas secundários, a redução da atenção e da concentração; a redução da auto-estima e de autoconfiança; idéias de culpa e de inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; idéias ou atos autolesivos ou de suicídio; alterações do sono e apetite diminuído. (ibid: 2003)

Portanto, todo um conjunto de fatores que afeta o pensar, o sentir e o agir do indivíduo, alterando perspectivas presentes e futuras, que independem da vontade ou da escolha, afetam o indivíduo.

> O limite entre depressão clínica e flutuações normais no humor não é claro - mesmo a presença ou ausência de sintomas pode ser controversa. Indivíduos na comunidade podem apresentar síndromes depressivas que não preencham os critérios diagnósticos acima citados, mas nem por isso os problemas deixam de ser incapacitantes. Doenças mentais comuns, ou transtornos

[30] A distimia é um transtorno depressivo crônico com menor intensidade de sintomas presente por pelo menos dois anos com períodos ocasionais e curtos de bem-estar. (FLECK et al: 2003)

> psiquiátricos menores, são condições 'maiores' quando se considera que causam enorme sofrimento, se associados com incapacitação e alto custo individual, social e econômico. (LIMA: 1999)

O estado de depressão afeta homens de diferentes países e culturas, sendo mais comum entre as mulheres. Sabe-se que pessoas com baixa escolaridade estão mais expostas a sofrerem de depressão (id: 1999). Interessante destacar, que algumas características peculiares na contextualização da ocorrência da depressão comungam em alguns aspectos com a da obesidade. Ambas têm maior incidência em indivíduos do gênero feminino com nível de instrução e sócio-econômico baixo. Entretanto, segundo o comentário de Lima (1999) a influência cultural predomina sob a questão de gênero:

> Com relação ao *sexo*, todas as pesquisas citadas acima indicam que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que homens. No entanto, o sexo feminino parece não ser um fator de risco 'per se', mas sim o ambiente e suporte social na maioria das culturas. O fato de os homens relatarem menos sintomas depressivos do que as mulheres também colabora para esse achado. (ibid: 1999)

5.2. DEPRESSÃO E OBESIDADE

Não é difícil compreender os fatores que levam a associação da depressão com a obesidade. As considerações de Lambert (2006: p. 380) afirmam que “os alimentos afetam o humor e servem como precursores alimentares para as substâncias neuroquímicas” e que “a obesidade pode estar relacionada com problemas psicológicos”. Não obstante, considerando-se que os fatores sócio-ambientais são fatores de risco e que o suporte social e familiar desempenha um papel altamente protetor, é possível vislumbrar a vulnerabilidade que atinge a pessoa obesa. A discriminação propiciando o isolamento social associado à reação negativa de enfrentamento e aceitação do sujeito à sua condição revela-se um campo fértil para a instalação dos estados depressivos.

Nesse sentido, STERNBERG (2000) sublinha que:

> Bartlett descobriu que seus sujeitos distorciam sua evocação, a fim de tornar a história mais compreensível para si próprios. Em outras palavras, seu conhecimento e suas expectativas prévias tinham um

> efeito substancial sobre sua evocação. Ele sugeriu que as pessoas trazem para uma tarefa de memória seus esquemas já existentes, que afetam a maneira na qual elas evocam o que aprendem. [...]
> Com relação ao estado de humor, alguns (p. ex. Baddeley, 1989) sugeriram que um fator mantenedor da depressão é que a pessoa deprimida pode recuperar mais facilmente as memórias das experiências tristes anteriores, que podem favorecer a continuidade da depressão. (STENBERG: 2000, p. 242, 245)

A tentativa de dissociar a depressão da obesidade - ou de se estabelecer uma relação causa-efeito é bem complexa. Nesse sentido, poderíamos indagar: O que vem primeiro, a obesidade ou a depressão?

Considerando que os estados depressivos assim como a obesidade, estão intimamente relacionados aos fatores ambientais, de ordem afetiva, social e cognitiva ─ sem desprezar a importância das influências bioquímicas e genéticas ─ compreende-se o porquê da subjetividade e da complexidade dessa questão. Além disso, outro fator se impõe: a ansiedade. Lima (1999) comenta que, é difícil as pessoas lembrarem o que surgiu primeiro se, por exemplo, foi a depressão ou a ansiedade. Na prática clínica, elas freqüentemente coexistem.

Por outro lado, é comum ouvir-se dizer que pessoas gordas são mais simpáticas, bonachonas e bem-humoradas. Mito ou realidade, o que nos parece relevante é refletir sobre o que se oculta por trás das máscaras de tal personagem.

Tal qual no palhaço, que valendo-se da máscara da alegria e de simpatia, oculta a sua tristeza atrás dos picadeiros, garimpando na platéia o riso, os aplausos e o reconhecimento, não estaria o sujeito, discriminado por sua aparência, recorrendo ao humor e à simpatia, para ser bem acolhido? Verdade seja dita, a diversidade e a individualidade dos sujeitos acometidos pela obesidade dificultam uma afirmação categórica que a justifique. Afinal, isso seria o mesmo que afirmar que todo sujeito obeso é deprimido, o que de fato não ocorre necessariamente.

No entanto, se um estado de disforia[31] ou distimia pode se ocultar diante dos olhares alheios, se camuflando atrás de máscaras[32] de alegria, num conveniente

---

[31] Disforia é uma mudança repentina e transitória do estado de ânimo, tais como sentimentos de tristeza, pena, angústia. É um mal estar psíquico acompanhado por sentimentos depressivos, tristeza, melancolia e pessimismo. Na depressão emocional há o chamado afeto disfórico, com estado de ânimo disfórico persistente, contínuo e intenso. Não obstante, a Disforia (não o afeto disfórico) pode existir transitoriamente em pessoas sem a doença depressiva. http://virtualpsy.locaweb.com.br/dicionario.php?busca=disforia

[32] Aparência enganadora, disfarces. Representam os personagens que desejam expor para o outro.

disfarce para aquele que não quer se expressar há o risco de evoluir para um quadro depressivo de maior significância. Neste sentido, Lima (1999) nos adverte, que mesmo os sintomas menos severos de depressão são relevantes, na medida em que sua presença é associada ao desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos mais severos.

> Os achados de estudos populacionais sugerem que maior atenção deve ser dada a transtornos de severidade e duração menor, já que essas condições também se associam à incapacidade e prejuízo social, além de constituírem-se em condições de risco para o desenvolvimento de transtornos depressivos mais severos. Além do mais, sua freqüência na população é maior. (ibid: 1999)

Segundo as considerações de Stunkard ET AL (2003), a relação entre depressão e obesidade envolve premissas, tais como, interações genéticas e ambientais, gênero, nível sócio-econômico, circunstâncias vivenciais da infância, atividade física e ingestão alimentar, fatores estressores, entre outros. Para ele, experiências adversas na infância promovem o desenvolvimento de depressão e obesidade, e, presumivelmente, a ocorrência delas. Alguns estudos comentados por ele, como os de Lissau e Sorensen[33], em 1994, indicaram uma relação entre negligência nos cuidados com a criança e obesidade na vida adulta. Além deste, outros estudos sugeriram que a exposição ao abuso sexual, verbal, físico, ao medo do abuso físico, os sentimentos de perda e de humilhação tem um impacto, em longo prazo no desenvolvimento de depressão. Observou-se ainda, uma maior dificuldade de perda de peso em mulheres obesas que sofreram abuso na infância.

O descontrole na ingestão de alimentos, ou transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) geralmente acompanha as crianças ansiosas e com excesso de peso (MORAES ET AL: 2006). A obesidade infantil expõe o sujeito aos abusos verbais, as implicâncias, as discriminações, com significativa incidência de depressão. A ressonância da palavra do outro, conduz a desordens alimentares, ao TCAP, a insatisfação corporal e a depressão, podendo se perpetuar na adolescência e na vida adulta.

A ocorrência de depressão na faixa etária entre os seis anos de idade e os dezenove, antecipa um maior índice de massa corporal na vida adulta, ao contrário

[33] Apud Stunkard ET AL (2003)

de pessoas que não tiveram depressão. Há evidências de que a associação entre depressão e obesidade pode ser maior entre os indivíduos mais obesos. Isto é, os níveis de depressão se relacionam com o grau de obesidade. Sobre as variáveis de gênero, Stunkard ET AL (2003) comenta que há uma relação positiva entre depressão e obesidade para as mulheres. Sob o ponto de vista sócio-econômico há indicações de uma prevalência entre as mulheres de nível mais alto. Sobre a ingestão calórica e a atividade física, o autor (id: 2003) aponta que ambas tem uma importante influência na associação da depressão com a obesidade. A inatividade física é uma característica comum nas pessoas depressivas e pressupõem o ganho de peso, sendo a atividade física, um dos recursos auxiliares de tratamento para depressão.

Outro fator que contribui na compreensão da relação obesidade x depressão, é a síndrome do comer noturno. Stunkard ET AL (2003) destaca que os comedores noturnos apresentam uma característica peculiar da depressão relacionada à sua qualidade do ritmo circadiano.

> O conceito de síndrome do comer noturno (SCN) foi originalmente elaborado por Stunkard como um transtorno com três componentes principais: anorexia matutina, hiperfagia vespertina ou noturna (quando plenamente consciente) e insônia. Stunkard descreveu a SCN como uma resposta especial a um stress circadiano que ocorria primariamente em indivíduos obesos. Também constatou que a SCN tendia a ser desencadeada pelo stresse e que seus sintomas diminuíam quando o problema era aliviado. (DOBROW ET AL: 2002, p. 65).

Em geral, o humor depressivo dessas pessoas é mínimo pela manhã e vai se intensificando com o passar do dia, tornando-se intenso durante a noite, acompanhado por uma hiperfagia. No entanto, nestes as características depressivas são mais importantes do que as relacionadas à obesidade.

Outro fator destacado por Stunkard ET AL (2003) como agente relacionado à depressão e a obesidade é a tensão. Segundo ele, os níveis elevados de tensão vivenciados por alguns indivíduos deprimidos podem conduzir a obesidade. Sua influência neste sentido é mostrada por mecanismos psicológicos e fisiológicos. O inverso também pode ocorrer, de forma que as tensões vivenciadas em situações de perdas conduziriam a depressão. O autor refere-se à ação da tensão no eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal, o qual se super ativa em decorrência do aumento do

cortisol. Esta super ativação, comum em pessoas obesas é considerada uma possível causa da obesidade com grande acúmulo de gordura na parede abdominal. A importância deste tipo de obesidade se deve ao fato dela estar associada ao prejuízo de inúmeras funções corporais. (conf. STUNKARD ET AL: 2003) Dixon ET AL (2003) baseados em estudos sobre a incidência de estados depressivos em pacientes que se submeteram a gastroplastia não apóiam esta hipótese.

Não obstante, segundo Stunkard, é notável o tratamento de depressão em obesos e vice-versa. Para ele, o tratamento da obesidade freqüentemente conduz a redução da depressão, pois a perda de peso melhora o humor. Quanto maior a perda de peso, maior a melhora do humor. Entretanto o contrário não é verdadeiro, pois quando a depressão é o foco do tratamento e são utilizados antidepressivos, estes, podem levar a um sobrepeso. Stunkard ET AL (2003) sugere então associar-se a terapia cognitiva comportamental à intensificação das pesquisas relacionadas à "depressão atípica", pois está intimamente associada à hiperfagia.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (2002), o termo "Depressão Atípica" tem significado histórico e não conota um quadro clínico incomum, como o nome pode sugerir. Dentre suas principais características encontra-se a reatividade do humor[34] e o aumento de apetite ou ganho de peso, a hipersonia, a paralisia "de chumbo" [35] e um padrão persistente de extrema sensibilidade à percepção de rejeição interpessoal. O humor destes sujeitos pode permanecer "eutimico" [36] por longos períodos e mediante condições externas favoráveis. A hipersonia caracteriza-se por longos períodos de sono noturno ou cochilos diurnos com aumento de cerca de duas horas de sono a mais, do que quando o sujeito não está deprimido. A denominação "paralisia de chumbo" refere-se à sistemática percepção de peso no corpo, geralmente nos braços e pernas, por algumas horas ao dia. A sensibilidade patológica à rejeição interpessoal inicia-se precocemente e manifesta-se durante a maior parte da vida adulta através da saída precoce de empregos, dificuldades na manutenção de relacionamentos, uso excessivo de substâncias farmacológicas ou de outras respostas comportamentais inadequadas ou clinicamente significantes.

---

[34] Capacidade de se alegrar frente a eventos positivos. DSM-IV (2002)
[35] Mantemos grifo do autor.
[36] Não triste. Mantemos grifo do autor.

Cumpre notar que, levando em conta as circunstâncias, a caracterização da depressão atípica apresenta-se como o pano de fundo[37] dos sintomas decorrentes da obesidade.

De uma maneira geral, Stunkard ET AL (2003) e Dixon ET AL (2003) concordam que a depressão está relacionada à obesidade. No entanto, para Dixon ET AL (2003) apesar de a depressão ser a condição psicológica mais presente no obeso, esta não seria um fator de causalidade ou agravamento da obesidade. Ele acredita que a obesidade severa causa ou agrava a depressão e que, os sintomas depressivos apresentam significativa correlação perante a insatisfação com a imagem corporal e as discriminações sociais vivenciadas. A depressão é, para este autor, uma co-morbidade[38] da obesidade, e seus sintomas estariam diretamente relacionados ao prejuízo na qualidade da vida física e mental, principalmente no caso de mulheres jovens.

Apolinário e Fandiño (2006) comentam estudos (BLACK; GOLDSTEIN; MASON, 1992), realizados em amostras com pacientes obesos grau III no período pré-operatório de Cirurgia Bariátrica (CB), que indicam a prevalência elevada de transtornos do humor, de ansiedade e outros. Segundo os autores, outros estudos mais recentes, confirmaram tais constatações. Cohen (2003) avaliou uma amostra de 90 sujeitos e constatou que 64% tinham alguma forma de psicopatologia associada. Entretanto, dentre elas, 41% apresentavam sintomatologia depressiva moderada a grave. Em estudo semelhante, Sarwer ET AL (2004) verificou uma prevalência de transtorno depressivo, transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e história de abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

> A maioria dos estudos que avaliaram a presença de co-morbidade psiquiátrica em pacientes obesos mórbidos no período pré-operatório de CB evidenciou um aumento da prevalência desses transtornos, sendo o transtorno depressivo o diagnóstico mais freqüente nessa amostra. (APOLINÁRIO; FANDIÑO: 2006, p. 368)

Diante do acima exposto, acredita-se que a depressão se apresente como uma co-morbidade extremamente relevante em pessoas obesas. No entanto, prossegue a intenção de verificar sua incidência e correlacioná-la com uma provável

---

[37] Paisagem, contexto.

[38] A Associação de Obesidade Americana define como Co-morbidade qualquer condição associada com a obesidade que normalmente piora com o aumento do grau de obesidade e que freqüentemente melhora com a redução desses níveis. (DIXON ET AL: 2003)

discrepância entre as imagens corporais de obesos. Para tanto, apresenta-se em seguida, os métodos para dar continuidade a esta verificação, através de uma pesquisa de campo.

6. MÉTODOS

O caminho percorrido para se chegar a algum objetivo compreende a utilização de um método. Método este, que irá conduzir nossos passos em uma determinada direção, oferecendo-nos recursos e instrumentos para trilharmos nosso caminho, com objetivos a serem atingidos.

Segundo Ferreira (1986), método é também, uma maneira de agir, um modo de proceder, um programa que regula previamente uma série de operações que devem ser realizados, apontando erros evitáveis, em vista de um resultado determinado.

O método é, portanto, uma exposição detalhada dos procedimentos que se pretende executar, com a determinação de buscar conhecer, investigar e construir novos saberes. Nesse sentido, a utilização de uma determinada metodologia, cumpre com o objetivo de transpor a subjetividade do autor, conferindo à suas investigações, um caráter objetivo e geral.

Em se tratando de conhecimentos humanos, como os relacionados à filosofia e a psicologia, o método, segundo Campos (2004), precisa seguir algumas regras, alguns princípios gerais que norteiam e orientam o pesquisador durante o decorrer de sua pesquisa, para que esta se configure como uma pesquisa de cunho científico.

6.1. TIPO DE PESQUISA

Quanto aos fins, trata-se de uma pesquisa descritiva, conforme explica Vergara (1997): *(...) esclarece características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza*. A presente pesquisa investigou a relação existente entre o grau de discrepância entre a imagem corporal real e a idealizada, e a incidência de traços depressivos em sujeitos obesos.

Quanto aos meios de investigação, ainda respeitando a categorização de Vergara (1997), o estudo configurou-se como uma pesquisa bibliográfica e de campo do tipo participativa, que não se esgota na figura do pesquisador, pois dela fizeram parte sujeitos obesos implicados no problema sob investigação.

6.2. UNIVERSO E AMOSTRA

A presente amostra foi composta por sujeitos acometidos de obesidade, em fase de pré-operatório da cirurgia bariátrica, no Hospital São José do Avaí, em Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro. A população total estimada foi baseada no número de sujeitos que se apresentaram como candidatos para submeterem-se à cirurgia bariátrica no primeiro semestre de 2008.

Considerando-se que esses sujeitos poderiam apresentar conflitos com a própria imagem corporal, e que a discrepância de uma imagem corporal idealizada, oposta a real, poderia contribuir para a instalação de uma constante e grande insatisfação pessoal, ocasionando a instalação de uma disforia[39], buscou-se: sujeitos obesos, adultos, do sexo feminino, com idade compreendida entre 20 e 60 anos.

6.3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Com vistas a controlar as variáveis “poder e querer”, utilizou-se sujeitos que optaram pela cirurgia Bariátrica, como recurso de tratamento para resolver os seus problemas, por motivos internos (prevenção ou cura de co-morbidades) e/ou externos (estéticos).

Na constituição da amostra não probabilística do tipo “amostras acidentais”, os sujeitos foram selecionados em função de sua presença na instituição nos dias de aplicação dos instrumentos de pesquisa. Nesta técnica de “amostragem”, os elementos da população são escolhidos na medida em que “vão aparecendo e continua-se o processo até que a amostra atinja determinado tamanho”. (RUDIO: 2001)

Os sujeitos foram convidados a participar como voluntários da pesquisa, mediante um Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), no qual se dispôs o comprometimento quanto ao anonimato das informações prestadas. Solicitou-se a assinatura do mesmo em concordância com o acima exposto. Posteriormente, eles foram convidados a se dirigir a um local apropriado, previamente acordado, no próprio ambiente hospitalar, para responder a dois instrumentos de pesquisa.

---

[39] Segundo Ferreira – perturbação mórbida ou mal-estar provocado pela ansiedade. Referente à presença de traços depressivos no sujeito, sem necessariamente caracterizar uma depressão.

6.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE SUJEITOS

Sujeitos que apresentassem questionários incompletos ou se omitissem em questões cruciais, sujeitos do sexo masculino, sujeitos portadores de comprometimento cognitivo devido à doença psiquiátrica ou deficiência intelectual, e ainda, sujeitos que estivessem em situações vivenciais particulares, como: adolescência e fase de pós-operatório. Tais exclusões justificam-se:

- Quanto ao sexo, por tratar-se de uma população predominantemente feminina, tendo em vista, que no sexo masculino, as pressões sociais, são menores quanto à estética corporal.

- Quanto a doenças mentais ou deficiência intelectual, por implicar, constante ou circunstancialmente, em comprometimento psicológico e/ou intelectual, que pudessem interferir na possibilidade do sujeito em responder, com a confiabilidade necessária, a aplicação dos instrumentos.

- Quanto à faixa etária menor que 20 anos, por tratar-se de uma fase de intensas transformações físicas, hormonais, cerebrais, psicossociais, e ainda, de identidade e da reconstrução da imagem corporal.

- Quanto ao período de pós-operatório, por tratar-se de um período em que o sujeito encontra-se mobilizado pela vivência da cirurgia, de suas conseqüências fisiológicas e psicológicas, como a dor ou o próprio processo de emagrecimento.

Por conseguinte, a amostra incluiu sujeitos obesos, adultos, do sexo feminino, com idade compreendida entre 20 e 60 anos, que se estavam em fase de avaliação pré-operatória, em condições de equilíbrio psicológico suficiente para responder aos instrumentos de pesquisa com a confiabilidade necessária.

6.5. COLETA DE DADOS

O método utilizado para a coleta de dados foi do tipo dirigido pelo pesquisador, com informações fornecidas por escrito pelos pesquisados através de um questionário básico e por mais dois instrumentos estandardizados (Inventário e Escala estruturados). Para configurar o IMC dos voluntários entrevistados, os dados do peso e altura foram coletados de duas formas: por informação pessoal das voluntárias e por informação coletada no prontuário médico da mesma, cujo acesso foi permitido.

O projeto que deu origem à coleta de dados foi submetido e aprovado pela banca de defesa na UENF/RJ e pela respectiva Instituição que se constituiu em campo de pesquisa.

Os dados foram coletados através de dois instrumentos estandardizados: 1) O Inventário de depressão de Beck (BDI) e 2) A Escala de Figuras de Stunkard (FRS).

1) O Inventário de Depressão de Beck (BDI), em sua versão em português, é validado em pesquisas nacionais e internacionais (Gorenstein e Andrade:1996), e teve suas propriedades psicométricas estudadas em diferentes amostras, comparando os resultados com o obtido nas versões de diferentes línguas e culturas. O processo de validação envolveu três amostras: estudantes universitários, pacientes com pânico e pacientes com depressão.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) consiste em uma escala com 21 itens, que abordam sintomas e atitudes com intensidades diferentes. A escolha do ponto de corte adequado para a avaliação varia para amostras de pacientes com transtorno afetivo ou amostras não diagnosticadas.

> De acordo com Beck et al (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras de pacientes com transtorno afetivo o "Center for Cognitive Therapy" (Beck et al., 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave. Já para amostras não diagnosticadas as diretrizes são diferentes. Steer (comunicação pessoal) e Kendall et al. (1987) recomendam escores acima de 15 para detectar disforia e concluem que o termo "depressão" deve ser apenas utilizado para os indivíduos com escores acima de 20, preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante. (GORESTEIN, C.; ANDRADE, L.: 1998)

Outros estudos significativos deste instrumento apontaram que os resultados não mostraram diferenças em relação à idade e ao nível educacional. Ele tem a capacidade de diferenciar pacientes deprimidos de ansiosos e de sujeitos normais. Foram encontradas diferenças de gênero na sintomatologia depressiva em uma grande amostra não-clínica. Descobriu-se que mulheres combinam afeto e autodepreciação na mesma dimensão, enquanto homens combinam conjuntamente a dimensão somática e a autodepreciação. A análise discriminante mostrou que o

BDI discrimina bem a sintomatologia depressiva e mede aspectos específicos de depressão.

> A alta consistência interna da versão em português corrobora a validade de construto do questionário. A adequação da versão em português para uso clínico foi evidenciada no estudo de validade discriminante, em que diferenças significativas de escore foram obtidas em diferentes amostras de pacientes ansiosos e deprimidos clinicamente diagnosticados. (op. cit.: 1998)

Este instrumento é validado e possibilita uma indicação da existência de traços depressivos nos sujeitos, considerando-se as dimensões cognição-afeto, autodepreciação e somática, sem uma avaliação clínica concomitante. Desta forma, viabiliza-se sua aplicação no próprio ambiente do universo destes sujeitos.

2) A Escala de Desenhos de Figuras – Figure Rating Scale (FRS), de autoria de Stunkard; Sorenssen; Schlusinger (1983), com adaptação para o português de Scagliusi e colaboradores (2005), citado por FREITAS (2006), pretende avaliar a insatisfação corporal e a superestimativa do tamanho corporal. Freitas refere que o instrumento tem se mostrado válido como uma medida de imagem corporal e apresenta satisfatória confiabilidade teste-reteste (Thompson, 1995). (op. cit., 2006). Em sua versão portuguesa ela obteve bons indicadores de validade concorrente e discriminativa.

O instrumento consiste na apresentação de nove figuras femininas em trajes de banho e numeradas de um a nove. Cada figura representa uma imagem que corresponde a um corpo humano feminino de diferentes dimensões. Cada figura é mais gorda que a precedente, variando da mais magra, designada como número 1 até a mais gorda, designada por número 9.

Como procedimento de aplicação solicita-se ao entrevistado que ele selecione a figura que mais se aproxima de seu corpo atual e também, a figura que mais se aproxime de seu corpo ideal, isto é, aquele que ele considera mais desejável.

Segundo Freitas (2006), a discrepância existente entre a figura atual e a ideal serve como uma medida de insatisfação corporal, na qual, quanto maior a discrepância, maior seria a insatisfação corporal. Nesta medida, não há um ponto de corte que indique uma categorização da insatisfação corporal.

Quanto à superestimativa do tamanho do corpo, a avaliação tem como parâmetros, as figuras 3 e 6 que correspondem aos IMC de 20 kg/m² e 30 kg/m² respectivamente.

Com a utilização deste instrumento, verificou-se:

- A discrepância entre o peso real do sujeito (IMC) e a figura escolhida pelo sujeito para indicar a que melhor o representava, em sua condição, naquele momento, segundo sua percepção, sua escolha.

- A discrepância entre a figura correspondente ao IMC do sujeito e a figura que representava a imagem desejada, representada, portanto, pela escolha de uma determinada figura, com tal intenção.

- A discrepância entre a figura que representava a imagem idealizada como real e a imagem idealizada como desejável.

A pesquisa foi realizada entre os meses de dezembro de 2007 e junho de 2008, de forma a conseguir o maior número possível de sujeitos de acordo com o plano de amostragem, evitando a mortalidade experimental. Os instrumentos foram administrados aos sujeitos, no próprio ambiente hospitalar, o que demandou um contato pessoal do pesquisador com o diretor da instituição e com os profissionais da equipe, com a finalidade de apresentar o projeto e de explicitar o objetivo da investigação. Foi solicitada a indicação de um espaço adequado, devidamente autorizado, para a aplicação dos instrumentos. Ao final deste contato informal foi entregue ao profissional responsável pela equipe, uma carta escrita com o pedido de colaboração formalizado. Neste documento foram resumidas as informações sobre a investigação, fornecidas anteriormente de forma oral.

A pesquisadora, psicóloga, esteve presente em todas as sessões de administração dos instrumentos e explicou aos sujeitos que se tratava de uma pesquisa de mestrado, através da qual se pretendia conhecer as relações destes sujeitos com sua imagem corporal, limitando referências mais detalhadas sobre a investigação para não contaminar as respostas. Enfatizou-se que a participação era voluntária, podendo o sujeito recusar-se a participar. Assegurou-se a confidencialidade e anonimato no tratamento, apresentação e divulgação dos resultados, garantindo que nenhum sujeito seria identificado. Um resumo dessas informações foi disponibilizado no convite e consentimento livre e esclarecido, lido e assinado pelas voluntárias. Os demais instrumentos foram identificados com um

número, possibilitando, desta forma, o emparelhamento de forma adequada e segura.

Considerando o fato de muitos pacientes residirem em outros municípios, e com a finalidade de se evitar uma possível perda de participação na amostra, aplicou-se os instrumentos aos sujeitos no mesmo dia do convite e do aceite.

Desde as primeiras entrevistas realizadas com as voluntárias, percebeu-se a necessidade de frisar e deixar claro que a psicóloga/pesquisadora não era a psicóloga da equipe multidisciplinar da instituição e que não era responsável pela avaliação de pré-operatório da cirurgia bariátrica à que as voluntárias pretendiam submeter-se. Esta necessidade apresentou-se mediante o alto grau de emotividade que as voluntárias mostravam ao começarem a responder ao questionário básico, apresentado antes dos instrumentos BDI e FRS, e também, para evitar uma possível interferência nas respostas.

6.6. TRATAMENTO DE DADOS

Dadas as características do problema investigado, os dados foram tratados tanto quantitativa, quanto qualitativamente. Utilizou-se o método estatístico descritivo para comparar dados sobre a variável independente - o grau de discrepância entre a imagem corporal real e a idealizada (variável independente), correlacionando-a com a incidência de traços depressivos em sujeitos obesos (variável dependente).

Os aspectos quantitativos foram levantados utilizando-se instrumentos estatísticos tais como: tabela própria para totalização de dados com as características da população alvo, scores de correção do Inventário de Depressão de Beck, e scores de avaliação da Escala de Desenhos de Figuras. No tratamento estatístico utilizou-se medidas de tendência central (média aritmética) por serem mais conhecidas e de entendimento simples. Para medir o grau de dispersão das médias e a variabilidade intergrupos foram utilizados o teste e o desvio padrão da média. Utilizou-se ainda, um intervalo de confiança de 95%, para probabilidade de erro de 5%, ($p<0,05$).

6.7. CRONOLOGIA DE PESQUISA DE CAMPO

Supondo que ao responder ao inventário de depressão, o sujeito poderia se envolver em determinada atmosfera[40] cognitiva diante dos questionamentos realizados e das respostas oferecidas, e que, tal condição poderia intervir na escolha das imagens corporais, intencionalmente, optamos por aplicar os instrumentos na seguinte ordem:

1º. Convite e assinatura do termo de aceite

2º. Aplicação de um questionário básico

3º Aplicação do teste de imagem corporal

4º Aplicação do Inventário de Beck

6.8. LIMITAÇÕES DO MÉTODO

O método escolhido para a pesquisa apresentou algumas dificuldades em relação à coleta e ao tratamento dos dados, a saber:

- A amostra limitou-se aos sujeitos presentes na instituição no dia da aplicação dos instrumentos de pesquisa.

- Em função da natureza do problema pesquisado e considerando-se que a participação foi voluntária, estima-se um mínimo de reatividade dos participantes, mesmo sendo garantida a confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados e na divulgação dos resultados.

- A coleta de dados ocorreu em períodos de espera de consultas ou procedimentos de avaliação de pré-operatório, dependendo, portanto, das possibilidades de horários disponíveis nos intervalos de consultas dos sujeitos, e da disponibilidade de utilização do local determinado pela administração da instituição, para a aplicação dos instrumentos de testagem.

- O instrumento utilizado para avaliar a imagem corporal (FRS) é citado e utilizado em pesquisas que objetivam avaliar transtornos alimentares. Entretanto percebe-se, uma prevalência de aplicação com intuito de verificar a presença de anorexia e bulimia, sem menções importantes em amostras com obesidade.

---

[40] Clima, estado subjetivo e emocional.

7. RESULTADOS

7.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra se constituiu de 32 mulheres obesas, com idade cronológica entre 20 e 60 anos, candidatas a cirurgia Bariátrica como tratamento da obesidade, no Hospital São José do Avaí em Itaperuna, RJ. A grande maioria reside em municípios do estado que se encontra em fase de grande expansão econômica. Dentre elas, 56,25% são casadas e possuem filhos; 65,62% exercem uma profissão; 37,5% possuem como nível de escolaridade, o segundo grau completo e 37,5% o nível superior.

Para um melhor entendimento oferece-se abaixo a lista das principais abreviações no compto deste trabalho.

Tabela 2: ABREVIAÇÕES

IMC	Índice de Massa Corporal
BDI	Inventário de Depressão de Beck
IMC*	Imagem corporal correspondente ao IMC que o sujeito possui, identificada nas figuras do FRS
Dep.	Depressão
Dep. Mod.	Depressão moderada à Grave
ICI	Imagem corporal idealizada, isto é, aquela que o sujeito aspira ter.
ICA	Imagem corporal atual, isto é, aquela que o sujeito pensa que tem na ocasião de aplicação do instrumento.
DIC	Discrepância na Imagem Corporal
FRS	Escala de Figuras de Stunkard

TABELA 3: DADOS GERAIS[41]

Voluntárias Obesas	Grau de Obesidade	Depressão em 2 Grupos	Depressão em 4 níveis	IMC* x ICA	ICA x ICI	IMC* X ICI
1	3	2	3	-1	3	4
2	3	1	2	0	5	5
3	4	1	2	-2	4	6
4	3	1	1	0	3	3
5	3	2	3	-1	4	5
6	3	2	3	0	3	3
7	2	2	3	0	4	4
8	3	1	1	-1	4	5
9	4	2	3	-2	4	6
10	2	2	3	1	5	4
11	3	1	1	-1	3	4
12	4	1	2	-1	3	4
13	4	2	3	0	4	4
14	4	1	2	0	3	3
15	2	2	3	0	3	3
16	2	2	4	1	5	4
17	1	1	2	1	3	2
18	3	2	3	1	5	4
19	3	1	1	-1	3	4
20	3	1	2	-1	5	6
21	3	1	2	1	3	2
22	3	1	1	0	3	3
23	3	2	4	0	4	4
24	3	1	2	0	3	3
25	3	1	1	0	3	3
26	2	1	2	0	3	3
27	3	2	3	1	6	5
28	2	2	4	1	4	3
29	1	2	4	-1	3	4
30	3	2	3	-2	2	4
31	3	1	2	-1	2	3
32	2	2	3	1	6	5

7.2. CLASSIFICAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO OS GRAUS DE OBESIDADE

Utilizou-se nesta pesquisa os graus de obesidade padronizados pela literatura especializada. Para incluir as voluntárias superobesas, isto é, aquelas que apresentaram Índices de Massa Corporal IMC de 50, estes graus foram ampliados. Em substituição a classificação de superobesidade, utilizou-se o termo obesidade grau IV, conforme indicado a seguir:

- Obesidade grau I = IMC de 30 – 34,9
- Obesidade grau II = IMC de 35 – 39,9

[41] Outra tabela com os valores brutos relativos ao IMC e ao BDI incluídos para utilização em programa estatístico, encontram-se no anexo.

- Obesidade grau III = IMC de 40 – 49,9
- Obesidade grau IV = IMC ≥ 50

TABELA 4

GRAUS DE OBESIDADE

Nº de Vol. Obesas 32	Grau I	Grau II	Grau III	Grau IV
	IMC 30 a 34.9	IMC 35 a 39,9	IMC 40 a 49,9	IMC ≥ 50
	2	7	18	5
Total %	6,25%	21,87%	56,25%	15,62%

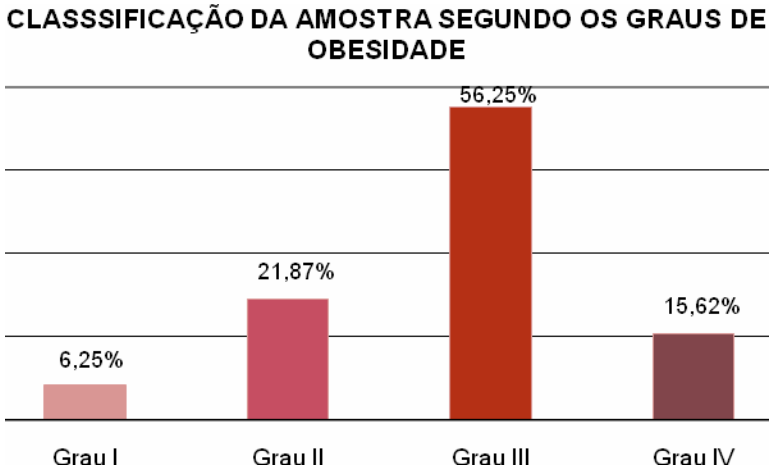


Figura 3 – Graus de Obesidade

Considerando-se que o índice igual ou acima de 35 é um dos critérios para a realização da cirurgia Bariátrica, e que a amostra desta pesquisa tem como voluntárias as candidatas a esta cirurgia, têm-se que o maior número de voluntárias apresentou IMC entre 35 e 49, conseqüentemente, obesidade grau II e III.

7.3. INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO

A incidência de depressão para uma amostra diagnosticada, no caso, pessoas obesas, foi verificada através do Inventário de depressão de Beck (BDI), o qual aponta os seguintes critérios de classificação:

- > que 10 = sem depressão ou depressão mínima;
- de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada;

- de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave;
- de 30 a 63 = depressão grave.

Considerando as alternativas para uma avaliação eficaz dos dados, optamos por dividir a amostra em dois diferentes critérios de divisão. Um primeiro critério dividiu as voluntárias em dois grupos. O grupo I incluiu as voluntárias sem depressão e as portadoras de depressão leve, e o grupo II, incluiu as voluntárias com depressão moderada a grave e as portadoras de depressão grave. Num segundo critério manteve-se a divisão das voluntárias em 4 níveis, conforme proposta por Beck (BDI).

TABELA 5 - CRITÉRIO I

AMOSTRA COMPOSTA POR 32 VOLUNTÁRIAS OBESAS DIVIDIDAS EM 2 GRUPOS DE DEPRESSÃO

	Grupo I	Grupo II
Nº Vol. Obesas	S/ Dep. e Dep. Leve	Dep. Mod. à/ou Grave
	16	16
%	50%	50%

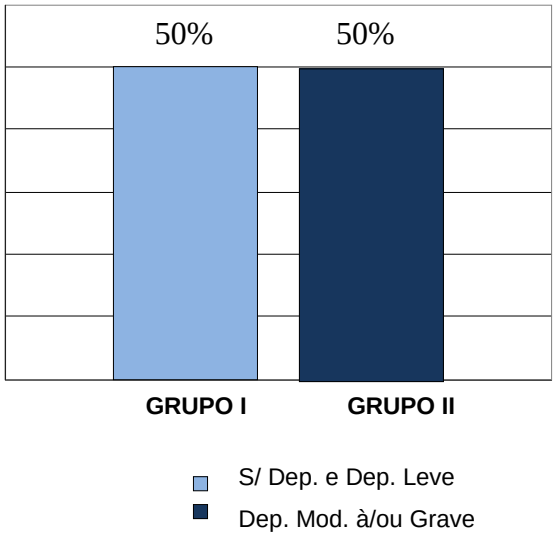


Figura 4 - INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO – CRITÉRIO I

TABELA 6 - CRITÉRIO II

AMOSTRA COMPOSTA POR 32 SUJEITOS SEGUNDO CRITÉRIO DE BECK				
Nº de Vol. Obesas	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4
	Sem Dep.	Dep. Leve	Dep. Mod. à Grave	Dep. Grave
	6	10	12	4
%	18.75%	31.25%	37.5%	12.5%

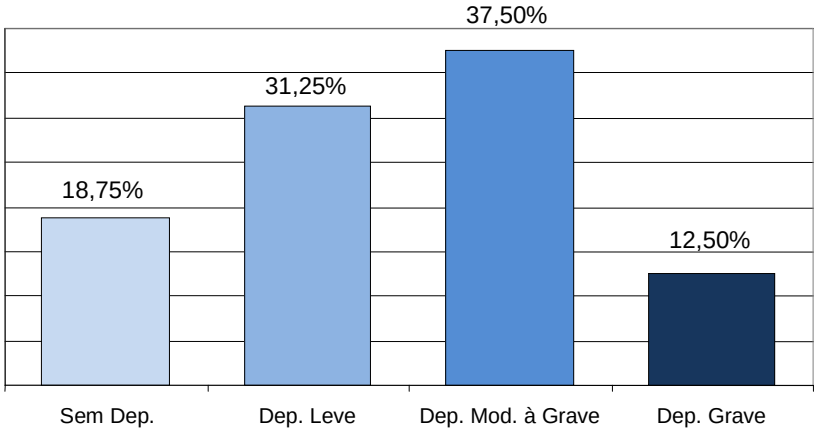


Figura 5 - INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO – CRITÉRIO II

Considerando que a presente amostra tem um caráter clínico, pois que é composta por voluntárias portadoras de obesidade, e que a depressão é uma das co-morbidades mais freqüentemente a ela associada, observou-se que apenas 18,75% das voluntárias não apresentaram traços depressivos, e que 81,25% das voluntárias apresentaram algum nível de depressão.

7.4. RELAÇÃO ENTRE GRAUS DE OBESIDADE E NÍVEIS DE DEPRESSÃO

TABELA 7 - OBESIDADE GRAU I X DEPRESSÃO

	CRITÉRIO I		CRITÉRIO II			
	Grupo I	Grupo II	4 Níveis de Beck			
	S/Dep. e Dep. Leve	Dep. Mod. à/ou Grave	S/ Dep.	Dep. Leve	Dep. Mod. à Grave	Dep. Grave
Nº. Das Voluntárias	17			17		
		29				29
Total: 2	1	1	0	1	0	1
%	50%	50%	0%	50%	0%	50%

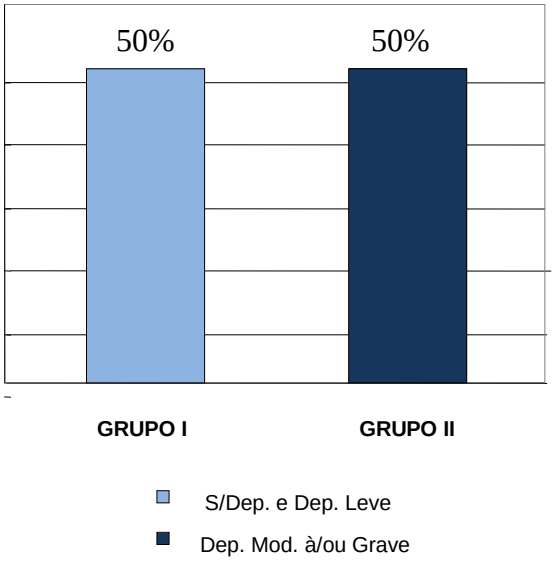


Figura 6 – OBESIDADE GRAU I X DEPRESSÃO - CRITÉRIO I

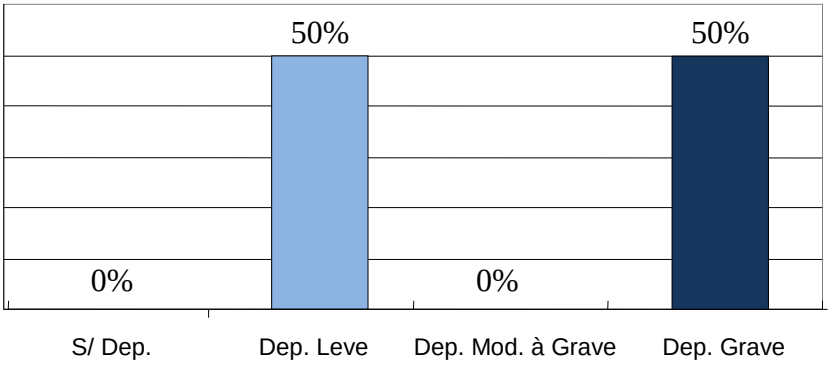


Figura 7 - OBESIDADE GRAU I X DEPRESSÃO - CRITÉRIO II

Todas as voluntárias com obesidade grau I apresentaram algum nível de depressão. Utilizando-se o critério I verificou-se uma distribuição uniforme entre os dois grupos. Utilizando o critério II verificou-se uma divisão equilibrada entre voluntárias que apresentaram depressão leve e, voluntárias que apresentaram depressão moderada à grave.

TABELA 8 - OBESIDADE GRAU II X DEPRESSÃO

	CRITÉRIO I		CRITÉRIO II			
	Grupo I	Grupo II	4 Níveis de Beck			
	S/ Dep. e Dep. Leve	Dep. Mod. à/ou Grave	S/ Dep.	Dep. Leve	Dep. Mod. à Grave	Dep. Grave
Nº. Das voluntárias		7			7	
		10			10	
		15			15	
		16				16
	26			26		
		28				28
		32			32	
Total: 7	1	6	0	1	4	2
%	14,28%	85,71%	0%	14,28%	57,14%	28,57%

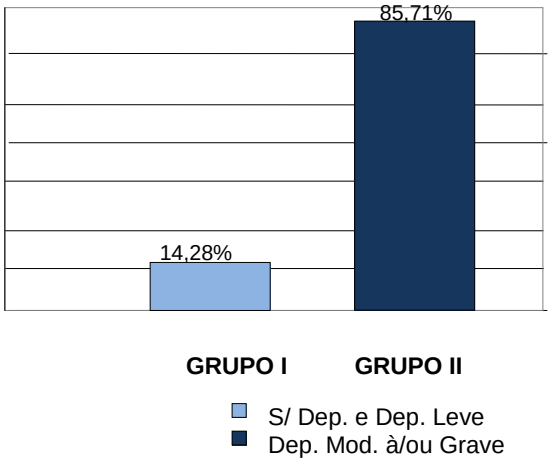


Figura 8 - OBESIDADE GRAU II X DEPRESSÃO - CRITÉRIO I

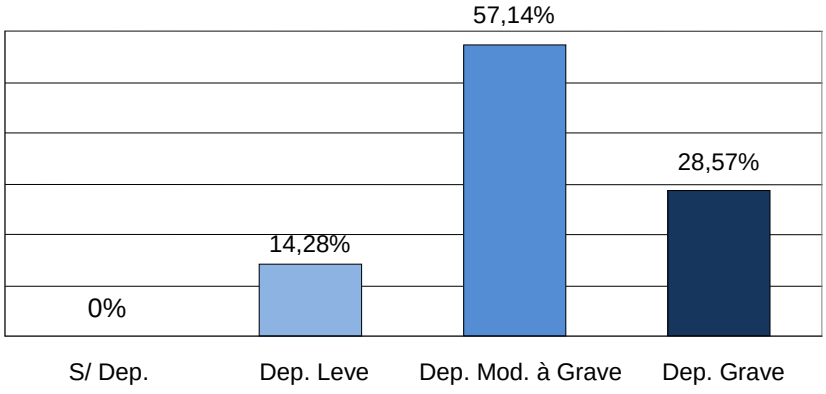


Figura 9 - OBESIDADE GRAU II X DEPRESSÃO - CRITÉRIO II

Todas as voluntárias com obesidade grau II apresentaram algum nível de depressão. Utilizando-se o critério I verificou-se a prevalência 85,71% de depressão moderada à grave e depressão grave. Utilizando-se o critério II verificou-se a prevalência de depressão moderada à grave, correspondendo a 57,14% da mesma, e também, a presença de duas voluntárias (28,57%) com depressão grave.

TABELA 9 - OBESIDADE GRAU III X DEPRESSÃO

	CRITÉRIO I		CRITÉRIO II			
	Grupo I	Grupo II	4 Níveis de Beck			
	S/ Dep. e Dep. Leve	Dep.Mod. à/ou Grave	S/ Dep.	Dep. Leve	Dep. Mod. à Grave	Dep. Grave
Nº. Das Volun-tárias		1			1	
	2			2		
	4		4			
		6			5	
		6			6	
	8		8			
	11		11			
		18			18	
	19		19			
	20			20		
	21			21		
	22		22			
		23				23
	24			24		
	25		25			
		27			27	
		30			30	
	31			31		
Total: 18	11	7	6	5	6	1
%	61,11%	38,88%	33,33%	27,77%	33,33%	5,55%

Utilizando-se o critério I verificou-se a prevalência de voluntárias (61,11%) no grupo I, que não apresentaram depressão ou apresentaram depressão leve. Utilizando-se o critério II verificou-se que 33,33% das voluntárias não apresentaram depressão e de forma idêntica, 33,33% apresentaram depressão moderada. E ainda, 27,77% das voluntárias apresentaram depressão leve e apenas uma voluntária (5,55%) apresentou depressão grave.

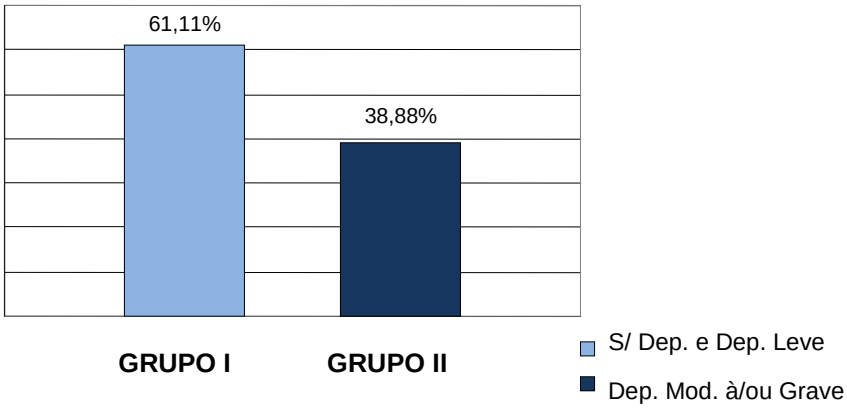


Figura 10 - OBESIDADE GRAU III X DEPRESSÃO - CRITÉRIO I

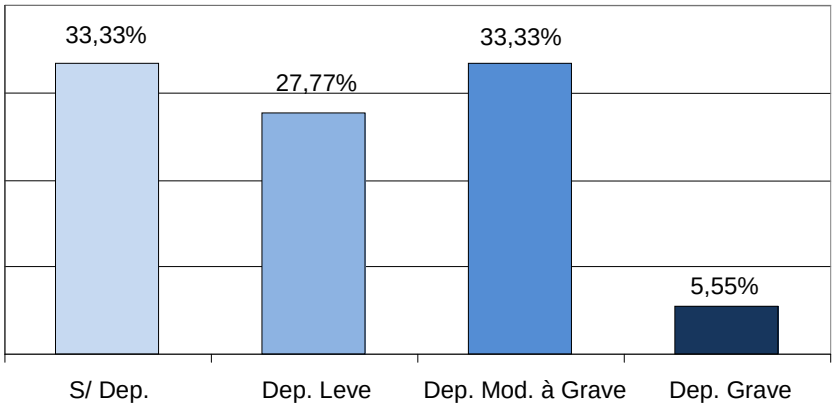


Figura 11 - OBESIDADE GRAU III X DEPRESSÃO - CRITÉRIO II

TABELA 10 - OBESIDADE GRAU IV X DEPRESSÃO

	CRITÉRIO I		CRITÉRIO II			
	Grupo I	Grupo II	4 Níveis de Beck			
	S/ Dep. e Dep. Leve	Dep. Mod. à/ou Grave	S/ Dep.	Dep. Leve	Dep. Mod. à Grave	Dep. Grave
Nº. das Volun-tárias	3			3		
		9			9	
	12			12		
		13			13	
	14			14		
Total: 5	3	2	0	3	2	0
%	60%	40%	0	60%	40%	0

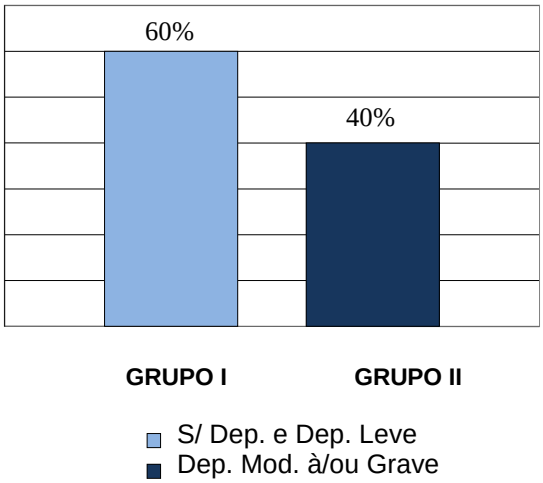


Figura 12 - OBESIDADE GRAU IV X DEPRESSÃO - CRITÉRIO I

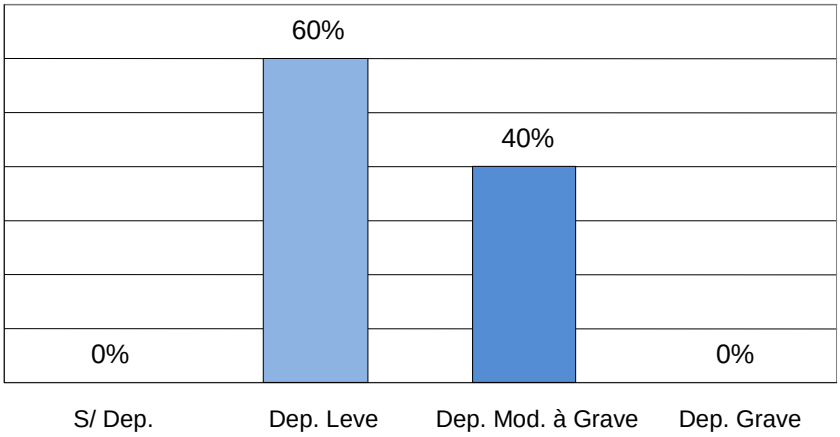


Figura 13 - OBESIDADE GRAU IV X DEPRESSÃO - CRITÉRIO II

Todas as voluntárias com obesidade grau IV apresentaram algum nível de depressão. Utilizando-se o critério I verificou-se a prevalência de voluntárias (60%) que não apresentam depressão ou apresentam depressão leve. Utilizando-se o critério II verificou-se a prevalência de 60% de voluntárias que apresentaram depressão leve, sendo que, nenhum apresentou depressão grave.

7.5. AVALIAÇÃO DE DISCREPÂNCIA NA IMAGEM CORPORAL (DIC)

Utilizou-se a Escala de Desenhos de Figuras de Stunkard (FRS) para avaliar a discrepância da imagem corporal. Esta escala consiste na apresentação de nove desenhos de figuras de corpos femininos que representam diferentes IMC.

Solicitou-se as voluntárias escolherem entre as figuras exibidas a que melhor representava o seu corpo naquele momento. A essa figura denominou-se Imagem Corporal Atual (ICA). Posteriormente, solicitou-se as voluntárias escolherem a que melhor representava a imagem corporal que ela gostaria de ter, ou seja, Imagem Corporal Idealizada (ICI).

A avaliação:

Considerou-se como índice de discrepância a quantidade de graus existente entre as imagens (ICA X ICI). Quanto mais próximo de zero, menor a discrepância entre elas.

A partir da pontuação oferecida pelo FRS, no qual a figura 3 refere-se ao IMC = 20 e a figura 6 IMC = 30, definiu-se os demais critérios de identificação das figuras e de seus respectivos IMC. A imagem referente ao IMC da voluntária se nomeou Imagem Corporal Real (IMC*).

Em decorrência tem-se que:

Figura 6 = IMC 30 – 34,9 = Obesidade grau I

Figura 7 = IMC 35 – 39,9 = Obesidade grau II

Figura 8 = IMC 40 – 49,9 = Obesidade grau III

Figura 9 = IMC ≥ 50 = Obesidade grau IV ou superobesidade.

Para avaliar o grau de discrepância entre as diferentes imagens corporais (IMC*, ICA, ICI) utilizou-se o seguinte critério:

Para avaliar a discrepância existente entre a IMC da voluntária (Imagem Corporal Real = IMC*) e a Imagem Corporal Atual (ICA), ou seja, a aparência que ela acreditava possuir no momento da testagem mediu-se, a distância existente entre a figura que representava a IMC* e a figura que ela indicou como representativa de sua ICA, obtendo-se assim, em graus a super ou subestimativa de seu tamanho corporal.

Para avaliar a discrepância existente entre a IMC* e sua imagem Corporal Idealizada, ou seja, a sua ICI utilizou-se o mesmo critério de medida: a distância existente entre a figura que representava a IMC* e a figura que a voluntária indicou como representativa de sua ICI, obtendo-se assim, em graus a super ou subestimativa de sua representação mental corporal.

Para avaliar a discrepância existente entre a ICA da voluntária (Imagem Corporal Atual) e a Imagem Corporal Idealizada (ICI), ou seja, a discrepância entre a aparência que ela acreditava possuir no momento da testagem (ICA) e a aparência

que ela deseja ter (ICI) mediu-se a distância existente entre a figura que a voluntária indicou como representativa de sua ICA e a figura que a voluntária indicou como representativa de sua ICI.

7.5.1 Imagem corporal atual (ICA) - Imagem corporal real (IMC*)

TABELA 11 - DISCREPÂNCIA ENTRE ICA - IMC*

Graus	0°	1°	-1°	-2°
Nº. Das Volun-tárias	2	10	1	3
	4	16	5	9
	6	17	8	30
	7	18	11	
	13	21	12	
	14	27	19	
	15	28	20	
	22	32	29	
	23		31	
	24			
	25			
	26			
Tt = 32	12	8	9	3
%	37,50%	25%	28%	9,37%

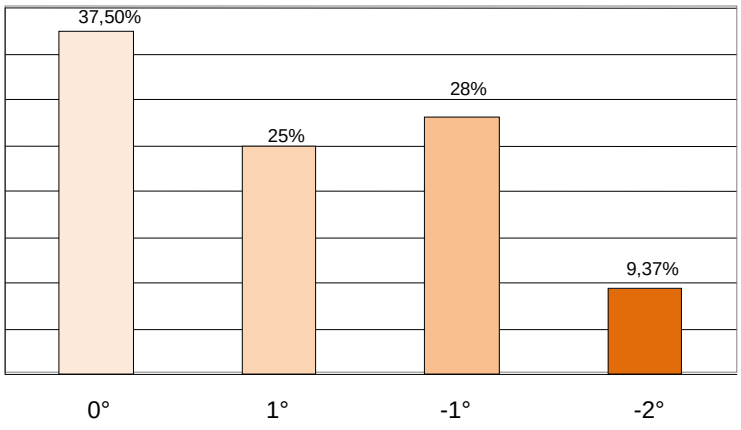


Figura 14 - DISCREPÂNCIA ENTRE ICA - IMC*

No total da amostra, doze voluntárias (37,5%), não apresentaram discrepância entre a Imagem Corporal Real (IMC*) e a Imagem Corporal Atual (ICA). Portanto, apresentaram uma imagem corporal coerente com o seu IMC.

No total da amostra, dezessete voluntárias (53%), apresentaram 1 grau de discrepância entre a Imagem corporal real (IMC*) e a Imagem corporal atual (ICA). Dentre elas, oito voluntárias (25%), apresentaram 1 grau a mais, ou seja, superestimam o seu tamanho corporal. Entretanto, nove voluntárias (28%), apresentaram uma discrepância de um grau para menos, ou seja, elas acreditam ter um tamanho corporal 1 grau menor que o da IMC*.

No total da amostra, três voluntárias (9,37%), apresentaram 2 graus para menos de discrepância entre a Imagem corporal real (IMC*) e a Imagem corporal atual (ICA). Ou seja, acreditam ter um tamanho corporal menor que o da IMC*.

No geral da amostra concluiu-se que:

A maioria das voluntárias (20 = 62,5%) apresentou discrepância entre a Imagem corporal real (IMC*) e a Imagem corporal atual (ICA); e doze voluntárias, isto é, 37,5%, não apresentaram discrepância entre a IMC* e a Imagem corporal atual (ICA).

7.5.2 Imagem corporal atual (ICA) - imagem corporal idealizada (ICI)

TABELA 12 - DISCREPÂNCIA ICA - ICI

Graus	1º	2°	3°	4°	5°	6°	7º	8º
Nº. Das Voluntárias		30	1	3	2	27		
		31	4	5	10	32		
			6	7	16			
			11	8	18			
			12	9	20			
			14	13				
			15	23				
			17	28				
			19					
			21					
			22					
			24					
			25					
			26					
			29					
Tt = 32	0	2	15	8	5	2	0	0
%	0%	6,25%	46,87%	25%	15,62%	6,25%	0%	0%

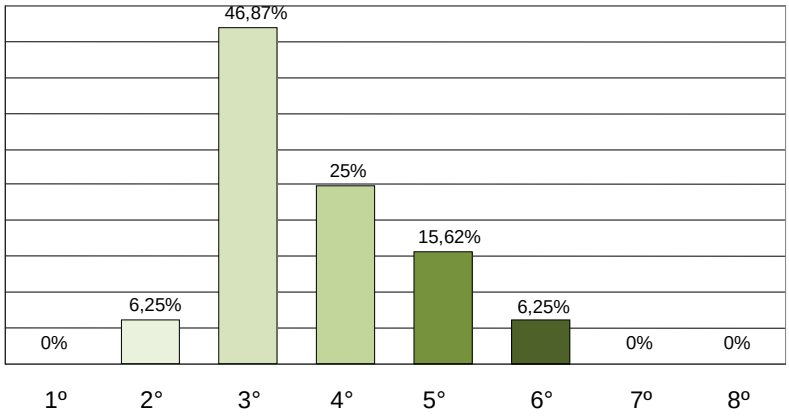


Figura 15 - DISCREPÂNCIA ICA - ICI

No total da amostra todas as voluntárias apresentaram discrepância entre a Imagem corporal atual (ICA) e a Imagem corporal idealizada (ICI). Ou seja, todas as voluntárias estão insatisfeitas com sua imagem corporal. Nenhuma delas apresentou graus 1, 7 ou 8 de discrepância entre a Imagem corporal atual (ICA) e a Imagem corporal idealizada (ICI).

No total da amostra duas voluntárias (6,25%) apresentaram 2 graus de discrepância entre a Imagem corporal atual (ICA) e a Imagem corporal idealizada (ICI); Quinze voluntárias (46,87%) apresentaram 3 graus de discrepância; oito voluntárias (25%) apresentaram 4 graus de discrepância; cinco voluntárias (15,62%) apresentaram 5 graus de discrepância, e ainda, duas voluntárias (6,25%) apresentaram 6 graus de discrepância entre a Imagem corporal atual (ICA) e a Imagem corporal idealizada (ICI).

7.5.3. Imagem corporal real (IMC*) - imagem corporal idealizada (ICI)

No total da amostra todas as voluntárias apresentaram discrepância entre a Imagem corporal real (IMC*) e a Imagem corporal idealizada (ICI). Nenhum delas apresentou graus 1 ou 8 graus de discrepância. Duas voluntárias, isto é, 6,25% delas, apresentaram 2 graus de discrepância; dez voluntárias (31,25%) apresentaram 3 graus de discrepância; onze voluntárias (34,37%) apresentaram 4 graus de discrepância; cinco (15,62%) apresentaram 5 graus de discrepância; três (9,37%) apresentaram 6 graus de discrepância e ainda, uma (3,12%) apresentou 7

graus de discrepância entre a Imagem corporal real (IMC*) e a Imagem corporal idealizada (ICI).

TABELA 13 - DISCREPÂNCIA ENTRE IMC* - ICI

Graus	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Nº. das volun-tárias				1		3		
		17	4	10		9		
		21	6	11	2	20	4	
			14	12	5			
			15	13	8			
			22	16	27			
			24	18	32			
			25	19				
			26	23				
			28	29				
			31	30				
Tt = 32	0	2	10	11	5	3	1	0
%	0%	6,25%	31,25%	34,37%	15,62%	9,37%	3,12%	0%

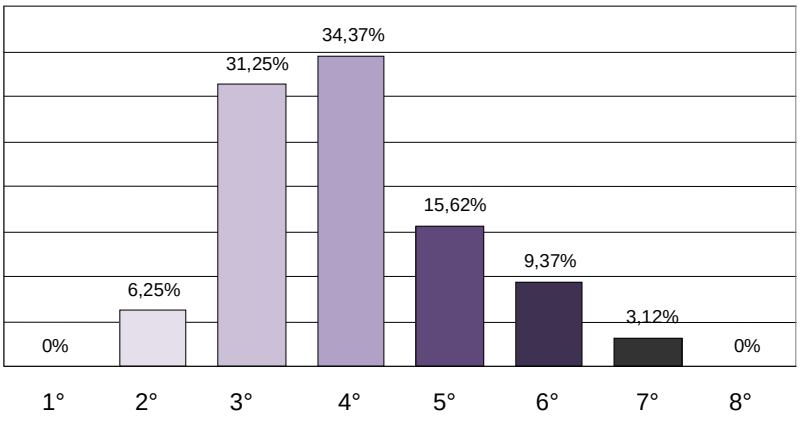


Figura 16 - DISCREPÂNCIA ENTRE IMC* - ICI

A maioria da amostra concentra 22 voluntárias (68,75%) que apresentaram 3 ou 4 graus de discrepância entre a Imagem corporal real (IMC*) e a Imagem corporal idealizada (ICI).

7.6. RELAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS DE DEPRESSÃO E NÍVEIS DE DISCREPÂNCIA OBSERVADOS ENTRE AS DIFERENTES IMAGENS CORPORAIS (DIC)

- **SEM DEPRESSÃO X DIC**

TABELA 14 - SEM DEPRESSÃO X DIC

Nº. das Voluntárias	ICA - IMC*		ICA - ICI		IMC* - ICI		
4	0		3		3		
8	-1		4		5		
11	-1		3		4		
19	-1		3		4		
22	0		3		3		
25	0		3		3		
Tt = 6	0°	-1°	3°	4°	3°	4°	5°
Freq.	3	3	5	1	3	2	1
%	50%	50%	83,30%	16,60%	50%	33,30%	16,60%

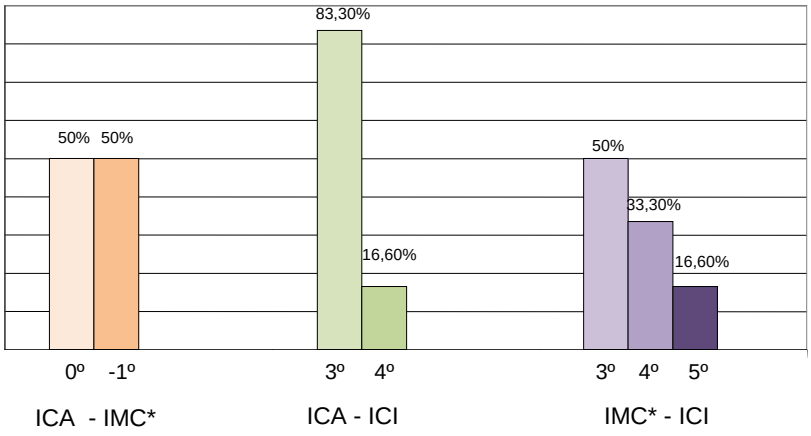


Figura 17 - SEM DEPRESSÃO X DIC

a) Discrepância entre a imagem corporal real (IMC*) e a Imagem corporal atual (ICA):

Dentre as 6 voluntárias que não apresentaram depressão no total da amostra, 3 (50%), não apresentaram discrepância entre a IMC e a ICA e 3 (50%)

apresentaram 1 grau para menos de discrepância, ou seja, 50% delas acreditaram que sua forma corporal era menor em 1 grau em relação à sua IMC*.

b) Discrepância entre a imagem corporal atual (ICA) e a Imagem corporal idealizada (ICI):

Dentre as 6 voluntárias que não apresentaram depressão no total da amostra, 5 (83,3%), apresentaram 3 graus de discrepância entre a ICA e a ICI e apenas uma (16,6%), apresentou 4 graus de discrepância.

c) Discrepância entre a imagem corporal real (IMC*) e a Imagem corporal idealizada (ICI):

Dentre as 6 voluntárias que não apresentaram depressão no total da amostra, 3 (50%), apresentaram 3 graus de discrepância entre a IMC e a ICI; 2 (33,30%), apresentaram 4 graus de discrepância e 1 (16,60%), apresentou 5 graus de discrepância.

- **DEPRESSÃO LEVE x DIC**

TABELA 15 - DEPRESSÃO LEVE X DIC

Nº. das Voluntárias	**IMC* X ICA**				**ICA X ICI**				**IMC* X ICI**				
2	0				5				5				
3	-2				4				6				
12	-1				3				4				
14	0				3				3				
17	1				3				2				
20	-1				5				6				
21	1				3				2				
24	0				3				3				
26	0				3				3				
31	-1				2				3				
Tt = 10	o°	1°	-1°	-2°	2°	3°	4°	5°	2°	3°	4°	5°	6°
Freq.	4	2	3	1	1	6	1	2	2	4	1	1	2
%	40%	20%	30%	10%	10%	60%	10%	20%	20%	40%	10%	10%	20%

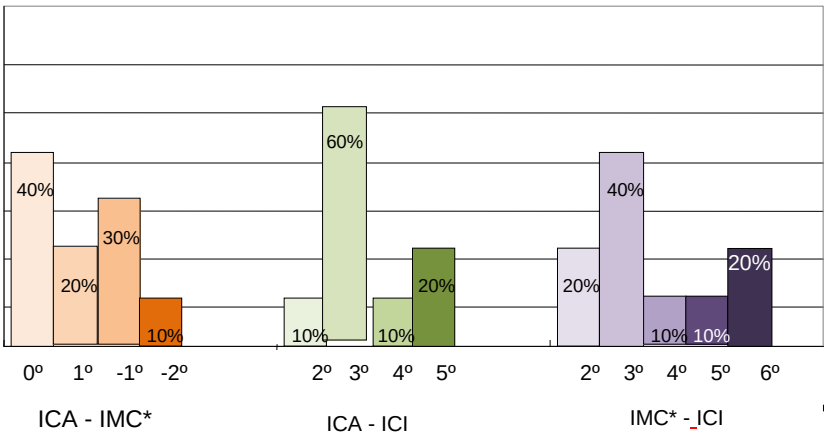


Figura 18 - DEPRESSÃO LEVE X DIC

a) Discrepância entre a Imagem corporal atual (ICA)e a Discrepância entre a imagem corporal real (IMC*):

Dentre as 10 voluntárias que apresentaram depressão leve no total da amostra, quatro (40%) não apresentaram discrepância entre a IMC* e a ICA; cinco (50%) apresentaram 1 grau de discrepância; uma (10%) apresentou 2 graus para menos de discrepância, ou seja, ela acreditava que sua forma corporal era menor em 2 graus em relação à figura correspondente ao seu IMC ou imagem corporal real (IMC*)

Dentre as cinco voluntárias que apresentaram 1 grau de discrepância, duas (20%), superestimaram em 1 grau o seu tamanho corporal, e as outras três (30%) acreditaram que sua forma corporal era menor em 1 grau à figura correspondente ao seu IMC.

b) Discrepância entre a imagem corporal atual e a Imagem corporal idealizada (ICA - ICI):

Dentre as10 voluntárias que apresentaram depressão leve no total da amostra, todas apresentaram discrepância entre a ICA e a ICI. Uma (10%) apresentou 2 graus de discrepância; seis (60%) apresentaram 3 graus de discrepância; uma

(10%) apresentou 4 graus de discrepância e duas (20%) apresentaram 5 graus de discrepância.

c) Discrepância entre a imagem real e a Imagem corporal idealizada (IMC* x ICI):

Dentre as 10 voluntárias que apresentaram depressão leve no total da amostra, todas as voluntárias apresentaram discrepância a IMC* e a ICI.

Duas voluntárias (20%) apresentaram 2 graus de discrepância; quatro (40%) apresentaram 3 graus de discrepância; uma (10%) apresentou 4 graus de discrepância; uma (10%) apresentou 5 graus de discrepância; uma (10%) apresentou 6 graus de discrepância e uma (10%) apresentou 7 graus de discrepância.

- **DEPRESSÃO MODERADA À GRAVE x DIC**

TABELA 16 - DEPRESSÃO MODERADA À GRAVE X DIC

Nº. das Voluntárias	ICA - IMC*				ICA - ICI					IMC* - ICI			
1	-1				3					4			
5	-1				4					5			
6	0				3					3			
7	0				4					4			
9	-2				4					6			
10	1				5					4			
13	0				4					4			
15	0				3					3			
18	1				5					4			
27	1				6					5			
30	-2				2					4			
32	1				6					5			
Tt = 12	o°	1°	-1°	-2°	2°	3°	4°	5°	6°	3°	4°	5°	6°
Freq.	4	4	2	2	1	3	4	2	2	2	6	3	1
%	33,3	33,3	16,6	16,6	8,3	25,0	33,3	16,6	16,6	16,6	50,0	25,0	8,30

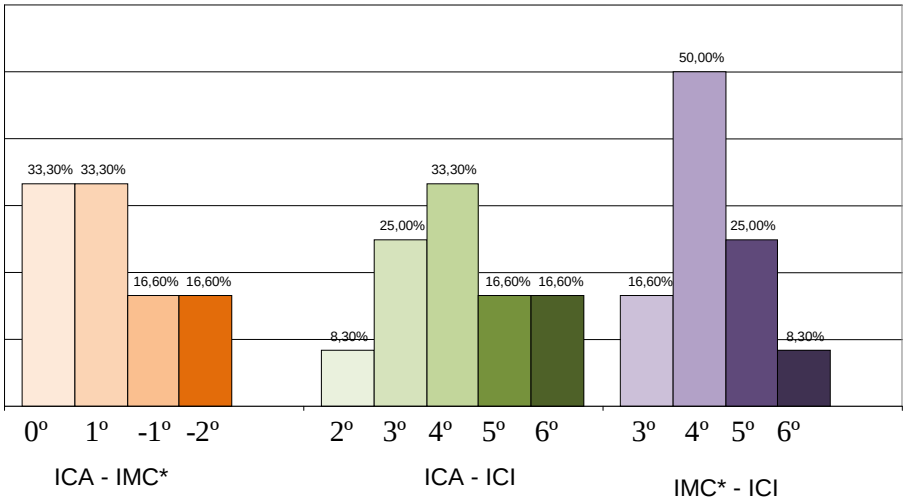


Figura 19 - DEPRESSÃO MODERADA À GRAVE X DIC

a) Discrepância entre a Imagem corporal atual e a imagem corporal real (ICA - IMC*):

Dentre as12 voluntárias que apresentaram depressão moderada à grave do total da amostra, quatro (33,3%) não apresentaram discrepância entre a IMC* e a ICA.

Seis (50%) apresentaram 1 grau de discrepância, sendo que, dentre estas, quatro (33,33%) superestimaram o tamanho corporal, e as outras duas (16,6%) subestimaram, acreditando que possuíam um corpo menor em 1 grau em relação ao corpo apresentado na figura correspondente a sua IMC.

Duas voluntárias (16,6%) apresentaram 2 graus para menos de discrepância entre o IMC* e o ICA, ou seja, acreditaram que sua forma corporal era menor em 2 graus em relação à forma corporal representada na figura correspondente ao seu IMC.

b) Discrepância entre a imagem corporal atual e a Imagem corporal idealizada (ICA - ICI):

Dentre as12 voluntárias que apresentaram depressão moderada à grave do total da amostra, todas as voluntárias apresentaram discrepância entre a ICA e a ICI. E nenhuma das voluntárias apresentou grau 1, 7 ou 8 de discrepância.

Uma voluntária (8,3%) apresentou 2 graus de discrepância entre a ICA e a ICI; três (25%) apresentaram 3 graus de discrepância; quatro (33,3%) apresentaram 4 graus de discrepância; dois (16,6%) apresentaram 5 graus de discrepância e dois (16,6%) apresentaram 6 graus de discrepância.

c) Discrepância entre a imagem real e a Imagem corporal idealizada (IMC* - ICI):

Dentre as 12 voluntárias que apresentaram depressão moderada à grave no total da amostra, todas as voluntárias apresentaram discrepância entre a IMC* e a ICI. Nenhuma das voluntárias apresentou grau de discrepância < 3 ou > 6.

Três voluntárias (16,6%) apresentaram 3graus de discrepância entre a IMC* e a ICI; seis (50%) apresentaram 4 graus de discrepância, 3 (25,0%) apresentaram 5 graus de discrepância e uma (8,30%) apresentou 6º de discrepância.

- **DEPRESSÃO GRAVE X DIC**

TABELA 17 - DEPRESSÃO GRAVE X DIC

Nº. das Voluntárias	ICA - IMC*			**ICA - ICI**			**IMC* - ICI**	
16	1			5			4	
23	0			4			4	
28	1			4			3	
29	-1			3			4	
Tt = 4	0°	1°	-1°	3°	4°	5°	3°	4°
Freq.	1	2	1	1	2	1	1	3
%	25%	50%	25%	25%	50%	25%	25%	75%

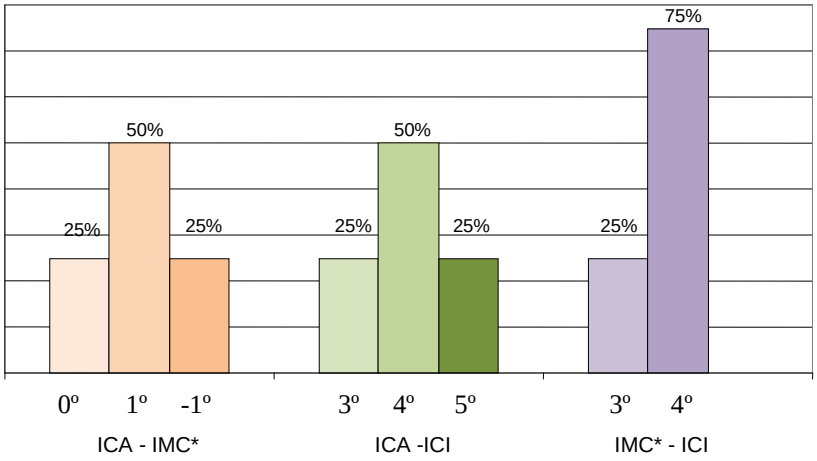


Figura 20 - DEPRESSÃO GRAVE X DIC

a) Discrepância entre a Imagem corporal atual e a Imagem corporal real (ICA - IMC*)

Dentre as 4 voluntárias que apresentaram depressão grave do total da amostra, uma (25%) não apresentou discrepância e três (75%) apresentaram um grau de discrepância; entre a IMC* e a ICA. Dentre as 75%, verificou-se que duas voluntárias (50%) superestimaram em 1 grau o seu tamanho corporal e apenas uma (25%) apresentou 1 grau para menos e acreditando, portanto, possuir um tamanho corporal menor do que a figura correspondente a sua IMC*.

b) Discrepância entre a imagem corporal atual e a Imagem corporal idealizada (ICA -ICI):

Dentre as 4 voluntárias que apresentaram depressão grave do total da amostra, todas as voluntárias apresentaram discrepância = ou > que 3 graus entre a ICA e a ICI.

Duas voluntárias (50%) apresentaram 4 graus de discrepância entre a IMC* e a ICI; uma (25%) apresentou 3 graus de discrepância; e uma (25%) apresentou 5 graus de discrepância.

c) Discrepância entre a imagem real e a Imagem corporal idealizada (IMC* - ICI):

Dentre as 4 voluntárias que apresentaram depressão grave do total da amostra, três (75%) apresentaram 4 graus de discrepância entre a IMC* e a ICI e uma (25%) apresentou 3 graus de discrepância.

7.7 RELAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS DE OBESIDADE X DISCREPÂNCIA DA IMAGEM CORPORAL (DIC)

- **OBESIDADE GRAU I x DIC**

TABELA 18 - OBESIDADE GRAU I X DIC

Nº. das Voluntárias	ICA - IMC*		ICA - ICI	IMC* - ICI	
17	1		3	2	
29	-1		3	4	
Tt = 2	1°	--1°	3°	2°	4°
Freq.	1	1	2	1	1
%	50%	50%	100%	50%	50%

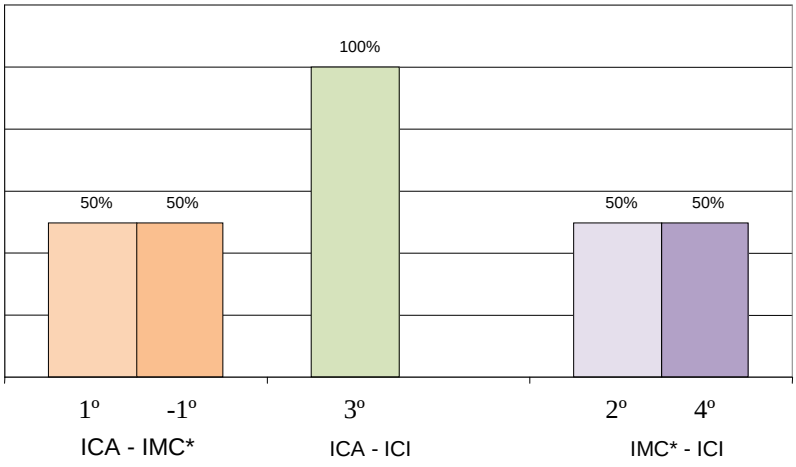


Figura 21 - OBESIDADE GRAU I X DIC

a) Discrepância entre Imagem corporal atual e a Imagem corporal real (ICA - IMC*):

Dentre as duas voluntárias que apresentaram obesidade grau I do total da amostra, todas apresentaram discrepância entre a IMC* e a ICA, sendo que, uma (50%) apresentou 1 grau para mais e outra (50%) 1 grau para menos.

b) Discrepância entre Imagem corporal atual e a Imagem corporal idealizada (ICA - ICI):

Dentre as duas voluntárias que apresentaram obesidade grau I do total da amostra, todas apresentaram 3 graus de discrepância entre a ICA e a ICI.

c) Discrepância entre Imagem corporal real e a Imagem corporal idealizada (IMC* - ICI):

Dentre as duas voluntárias que apresentaram obesidade grau I do total da amostra, todas apresentaram discrepância entre a IMC* e a ICI sendo que uma (50%) apresentou 2 graus e outra (50%) apresentou 4 graus.

- **OBESIDADE GRAU II x DIC**

TABELA 19 - OBESIDADE GRAU II X DIC

Nº.das Voluntárias	**ICA - IMC***		**ICA - ICI**				**IMC* - ICI**		
7	0		4				4		
10	1		5				4		
15	0		3				3		
16	1		5				4		
26	0		3				3		
28	1		4				3		
32	1		6				5		
Tt = 7	0°	1°	3°	4°	5°	6°	3º	4°	5°
Freq.	3	4	2	2	2	1	3	3	1
%	42,9%	57,1%	28,6%	28,6%	28,6%	14,3%	42,9%	42,9%	14,3%

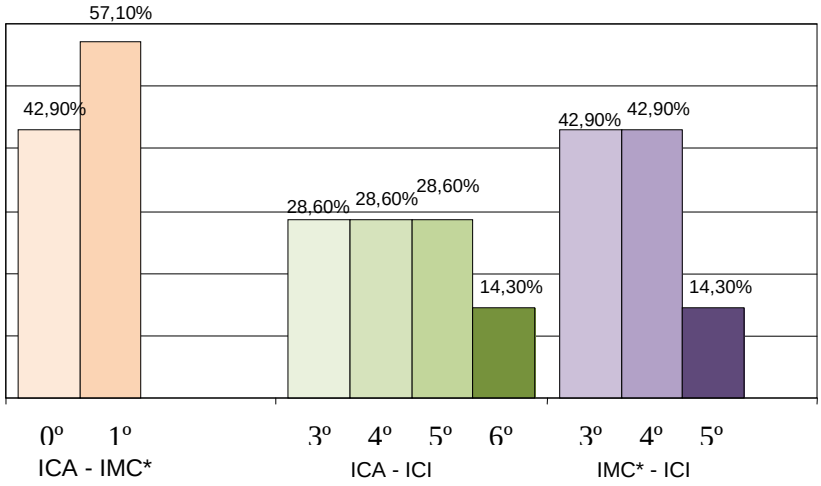


Figura 22 - OBESIDADE GRAU II X DIC

a) Discrepância entre Imagem corporal atual e a Imagem corporal real (ICA - IMC*):

Dentre as 7 voluntárias que apresentaram obesidade grau II do total da amostra, apenas uma voluntárias, isto é, 16,6%, não apresentaram discrepância entre a IMC* e a ICA. Três voluntárias (50%) apresentaram 1 grau de discrepância superestimando o seu tamanho corporal. Uma voluntárias (16,6%) apresentou 1 grau de discrepância para menos e outra (16,6%) apresentou 2 graus de discrepância para menos. Juntas, portanto perfazem um total de 33,2% que acreditam que sua forma corporal é menor à figura correspondente ao seu IMC*.

b) Discrepância entre Imagem corporal atual e a Imagem corporal idealizada (ICA - ICI):

Dentre as 7 voluntárias que apresentaram obesidade grau II do total da amostra, todas as voluntárias apresentaram discrepância entre a ICA e a ICI. Duas voluntárias (28,6%) apresentaram 3 graus de discrepância; duas (28,6%) apresentaram 4 graus de discrepância e outros duas (28,6%) apresentaram 5 graus de discrepância. Apenas uma voluntária (14,3%) apresentou 6 graus de discrepância.

c) Discrepância entre Imagem corporal real e a Imagem corporal idealizada (IMC* - ICI):

Dentre as 7 voluntárias que apresentaram obesidade grau II do total da amostra todas apresentaram discrepância entre a IMC* e a ICI. Três voluntárias (42,9%) apresentaram 3 graus de discrepância; três (42,9%) apresentaram 4 graus de discrepância e uma voluntária (14,3%) apresentou 5 graus de discrepância.

- **OBESIDADE GRAU III x DIC**

TABELA 20 - OBESIDADE GRAU III X DIC

Nº. das Voluntárias	ICA - IMC*	ICA - ICI	IMC* - ICI
1	-1	3	5
2	0	5	5
4	0	3	3
5	-1	4	5
6	0	3	3
8	-1	4	5
11	-1	3	4
18	1	5	4
19	-1	3	4
20	-1	5	6
21	1	3	2
22	0	3	3
23	0	4	4
24	0	3	3
25	0	3	3
27	1	6	5
30	-2	2	4
31	-1	2	3

Tt = 18	0°	1°	-1	-2	2°	3°	4°	5°	6°	2°	3°	4°	5°
Freq.	7	3	7	1	2	9	3	3	1	1	6	5	5
%	39%	16%	39%	6%	11,11%	50%	16,00%	16,00%	6,00%	6,00%	33%	28%	28,00%

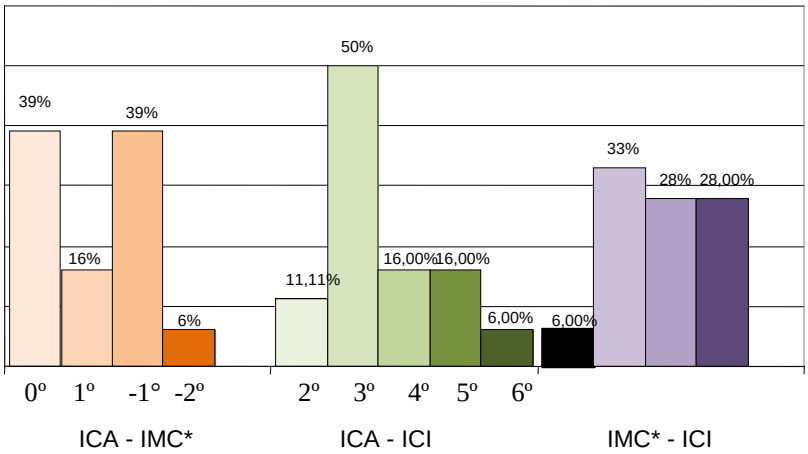


Figura 23 - OBESIDADE GRAU III X DIC

a) Discrepância entre Imagem corporal atual e a Imagem corporal real (ICA - IMC*):

Dentre as 18 voluntárias que apresentaram obesidade grau III do total da amostra, 7 (39%) não apresentaram discrepância entre a IMC* e a ICA; dez (55,5%) apresentaram 1 grau de discrepância sendo que, três (16%) para mais e sete (39%) para menos. Uma (6%) apresentou 2 graus para menos.

b) Discrepância entre Imagem corporal atual e a Imagem corporal idealizada (ICA - ICI):

Dentre as 18 voluntárias que apresentaram obesidade grau III do total da amostra, duas (11,11%) apresentaram 2 graus de discrepância entre a ICA e a ICI; nove (50%) apresentaram 3 graus de discrepância; três (16%) apresentaram 4 graus de discrepância; três (16%) apresentaram 5 graus de discrepância e uma (6%) apresentou 6 graus de discrepância.

c) Discrepância entre Imagem corporal real e a Imagem corporal idealizada (IMC* x ICI):

Dentre as 18 voluntárias que apresentaram obesidade grau III do total da amostra, uma (6%) apresentou 2 graus de discrepância entre a IMC e a ICI; seis (33%) apresentaram 3 graus de discrepância; cinco (28%) apresentaram 4 graus de discrepância e cinco (28%) apresentaram 5 graus de discrepância.

- **OBESIDADE GRAU IV x DIC**

TABELA 21 - OBESIDADE GRAU IV X DIC

Nº. das Voluntárias	ICA - IMC*			ICA - ICI		IMC* X ICI		
3	-2			4		6		
9	-2			4		6		
12	-1			3		4		
13	0			4		4		
14	0			3		3		
Tt = 5	0°	-1°	-2°	3°	4°	3°	4°	6°
Freq.	2	1	2	2	3	1	2	2
%	40%	20%	40%	40%	60%	20%	40%	40%

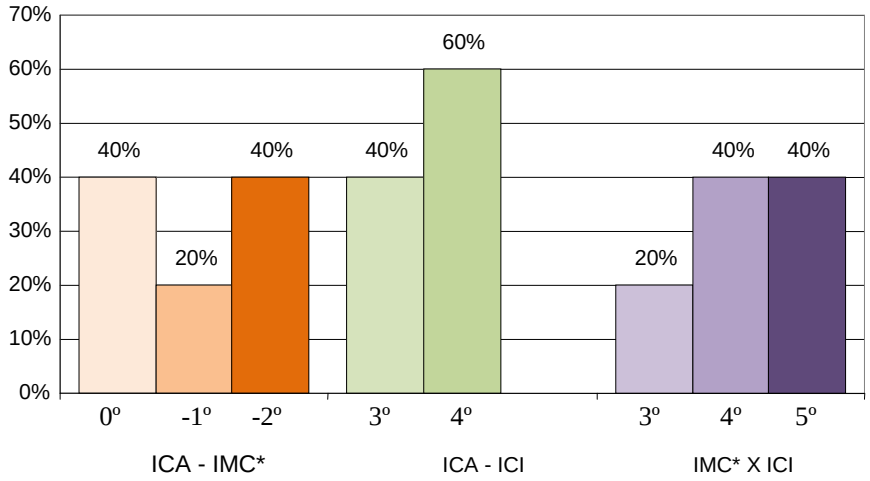


Figura 24 - OBESIDADE GRAU IV X DIC

a) Discrepância entre Imagem corporal atual e a Imagem corporal real (ICA - IMC*):

Das 5 voluntárias que apresentaram superobesidade ou obesidade grau IV do total da amostra, duas (40%) não apresentaram discrepância entre a IMC* e a ICA.

Uma voluntária (20%) apresentou 1 grau e outras duas (40%) apresentaram 2 graus para menos de discrepância, subestimando seu tamanho corporal. Ou seja,

60% das voluntárias com superobesidade apresentaram uma discrepância da imagem corporal subestimando a imagem que representava o seu IMC.

b) Discrepância entre Imagem corporal atual e a Imagem corporal idealizada (ICA - ICI):

Das 5 voluntárias que apresentaram superobesidade ou obesidade grau IV do total da amostra, todas apresentaram discrepância entre a ICA e a ICI.

Duas voluntárias (40%) apresentaram 3 graus de discrepância e três (60%) apresentaram 4 graus de discrepância.

c) Discrepância entre Imagem corporal real e a Imagem corporal idealizada (IMC* x ICI):

Das 5 voluntárias que apresentaram superobesidade ou obesidade grau IV do total da amostra, todas apresentaram discrepância entre IMC* e a ICI.

Uma voluntária (20%) apresentou 3 graus de discrepância; duas (40%) apresentaram 4 graus de discrepância e duas (40%) apresentaram 6 graus de discrepância.

7.8. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS

Os dados tratados estatisticamente, através do *Wilcoxon signed rank test e Spearman rho*[42], apontaram os resultados ilustrados e descritos abaixo:

A figura 25 ilustra, abaixo, o IMC (valores numéricos correspondentes aos graus de obesidade) em função do nível de Depressão. Esses dados sugerem que o maior nível de depressão é observado entre as voluntárias com menor IMC, contrariamente, ao que se poderia esperar, isto é, que o maior nível de depressão fosse observado entre as voluntárias mais obesas. Porém, as diferenças entre os IMCs para os 4 níveis de depressão não foram estatisticamente significativas.

[42] A tabela com os dados, formulada para utilização nos programas estatísticos, encontra-se no anexo.

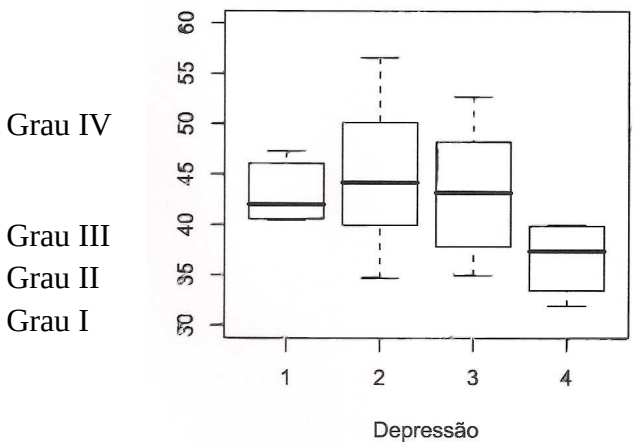


Figura 25

A figura 26, abaixo, ilustra a diferença entre a Imagem Corporal Idealizada (ICI) e a Imagem Corpora Real (IMC*) correspondente no instrumento FRS, em função do grau de depressão.

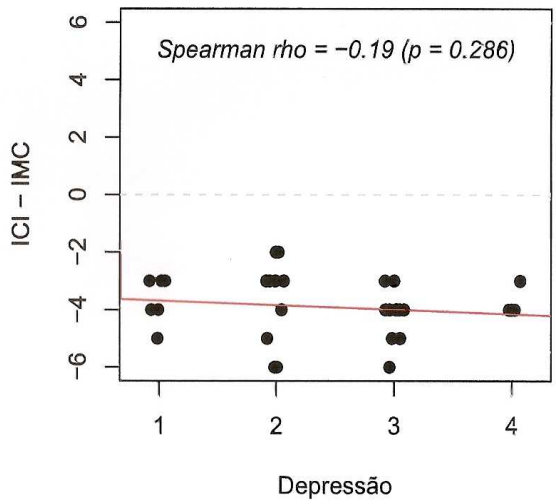


Figura 26

A figura 27, abaixo, ilustra a diferença entre a Imagem Corporal Atual (ICA) e a Imagem corporal real (IMC*), correspondente no instrumento FRS, em função do grau de depressão.

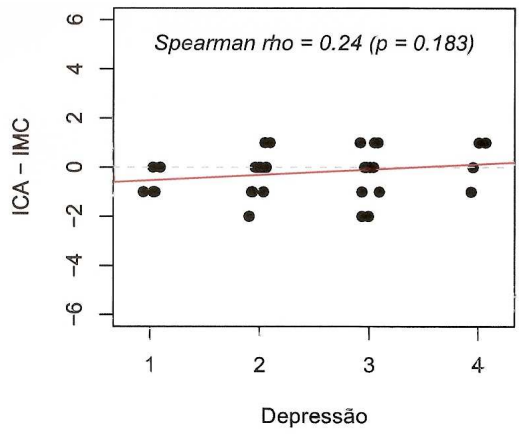


Figura 27

Pode-se observar, portanto, que tanto ICI x IMC (figura 26) quanto ICA x IMC (figura 27), não estão associados ao nível de depressão. Isto é, discrepâncias similares entre Imagem corporal idealizada (ICI) e Imagem corporal real (IMC*), são observadas nos quatro níveis de depressão.

A diferença entre Imagem corporal atual (ICA) e Imagem corporal real (IMC*) não é significativamente diferente de zero (*Wilcoxon signed rank test*, V = 72, p = 0.19). Ou seja, as voluntárias relatam possuir uma imagem corporal atual compatível com o próprio índice de massa corporal. Porém a diferença entre ICI e IMC* é significativamente menor que zero (*Wilcoxon signed rank test*, V=0, p<0.001). Isto é, as voluntárias idealizam uma imagem corporal menos obesa do que a medida pelo índice de massa corporal (IMC).

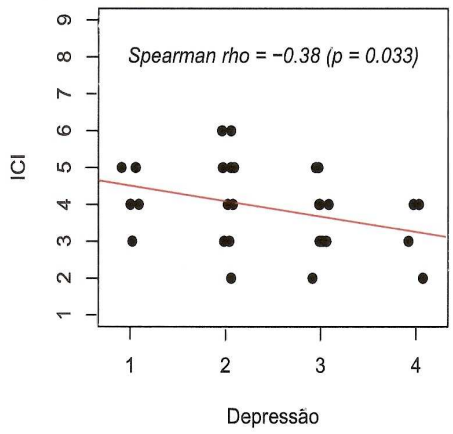


Figura 28

A figura 28, acima, ilustra a relação entre Imagem corporal idealizada (ICI) e Depressão.

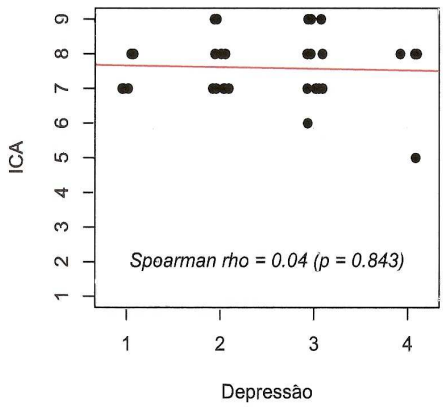


Figura 29

A figura 29, acima, ilustra a relação entre Imagem corporal atual (ICA) e Depressão. Observa-se que existe uma correlação negativa significativa entre ICI e Depressão (*Spearman* r = - 0.38; p = 0.033). Ou seja, quanto menos obesa for a imagem corporal idealizada, maior é o nível de depressão da voluntária. Entretanto, não foi observada uma correlação significativa entre a Imagem corporal atual (ICA) e Depressão (*Spearman* r = 0.04; p = 0.843).

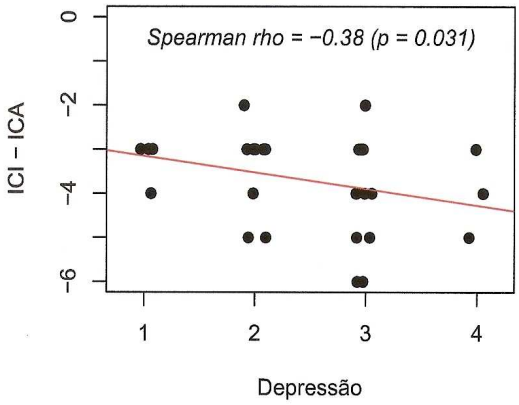


Figura 30

A figura 30, acima, ilustra e confirma a existência de uma correlação negativa significativa entre a Imagem corporal idealizada (ICI) e Imagem corporal atual (ICA), ou seja, a imagem que a voluntária imagina que tem. Portanto, pode-se dizer, que quanto menor for a ICI em relação à ICA (ICI – ICA), maior será a depressão.

8. DISCUSSÃO

Considerando-se que os dados obtidos já foram extensivamente expostos no capítulo anterior, pretende-se centralizar a discussão, naqueles, considerados os mais relevantes. Estes revelam a complexidade que envolve tanto a depressão quanto a obesidade. A incongruência de alguns destes resultados, apresentam-se como verdadeiros desafios à compreensão. No entanto, pode-se extrair deles algumas observações interessantes, para o entendimento destes processos psicofisiológicos e, para fomentar a realização de novas pesquisas.

Os primeiros resultados sugeriram algum nível de prevalência de depressão, na maioria dos sujeitos da amostra, ou seja, 81,25%. Estes resultados encontram respaldo nas pesquisas de Stunkard ET AL (2003), Apolinário e Fandiño (2006), Cohen (2003), Sarwer ET AL (2004), cujos trabalhos apresentaram resultados correspondentes, em amostras com pacientes obesos grau III, no período pré-operatório de Cirurgia Bariátrica (CB), que indicaram a prevalência elevada de transtornos do humor, com sintomatologia depressiva moderada a grave.

Ao priorizar o critério I de análise dos dados, a avaliação da discrepância nas análises de IMC* - ICI e ICA – ICI, com um nível de corte estabelecido ≥ 4º, viabiliza a suposição de que, de fato, há uma correlação entre as discrepâncias nas imagens corporais investigadas e a incidência de depressão. Baseadas em novas análises estatísticas, acrescentando portanto, o nível de corte citado anteriormente e os escores brutos de depressão apresentados no BDI, ao invés de utilizar os níveis de categorização estabelecidos por Beck (1988), os resultados apontaram uma associação marginalmente significativa ($p = 0.066$) entre IMC – ICI e depressão. Porém, quando se altera levemente o critério de classificação de “alto” e “baixo” IMC-ICI, isto é, definimos baixa discrepância como sendo IMC-ICI < 4 ao invés de IMC-ICI ≤ 4), a associação se perde completamente ($p = 1$). Além disso, as análises realizadas sem a introdução de critérios de corte (figura 26), também, não evidenciaram uma associação entre essas duas variáveis. O conjunto desses resultados reduz a confiança na real existência da associação entre IMC-ICI e

depressão, como eventualmente poderia ser sugerido pela análise dos resultados obtidos segundo o critério I.

Entretanto, de forma curiosa, avaliando a amostra isoladamente, segundo o critério II de avaliação, da correlação entre obesidade grau III e a incidência de depressão, nos quatro níveis sugeridos por Beck (1988), os resultados apontam uma equivalência de resultados, entre pacientes sem depressão e com depressão moderada a grave. Esta equivalência no total da amostra não apresenta significância estatística, mas nos parece relevante, no sentido de manter certo cuidado ao generalizar, o perfil do humor da pessoa obesa.

Em pesquisa semelhante, em que investigava-se a ocorrência episódios de "comer compulsivo" (TCAP) em pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica, ZWAAN ET AL (2003) os resultados indicaram diferenças significativas de comportamentos e atitudes alimentares relacionadas aos grupos pesquisados, (caracterizados por pacientes com e sem TCAP), porém, sem encontrar diferenças entre a severidade de sintomas depressivos ou relacionados a baixa auto-estima.

Ao inverso, nos graus I e II de obesidade, não se observou um único paciente sem depressão. Todos eles a apresentaram em algum nível. Destacou-se, no entanto, o fato de que, a ocorrência de depressão grave incidiu justamente nos menores graus de obesidade. Esse dado contrariou as expectativas, apontadas pelas pesquisas citadas neste estudo, que relacionam a depressão grave à obesidade severa. (STUNKARD ET AL: 2003) Tal fato nos conduz, às considerações sobre os resultados da avaliação da imagem corporal e, sua correlação com a depressão.

Quanto à imagem corporal dos sujeitos da amostra, os resultados indicaram que as discrepâncias, entre as imagens corporais idealizadas (ICI) e as imagens corporais reais[43] (IMC*) - correspondentes ao IMC dos sujeitos - foram observadas nos quatro níveis de depressão. Verificou-se, portanto, que especificamente nesta amostra, não existe correlação entre a discrepância das imagens corporais e a depressão. Elas são independentes, não estão associadas.

Não obstante, observou-se que, por um lado, quanto menor é o grau da Imagem corporal idealizada pelo sujeito, isto é, quanto mais magro o sujeito deseja ser, mais depressivo ele é. Este resultado é significativo ($r = -0,38$; $p = 0.033$) e

[43] Veja Figura 27

compreensível (Fig. 28), uma vez que revela que, um maior nível de exigência por parte de um sujeito obeso, quanto a sua forma física (magreza/estética), seria o responsável pelos maiores graus de depressão.

Em contrapartida, os mesmo resultados revelam que nesta amostra, quanto menor é a diferença, que o sujeito estabelece, entre a imagem corporal atual (ICA) e a Imagem corporal que ele deseja ter (ICI), maior será o nível de depressão.

Este resultado induz a questionamentos, tais como: Por que um sujeito que apresenta maior proximidade, entre sua imagem corporal atual e a imagem que deseja possuir, seria mais depressivo que outro, com distâncias maiores entre elas? (Fig. 30) A esta indagação, consideramos como resposta, algumas hipóteses. 1) A de que a depressão apresentada por estes sujeitos possa não ter qualquer relação com as imagens corporais oferecidas pelo instrumento utilizado; 2) Que nos graus menores de obesidade, o sujeito apresente uma expectativa maior (ansiedade) de atingir a forma desejada, e mediante as dificuldades de êxito, seja maior a incidência de depressão. Embora o instrumento utilizado seja validado e o IMC do sujeito - baseado no peso e altura - seja uma medida real, padronizada e incontestável de seu corpo, acredita-se ser possível, que a subjetividade cognitiva dos sujeitos seja capaz de inferir como subterfúgios, mediante uma padronização.

O estudo realizado por Rosenberger; Henderson; Grilo (2006) investigou a insatisfação com a imagem corporal e sua relação com o funcionamento psicossocial, em pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica. Este estudo indicou que fatores tais como, o índice de massa corporal (IMC), a etnicidade, a obesidade infantil, a obesidade na adolescência, o comer compulsivo, a depressão, auto-estima, vergonha, e perfeccionismo, contribuem para a insatisfação com a imagem corporal e o prejuízo no funcionamento psicossocial. Entre estes fatores, três (depressão, amor-próprio e perfeccionismo), contribuem significativamente e independentes dos outros, indicando que o funcionamento psicológico do adulto com estas características denuncia um descontentamento com a imagem corporal, percebidos em candidatos a cirurgia bariátrica. Apoiadas nesta pesquisa, poder-se-ia supor que possivelmente tais fatores de fato, possam configurar um perfil cognitivo perfeccionista, permeado pela baixa-estima e traços depressivos, que assegure a relação entre a insatisfação com a imagem corporal e a incidência de depressão.

Considerando as hipóteses levantadas anteriormente e ainda, a interferência de fatores cognitivos relacionados à insatisfação com a imagem corporal, verifica-se que estão de acordo, com os trabalhos apresentados por Schilder (1999: p. 19) quando afirma que “as imagens visuais que se encontram em nossa consciência são apenas uma pequena parte daquilo que está realmente ocorrendo na esfera psíquica”, Stenzel (2006), que aborda que a imagem corporal não se refere exclusivamente à aparência do corpo e tampouco, como afirma Machado e Ferreira (2002), é uma construção restrita, às influências obtidas pela informação visual.

Portanto, consideramos relevante aludir à classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- IV: 2002), que se refere à percepção de peso no corpo, denominada ‘paralisia de chumbo’, característica da Depressão Atípica. Esta alusão não define que a Depressão Atípica seja de fato, uma causa para tais resultados, mas remetem a semelhança de sintomas correspondentes à obesidade, e a necessidade de uma avaliação mais apurada desses casos.

Em sua maioria, os sujeitos desta amostra, relatam possuir uma imagem corporal compatível com o próprio índice de massa corporal. A amostra, configurada como uma amostra clínica e diagnosticada, envolve a depressão como uma co-morbidade (DIXON ET AL: 2003). Além do mais, se caracteriza por sujeitos que têm por objetivo, submeter-se a um recurso de tratamento mais drástico para a obesidade, no caso a cirurgia Bariátrica. Dessa forma, pressupõe-se que estes sujeitos estejam mais conscientes de sua condição corporal. Possivelmente por esta razão, os resultados não tenham indicado grande significância.

Há ainda, que se considerar, que os sujeitos candidatos a cirurgia, compartilham conhecimentos com vários pacientes que já se submeteram ao tratamento, e relatam suas melhoras, fato este que contribui para a formação de expectativas positivas advindas da perda de peso. Nesse sentido, Wolfe e Terry (2006) comentam em seu estudo que pacientes submetidos à cirurgia bariátrica relatam de maneira geral, melhorias significativas na saúde física, estado emocional e compulsão alimentar. Independentemente do grau de perda de peso, a maioria da amostra relata melhorias em geral. O impacto da perda de peso anula diferenças relativas ao estado psicológico encontrado na fase de pré-operatório dos pacientes, que relatam alterações e melhora, principalmente nas relações profissionais e sociais, sem entretanto, apresentar grandes alterações quanto a relacionamentos amorosos ou status profissional. Entretanto, evidencia o resgate de uma boa

interação psicossocial e a importância de ser dada maior atenção ao apoio pós-operatório na administração de um novo comportamento psicológico e alimentar.

9. CONCLUSÃO

O presente estudo configurou-se metodologicamente, quanto aos fins, uma pesquisa bibliográfica descritiva e, quanto aos meios, de campo do tipo investigativo e participativa. Constituiu-se de uma amostra, composta por 32 mulheres obesas, de 20 a 60 anos de idade, candidatas a cirurgia Bariátrica como recurso de tratamento, no hospital São José do Avaí em Itaperuna, no Estado do Rio de Janeiro, no primeiro semestre de 2008. Investigou-se a relação existente entre o grau de discrepância entre a imagem corporal real e a idealizada e a incidência de traços depressivos.

Observa-se que na atualidade, o contexto sócio-cultural em que se vive, encontra-se repleto de interesses econômicos e sócio-políticos ditados pelas grandes potências e suas indústrias, onde o paradoxo, riqueza e pobreza, permanecem gritantes e indiferentes a uma população oprimida. Neste cenário, os valores e costumes sociais contribuem expressivamente com o desenvolvimento de certas patologias.

Os transtornos alimentares configuram uma máxima expressão e submissão aos valores que se impõem. Entre outros, a grande indústria da beleza, avança em disparada com cosméticos, alimentos, medicamentos e aparelhos de *fitness*, amparados por uma mídia massificadora, que institui seus interesses independentes de suas conseqüências na população em geral. Inúmeras mensagens, carregadas de sedução, prometem o inexorável prazer e bem estar daqueles que consomem seus produtos, suas idéias, imagens e comportamentos associados ao sucesso e satisfação pessoal indiscriminada.

Entre as patologias associadas ao contexto social, destacou-se neste trabalho o foco na obesidade. De proporções epidêmicas, seu crescimento entre a população infantil torna seu estudo de relevância ainda maior. Considerada uma doença grave, de etiologia multifatorial e de difícil tratamento, sua real gravidade para a saúde e suas características gestoras de inúmeros prejuízos psicossociais, se perde mediante o consumo e a valorização desenfreada, das descartáveis e ‘belas’ aparências dos corpos.

O corpo, fruto e expressão do ser vigora, enquanto matéria e símbolo, que transcende a uma única concepção. Fluente e afluente, em potenciais fisiológicos, identificações psicológicas e interações sociais, o corpo é o agora, tempo presente, espaço de realização, que traz em si, oculta, uma única certeza: o declínio e a extinção. Sua forma, sua linguagem, sua história, molda-se nas entrelinhas das culturas em que se insere. E como tal, exerce e mantém seus códigos. Em discordância, adoece e é excluído. Vibrante em suas funções plenas, fisiológicas e cognitivas, revela o humano, o indivíduo, a personalidade, a pessoa com toda sua historicidade.

Dotada de suas funções cognitivas, filogenéticas e ontogenéticas, a pessoa representa. Desta forma, cria o tempo e o espaço, o passado e o futuro. Suas funções cognitivas superiores lhe permitem evocar e planejar, expandir, inibir ou criar. Representando, idealiza e idealizando constrói imagens. Representado, projeta para si mesmo e para os outros, imagens corporais, nas quais se inspira e ancora desejos. Portador de desejos, de lampejos oníricos, é mutante, transformador e transformado. Seus sentidos, percepções e interações, conduzem a diferentes formas, que em determinadas circunstâncias, deformam.

Em imagens corporais deformadas, algumas patologias despontam. A obesidade, no entanto, constituída de complexos processos desencadeantes e mantenedores, ultrapassa as possibilidades de delimitações especificas entre a fisiologia ou a psicologia. Em tentativas de restringir suas causas em uma ou outra área, muito se produziu de equívocos. Fortemente fundamentado em concepções genéticas, em processos fisiológicos e neuroendócrinos, o potencial biológico gerador da obesidade, encontra-se diretamente exposto aos estímulos ambientais e as interações psicossociais. A referência constante às três esferas cognitivas que modulam e são moduladas umas pelas outras, e sua consonância com vários outros enfoques abordados neste trabalho, representa bem a complexa rede de inferências inerentes a obesidade. No entanto, no senso comum ou mesmo, baseada em algumas concepções teóricas, a obesidade é conceituada como uma conseqüência, de um desleixo, da falta de atitude, de força de vontade, alheia às complexas imposições que ultrapassam o controle do indivíduo. Como agravante, por um lado, a sociedade atual configura-se como uma verdadeira incubadora de obesidade, com seus alimentos industrializados e tecnologia avançada que estimula o sedentarismo.

Por outro, cultua padrões de corpos e beleza cada vez mais associados à magreza e a definição das formas, desprovidas de gordura.

Este estudo permitiu a elucidação de aspectos inerentes à obesidade que, mesmo nos dias de hoje, permanecem ignorados por muitos. Acreditamos que muitas, das próprias pessoas obesas, desconhecem a ampla gama de implicações que a acometem. Muitas se atribuem a culpa e o fracasso de forma imperativa, sem sequer estar ciente de ser portador de uma doença. Doença sim. Não obstante toda a magnitude de interferências, psicológicas e emocionais, sociais e relacionais, é extremamente inoportuna, ignorar as fronteiras fisiológicas que as compreendem. Os complexos processamentos neurais que inferem no comportamento alimentar ao contrário de serem ignorados, convidam à sua valorização e investigação, a fim de revelar e compreender, o enigmático processamento de tantas conexões.

Dos resultados obtidos com a pesquisa de campo concluiu-se que:

A maior parte dos sujeitos da amostra apresentou grau III de obesidade. Este resultado era esperado na medida em que, um dos critérios para a realização da cirurgia baseia-se no índice de massa corporal do sujeito ≥ 40kg/m². A incidência de algum nível de depressão foi verificada em 81,25% da amostra. Os níveis de depressão, encontrados com maior freqüência no total da amostra, foram depressão leve e depressão moderada a grave. No entanto, verificou-se que, os níveis mais altos de depressão ocorreram nos níveis mais baixos de obesidade, sendo que, este resultado, estatisticamente, não apresentou significância.

Quanto à imagem corporal dos sujeitos desta amostra, a maioria relata possuir uma imagem corporal compatível com o próprio índice de massa corporal. Os resultados indicaram que não existe correlação entre a discrepância entre as imagens corporais e a depressão. Elas são independentes, não estão associadas. Não obstante, observou-se que, quanto mais magro o sujeito deseja ser, mais depressivo ele é. Em contrapartida, nesta amostra especificamente, quanto maior a proximidade entre a imagem corporal atual do sujeito e a imagem que deseja possuir, mais depressivo ele é.

Acredita-se que pelo fato da amostra se configurar como “clínica e diagnosticada”, caracterizada por sujeitos candidatos à cirurgia Bariátrica, estes, estejam mais conscientes de sua condição corporal. Possivelmente por esta razão, os resultados não tenham indicado grande significância nos resultados.

Levando-se em conta a complexidade do tema e todas as limitações, instrumentais e operacionais, que permearam a pesquisa de campo desta dissertação, acredita-se que alguns dos seus resultados, sobretudo os de caráter qualitativo, possam vir a contribuir para um melhor e mais abrangente entendimento dos processos psicofisiológicos, que estão na base da obesidade, permitindo, desta forma, minimizar os seus prejuízos. Calcula-se que se, futuramente replicada em uma população menos específica (mulheres obesas interioranas, de classe média alta, prestes a serem submetidas à cirurgia bariátrica) a mesma pesquisa poderá fornecer resultados mais consistentes. Portanto, os resultados aqui discutidos não devem ser generalizados.

Não obstante possuir um foco em mulheres obesas, ao seu término, deseja-se que se esclareça a forma injusta como a sociedade trata as pessoas com obesidade. Em especial as crianças, que sem se dar conta, são envolvidas por uma doença tão carregada de influências sociais. Ingênuas em seus corpos, talvez alegres, desde muito cedo, começam a ser humilhadas e desvalorizadas dentro de sua própria família, e posteriormente, pela sociedade em geral. Portanto, compete aos adultos, profissionais de equipes multidisciplinares e educadores, contribuírem para conscientizar os demais, do estigma - permitido e estimulado - que inscreverá nestas crianças, profundas cicatrizes emocionais e a marca de levar pela vida a fora, uma verdadeira ferida exposta.

10. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Graziela A. N.; LOUREIRO, Sonia R.; SANTOS, José E. - **A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana.** Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. htpp://www.scielo.br/pdf/prc/v15n2/14352.pdf acesso em 03/07/2006

- APOLINÁRIO, José; FANDIÑO, Julia – Avaliação psiquiátrica da cirurgia bariátrica. In: _____ NUNES, M. A. (ET Al.) – **Transtornos alimentares e obesidade.** 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

- ARAUJO, Márcio Flávio Moura de; BESERRA, Eveline Pinheiro; CHAVES, Emilia Soares. - **O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil:** um aspecto para a investigação de enfermagem. **Acta paul. enferm.** , São Paulo, v. 19, n. 4, 2006.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 Jun 2008.
doi: 10.1590/S0103-21002006000400014

- ASSUMPÇÃO JR. – Prefácio. In: _____ BUSSE, Salvador de Rosis - **Anorexia, bulimia e obesidade.** (Org.) - Barueri, SP: Manole, 2004.

- BALABAN, G.; SILVA, G.A.P. - **Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil.** Jornal de Pediatria. Vol. 80, nº. 1, Rio de Janeiro, 2004. http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-01-07/port.pdf acesso em: 05/06/2008

- BEAR, Mark F. et al.- **Neurociências; desvendando o sistema nervoso**. 3 ed. Porto Alegre, Artmed:2008.

- BERGER, J. – **Modos de ver.** 2ª Ed., Barcelona, Ed. Gustavo Gili, 2000.

- BOAS; F. – apud RODRIGUES, J. C. – Os corpos na Antropologia. In: _____ **Olhares do corpo.** Org. THEML, Neyde; BUSTAMANTE, Regina M. da C.; LESSA, Fábio de S. – Rio de Janeiro, MAUAD, 2003.

- BOHADANA, Estrella - **Mito e imagem:** o corpo e a palavra. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro: 1990.

- BOURRE, Jean-Marie – **Comida inteligente.** A dietética do cérebro. Lisboa, 1ª edição, Ciência aberta. Gradiva, 1993.

- BRABANT, Georges P. – **Chaves da Psicanálise.** 4ª Ed., Rio de Janeiro, Zahar:1984

- CAMPOS, Luiz F. de L. - **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia.** 3ª edição, Campinas, SP.: Ed. Alínea, 2004.

- CAPISANO, H. F. – Imagem corporal. In: _____ **Psicossomática hoje.** MELLO Fº., Julio de – Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre [ET AL.]. - **Saber preparar uma pesquisa.** São Paulo: Hucitec; Rio de janeiro: Abrasco,1999.

- DECASTER, A. J.; GRANIER-DEFERRE, C.; SCHAAL, B. – *Les prémices foetales de la cognition.* Cap. 4. In _____ ***Le développement du nourrisson.*** Sous la direction de ROGER LÉCUYER, Paris: Dunod, 2004.

- DIXON, John B.; DIXON, Maureen E.; O'BRIEN, Paul E. - ***Depression in Association With Severe Obesity: Changes With Weight Loss.*** *Arch Intern Med*. 2003;163(17):2058-2065.

- DOBROW, Ilyse J, KAMENETZ, Claudia; DEVLIN, Michael J. **Aspectos psiquiátricos da obesidade**. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Dec. 2002, vol.24 suppl.3, p.63-67. ISSN 1516-4446.

- DSM-IV-TR™ – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Trad. Cláudia Dornelles; - 4ª Ed. Ver. – Porto Alegre, Artmed: 2002.

- DUCHESNE, Monica , MATTOS, Paulo , FONTENELLE, Leonardo F ET AL. **Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura.** Rev. Bras. Psiquiatr., June 2004, vol.26, no.2, p.107-117. ISSN 1516-4446.

- ECO, Umberto - **História da beleza.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

- ELL, E.; CAMACHO, L. A. B.; CHOR, D. - ***Anthropometric profile of employees from a government bank in the State of Rio de Janeiro, Brazil I: body mass index and sociodemographic factors***. Cad. Saúde Pública, Jan./Mar. 1999, vol.15, no.1, p.113-122. ISSN 0102-311X.

- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda - **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** 2ª edição, Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1986.

- FLECK, M. P. A. ET AL - **Diretrizes para o tratamento da depressão.** Rev Bras Psiquiatr 2003;25(2):114-22
http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n2/v25n02a13.pdf Acesso em 30/07/2007

- FONSECA, V. – Uma Abordagem Neuropsicológica do Esquema corporal, In: _____ **Imagem e esquema corporal –** Org. THOMPSON, R.; FERREIRA, C. , São Paulo, Lovise, 2002.

- FREITAS, S. – Curso e prognóstico dos transtornos alimentares – In: _____ NUNES, M. A. (ET Al.) – **Transtornos alimentares e obesidade.** 2ª ed., Porto Alegre: Artmed,2006.

- FREUD, S. - Obras Completas. Rio de Janeiro, Imago: 1972, 24 vols. In: _____ (1905) **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.** Vol. VII

- GOLDENBERG, Mirian – O corpo como valor. In: _____ **Olhares do corpo.** Org. THEML, Neyde; BUSTAMANTE, Regina M. da C.; LESSA, Fábio de S. – Rio de Janeiro, MAUAD, 2003.

- _____ **De perto ninguém é normal.** Estudos sobre corpo, sexualidade, gênero e desvio na cultura brasileira. Rio de Janeiro, Record:2004.

- GOLEMAN, Daniel – **Inteligência social: o poder das relações humanas.** Rio de janeiro: Elsevier, 2006.

- GORESTEIN,C.; ANDRADE, L. - **Inventário de depressão de Beck**: propriedades psicométricas da versão em português. Ver. Psiq. Clin. 25 (5) Edição Especial: 245-250 1998. http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255b.htm Acesso em: 23/05/2007

- HALFORD, Jason C. – Psicobiologia do apetite: a regulação episódica do comportamento alimentar. In: _____ NUNES, M. A. (ET Al.) – **Transtornos alimentares e obesidade.** 2ª ed., Porto Alegre: Artmed,2006.

- HALPERN, Zuleika S. C.; RODRIGUES, Mariana Del Bosco; COSTA, Roberto Fernandes da. - **Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite**. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 Abr 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0101-60832004000400002

- ISKANDAR; J. I. – **Normas da ABNT.** Comentários para trabalhos científicos. 3ed.; Curitiba: Juruá, 2008.

- JOFFILY, S. B. e AZEVEDO, P. W. (2007) O Sonho e a Cognição. In_____ **SONO Medicina do Sono: Neurociências, Evoluções e Desafios**. Ed. Rubens Reimão. São Paulo: Associação Paulista de Medicina APM. 85-99640-01-1

- LAMBERT, K; KINSLEY, C. H. – **Neurociência Clínica.** As bases biológicas da saúde mental. Porto Alegre, Artmed: 2006.

- LE BRETON, D. – **A sociologia do corpo.** 2. Ed. Petrópolis, RJ, Vozes: 2007

- LEDOUX, Joseph - **O cérebro emocional.** Os misteriosos alicerces da vida emocional. 3ª ed., Rio de Janeiro, Objetiva, 1988.

- LEVIN, Barry E. - ***The Obesity Epidemic: Metabolic Imprinting on Genetically Susceptible Neural Circuits.*** OBESITY RESEARCH Vol. 8 No. 4 July 2000.

- LEVIN, Esteban - **A clínica psicomotora:** o corpo na linguagem. Petrópolis, RJ. Vozes: 1995.

- LÉVI-STRAUSS, Claude - **As estruturas elementares do parentesco.** Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis, Vozes, 1982.

- LIMA, Maurício Silva de - **Epidemiologia e impacto social.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.21 s.1 SãoPaulo May 1999. Disponível em HTTP://www.scielo.br/scielo.phd?pid=S1516-44461999000500002&script+sci arttextlng=em acesso em 30/07/2007

- LINNE, V.; BARKELING, B.; ROSSNER, S.; ROOTH, P. - ***Vision and eating behavior.*** North Amer Assoc Study Obesity, 8630 Fenton St, Suite 918, Silver Spring, Md 20910 Usa, Ids Number: 522hh Issn: 1071-7323 Source: OBESITY RESEARCH Volume: 10 Issue: 2 Pages: 92-95 Published: FEB 2002

- MACHADO, R.; FERREIRA, C. A. de Mattos – Um estudo da imagem corporal sob a ótica da consciência e do inconsciente. In: _____ **Imagem e esquema corporal.** Thompson, R.; Ferreira. C. A. d M. Organizadores. São Paulo, Lovise: 2002.

- MACLEAN – apud LEDOUX, Joseph - **O cérebro emocional.** Os misteriosos alicerces da vida emocional. 3ª ed., Rio de Janeiro, Objetiva, 1988.

- MAHAM, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia – **Krause alimentos, nutrição & dietoterapia.** 10. Ed. São Paulo, Roca: 2002.

- MANN, Peter H. – **Métodos de investigação sociológica.** 4ª Ed. Rio de Janeiro, Zahar: 1979.

- MELLO Fº., Julio de – **Psicossomática hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

-MERLEAU-PONTY, M.- **Fenomenologia da percepção.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

- MORAES, D.; FONTES, B.; MORGAN, C – Transtornos alimentares em crianças e adolescentes. In _____ NUNES, M. A. (ET Al.) – **Transtornos alimentares e obesidade.** 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

- MOSCOVICI, Fela – **Desenvolvimento interpessoal.** 3ª. ed. – Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora A.A., 1985.

- NAKAMURA, Eunice – Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: _____ **Anorexia, bulimia e obesidade.** Org. - BUSSE, Salvador de Rosis – Barueri, SP: Manole, 2004.

- NOVAES, Joana de V. – **O intolerável peso da feiúra.** Sobre as mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro, Ed. PUC - Rio, Garamond: 2006.

- POLLY, Vânia – O corpo como figurino. In: _____ **Olhares do corpo.** Org. THEML, Neyde; BUSTAMANTE, Regina M. da C.; LESSA, Fábio de S. – Rio de Janeiro, MAUAD, 2003.

- PROUST, Joëlle – Apresentação in ***Percepção et Intermodalité.*** Approches actuelles de La question de Molyneux. Paris, Presses Universitaires de France: 1997.

- PUGLIA, Carlos R. **Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida.** Rev. Assoc. Med. Bras., Apr. /Jan. 2004, vol.50, no.2, p.118-118. ISSN 0104-4230.http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20761.pdf acesso em agosto, 2008

- QUEIROZ; M.: **Sexualidade feminina: Abordagem neuropsicológica cognitiva das relações entre o corpo sexual e a mente erótica.** Dissertação. Laboratório de Cognição e Linguagem – CCH – UENF - Campos dos Goytacazes: 2005.

- RODRIGUES, J. C. – Os corpos na Antropologia. In: _____ **Olhares do corpo.** Org. THEML, Neyde; BUSTAMANTE, Regina M. da C.; LESSA, Fábio de S. – Rio de Janeiro, MAUAD, 2003.

- _____. **Tabu do corpo**. 7 ed., Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

- RODRIGUES, M. D. B.; HALPERN, Z. – Obesidade infantil. In: _____ NUNES, M. A. (ET Al.) – **Transtornos alimentares e obesidade.** 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

- RUDIO, Franz Victor – **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** Ed. Vozes, Petrópolis, 1986.

- SACKS, Oliver - **O olho da mente.** O que os cegos vêem? Revista mente cérebro, Ano XV, nº 176 – Duetto: 2007.

- SCHILDER, Paul – **A imagem do corpo.** As energias construtivas da psique. São Paulo, 3ª edição, Martins Fontes:1999.

- SCIAMA, Yves. ***L indifférent à La douler.*** La Richerche: 410, julho-agosto/2007. Pág. 62-62.

- SOUZA, R. A. G.; SICHIERI, R. – Epidemiologia da obesidade. In: _____ NUNES, M. A. (ET Al.) – **Transtornos alimentares e obesidade.** 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

- STENZEL, Lucia Marques – A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: _____ **Transtornos alimentares e obesidade.** Org. NUNES, M. A. (ET Al.) –2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

- STUNKARD; Albert J.; FAITH; Myles S. and ALLISON; Kelly C. - Mood disorders and medical illness. ***Depression and obesity*** [a] Weight and Eating Disorders Program, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania, USA Received 25 November 2002; revised 17 March 2003; accepted 6 June 2003. ; Available online 25 July 2003. doi:10.1016/S0006-3223(03)00608-5

- SWAMI, VIREN, and MARTIN J. TOVEE. ***"Does hunger influence judgments of female physical attractiveness?"*** British Journal of Psychology. 97.3 (August 2006): 353(11). Academic OneFile. Gale. CAPES. 12 June 2008 <http://find.galegroup.com/itx/infomark.do?&contentSet=IAC-Documents&type=retrieve&tabID=T002&prodId=AONE&docId=A151090999&source=gale&srcprod=AONE&userGroupName=capes71&version=1.0>.

- TAYLOR; T. A pré-história do sexo. Quatro milhões de anos de cultura sexual. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

- TEIXEIRA, M. A. R.; HASHIMOTO, F. – **Da melancolia à depressão: genialidade versus loucura.** http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/21_Marco_Antonio_Rotta_Teixeira.pdf Acesso em 31/07/2007

- THEML, Neyde; BUSTAMANTE, Regina M. da C.; LESSA, Fábio de S. – Organizadores – **Olhares do corpo.** Rio de Janeiro, MAUAD, 2003.

- VERGARA, Sylvia C. - **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

- VILHENA, J.; NOVAES, J. V. & ROCHA. L (2008) - **Comendo, comendo e não se satisfazendo – apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao**

corpo na sociedade contemporânea. Revista Mal- estar e subjetividade. Vol. VIII. N. 2 Fortaleza UNIFOR. Pp 379-406http://www.unifor.br/notitia/file/2165.pdf

- WATERLAND, Robert A.; GARZA, Cutberto – ***Potential mechanisms of metabólic imprinting that lead to chronic disease.*** The American Journal of Clinical Nutrition 1999: 69-179. Acesso em outubro de 2008.

- WEIL, P. & TOMPAKOW, R. - **O corpo fala:** a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. Petrópolis: Editora Vozes, 1983.

- WOLF, Francis – Por trás do espetáculo: o poder das imagens. In: _____ **Muito além do espetáculo.** Org. Adauto Novaes. Ed. Senac, São Paulo, 2005.

- WOLFE, B. L.; TERRY, M. L. – ***Expectations and Outcomes with Gastric Bypass Surgery***. Obesity Surgery, vol. 16, n12, p. 1622-1629, 2006

- ZUKERFELD: 1992 apud STENZEL, L. M. – A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: _____ **Transtornos alimentares e obesidade.** Org. NUNES, M. A. (ET Al.) –2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

- ZWAAN ET AL – ***Characteristics of Morbidly Obese Before Gastric Bypass Surgery.*** Comprehensive Psychiatry, vol. 44, no. 5 (September/October) 2003.

APÊNDICE

Diário de um projeto:
Em mim, de mim, por mim...
Para vocês!

09/01/2007, 3ªf.

Vim para o hospital aproximadamente 14h30min me internar para fazer a cirurgia amanhã. Determinada e razoavelmente tranqüila. O Xico veio me trazer. Ainda na portaria dando entrada no hospital, uma moça gordinha muito bonita me perguntou se eu ia fazer a cirurgia. Disse que sim e ela sorriu e contou que era tranqüilo. Ela já tinha feito há 45 dias e já tinha perdido 17 Kg. Perguntei sobre o 1º. mês e ela disse que foi tranqüilo também, que era só seguir direitinho a orientação da alimentação e que, ela não tinha tido nenhuma complicação. Ela parecia muito feliz e satisfeita.

Trouxeram-me até o quarto. Um quarto obviamente preparado para acomodar pesos pesados, começando pela porta larga que se abre em duas bandeiras. Exceto pela cama, que tem um suporte por cima com uma alça, nem parece um quarto de hospital. É agradável, levemente decorado e confortável. O banheiro, que surpresa! Um banheiro normal confortável, mas com uma tábua no vaso sanitário especial, feita de aço escovado com quarto pés que se apóiam no chão. Para suportar grandes pesos sem acidentes, imagino eu.

Não demorou muito e uma enfermeira apareceu e perguntou se eu ia tomar banho e trocar de roupa. Eu já estava de banho tomado e perguntei se não podia ficar de roupa. Ela meio sem jeito disse que tinha que colocar o soro em mim e que talvez eu fosse me sentir melhor não tendo que trocar de roupa depois. Então lá fui eu...

Colocaram-me o soro e avisaram que a partir daquele momento eu estava de dieta de líquidos claros. Não podia nenhum líquido escuro. Nesse momento confirmei minha hipótese de que internam o gordo um dia antes para ter certeza da dieta.

Eu não tomei mais nada então. Quer dizer, empurrei uma rala sopa de batata que me trouxeram de jantar.

Minha mãe chegou e o Xico foi buscar as crianças na escola, dar o jantar e levar para casa dos padrinhos onde iam dormir naquela noite para ele poder ficar comigo no hospital.

Com o soro na mão direita começou o incômodo. Para ir ao banheiro tinha que ir empurrando o suporte de ferro e mexer com cuidado a mão. E para dormir também, pois durmo com o braço sob o travesseiro.

Mais tarde, à noite senti fome, porém, sem desesperos. Na TV a notícia do acidente numa cidade vizinha e as enchentes... E assim foi minha 1ª noite no hospital.

10-01-07, 4ªf.

Dormi razoavelmente bem. A expectativa da cirurgia aumentou. Mas eu continuava ali determinada. Fui tomar meu banho e vestir o camisolão de ir para o centro cirúrgico, conforme a orientação da enfermeira. Depois fiquei esperando o anestesista passar no quarto e alguém vir me buscar.

Chegou à ansiedade. As horas foram passando e nada. A ansiedade aumentando e com ela, certa aflição. O Xico que queria ficar ali até eu ir para o centro cirúrgico (para se despedir diante de um risco eu imaginei) foi buscar as crianças e minha mãe chegou para ficar comigo. A ansiedade tomou outra proporção e a demora começou a angustiar... Passavam das 11horas quando vieram me buscar e colocaram no meu braço uma pulseira plástica escrito: cirurgia Bariátrica e o nome do meu médico cirurgião.

Na ante-sala do centro cirúrgico tiraram meu chinelo e me calçaram pantufas de tecido. Minha mãe me beijou e me desejou boa sorte dizendo que desejava que corresse tudo da melhor forma. Minha garganta apertou, meus olhos se encheram de água e entrei. Aqui começa um capítulo a parte dessa história.

O centro cirúrgico é um corredor muito largo e comprido, onde várias portas dão acesso para várias salas de cirurgia. É também muito movimentado com várias pessoas falando e transitando por ali. Fui para uma das últimas salas com aquela sensação de que naquele percurso eu deixava de ter uma identidade para me transformar em mais uma.

Mandaram eu me deitar na mesa (ou maca?) estreita, desabotoando atrás minha camisola e tirando-a. Deixaram-na sobre mim como se fosse um lençol. Boa técnica para não constranger completamente o paciente de ficar nu desde o início, onde nos sentimos verdadeiramente um pedaço de carne! (pensei eu com meus botões! Mas que botões?)

Amarraram um dos meus braços e uma das pernas. E aquela mesa dura sob meu corpo... Comecei a sentir medo. Conversei com a enfermeira sobre a filmagem da cirurgia, que eu queria uma cópia e ela me explicou algumas coisas. Indaguei do anestesista que não tinha ido ao meu quarto e ela falou que ele já estava chegando e iria conversar comigo. Então só me restou esperar e aproveitei para observar antes que meu medo virasse pânico.

As enfermeiras (umas quatro ou cinco) conversavam normalmente sobre suas vidas e trabalho. Escutei uma perguntando a outra:

- Fulana, você melhorou?

- Ah! Ainda sinto o corpo meio mole, mas estou melhor.

Então pensei comigo: Meu Deus ela está doente e está aqui! E se contagia a pessoa que vai operar? Bem, eu com meus pensamentos e elas com a conversa delas. Assim passei a observar o ambiente, ouvindo as conversas, risadas e diferentes vozes das pessoas, alheias a quem estava ali. Eu.

Já estava bastante nervosa quando o anestesista chegou, mas nem posso dizer se ele demorou ou se a minha percepção de inúmeras coisas, que nem sinto vontade de escrever, passaram como relâmpagos na velocidade de meus pensamentos. Ele se apresentou me fez algumas perguntas, tentou ser simpático e eu, tentando manter a calma. Por fim, foram chegando algumas pessoas, e escutei alguém apresentar para o anestesista uma aluna que tinha vindo assistir a cirurgia. Olhei para ela que perguntou qual a melhor posição para acompanhar o vídeo. Enquanto isso a movimentação ao meu redor foi aumentando. O anestesista colocou em mim uma máscara pedindo que eu respirasse fundo. Não conseguia respirar direito e ele falou: mas aí está com oxigênio, pode respirar! E então ouvi alguém dizer: Boa tarde professor! Não consegui ver se era o meu médico que tinha chegado...

- Hegle! Hegle! Acorda! Sua cirurgia acabou!

Senti baterem no meu ombro e novamente ouvi:

- Acorda! Você já foi operada. Correu tudo bem!

Achei que era a voz do anestesista, e reclamei de dor. Imagino que tenham me dado algum remédio então... Fiquei escutando uma conversa, mas não conseguia reagir. Cheguei a

responder uma pergunta, que não sei qual foi, com a palavra Guarapari. Acho que estavam falando de praia.

Aos poucos fui acordando e percebendo o ambiente. Uma enfermeira se aproximou e me explicou que eu estava na sala de recuperação para aguardar minha melhora, para que eu pudesse ir para o quarto andando. Eu já sabia que seria assim e fiquei fazendo força para me manter acordada. Então, comecei a ouvir lamentos e gemidos de outros pacientes que também estavam ali. Uma mulher na maca ao lado gemia e chamava a enfermeira que nunca vinha. Fiquei aflita e queria gritar, mas não conseguia. Escutava a conversa das pessoas e percebia a enfermeira passando para lá e para cá sem ouvir o chamado da mulher. Levantei o meu braço e fiquei tentando chamar sua atenção, até que ela veio me atender. Eu só consegui apontar para a mulher ao lado. Então ela conversou com a mulher que tinha operado hérnia de disco.

Depois de algum tempo outra maca foi colocada ao meu lado. Era um homem negro adormecido. Eles tentavam acordá-lo da mesma forma que fizeram comigo, mas o homem não acordava. Então toda hora alguém chamava o homem pelo nome. Ele mal abria os olhos e novamente dormia. De repente, um de seus braços escapuliu da maca e eu gritei levantando os braços, achando que bateria na minha barriga. Mas foi só um susto. A enfermeira veio me perguntar o que aconteceu. Expliquei o meu susto e ela afastou a maca dele um pouquinho de perto de mim. Comecei a perguntar quando eu iria para o quarto e ela só me respondia: Daqui a pouco. Não tenho noção de quantas horas fiquei ali. Imagino que em torno de quatro horas. É um lugar pavoroso!

Finalmente chegou minha hora de ir para o quarto e a enfermeira baixinha e franzina me deu o braço para me ajudar a levantar da maca. Tive receio de aceitar e ela garantiu: pode levantar. Ajudou-me a colocar o quimono e junto com um rapaz, foram me ajudando pelo corredor (com soro, dreno e muita dor), até que, aproximando do meu quarto, avistei na porta minha mãe e meu tio, sorridentes.

Sentei na cadeira confortável que havia no quarto sentindo muita dor. Junto com tanta dor veio o medo. Um grande medo. Toda hora tinha que me esforçar e levantar com ajuda e sentindo muita dor, para ir ao banheiro. Numa total dependência, precisava de ajuda para me sentar no vaso, ajeitar a posição do suporte do soro, o recipiente do dreno para o

qual eu evitava olhar. Precisava de ajuda até para me enxugar, pois com a barriga muito inchada e as dores, não conseguia sequer me enxugar. E novamente ajuda para levantar e sentar... Nesse meio tempo recebi a visita de um fisioterapeuta e percebi que eu estava com medo de respirar por conta da dor. Dei-me conta da importância real desse profissional nesse momento. Recebi flores: um bonito vaso com Amarílis vermelhas estava no meu quarto, mas eu não tinha nem ânimo para ler o cartão...

E assim foi pela noite afora mesmo depois que o Xico chegou para passar a noite comigo. Passei a noite sentada na cadeira que reclinava, pois além de não conseguir ficar deitada, toda hora tinha que ir ao banheiro. Não dormi e não deixei o Xico dormir. Sentia dor e medo. Muito medo! Foi uma verdadeira agonia. Um dia no inferno.

11-01-2007, 5ªf.

Não consegui dormir a noite inteira. Sentia muita dor e medo. Medo de ter alguma complicação, medo da dor, medo da dependência, e no fundo um medo de não ser mais como era. Estava também muito assustada com a intensidade da dor que eu não esperava. Afinal dois anos atrás fiz uma cirurgia de vesícula por vídeo e não doía daquela forma. O dreno, grosso que terminava num recipiente plástico sanfonado e que tinha uma cordinha para que eu pudesse carregá-lo, era no hospital chamado de cachorrinho. E esse "cachorrinho" me deixava aflita, pois da região que ele estava vinha à dor mais intensa. E toda hora, com tanto soro que tomava, eu tinha que me levantar da cadeira e com ajuda ir ao banheiro. Tomei banho feito uma estátua, aliás, me deram banho.

Não demorou passou o médico residente. Perguntou-me como eu estava e eu falei. Falei inclusive do medo. E ele me perguntou: Medo de quê? De a sua cirurgia ter sido um sucesso? Tolice minha imaginar que ele, endurecido pela habituação do cotidiano hospitalar, pudesse dar importância a esse sentimento tão subjetivo que me afligia. No entanto foi bom saber que minha cirurgia tinha sido um sucesso. Quase uma hora depois novamente recebi a visita dos médicos residentes acompanhados do meu cirurgião. O primeiro médico que me visitou, relatou em segundos para ele as minhas condições, enquanto ele me observava. Ele

recomendou que eu me movimentasse bastante, caminhasse e como num "flash", retiram-se do quarto.

Fui tentar andar no corredor e 10 passos parecia um imenso sacrifício. Cada vez que meu pé esquerdo se firmava no chão, a dor aguda no lado esquerdo da barriga aumentava. Voltei pro quarto então. Depois novamente tentei e tentei... Continuei com dor, medo e aflição. Muita aflição. Expressei isso. O Xico se sentou na escadinha a minha frente e ficou passando as mãos nos meus pés. Isso me acalmou um pouco. Minha mãe chegou e ele foi ver as crianças. Minha mãe também me fez massagem nos pés.

No hospital percebi a grande movimentação por conta da enchente que já estava quase chegando ao hospital. Os funcionários corriam de um lado para o outro transferindo a rouparia e outros, para o andar de cima. Escutei conversas pela janela e vi as notícias na TV. "O rio vai subir mais". Minha aflição também foi aumentando.

A nutricionista passou no quarto e me avisou que a partir das 12hs, eu deveria começar a ingerir líquidos. Três colheres de água ou água de coco ou refresco. A fisioterapeuta também passou e fez comigo os exercícios, que me estimularam um pouco. A psicóloga, quando chegou, eu estava no banheiro e ela saiu. Pensei que fosse voltar mais tarde, mas não voltou. Mas o rio subiu e os arredores do hospital inundaram. A expectativa era de que a água pudesse entrar no interior do hospital, pois já estava nos pátios. Minha aflição, agora acompanhada de muita preocupação com as crianças, a possibilidade de faltar água na cidade por causa da contaminação do rio, e a minha total impotência, acompanhada da dor e do medo, não me largava.

Para completar esse quadro, nem quero escrever, mas aconteceu uma discussão entre o Xico e minha mãe, que me tirou o chão. Eu tive que gritar com os dois para que parassem de gritar para mim, as acusações e ressentimentos que sentiam um pelo outro. Depois ambos me pediram desculpas. Fiquei profundamente triste e magoada com o desrespeito que tiveram por mim. Chorei muito, aumentou minha dor, minha aflição... Fiquei bastante decepcionada, principalmente com o Xico dessa vez. Com a minha mãe as decepções já são antigas e menos inesperadas. Senti-me só, mais só do que nunca. E o medo aumentou...

Entre tantos pensamentos conturbados cheguei a pensar com verdadeira agonia se, com tudo isso que sinto, ainda vou querer estudar obesidade e etc., tema que escolhi para

minha pesquisa. Ao mesmo tempo num lampejo de lucidez, tentei afastar esse pensamento, pois no momento eu era paciente e não pesquisadora.

Comecei a ingerir os líquidos. Tive receio de sentir dor, mas não doeu. Casualmente pelo corredor eu encontrava a mulher que tinha feito a cirurgia um dia antes de mim. Ela andava bastante e tentava me animar com os gestos das mãos. Não podíamos conversar por conta dos gases.

A noite foi terrível. Não conseguia dormir direito apesar de ter tomado remédio para isso, e tinha que chamar o Xico toda hora para me levantar e ir ao banheiro.

12-01-07, 6ªf.

Tive pesadelos, mas não sei mais descrevê-los. E sonhei que o Xico e minha mãe tinham feito às pazes. Mas foi apenas um sonho.

Sentia muita dor, enjôo e dor de cabeça forte. Recebi as visitas dos médicos em ritmo de flashes. Disseram que eu estava muito bem e talvez tivesse alta no dia seguinte.

Perguntei à enfermeira pela psicóloga. Ela me disse então que a psicóloga não tinha vindo ao hospital, pois estava ilhada pela enchente. Mas como eu queria encontrar com ela nesse dia!

Tive que ser transferida de quarto para o 3º andar por conta da enchente. A ala em que eu estava teve que ser fechada por medida de economia de água, devido às enchentes. Antes de subir cortaram a longa extensão do meu dreno horroroso, deixando só um pedaço de uns 7 centímetros. No outro quarto que não era tão confortável como o anterior, passei mais esse dia. Tive que tomar remédio para pressão. No almoço me trouxeram uma sopa. Sopa? Credo! Era uma água em que tinham cozinhado legumes refogados no alho. Fiz descer as três colheradas, mas nem quis mais ouvir falar naquilo.

Neste dia, apesar dos enfermeiros da ala que eu estava anteriormente terem subido junto comigo e com a outra paciente (eles eram ótimos!), houve um momento em que fui atendida por outra enfermeira, da nova ala, e os procedimentos dela já me despertaram críticas e aguçaram minha percepção sobre o hospital, os funcionários, as equipes e etc. Portanto comecei a desejar a alta. Mas esse pensamento, que tinha a perspectiva de se

realizar me trazia felicidade e ao mesmo tempo, esta se perdia numa grande angústia. Sentia receio de como seria voltar para casa, se eu ia melhorar, como seriam minhas relações, como nós seriamos daqui para frente.

À noite recebi a visita da outra paciente que estava no quarto ao lado, junto com seu marido. Ela estava chorosa e queria saber se minha urina estava normal e se eu estava com as pernas inchadas. Respondi que não e ela me mostrou sua pernas que estavam muito inchadas e disse-me que sua urina estava vermelha, que tinha colhido para fazerem exames. Também estava com muita dor. Percebi então que dentre os males que a acometiam, eu estava bem melhor. Fiquei preocupada com ela na cadeira desconfortável que tinha nesses quartos para onde fomos transferidas. Eu estava com a cadeira confortável porque solicitei que trouxessem do andar de baixo que estava desocupado. E mais uma longa noite se passou. Eu sentia muito enjôo e dor de cabeça.

13-01-07, sáb.

Acordei ainda com muita dor de cabeça. Fiquei feliz porque o enfermeiro tirou meu soro definitivamente, quando lhe pedi para fechá-lo um pouco, para que eu pudesse tomar meu banho. O médico residente veio me ver e apesar das minhas queixas de dor e enjôo, disse que eu teria alta. Depois veio o meu médico cirurgião. Perguntou onde eu morava e ao responder que era da cidade mesmo, mandou o residente tirar o meu dreno. E me derem alta para assim que o dreno fosse retirado, com a recomendação, de que a qualquer hora do dia ou da noite que eu tivesse qualquer alteração eu deveria vir imediatamente para a emergência integrada do hospital. Só então eu soube que na verdade eu estava com dois drenos. Um permaneceria mais uns dias, mas era molinho. Amém.

Passei minha cadeira para minha vizinha de quarto e soube que ela também estava de alta, porém como sua casa tinha sido invadida pela enchente ela ficaria mais um dia para que fosse limpa. Pediu meu telefone e me deu o dela.

Fui para casa ainda com enjôo e dor de cabeça. Ainda muito dependente também. Xico me ajudou com banho e curativo, para sentar e levantar. Recebi a visita do meu tio e de

minha mãe. As crianças alvoroçadas se aproximavam de mim, mas toda hora eu tinha que explicar e pedir que não pulassem em mim.

Mais tarde eu já estava sem posição e com muita dor. O Xico foi ver o preço de uma poltrona do tipo dessas do "papai", como a do hospital, para saber o preço. Era muito cara. Minha mãe tinha uma e não agüentando de dor, liguei para ela chorando para saber se a oferta dela de me emprestar a cadeira dela ainda estava de pé. Sem poder contar com o Xico para buscar, eu não sabia como fazer. Ela me pediu para esperar um pouco que ela ia ver se conseguia resolver. Mais tarde a noite, de baixo de uma chuvarada louca, ela chegou com um carro emprestado e com a cadeira dentro. Então o Xico deve ter ajudado a tirar do carro e trazer para dentro, mas não sei como foi o contato deles lá fora. Ainda naquela noite ela viajou para a casa dela na praia como já tinha planejado. Tomei o remédio para dormir...

14/01/07, dom.

Não dormi muito bem, porém acordei de um sonho surpreendente. Já não me lembro de todos os detalhes, mas sonhei que eu pegava uma barra dessas de tabletinhos de doce de leite que vende em supermercado, e a mordia inteira sem nem mesmo ir tirando os tabletinhos. Ao meu lado uma pessoa também se deleitava com chocolate, mas não lembro quem era essa pessoa. Via com nitidez a cor do doce, sentia sua textura e sabor. Deliciava-me com ele. Acordei com a boca cheia de água.

Passei horas pensando no hospital e nas coisas que vivenciei lá. Pensei nos aspectos de humanização que o hospital tenta inserir, mas também em uma lacuna que me aflige desde que trabalhei ali. Pensando nisso, pensei num futuro projeto para depois do mestrado.

Estou muito emotiva. Extra-emotiva eu diria! Músicas me fazem chorar, observo quem cuida de mim, o movimento na casa, etc. Minha orientadora do mestrado ligou para saber notícias. Mas não estou atendendo ao telefone para não falar muito, pois, provoca gases e dói.

No fim do dia eu sentia muita vontade de comer. Vi meus filhos com um pacote de batata huffles. Normalmente não é um alimento que eu goste muito. Mas nesse dia eu vi, me lembrei de seu sabor e desejei. Depois na TV passou a propaganda de presunto, daquela

marca famosa. A imagem mostrava uma cor bonita, a textura e umidade. Imediatamente me recordei de seu sabor, geladinho em minha boca... Salivei. Senti muita vontade de comer, mas sabia que não podia. Fiquei preocupada com isso.

15/01/07, 2ªf.

Dormi melhor com uma dosagem maior do remédio. Acordei bem melhor. Sonhei que tinha comido além do que podia e que tinha passado mal por isso.

Minha alimentação é 30 ml de água, água de coco, chá, suco ou sopa peneirada, de 15 em 15 minutos.

Várias vezes no dia senti vontade de comer ou fome, sei lá! Comecei a observar isso e tentar identificar o que era fome e o que era vontade de comer. Que dúvida cruel! É muito difícil fazer essa distinção! Mas fiquei atenta e percebi que a visão da mesa posta para minha família, por exemplo, me aguçava a vontade de comer. E que o alimento de sal era o que me satisfazia mais nesses momentos. Os de sal também me proporcionavam uma sensação melhor de bem estar. Continuei pensando nisso. E me lembrei do meu projeto inicial onde tento sugerir a força da memória nos transtornos alimentares.

16/01/2007, 3ªf.

Resolvi escrever um e-mail para minha orientadora, que se segue:

"Sylvia,
Tudo bem com você?
Soube que ligou para saber de mim e me sinto feliz com sua atenção e carinho.
Estou parcialmente de volta à internet. Ainda não agüento ficar muito tempo nessa posição. Dói.
Graças a Deus correu tudo bem, aliás, maravilhosamente bem, segundo o parecer dos médicos que disseram que minha cirurgia foi um sucesso.
Mas eu, te confesso, acho que passei algum tempinho no inferno. Mas agora estou de volta a terra.
Estou evitando atender telefone ainda. Não estou podendo falar muito porque me encho de gases e sinto dor.
Mas queria te contar, lembra do meu projeto da seleção quando eu quero investigar a função da memória na manutenção de transtornos alimentares? Nossa! Agora mais ainda faz sentido para mim. Já sinto fome e as dosagens indicadas me satisfazem, mas a vontade

de comer outros alimentos é enorme. Ao ver um alimento imediatamente me remete ao sabor mnêmico que tenho dele e, mesmo sem fome desejo comê-lo. Estou sonhando que estou comendo determinados alimentos. E sonhando depois que estou passando mal e com dor após ter comido além do que podia. Isso em menos de uma semana de cirurgia. Ai que vontade de te contar tudo. Vou tentar registrar algumas coisas, mas nem tudo é possível porque não tenho ânimo ainda. A cabeça fica pesada, dá mal estar ler ou ficar olhando para o computador. Depois te escrevo mais.

Saudades de você Sylvia!
beijinhos
Hegle"

Recebi um telefonema da moça que operou um dia antes de mim. Ela estava toda chorosa e com muitas dores na região do umbigo. Falei com ela para ir para o hospital. Eu só sentia dor na região esquerda do abdome onde tinha ficado o dreno. Ela muito sem jeito me perguntou se eu já tinha ido ao banheiro e respondi que sim. Ela então me contou que não evacuava desde antes da internação, ou seja, aproximadamente 10 dias. Novamente, falei com ela para ir ao hospital, naquele mesmo dia.

Perguntei a ela se sentia fome e ela disse que sim. Ela ainda me fez várias perguntas sobre a nossa dieta e me informou que eu não podia dirigir, e me deu conselhos sobre os exercícios respiratórios. Enfim, dei graças a Deus de não estar com tantos problemas como ela.

19/ 01/2007, 5ªf.

(2ª semana) Hoje minha alimentação aumenta para 100ml de hora em hora e entra gelatina, iogurte natural e sopinha mais cremosa. Nesta etapa, ficarei por duas semanas.

Dormi muito mal essa noite. Rezei pela Nem, minha mãe preta — uma senhora que trabalhou a vida inteira para meus avôs. Em suas horas de folga cantava no coral da igreja, cantava e contava histórias para mim quando era criança na hora de dormir, depois também para meus sobrinhos, hoje adolescentes e até recentemente, para meus filhos. Ela está com câncer, e muito aflita com a dependência de seus familiares. Pedi a Deus e a Virgem Maria, Nossa Senhora, para quem ela cantou a vida inteira, que aliviasse seu sofrimento e a levasse para o céu que ela cultivou. Angustia-me saber que ela anseia tanto a minha presença que eu não posso oferecer.

Senti medo. De mortos e de vivos. Medo da vida e desse cotidiano cada vez mais louco que encontramos no mundo. Medo do futuro. Medo da solidão. Estava sozinha no quarto. O Xico dormia com as crianças em outro.

Quando consegui dormir tive pesadelos. Em síntese sonhei com a Nem doente e passando frio. E eu, no sonho, ansiosa, levava uma coberta para ela. Sonhei também com conflitos em família e com o meu mestrado. Ainda não consigo ler ou escrever e estou aflita com os prazos para cumprir.

Fui dar uma voltinha de carro com meu tio. Chorei muito com ele e falei de minhas aflições e angústias. Percebi meus pensamentos confusos, minha auto-estima rastejante...

Hoje em momento algum tive a percepção de saciedade com os alimentos que ingeri. A hora parece não passar. Mas não saí da linha. Apenas me invade a angústia, uma tristeza profunda diante de meus desejos ou fome sei lá! Continua a incógnita da fome e a vontade de comer. Mas hoje minha tendência foi identificar como fome, pois o aperto na barriga não me largou.

Já são 22h40min, vou tomar um remédio para conseguir dormir...

Um dia qualquer da 3ª semana...

Os dias vão passando e a cada dia, me sinto um pouco melhor das dores. Emocionalmente me sinto mal. Ontem liguei para o hospital para tentar marcar com a psicóloga, mas por ironia do destino ela tinha viajado.

Continuo precisando do remédio para dormir. Já tentei por duas noites dormir sem ele e não consegui. O remédio da pressão eu só usei por mais dois dias após a cirurgia e parei, com a indicação médica.

Ontem sonhei que estava comendo pizza. O interessante é que eu mesma me servia de meia fatia com tranqüilidade, sem pesos, culpa ou tristeza. Mas foi no sonho! Aqui na realidade, estou enjoada de sopas e gelatinas. Aliás, tomo tudo vagarosamente e finjo que tenho o que mastigar.

A outra paciente vizinha de quarto no hospital me ligou novamente me dando notícias e querendo notícias. Fiquei sabendo que no mesmo dia do telefonema anterior ela

tinha vindo ao hospital e que ficou internada por mais três dias. Já tinha também ficado entalada com gelatina, após colocar três colheres de sopa da mesma na boca, engolindo de uma só vez. Disse que foi horrível. Já emagreceu 12 k.

Fui à rua com o Xico ver o material escolar de nossos filhos. Tem hora que fico zonza, com as pernas bambas, louca para sentar.

Recebi a visita da Deise e chorei horrores...

26/01/2007

Fui ao hospital tirar os pontos e aproveitei para me pesar: menos 9k e 300g!

Ânimo menina!

4ª semana

Já não agüento mais ficar em casa, mas também nada direito consigo fazer. Quero dirigir, mas não posso. Estou à beira de um ataque de nervos. Nesta cidade, um calor horroroso e chuvas torrenciais. No jornal apenas notícias catastróficas a respeito do clima no mundo. Será o começo do fim? Penso no futuro, nos meus filhos e me sinto pior.

Ainda sinto dores na barriga no lado esquerdo, de acordo com os movimentos que faço.

Minha alimentação esta semana vai passar para o pastoso. Vou poder comer uma colher de suflê de legumes ou queijo, meio ovo cozido e 50ml de caldinho de feijão. Estou ansiosa com isso. Já estou abominando sopas!

Para retribuir os telefonemas que recebi da minha vizinha de quarto no hospital, liguei para saber notícias. Ela continua com dores e toda chorosa. Não é para menos! Perguntou-me em tom confidencial se eu estava arrependida da cirurgia. Percebi o quanto ela estava para baixo. Respondi com sinceridade que não e comecei um discurso para tentar reanimá-la. Falei do nosso prognóstico enquanto obesas, com uma possível diabetes, com problemas ortopédicos e de locomoção, com problemas cardiovasculares, etc. e encerrei, falando dos benefícios da cirurgia. Combinamos de nos reencontrar no hospital na nossa consulta de um mês que havia sido marcada para o mesmo dia e horário. Ela agradeceu muito por eu ter ligado e por fim, eu mesma me agradeci de ter ligado, pois tudo que falei para ela

fez bem também a mim. E novamente agradeci a Deus por estar tão bem! E a partir disso, de leve recomecei a pensar na minha pesquisa.

No dia seguinte escrevi um rascunho de e-mail para enviar para Sylvia, mas a internet não estava funcionando, assim como o meu humor que se altera de forma inexplicável. De repente me sinto sufocar de angústia e pensamentos negativos. Choro e fico sem saber o que fazer. Sinto dores de cabeça e muito desânimo.

O dia do suflê chegou e apesar da pouca ou nenhuma diferença na quantidade de comida já me senti mais feliz por ter uma nova textura. Mas prossegui intrigada me questionando sobre a fome e a vontade de comer. Procurei no meu livro de neurociência clínica uma parte, a única que de certa forma eu memorizei, talvez porque me fosse conveniente, que dizia assim:

"Com um estômago tão reduzido, os pacientes se sentem satisfeitos mais rapidamente e por mais tempo do que com seus estômagos anteriores." (p.396)
"Com o estômago menor, os pacientes dizem se sentir cheios após comerem uma refeição bastante pequena." (p.396)
"Evidências de estudos de caso sugerem que, após a cirurgia, pacientes com desvio não sentem mais desejos por alimentos com muita gordura, que eram tão procurados em suas vidas antes da cirurgia." (p.397)
(KINSLEY, LAMBERT, Neurociência Clínica, Artmed, 2006, quadro 13.2)

Portanto eu não esperava sentir fome ou vontade de comer. Pelo menos na minha fantasia foi isso que registrei. Claro que considero a questão comportamental! Identifico isso quando fica muito clara para mim, a vontade de comer as coisas a partir de um estímulo visual ou olfativo. No entanto, não tenho a percepção de que o alimento que eu comi foi o suficiente. Apenas uma vez senti isso em todos esses dias, e conto as horas nos intervalos ansiando a próxima refeição, principalmente à noite e do alimento de sal.

Tenho que pesquisar mais sobre a fome... Vai ser bom para mim e para minha pesquisa também. Aliás, agora me ocorreu que: se é fato, que o tamanho do estômago define a fome, e a fome, permanece nas pessoas que operaram, então, de fato a importância do comportamento e evidentemente, da cognição é muito grande. Se não, que aspectos da cognição predominam nos indivíduos que a sentem? Seria a memória?

08/02/2007, 5ª f.

Fui ao hospital para minha consulta de um mês e para passar pela equipe toda. Psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista e médica. Fui sozinha, pois sabia que ia demorar.

Logo de início o primeiro momento foi a pesagem. Emagreci um total de 12k e 700g. A funcionária que me pesou disse que estava muito bom. Mesmo assim insisti em perguntar se estava dentro do esperado e ela me disse que sim. Antes mesmo que eu descesse da balança na sala de pesagem, uma senhora já agitada tirava a roupa para pesar também. Ela estava de cinta, pois tinha feito a plástica do abdome. Achei interessante sua animação. Perguntei a ela qual das duas cirurgias tinham sido piores. Ela me respondeu que em relação à dor, a do estômago tinha sido pior, mas que a plástica era pior na recuperação, devido à grande necessidade de repouso. Satisfeita com a reposta saí dali.

O atendimento demorou bastante por conta de passar por toda a equipe, mas de início eu nem liguei. Tentava absorver ansiosamente os relatos das pessoas sobre suas expectativas e experiências. Meus pensamentos oscilavam ouvindo as falas como paciente e como pesquisadora.

Dos relatos que ouvi, minha principal conclusão foi de como eu estava bem, e do quanto tudo correu bem comigo. Neste dia tinha apenas um paciente em fase de pré-operatório e a maioria era de pós-operatório. Além de mim e da mulher que operou um dia antes de mim, tinha lá uma que conhecia de vista e que operou uns oito dias depois de mim. Esta já estava tendo algumas complicações. Com ela aproveitei para perguntar se teve dificuldades com a higiene após a cirurgia e ela com calma e naturalidade me disse que já tinha dificuldades antes da cirurgia, e que no hospital sua mãe havia ficado com ela, mas que mesmo assim não era a mesma coisa do que ter sua independência.

Além de nós três operadas há pouco tempo, toda hora apareciam outras pacientes, quase todas, mulheres, já com anos de operada e muito satisfeitas. Chamou-me atenção uma adolescente que fez a cirurgia com 16 anos e que está engordando aos poucos. Atualmente com 18 ou 19 anos, a garota parece saudável. A mãe comenta que ela não faz a dieta como mandam, come muito chocolate e há dois anos não retornava ao hospital porque não gosta da

médica. Com sutileza descobri que ela não gosta da médica, porque esta aponta para ela sem cerimônia que está engordando. A garota me contou isso com muita irritação. Por outro lado, sua mãe completa dizendo que ela não come arroz, carne e só gosta de saladas, hábito que surgiu após a cirurgia. Isso me fez pensar que tinha nesse meio outras questões. Outras pessoas, com astral nas alturas tentavam nos animar, contando de suas plásticas, dos médicos, etc. Outra moça de 23 anos já está na fase de fazer a plástica, toda entusiasmada.

Com a psicóloga contei como tinha vivenciado tudo aquilo, etc. Com a nutricionista veio à possibilidade de mastigar mais um pouco, pois ela indicou legumes cozidos em pedaços, frutas sem cascas e carnes moídas. Com a fisioterapeuta fui liberada e indicada para fazer musculação e com 60 dias uma avaliação de RPG. Fui liberada também para dirigir, mas recebi a sugestão de entrar de licença no emprego para não ficar viajando. Com a médica foi interessante. Fiquei minutos de paciente e... Comecei minha investigação. (risos) Esqueci-me até de falar coisas importantes porque minha cabeça foi parar na minha pesquisa e consegui já deixar o campo meio preparado para uma possibilidade de voltar minha pesquisa para os pacientes dali. Achei super interessante, ela ter me dito que "após o 2º mês eu ia dormir uma e acordar outra, referindo-se as minhas reações aos aromas das comidas." Ela deu a entender que minhas preferências alimentares, podem mudar a partir de uma alteração que vou ter relacionadas ao olfato. Isso por um lado me preocupou, pois já sou muito sensível e sofri muito na gravidez e no pós-operatório devido ao olfato exacerbado. E por outro, essa referência me fez ficar em alerta e aumentou meu desejo de investigar sobre a fome.

14/02/2007, 4ª f.

Hoje fui pela 3ª vez na musculação. Hoje me pesei lá, de tênis. Emagreci mais 1k e 300g. No mesmo dia em que estive no hospital, liguei para marcar a musculação no melhor lugar da cidade, que vai me sair caro, mas onde sei que serei mais bem cuidada. Acho que depois de tudo que estou passando, eu mereço muito isso.

Estou mais alegre por ter o que mastigar, porém, não consigo identificar em mim uma percepção de saciedade. Como apenas as quantidades permitidas, pois não quero também correr o risco de passar mal. Mas fico sempre com a sensação de quero mais.

Tem hora que dou uma caidinha no astral, mas já estou outra. Sei que precisava reagir e penso que estou conseguindo. Consegui até escrever esse diário, que por incrível que pareça não foi fácil de escrever. Já estou com outro ânimo para pesquisar e hei de conseguir escrever o que quero e preciso. Hei também de vencer mais essa jornada em busca de uma qualidade vida melhor.

16/02/2007, sexta-feira

Comecei estudar a fome... E fiquei super feliz, à noite quando a Sylvia me ligou e disse que tinha adorado o diário. Falou que começou a ler e não conseguia parar, que escrevo muito bem e que sou uma artista! Quero acreditar! (Risos...) Comentou que tem vários errinhos para eu fazer a correção, mas que não quer que eu pare de escrever. Por isso aqui estou eu escrevendo.

Conversando com o Xico, fiz comentários sobre o que estava lendo sobre a fome e acabei me lembrando de algumas coisas que não mencionei anteriormente. Ainda no hospital, mas principalmente na minha casa, o lugar que eu mais ficava era em frente à televisão. Fosse para assistir a TV ou um DVD. E uma coisa que me chamou muita atenção e que, normalmente, passa muito despercebido, é a quantidade de comida e de pessoas comendo que passa praticamente em todos os canais, programas e propagandas. Nas novelas a maioria das cenas envolve as pessoas em ambientes de alimentação ou se alimentando mesmo. A comida é sempre exibida. O mesmo ocorre em outros programas. As propagandas então, nem se fala! Os canais diversos vendem os apetrechos mais variados para se preparar comidas. As imagens se sucedem com pessoas animadas e sorridentes — magras e saudáveis — fazendo comidas e posteriormente experimentando-as, exibindo caras e bocas de prazer, seguidas de comentários sobre seu cheiro, sabor e facilidade de prepará-los. As receitas culinárias também protagonizam uma boa parte dos programas, encantando a todos que observam, seja na intenção de executá-las ou saboreá-las. O Xico mesmo, por duas vezes me pediu para entrar na internet para tirar algumas.

As pessoas que me encontram dizem que já afinei muito o rosto. Eu mesma não consigo perceber essa diferença que as pessoas insistem em exaltar. Desde o hospital, percebi

minhas mãos e pés mais finos. Atribui tal fato a um desinchaço, devido ao repouso, pernas para cima, etc. No entanto, posteriormente, em casa percebi que minhas mãos continuavam afinando e meu anel já estava largo no dedo. Meus pés entrando com mais facilidade nos sapatos. Mas meu espelho não me indicava nenhuma outra diferença. Depois, nas roupas comecei a perceber que afrouxaram no busto e nas pernas, mas na cintura continuavam a mesma.

Permaneci pensativa...

18/02/2007 Domingo de carnaval...

Senti vontade de comer doce pela primeira vez desde a cirurgia. E novamente esse desejo partiu de um estímulo visual, que foi ver meu filho chupando um picolé desses em que o recheio é uma barrinha de chocolate. Desejei o chocolate. Depois me lembrei de uma torta de bombom e fiquei com muita vontade de comer. Depois passou.

O que não está passando com facilidade é a minha dificuldade de desejar sair de casa para ir à casa de outras pessoas. Esse não querer surge porque sei que as pessoas se relacionam com as comidas sempre presentes. Quando o alimento não está presente (raras exceções) falam-se muito deles e planejam-se novos encontros recheados pelos mesmos. Não é a primeira vez que me sinto assim, arredia com outras pessoas. Senti-me assim durante todas as dietas que fiz na vida, desde os oito anos de idade. A diferença é que aos oito anos eu me sentia castigada e amaldiçoada por ser como era e ser privada daquilo que era permitido a todos. Hoje sei que estou num momento assim por escolha. Mas como é duro isso! Angustia o fato de ir a algum lugar que não sei se terá algo que eu possa comer ou que vou visualizar o alimento e ficar apenas assistindo a todos comendo, ou mesmo, ser obrigada a ouvir (sorridente, se me esforçar muito, coisa que não faz o meu estilo) os comentários sobre mim e minha circunstância, que me irritam bastante. É diferente dizer ou ouvir, que eu não quero isso ou aquilo, de eu não posso isso ou aquilo. Portanto saio muito de casa para dar voltinhas de carro, ver a rua, ir numa loja ou outra, qualquer coisa, exceto a casa de outras pessoas, mesmo que eu leve minha comida.

Ainda sinto fome. E ainda não sei explicar com clareza a diferença entre a fome e a vontade de comer. Porém, posso mencionar como exemplo que o doce que desejei, eu suportei e a vontade se acalmou. A fome tem uma urgência, que me dá agonia, mau humor, aflição e quase me deixa meio agressiva. É melhor nem falarem comigo nesses momentos!

À noite me encontrei com uma pessoa que também já fez essa cirurgia há algum tempo, uns seis ou sete meses. Ela já emagreceu muito. Perguntei se ela sentia fome e ela respondeu que não, que até hoje não conseguia comer carne, que só chupa a carne, e que sempre passa mal desde a cirurgia, apresentando vômitos. Tinha ficado surpresa ao saber que eu já estava comendo carne. Desejei fazer mais umas mil perguntas, mas ela se despediu e foi embora. Eu permaneci pensando nisso.

Hoje mesmo comi carne de boi sem ser moída pela primeira vez. Comi porque a carne estava muito macia e desfiando. Piquei bem e comi, dentro da quantidade permitida. Nada de errado me aconteceu. E lá no fundinho, fiquei pensando: Meu Deus, será que vou emagrecer? Será que vou suportar esta dieta por muito tempo? Será que nada em mim vai mudar? Minha fome vai ser sempre a mesma? O limite para a quantidade de comida vai ser o mesmo de antes? Como vou saber?

Sei que não quero passar mal e dou graças a Deus, e a todos os meus guias protetores, por não estar enjoando ou vomitando. Esse era um de meus grandes temores. Mas será que a redução do estômago vai me ajudar? Porque por enquanto meu pensamento é o de que, qualquer pessoa que faça uma dieta como esta que estou fazendo, emagreceria! O caminho até aqui com a dieta é muito difícil e atribuo o meu êxito ao medo de passar mal e ao meu autocontrole. Tornou-se compreensível para mim, o porquê de algumas pessoas, provavelmente compulsivas, comerem demais, a ponto de retornarem ao hospital em situação crítica.

Abrindo um parêntese em minhas reflexões, à tarde, nessa quase desértica cidade em que o carnaval é muito ruim e quem pode, foge daqui, eu coloquei uma peruca de nega maluca e máscara de paetês e fui com o Xico semelhantemente caracterizado, no clube buscar as crianças, que foram tomar banho de piscina. Elas surpresas, riram muito entusiasmadas. À noite, me vesti e me arrisquei indo um pouquinho na rua com eles que queriam acompanhar um amiguinho cuja mãe estaria lá a trabalho. Mas é uma decepção. Um dia ainda os levarei

para viver um carnaval folclórico com qualidade! Enquanto me vestia, percebi que de fato, minhas roupas estão ficando largas. Começaram afinal a folgar na cintura também. Estou emagrecendo então? As roupas já me dizem isso, mas no meu espelho a diferença não é tão clara.

19/02/2007, 2ª feira

Esta tarde, fiz um esforço, e fui com o Xico na casa de nossos novos vizinhos, cujo filho é amigo dos nossos. Levei minha frasqueira térmica com água, suco, polenguinho... Mas tudo que eu temia aconteceu. Melhor dizendo, quase tudo, pois eu não me comuniquei o suficiente para dar espaço para certas coisas. Mas era um calor do cão, a cerveja gelada rolando, o churrasco cheirando... Foi difícil e cheguei a me arrepender de ter ido. Mas à noite, criei eu mesma uma situação que já foi bem mais fácil vivenciar. Levamos as crianças numa sorveteria. Todos se esbaldaram e eu com minha água mineral sem gás. Até da água com gás estou proibida! Tive vontade de tomar sorvete também, mas foi mais tranqüilo que estar entre adultos com cerveja e churrasco! Depois caminhamos pela praça, assisti-os comeram pipoca, enfim... Saí e os ventos frescos da noite e alegria das crianças me fizeram bem.

20/02/2007

Em minha casa já estou sentando-me na mesa para comer. Mas se acabo primeiro fico ansiosa para me levantar e me afastar.

Por enquanto não tenho mais nada para dizer...

26/02/2007, 2ª feira

Nos dias anteriores, acabei saindo um pouco mais com as crianças e naturalmente me expondo mais as comidas. Sorvetes, milk-shakes, pipocas, aniversários! Não posso negar!

Não é fácil. Minhas impressões anteriores se repetiram e meu humor fica irritadiço, em alto grau. São impressionantes como os encontros sociais todos envolvem comida! Planejar viagens, ouvir contar de viagens, em tudo a comida é fator importante. E pensando bem, como não ser? Afinal é o nosso combustível energético. Porém, as narrações que se referem a ela são de absoluto prazer, vivenciados ou desejados.

Hoje fui ao hospital para esclarecer uma dúvida quanto a um medicamento e me pesar. 107,5g. Fiquei decepcionada em saber que nos últimos dias não perdi uma só grama. A recepcionista que também já passou por esta cirurgia, me disse que o 2º mês é o mês da decepção. Que neste mês a perda de peso não é tão grande quanto no 1º mês. Falou-me outras coisas também interessantes.

Novamente os comentários são do meu emagrecimento visível no rosto. Parte em que não consigo perceber tanta diferença. Penso que de tanto ouvir isso já estou começando a achar que meu pescoço afinou um pouco. No entanto é pelas minhas mãos, dedos e pés que me guio. E não me engano. A minha "não perda de peso" esses dias é compatível com as minhas mãos e dedos que não afinaram mais. Aliás, chegou a me trazer o receio de ter engordado! O anel parece mais justo no dedo do que anteriormente, mas é apenas uma impressão diante de uma expectativa de que ficasse mais folgado. Cheguei à conclusão de que me guio pelos pés e mãos porque são as partes do meu corpo que posso observar sob diversos ângulos, em diversos momentos e lugares, com meus próprios olhos sem depender do reflexo no espelho diante do qual, buscamos a melhor imagem. São também partes do meu corpo de que sempre gostei, assim como o meu ventre.

Enquanto esperava o esclarecimento da médica, fiquei observando as pessoas na recepção à espera de serem atendidas e fiquei imaginando se a minha pesquisa de campo acontecesse ali. São vários pacientes, de vários lugares, que normalmente devem ser difíceis de reunir. No entanto ali, eles são todos pacientes daquele hospital. Fiquei imaginando se seriam viáveis entrevistas ou coletas de dados com questionários ali mesmo. Não sei se o hospital permitiria, mas achei a idéia interessante. Seria uma forma de coletar um volume de sujeitos razoável em um menor espaço de tempo. É um caso a se pensar...

02/03/07, 6ª feira

Não tenho sentido muita vontade de escrever. Ou na verdade, tenho ocupado bem o meu tempo. Voltei a estudar e já fui a Campos. Isso me fez muito bem. Estou firme na minha ginástica e com os pensamentos mais positivos.

Não sei quando exatamente começou, mas estou um pouco mais tranqüila e também, tenho a impressão de que tenho sentido menos fome. Mas associo isso por enquanto, ao fato de estar saindo de casa e tendo meus compromissos para cumprir o que não me deixa pensar 'no passar das horas'. No final de semana foi diferente, mas não tenho certeza.

Será que estou me adaptando à nova alimentação?

Hoje e ontem, outras pessoas arrumaram meu prato e eu mesma achei que a porção de comida estava maior do que eu colocaria, e não comi tudo. E nessas duas ocasiões me senti satisfeita!

Será? Será que algo de novo acontece em mim?

À tardinha, já senti meu humor alterado. Mas percebi que isso aconteceu diante da minha frustração com o meu próprio desempenho em uma atividade específica, mas que envolve o tema FOME. Um trabalho para o mestrado em que estudo sobre a fome. De repente, comecei a ficar inquieta, irritada e a querer comer. Devagar começaram a surgir pensamentos negativos. Alguns deles em relação ao meu relacionamento amoroso. Senti-me carente, desejando a presença do Xico perto de mim. Fui para minha ginástica e ao sair passei na outra academia para encontrar com ele, que havia levado as crianças para o judô. Só que ao contrário das minhas fantasias, esse encontro não atendeu as minhas expectativas e desejos. E lá fui eu para casa, irritada, mal-humorada, frustrada, deixando o Xico chateado sem entender nada.

08/03/07, 5ª feira

Hoje fui ao hospital para passar pela médica e pela nutricionista. O que eu estava percebendo se confirmou. Apesar de todos os comentários das pessoas a respeito de eu estar

emagrecendo, eu não sentia isso. E a balança denunciou. Apenas 3,300g neste mês em que o esperado era de uns 8k.

Com a médica para variar minha consulta se divide em mim, por mim, e em minha pesquisa. Dessa vez ela me estimulou a contar minha história. No meio da conversa levantamos questões sobre a consciência de "estar doente", que muitas pacientes não têm. Comentei o quanto isso é incoerente para alguém que sempre foi gorda, desde criança e que não se sente impedida de correr, brincar e pular. Que o corpo obeso, em minha opinião dificulta a vida em vários aspectos, mas não limita necessariamente. Para quem sempre foi gordo e construiu uma identidade assim é difícil à conscientização da obesidade como uma doença de alto índice de mortalidade. Ela achou minha história interessante e disse que até usaria alguns comentários meus para ilustrar uma palestra que iria dar hoje. Mostrou-se também acessível e disposta a colaborar com minha pesquisa e solicitou meu retorno em três meses. Fiquei muito satisfeita. Quanto ao pouco emagrecimento, encaminhou para a nutricionista uma modificação na minha dieta.

A nutricionista não acusou, mas me perguntou se eu estava fazendo a dieta direito, se eu não estava comendo doces. Neguei e comentei que eu mesma planejei não comer doces por um ano para não correr o risco de passar pela tal síndrome de Dumping. Senti que ela ficou preocupada. Fez a modificação na dieta e solicitou meu retorno para pesagem em 15 dias.

Na sala de espera para variar as mais diversas experiências e opiniões a respeito da cirurgia, das dores, das dietas, dos resultados obtidos, da avaliação dos profissionais da equipe, enfim, de tudo um pouco, mas com um ponto em comum entre todos: a satisfação por ter feito a cirurgia e os resultados alcançados.

Amém! Apesar de no momento eu me sentir um pouco decepcionada com minha perda de peso, é uma alegria saber que as pessoas que operaram há mais tempo estão bem e satisfeitas. Eu hei de chegar lá também!

09/03/2007, 6ª feira

Hoje estou de mau humor! Levantei bem, animada, as crianças também acordaram, tomamos café... Ainda era cedo, tomei meu banho, troquei de roupa, e comecei a fazer o dever de casa com o Taran, esperando o Xico levantar (pois tinha passado mal ontem), para me levar para o consultório. Só que as coisas foram acontecendo de uma forma... O dever do Taran precisava de fotos da família para montar uma árvore genealógica, e depois outras coisas, que não me permitiram ir para o consultório. Depois veio aquela sensação ruim de não ter cumprido minha obrigação. E junto o conflito: "Mas fazer o dever com o meu filho também não é necessário?" Bem, passada a manhã, eu com aquela sensação ruim, eu vim para o meu computador, peguei uns artigos, passei os olhos, e... Nada! Não estou conseguindo escrever! Como está difícil. Parte de mim quer e outra parte não quer! Engraçado é que ontem, conversando com a médica na consulta, ela me perguntou como ou quando foi que eu me conscientizei de que estava doente. Essa pergunta veio após o meu próprio discurso, de que, para quem é gorda desde sempre, é difícil perceber-se enquanto doente. E minha reposta veio rápida: desde que comecei a estudar, e alguns artigos sobre obesidade me faziam chorar e temer o futuro. E agora aqui estou eu, um pouco resistente a ler algumas coisas. E a expressar também!

Minha dieta mudou algumas coisas, mas pouca coisa. Continuo com aquela sensação de que o que como, não foi o suficiente. Mas decidida e resignada, me contenho com o permitido. Hoje assisti a família do meu marido e meus filhos, se deliciando com um pudim e uma torta de maracujá. Não chego a sentir desespero para comer não. Mas o cheiro atiça um pouco e no fundo, o que mais me incomoda é o "não poder", é o estar numa situação diferente dos demais, é estar ali, mas de alguma forma, lá no fundinho, me sentir excluída. Mas me pergunto: "Mas você não está assim por opção?". "Claro!" Repondo eu. Na verdade, penso que esse é um sentimento antigo que me acompanha há muito tempo. Mas só de estar escrevendo aqui sobre isso, sinto a garganta apertar. A lembrança que vem, é da minha primeira dieta aos oito anos de idade.

Chega! Não quero mais escrever aqui. Preciso escrever meu trabalho e não estou conseguindo. O que vai ser de mim?

16/03/07, 6ª f.

É horrível começar dizendo isso, mas hoje vomitei pela primeira vez. Passei o dia em casa porque a Nem, minha mãe preta, veio para cá. Não achei justo deixar de dar atenção a ela, já que faz aproximadamente dez dias que não nos víamos. Ela está com a perna extra inchada, o pé arroxeado. Já havia ido ao médico pela manhã, que disse que o "aquilo" era devido ao "problema" (câncer) mesmo. Depois de vários dias então, não saí para trabalhar. Ficar em casa foi de certa forma uma tortura. Sentindo o cheirinho de um bolo sendo assado para as crianças, vendo TV, com aquela péssima sensação de não estar fazendo o que deveria, no caso o meu projeto, e ao mesmo tempo, ciente de que eu tinha que dar atenção à Nem. Amanhã pode ser tarde demais. Assim, entrei pela tarde adentro, vigiando os ponteiros do relógio, faminta, mal agüentando esperar o intervalo de duas horas.

No auge da ansiedade, logo após ter falado no telefone com a Sylvia sobre o meu projeto, sobre a necessidade de simplificá-lo e torná-lo possível de ser realizado em tão pouco tempo, o Xico me chamou para levar a Nem para casa da prima dela. Olhando no relógio vi que faltavam 5 minutos para que eu pudesse jantar. Como eu ia sair pensei: Vou comer uma coisinha agora e janto no próximo horário. Assim, Abri a geladeira, olhei para as frutas, mas queria algo de sal. Então peguei uma fatia grossinha de fiambre de peru e comecei a comer ali mesmo em frente à geladeira enquanto o Xico pegava as coisas para sairmos. Provavelmente comi apressada e tive a sensação de que estava superlotada. Nessa situação, antigamente eu iria pegar um copo de água e beber para ajudar a descer. Como agora não bebo ao comer, aquela sensação permaneceu, e vi que não ia passar. Então fui ao banheiro e não precisei fazer muito esforço para vomitar. E pela primeira vez acreditei que realmente meu estômago foi operado!

Tantas coisas eu tenho para contar, mas tenho tentado me concentrar no meu projeto apesar do pouco sucesso. Estou com muita dificuldade em me concentrar. Sinto-me meio "pateta", com as inúmeras falhas na memória, que me levam a falar e a fazer, muitas coisas atrapalhadas. Esta semana recomeçaram as aulas e isso, ficou muito evidente para mim e creio, que para algumas colegas também.

Na volta aconteceu uma coisa interessante. Apesar de algumas pessoas falarem que eu afinei muito, e eu não perceber essa diferença toda, finalmente comecei a sentir. No

entanto, tenho a consciência de que essa diferença ainda é pequena. Pequena o bastante para minhas roupas estarem frouxas, mas ainda ser muito difícil encontrar nas lojas, tamanhos que me caibam. E por coincidência acompanhei minhas amigas até algumas lojas de roupas, pois uma delas precisava de um vestido. Por incrível que pareça em duas lojas que fomos, havia roupas de tamanho grande. Mas olhando para os modelos de blusas, os que eu sabia que dariam em mim não estavam me agradando. Quando agradava, eu olhava, olhava, colocava na frente do corpo e afirmava categoricamente: "Isso não dá em mim! Isso vai ficar justo demais!" Porém diante da insistência da vendedora e de minhas amigas acabei por tentar vestir algumas. E batata! Ficaram exatamente como eu havia imaginado! Então pensei: "Tenho uma boa consciência corporal, não?"

Tive picos de pressão alta que foram descobertos pela minha atenciosa professora da academia de musculação. Estava num dia a 18 x 12.

Fui ao médico cardiologista, fiz eletro, voltei a tomar um hipertensivo leve. No dia seguinte, novamente, mesmo sem o exercício físico, a máxima foi a 21. Procurando pelo meu médico tive decepções, e precisei ir à emergência do hospital com o meu plano de saúde. Lá apenas médicos residentes para atender. Nenhum cardiologista no hospital... A médica que me atendeu, após aferir minha pressão que estava em 14 x 9, insinuou que ou eu estava mentindo ou quem aferiu antes não era médica e não sabia fazê-lo. E eu mais que depressa saí fora dali. Senti-me mais segura em ir para casa e tomar meus conhecidos antigos remédios, pensando que na atualidade, se temos planos de saúde somos mal atendidos e se não temos morremos a míngua! Em casa retornei a dose de tranqüilizante que o médico havia me indicado no passado e que eu por minha conta tinha reduzido a metade, com a intenção de tentar controlar minha ansiedade, caso fosse ela o disparador desse quadro de picos hipertensivos. Era véspera de feriadão na cidade e eu sabia que pouco adiantava tentar achar outro médico naqueles dias. Pensei comigo mesma, que o grande chavão que ouvimos, é que os brasileiros tem mania de se 'automedicar'.Mas a realidade da maioria deles não os induzem a isso? Temos a opção no cotidiano de termos uma indicação médica com facilidade? Ora bolas! Isso é uma balela! Até para mim que sou uma Psicóloga, que tem plano de saúde e médicos, conhecidos que nem sempre são atenciosos quando incomodados, mesmo que estejam em seu consultório. Claro que há raras exceções. Mas também há os desencontros! Enfim...

Tive que voltar a tomar um remédio para tentar equilibrar e hoje é o terceiro dia que não vou à academia. Mas penso que estou emagrecendo devagarzinho...

26/03/07, 2ª feira

Tantos dias depois, aqui estou eu.

Passei dois finais de semana fora. Foi ótimo para relaxar, apesar de minha constante preocupação com a minha dissertação não me largar. Outra coisa, que me gerou tensão e ansiedade nesses passeios foram as minhas necessidades especiais com a alimentação. Saber que não é em qualquer lugar que vou poder comer ou comer qualquer coisa... Mas por fim, deu tudo certo.

Eu mesma comecei a sentir que tinha afinado mais um pouco. E pela segunda vez, na volta de um desses finais de semana eu comi e vomitei. Mas ficou tão claro para mim o porquê disso ter acontecido! Rapidamente senti que estava cheia e veio aquela vontade louca de beber algo. Mas não pode beber enquanto se esta comendo. Parei de comer, mas ainda estava na metade do pedaço da carne. Fiquei esperando para ver se aquilo melhorava e nada. Fui para o banheiro e nem precisei fazer força... Isso aconteceu e novamente com carne, pouco mastigada e ingerida com ansiedade.

Voltei na nutricionista e ficamos satisfeitas. Consegui perder 3 kilos em 15 dias. Passado aqueles dois únicos momentos, em que a comida não desceu, a minha sensação é de que continuo a mesma e que meu estômago ainda tem grande capacidade para a comida. Porém, devagarzinho percebi que minha ansiedade em relação à quantidade de comida está diminuindo. Apesar de conseguir comer um bife de hambúrguer inteiro, com queijo, ovo, alface e tomate numa boa, e a me perguntar, por que é que tem gente que só consegue comer meio misto-quente?

Finalmente vou ter que separar as roupas. Algumas para serem apertadas, outras doadas, etc. Estou no total de 18 kilos a menos.

30/03/07, 6ª feira

Oii!! Já perdi mais um pouquinho de peso. Continuo percebendo nas roupas. Mas agora também já percebo no reflexo do espelho. Mas preciso da balança e das roupas frouxas para confirmar minhas suspeitas. E elas têm se confirmado.

Na quarta me atrasei para um compromisso pela manhã. Isso aconteceu porque simplesmente eu não conseguia acertar na escolha das roupas. Vesti 6 mudas de roupas diferentes até conseguir me sentir bem. As roupas estão grandes e desajeitadas no corpo. Isso me afligiu. Não de forma tão negativa como quando acontece pelo motivo inverso ao de emagrecer. Quando perdia as roupas por engordar a sensação era péssima, de culpa, mal estar, desespero. Agora ela é aflitiva também! Gera ansiedade e insegurança, porém, oferece uma perspectiva nova e melhor.

Na quinta, resolvi ir numa loja para comprar uma roupa. Após experimentar inúmeras peças, voltei para casa sem nenhuma e mais preocupada. Meu emagrecimento ainda é insuficiente para ter acesso às roupas de numeração mais comum ou a modelos que me agradem. Os tamanhos especiais são bem mais caros e não me animaram a comprar o que vou perder rápido, com a graça de Deus e com todo o esforço que estou fazendo.

Ontem tomei finalmente a atitude. Pela manhã levei as calças jeans em dois alfaiates para ajustar. À tarde fui a duas lojas, e numa delas consegui comprar umas blusinhas. E com a agradável sensação de que meu olhar estava afiado. Ao olhar para a blusa consigo imaginar se ela caberá em mim ou não, raramente errando. E a noite, com o apoio do Xico, comecei a fazer uma grande faxina no meu guarda-roupa. Descobri que peças que eu amo e que estavam lá há anos, guardadas na esperança de um dia voltarem a servir, já estão cabendo em mim. Outras, já separamos para serem doadas. E outras tantas que gosto, para serem ajustadas agora ou no próximo verão.

O mais interessante é que quase ao final dessa faxina, já com uma baita crise de rinite alérgica, recebi um telefonema de minha madrinha de São Paulo. Conversando com ela, consegui expressar algumas coisas que estava sentindo, mas que ainda não estavam bem organizados nos meus pensamentos. Dei-me conta de que nos últimos dias apesar da perda de peso e das duas vezes anteriores em que vomitei, a minha percepção ainda é de que eu estou emagrecendo por causa da dieta e não devido ao tamanho do estômago. É verdade que o receio de sobrecarregar o estômago me ajuda a frear minha vontade de comer. No entanto, é o

meu desejo e a determinação, os principais controladores da ação de comer. É mais verdade ainda, que nos últimos dias a quantidade de comida não tem me gerado tanta ansiedade como antes e eu estou um pouco mais tranqüila em relação a isto. Porém, não consigo relacionar isto a qualquer mal estar em relação ao estômago ou a quantidade de comida ingerida. Num desses dias atrás fui fazer um lanche com minhas crianças, Xico e Lut. A decisão de ir foi inesperada. Pedi um sanduíche igual ao do Xico, apenas com a diferença de ser sem o pão e a batata frita que são os carboidratos que minha atual dieta não permite. No entanto, foi servido um belo sanduíche no prato, que ao meu olhar pareceu bem grande. Comecei a comer vagarosamente saboreando-o e, pouco mais da metade decidi parar de comê-lo. Minha decisão partiu do bom senso, do receio de ser demais e desnecessário. Em outros tempos eu comeria um inteiro com todos os carboidratos e ainda dividiria mais um com o Xico. O que me levou a agir assim? Minha cirurgia? Minha cognição? Ou o hábito que começa a se modificar? Ainda não sei a resposta!

Outro aspecto que relatei para minha madrinha é que nos últimos dias, tenho me sentido meio para baixo. No mestrado vendo minhas colegas tão animadas com suas pesquisas, sinto tristeza de não estar da mesma forma, me sentindo incompetente e culpada por não estar produzindo nada que se conclua efetivamente. E não é só lá! Descubro-me cheia de receios em vários aspectos da minha vida e com sentimentos negativos. Ao mesmo tempo tento reagir fortemente a esses pensamentos. Mas nem sempre consigo, e aí bate uma tristeza! O temor de emagrecer e depois voltar a engordar também é enorme! Tento não pensar nisso agora, porém é uma realidade fantasiosa que me ronda. E por fim me pergunto: o comum não é a auto-estima das pessoas que emagrecem ficar lá nas alturas? O que acontece comigo então?

Minha resposta para mim mesma é que hoje nos meus quarenta anos, nem tudo, se resume a ser feliz porque as roupas que gosto já estão cabendo em mim, ou porque a perspectiva é de que eu seja muito mais bem aceita pelas pessoas em geral, etc. Sinto que é porque estou passando por um processo de mudança muito mais profundo, e que essas mudanças são muito mais internas do que externas. E essa mudança implica em muitas outras descobertas, em desconstruir, reconstruir, construir... Mas nada disso ainda é muito claro para mim. É uma consciência nova que se apresenta para mim ainda se desenvolvendo.

31/03/07, Sábado

Fugi de casa hoje, deixando meus filhos e o Xico, e vim para o meu consultório decidida a escrever alguma coisa, tentar colocar para frente meu projeto de pesquisa. Sinto-me tão mal com a perspectiva de não cumprir os prazos que tenho! Isso me gera culpa e ansiedade. Aliás, esses sentimentos atualmente permeiam não só minha vida acadêmica, mas também a profissional e a pessoal, no que diz respeito ao meu tratamento de saúde e ao prazo da cirurgia Bariátrica para a perda de peso.

Assim que cheguei, desejei beber algo e verificando o relógio, me permiti tomar um guaravita diet, pois fazia muito calor. Tomei a metade do copo e guardei na geladeira. Mexi e remexi nos livros e textos, lendo alguns trechos. Peguei o papel e o lápis e comecei a escrever. Mas as idéias tão diversificadas a respeito de por onde começar me afligiram. Com algumas dúvidas básicas telefonei para minha orientadora. Ela não estava e deixei recado na secretária eletrônica.

Minha sede persistiu e peguei novamente o copo da bebida e tomei. Voltei-me para o material. Novos pensamentos me induziram a ligar o notebook para fazer uma pesquisa. Frustrada com os resultados, me sentia cada vez mais ansiosa. Novamente olhei para o relógio. Considerando a hora em que almocei, verifiquei que poderia comer uma fruta. Abri a geladeira e olhei para as frutas: banana, ameixa, uma pêra "grande". Automaticamente escolhi a pêra. Na primeira mordida verifiquei que ela estava começando a amadurecer e que o sabor dela não me agradava. Mas continuei comendo... Enquanto comia, mil idéias sobre o meu trabalho me ocorriam. Porém, confusas, em nada me auxiliavam na organização dos pensamentos e na crença de que eu as colocaria de forma adequada no papel. Eu mastigava fortemente a pêra. De repente, ao encostá-la na boca, parte dela, geladinha, esbarrou no meu nariz e parei para olhá-la. No que fiz esta pequena pausa, me dei conta de que já não sabia por que eu continuava a comê-la. Já tinha comido a maior parte dela e estava satisfeita. Mas continuava desejando mordê-la, não poderia parar por ali. Mas por quê? Percebi que estar comendo me trazia conforto. Acalmava-me. E para registrar essa pequena passagem passei por aqui...

06/04/07, 6ª feira

A Nem foi embora... No dia 03... Nesse mesmo dia, eu escrevi "Olhos" pensando nela, pois nos últimos dias percebi seu olhar muito diferente e acreditava, devido a isso, que ela partiria em breve.

Olhos: Janelas D'Alma
Olhos ... Semicerrados ao nascer, incertos ao contato com a luz, espreitam.
Olhos... Vibrantes, curiosos, infantes, brincam alegres em todo alvorecer.
Olhos... Lânguidos, sorrateiros, desabrocham apaixonados no ápice do florescer.
Olhos... Ainda jovens, fogueiam em ansiosos desejos... Muito que conhecer.
Olhos... Maduros, contemplativos, de serena sabedoria, brilho molhado ao luar.
Olhos... Prestes a partir... Fosco, sem brilho, auréola azulada a cobrir, o que já não quer ver... Porque chegou a hora de ir...

Decididamente viajar ou sair de casa é um pouco complicado para mim, no que diz respeito à comida!

Decidi vir com as crianças e sobrinhos para praia, para casa de minha mãe, para passar esses dias de feriado. A viagem propriamente dita foi tranqüila. Trouxe minha bolsa térmica com água, suco e guaravita. Mas senti falta de algo para mastigar. Nos meus pensamentos, vez ou outra vinha à imagem dos biscoitos que tinha trazido para as crianças. Ao me lembrar deles, automaticamente me lembrava dos sabores, e a vontade de comê-los aparecia. Tomar um suco nesse dia, nas 4 horas de viagem não foi suficiente. Mas agüentei firme.

Já na casa de minha mãe, a tortura começou ontem, com uma ida à padaria que ela gosta. Ela queria comprar pão e "coisinhas" gostosas para os netos. Então comprou brioches de banana com canela, de queijo e presunto quentinhos, rocambole de doce de leite, enfim... Uma tortura!

Adoro pão e massas! E já faz uns três meses desde a cirurgia que não como nada disso, exceto umas duas torradinhas. Mas o que realmente é difícil para mim, é o sair do meu ambiente, da minha rotina alimentar. Pergunto-me o "por que" disso e a única reposta que

encontro é que fico me sentindo assim, ligeiramente excluída, diferente, talvez, doente... Creio que é um pouco por aí! As saladas e algumas frutas parecem para mim, algumas vezes, verdadeiros remédios, desses que ansiamos por não precisar mais, para cederem lugar para aquilo que gostamos e que podemos comer quando já estamos bem.

Na minha casa praticamente sempre, tem pronta, coisas que posso comer. Aqui na praia ou em qualquer outro lugar, me sinto ansiosa e aflita em relação à comida. Por mais que tenha alimentos que posso comer, sinto maior a ansiedade e essa aflição, ficando mais estimulada a comer. Ao mesmo tempo, é difícil para mim, avaliar, preparar ou escolher o que posso e quero comer.

Há pouco, "ajeitei" uma ida das crianças com meus sobrinhos adolescentes, à sorveteria. Meu objetivo era fazer com que eles dessem uma caminhada pela praia, distraindo-os, para que eu pudesse aproveitar o tempo para ler e escrever um pouco. Além disso, claro, escapar de ter que acompanhá-los eu mesma, à sorveteria e ter que ficar a observá-los com seus sorvetes. Como é difícil essa questão das relações humanas e de lazer serem quase sempre concomitantes com a presença de alimentos e da ação de alimentar-se! É muito difícil para mim!

11/04/07, 4ª feira

Nesta segunda-feira, dia 09, pesei-me na academia. Saí dos 100 k! Estava com 99,7g. Emagreci 800g nesse feriado.

Hoje é só!

Bye!

18/04/07, 4ª feira

Hoje fiquei um pouquinho para baixo! Mas só um pouquinho!

Fui ao hospital, na nutricionista. Esta semana praticamente não emagreci. Pesei 99,5g. Mas também, tinha acabado de sair da academia, estou menstruada... Dizem que o peso se altera. Será?

Questionei se a minha perda de peso estava dentro da média e ela me respondeu que achava que eu tinha perdido bem, mas que talvez, devido à calça jeans... Na verdade, a expressão dela me dizia o que não. Compartilhei com ela então, o relato de minhas últimas refeições desde o final de semana, e principalmente o meu temor, de quando inserir, novamente, o carboidrato na dieta voltar a engordar. Comentei com ela que fiquei sabendo da perda de peso da mulher que operou um dia antes de mim. Mesmo consciente das diferenças entre nós, impossível não comparar. Fiquei feliz por ela e um pouco triste, de saber que realmente o meu emagrecimento é bem mais lento. A nutricionista reforçou a questão das diferenças e insinuou que o "stress" dificultava muito o processo. Citou um exemplo de si própria para ilustrar. Com meus botões pensei: nossa se ela pudesse avaliar como estou! Sinto-me com a corda no pescoço em relação aos meus compromissos de estudo, econômicos e profissionais.

No meio da consulta uma paciente ligou para a nutricionista. Observei pelas respostas dela, que a paciente devia estar com dúvidas. Em seguida, ela me contou que era um caso atípico, que a paciente estava reclamando que acabava de comer e ainda estava com fome. Perguntei então: A paciente ainda está no 1º mês? Ela confirmou e eu contei de mim... Nos primeiros dias com tanta dor, a comida pouco importava. Depois de uma semana, já comecei a sentir fome. Raras foram as vezes que cheguei a ter a sensação de saciedade de fato. Eu sentia fome sim. Ela me questionou se seria fome ou vontade de comer. Sorri internamente, comigo mesma, pensando como eu mesma tinha me questionado a respeito disso. Hoje me recordo do mal estar e concluo que era fome mesmo. Tanta dor de cabeça, tanta fraqueza e a fome. Agora, no terceiro mês sim, eu consigo sentir e até recusar a porção total que às vezes coloco no prato. Meu corpo já parece mais acostumado à quantidade de comida que posso ingerir agora. Continua longe de ser a quantidade de antes da cirurgia, mas me satisfaz. Nos intervalos das refeições principais tem horas que percebo a fome e a vontade de comer.

Bem, é isso! Penso que eu tinha algo mais para contar, mas já se perdeu.

OBS. Minha sensação corporal finalmente mudou um pouco. Percebo ao sentar, levantar, cruzar as pernas, que cada movimento está sendo feito com mais facilidade. Que bom! Pelo menos isso!

Itaperuna, 12 de junho de 2007

Oi meu diário!

Quanto tempo heim!! Deixei você de lado propositalmente. No entanto, fiquei mais tempo sem escrever do que pretendia. Nem mesmo sei agora, nessa madrugada fria, quais foram às últimas notícias que te dei. Bem, mas o motivo básico para tanta demora é simples. O mestrado, os textos infindáveis para ler, os artigos para escrever, o trabalho em Varre Sai, o consultório... Cada novo paciente, um desejo de estudar... A família, as crianças, minha ginástica, minha dieta, enfim... Tenho tentado priorizar meus filhos, razão primeira de mim em casa, e minha dissertação ou trabalhos relacionados ao mestrado. Mas nem sempre é assim que acontece.

A culpa me consome por um lado ou por outro, em cada compromisso em que não consigo render o tanto que esperava ou pretendia. O mesmo tem acontecido com meu tratamento e processo de emagrecimento. Estou com praticamente 30 kilos vencidos, eliminados, mas para mim é pouco. É pouco, porque envolveu uma cirurgia de grande porte, muita dor, muito medo e incertezas. É pouco, porque já não estou agüentando a dieta sem nenhum carboidrato, que já faço há mais de três meses e que não ouso burlar. É pouco, porque as duas horas que dispenso a atividade física me faz falta nos estudos e no trabalho. Mas, sem dúvida, outra parte de mim, sabe que é necessário e que, devagar, vou caminhando. Tenho aprendido coisas, descoberto outras, tenho me entusiasmado e também decepcionado.

Nesse período fiz um curso de TCC (terapia cognitivo comportamental) que mexeu muito comigo. Pessoalmente e profissionalmente. Nele lidei com o entusiasmo, mas também com a frustração. Gostei da técnica, tão mais objetiva de se trabalhar e desejei ser paciente e também mais aluna, para crescer e me aprofundar. Comprei livros, senti "fome" de conhecer. Em paralelo, fiz dívidas, neguei desejos mediante meu contexto real de localização (morar no interior) e finanças. Mas estranhamente o entusiasmo, totalmente não sucumbiu.

Vejo que já não sou a mesma. Aliás, reconheço isso há tempos, antes mesmo da cirurgia. Algo me impulsiona para frente, mesmo com todas as dificuldades. Amém! O medo existe e persiste, mas já não mobiliza. Axé!

Novas inquietações, a antiga e velha ansiedade estão por aqui. Angústias, mágoas, antigas e novas também. Mas continuo seguindo em frente, a revelia do que um dia já foi.

Fisicamente, são impressionantes as mudanças. Semana passada, precisei pegar meus filhos na escola e escolhi ir a pé. De minha casa à escola tem um pequeno morro no caminho. Pequeno mas que me fazia por os "bofes" para fora, quando o subia! Mas que boa surpresa nesse dia. Houve o esforço, mas a respiração, agora mais tranqüila, o coração batendo normalmente, nada daquela sensação de que minhas pernas se dobrariam me jogando ao chão ou que, engasgada e sem fôlego, meu coração seria cuspido pela boca. A leveza é uma delícia. Delícia também, uma possibilidade de postura, de um simples, mas antes limitado cruzar de pernas. Como é bom, sentar e cruzar as pernas! (risos) Outro prazer é o atrevimento, agora possível, de entrar numa loja para ver o que tem de roupa que me sirva. Ainda não é em qualquer lugar, o tamanho ainda é o GG. Mas que surpresa. Conforme a modelagem, às vezes já caibo em um G. isso tem um sabor especial. Nem sempre vivenciado devido às limitações financeiras. Aliás, entre roupas e livros, continuo com os livros. Mas mesmo este prazer, algumas vezes, gera a angustia e a frustração. Já não tenho minhas antigas roupas cabendo em mim, mas também, ainda não é tão fácil encontrar o que me caiba. Porém, novamente só posso dizer: vou caminhando.

Visualmente parece ser gritante a diferença para os outros que não me encontram no dia-a-dia. Para mim, em constante contato com o espelho, as alterações acontecem no todo e lentamente. Agora já percebo bastante diferença no rosto e pernas. Lembra que antes eram apenas mãos e pés? No abdome, a mudança visual é sutil. É no todo mesmo, que dá para perceber. Mas nos movimentos, agora mais viáveis, é que realmente percebo as mudanças. Então é isso aí! Vou indo...

05 de julho de 2007

Oi meu diário!

Penso em escrever muitas vezes, mas as circunstancias não ajudam. Sinto-me com a corda no pescoço em relação aos meus compromissos. O tempo disponível é pouco para o tanto que tenho que fazer. Mas vamos lá, deixe-me te contar as novidades. Mesmo que não sejam assim tão novas.

Há uns 15 dias fui ao Centro do Controle do Peso. Em cinco meses consegui eliminar 44% do meu excesso de peso. Considerou-se que estou num bom processo, com 30 k a menos. Em mim a coisa já não funciona assim tão bem. Sinto fome, sinto vontade de comer e meu controle tem que ser constante. Meu alto nível de exigência eleva as alturas minha ansiedade e percebo lenta a minha perda de peso. Considerando o fato de ter feito uma cirurgia de grande porte, é claro!

Não posso reclamar da minha saúde em geral. Não sinto dores, não vomito, me sinto disposta. Nunca entalei, engasguei e outras coisas que as pessoas comentam. Consigo comer de tudo e não me sinto rapidamente satisfeita com a quantidade de comida permitida. Mas também nunca ousei ir além do permitido. Cheguei a perguntar para médica, brincando, se ela tinha certeza de que me operaram direito, de que meu estômago realmente tinha sido reduzido. (risos) Meu cabelo cai, mas as vitaminas já devem estar providenciando o "reparo".

Quanto ao emagrecimento, muitas vezes me sinto angustiada, perguntando-me se realmente vou conseguir emagrecer, e principalmente, se conseguirei manter-me com um peso saudável. Às vezes chego a me esquecer que fiz a cirurgia. Para mim o real é o esforço que faço para manter a dieta e a atividade física. Muitas vezes me questiono, se alguém realmente precisa fazer a cirurgia, ou se o grande lance é mesmo a dieta e a ginástica. Mas claro, logo me vem à lembrança das inúmeras tentativas fracassadas anteriores, as minhas e a de milhares de pessoas. Tenho a compreensão de que sem a cirurgia eu não teria chegado até aqui e nem estaria talvez, tão motivada e determinada em meus objetivos. Sem esse "marco", que foi grande, difícil e temido, talvez eu não conseguisse ter atitude. Mas bate um medo! Medo de mais uma frustração no que diz respeito ao emagrecimento.

Estes dias me surpreendi com meu filho de quatro anos explicando a uma pessoa, que eu era doente. Isso porque eu havia recusado um alimento que não podia comer. Tive uma sensação ruim. Não gosto dessa condição. Nunca gostei. Mas como foi estranho ouvir meu filho falando isso! O estranho é que "doente" para ele - e me dei conta que para mim também

– é associado à idéia de não poder comer isso ou aquilo, e não a minha condição de gorda, não ao tamanho ou condição física do corpo. Lembrei-me que quando criança era assim que eu também me percebia. Não me percebia doente, Diferente, sim. Mas o doente só aparecia quando eu era proibida de comer certas coisas. Certa noite, também, enquanto eu o colocava para dormir, ele rezou e pediu que eu sarasse e pudesse comer de tudo. E eu fiquei a sonhar: será que vou sarar meu Pai?

Quanto ao corpo se modificando é um pouquinho ruim e muito gostoso. É ruim o excesso de pele, as pelancas - desconhecidas que surgem substituindo as conhecidas gorduras – e as reações de algumas pessoas quando me encontram. As pessoas valorizam tanto a aparência que penso que não se dão conta do que falam. Eu mesma só percebi quando comecei a me irritar com alguns comentários, a meu respeito, elogiosos, que deveriam teoricamente me fazer bem, mas não faziam. Até que acordei! As pessoas elogiam minha nova aparência, mas com comentários que reduzem tudo o que eu era, a um "nada", um "zero" à esquerda, como pessoa. É como se nunca tivessem me visto ou como se tudo que sou não existisse antes ou tivesse qualquer valor. Será que gorda eu era invisível? Bem, geralmente, esses comentários vêm de pessoas de minhas relações, não tão íntimas evidentemente, mas que me chocam mesmo assim. Para exemplificar, uma pessoa ao me "ver" num evento, chegou e exclamou com entusiasmo: "Nossa! Mas você agora está outra mulher! Está linda! Sua auto-estima deve estar nas alturas!" No entanto, o efeito em mim foi negativo. Penso que na outra pessoa que estava ao meu lado também, pois imediatamente ela partiu em minha defesa, retrucando, "mas ela sempre teve auto-estima boa!" Fiquei a pensar: Quer dizer que de acordo com o corpo que apresentamos, somos consideradas mais felizes, mais inteligentes, mais importantes, realizadas, valorizadas, talvez possa ousar dizer, digna de sermos "percebidas"? É parece que é assim mesmo! Pelo menos aos olhos de muitos. Neste caso, especificamente, o comentário dessa pessoa, reproduz de certa forma, o jeito dela própria se perceber. Ela vale, ou melhor, suponho que ela pensa no próprio valor, por sua aparência, pelas roupas que veste, por seu status social... E vive em crise com seu corpo que engorda e emagrece sem parar. E como ela outras tantas pessoas...

Eu, na verdade, até o momento, experimento alguns prazeres sim. Mas nada que tenha até o momento alterado tão incisivamente, minha auto-estima. Continuo com meus

altos e baixos em determinadas situações, mas sem grandes alterações. Dos prazeres é engraçado observar algumas coisas. Meu prazer é muito mais tátil, háptico, do que visual.

Sem dúvida é uma delícia olhar para uma vitrine, gostar de uma roupa e considerar a possibilidade de experimentar e quem sabe comprar. É um grande prazer sentir que o nosso corpo passa a "caber" no que é comum a todos. Sentir que é permitido fazer o que a maioria faz tendo a sensação de ser "adequada", de certa forma. A vida parece mais fácil assim. O visual com as roupas novas também agrada. Mas agrada ainda mais, a possibilidade de ser e escolher. No entanto, mais gostoso ainda é sentir o corpo. O corpo mais leve, que pode fazer algum esforço sem que este seja medonho, que sobe um morrinho e chega ao outro lado sem estar ofegante, sem ter o coração parecendo querer sair pela boca, sem as pernas querendo dobrar, ainda com alguma disposição para continuar. Podendo até falar porque consegue respirar! É muito bom! Bom demais também é sentar. Sentar em novas posições, deliciosamente cruzando as pernas de várias maneiras. Como é gostoso um simples cruzar de pernas! Sentir uma perna se ajustando a outra confortavelmente. (risos)

Outro dia, tirei a roupa para tomar banho. Geralmente nessa hora me olho muito no espelho. Sempre olhei. Viro para um lado, para outro... Entrego-me bons minutos para essa observação. Sempre apalpo muito meu abdome. Região que sempre gostei do meu corpo e que me doeu muito, ter a primeira cicatriz aos vinte e pouquinhos anos, devido a uma apendicite. Hoje com tantas outras, ainda gosto de acariciá-lo. Também gosto do colo e ombros, sardentinhos. Levei a mão ao ombro. Fiquei um tempão com ela lá. Tenho um novo ombro. Largo, agora mais proeminente, minha mão se acomoda nele em forma de concha. Antes ficava apenas esparramada por cima dele. Sensação boa, gostosa! Minhas pernas parecem afinar mais que o abdome. Visualmente me espantam quando me olho de perfil. Meus seios, braços e pescoço incomodam pela flacidez. Mas em geral, vamos indo bem. Uma coisa me preocupa um pouco. Acontece pela segunda vez. Sei que vários fatores podem estar interferindo, mas me chama atenção. Minha libido está meio cabisbaixa, muito aquém da experimentada em meu corpo gordo. Estranho! Ao mesmo tempo, muito compreensível. Muita coisa acontecendo para justificar, mas por si só, o fato me induz a questionamentos. Let be! Vamos ver no que vai dar. Importante é prosseguir. Não parar, não desanimar!

Byeeee!

13/07/07

Ando num período de baixa. Baixa-estima, desânimo, maus pensamentos, maus sentimentos... Na verdade não é que eu me perceba assim. Mas tem momentos, que minha autoconfiança é surreal. Nem nela eu confio! (risos)

Fico arrasada demais diante das frustrações. E elas são inevitáveis na vida das pessoas.

Hoje fui à academia malhar. Pesei e vi que engordei 600g de segunda para hoje, sexta, naquela não muito confiável balança. Mas não é difícil acreditar porque as roupas me cochicham através de seus fechos e botões, que não estou perdendo peso.

Exclamei alto então: Não tem jeito! Acho que vou morrer gorda!

Para completar, hoje, meu tio me deu notícia de um amigo dele, sempre mencionado como um sucesso cirúrgico de emagrecimento, que engordou. Escutei seu comentário e suas palavras, dirigidas ao amigo, guardando-as, como um alerta para mim mesma. Mas lá no fundinho, o pensamento que me ocorre é: Meu Deus será que tudo isso foi ou será em vão??

E assim estou eu...

17 de julho de 2007, 3ª f.

Nesses dias tenho lido algumas coisas sobre antropologia do corpo. Conseqüentemente, considerando os aspectos sociais da construção do corpo, do enlace muitas vezes ignorado entre o biológico e o social, penso sobre minha história e meu corpo enquanto personagem e símbolo desse enredo.

Isso não é novidade para mim - a reflexão sob esse enfoque - mas quantas coisas de que tomamos ciência permanecem encostadas em um canto qualquer de nossas mentes, sem resultar numa elaboração transformadora, não é mesmo?

Possuo memórias muito antigas, algumas mínimas, mas que ao serem relatadas, são identificadas pela minha mãe, como pertencentes à época em que eu ainda tinha 2 anos de idade. Pois bem, pensando na família como instituição social primeira de nossas vidas,

minhas recordações já me conduzem a alegrias, mas também a muitas tensões. Nascida numa família tradicionalmente estruturada, nem por isso menos problemática que a grande maioria, eu fui uma criança feliz até certa idade. Entretanto apesar de me referir à idade, eu não posso afirmar, com certeza a mesma, mas faço conjecturas de que após os 7 anos minha vida familiar e social tenha interferido muito em meu emocional, de uma forma dolorosa.

Fazendo uma síntese de minhas memórias, até os sete, sempre gordinha, eu era considerada pelos adultos em geral, linda, fofa, que ganhava muitos elogios e afagos pela minha fofura. A discriminação nessa faixa etária partia das socializações infantis e incluíam raros adultos. Nem por isso menos marcantes, me acompanharam as lembranças de uma tristeza que passou a morar em mim. Aquela que me dizia, na proporção que uma criança pode compreender, de que eu era diferente da maioria e de uma forma que não era agradável para todos.

Desta fase me lembro de minha rápida passagem pelo jardim de infância aos 4 anos, onde senti com mais intensidade os apelidos pejorativos e minha mais significativa lembrança, que era a minha própria comparação com as outras crianças, tantas de uma só vez. Lembro-me de crises de choro para não ficar na escola e de numa delas, vencer minha mãe que me levou de volta para casa e me pôs de castigo, gritando muito comigo, furiosa com meu comportamento. Ela me batia de vez em quando, mas nesse dia não sei dizer se me bateu. Acho que não. Recordo-me que me sentia mal vestindo o uniforme da escola. Meu short não ficava em mim como o das outras meninas. Minhas coxas grossas e as pernas um pouco junteiras, faziam com que um lado do short se levantasse e criasse papos. Eu me sentia feia por esse motivo. Na sala de aula, me sentia sozinha e com medo. Acabei indo mais um tempo. Aprontei algumas, bati em algumas crianças e fiz duas amigas. Uma delas tão gorda quanto eu, minha aliada nas brincadeiras e na defesa das implicâncias. Porém, mais descolada e extrovertida, ela era mais adaptada do que eu. Recordo-me que havia dias em que cada criança levava um pouquinho de legumes para a sopa da merenda, que eu adorava. Achava a sopa deliciosa. Lembro-me da colher que era enorme e parecia não caber na minha boca. Porém, apesar da incômoda colher, eu e essa colega apostávamos quem tomava mais sopa e com mais rapidez. Imagine! O dia que era leite com chocolate ou algo parecido eu não merendava. Não gostava. Recordo-me do cheiro do leite no copo de plástico com desagrado.

Aprendi as vogais, a dar laço no sapato, a amar o lápis que era dado pelo MEC, cujo design parecia com um pedaço de bambu verde e o único dia em que fiz um colar de macarrãozinho de estrelinhas... Fiquei lá por apenas 4 meses. Conta minha mãe, que certo dia, foi chamada a escola e me encontrou no gabinete da diretora - onde fui parar umas vezes por conta de brigas - mas que nesse dia, estava a conversar com a diretora dizendo que estava muito enjoada de ficar lá só brincando, que queria estudar, aprender a ler e a escrever. No ano seguinte, já entrei direto na alfabetização. E aí, amei!

Na vizinhança de minha casa, me recordo com um sentimento de humilhação, de um vizinho, pai das crianças que brincavam comigo, que dava voltinhas em sua lambreta em todas as crianças da rua. Ao chegar ao que seria a minha vez, ele não me levava dizendo que eu era muito pesada e iria furar o pneu. Isso doía o coração. Eu não conseguia entender!

As tensões familiares nessa época existiam, mas minhas memórias nesse sentido são menos destacadas. Eu tinha várias colegas, era sorridente apesar de certa timidez e considerada muito simpática. Acho engraçado lembrar, que fazendo aniversário no dia do soldado e morando no centro da cidade, acordava neste dia com o som da banda do tiro-de-guerra tocando, para o desfile dos rapazes que estavam servindo ao exército. Levantava-me, arrumava-me e corria para praça, para cantar o hino nacional e assistir o hastear da bandeira. Sentia-me orgulhosa e importante, porque era igualmente o meu dia. Era como se aquilo fosse um pouco para mim também! (risos)

Após os 7 anos, as coisas foram se complicando, talvez mais no meu círculo familiar. Não sei exatamente. Mas a partir desta época, deixei de ser a fofa e linda também dos adultos. Tornei-me a gorda que precisava emagrecer ou que tinha que crescer para emagrecer. Meu avô que era médico, muitas vezes durante o almoço - que muitas vezes eu repetia na casa dele, após já ter almoçado na minha casa, ou para fugir da comida que eu não gostava e poder saborear a comida da Nem, que eu adorava – me dizia que eu tinha que comer menos. Era uma época em que eu sentia muita fome. Lembro-me disso com clareza. O tempo foi passando e continuei engordando, então ele passou a dizer que eu tinha que emagrecer e que, eu tinha que aproveitar enquanto era nova. Depois dos 14 ou 16 anos seria mais difícil. Caso eu não emagrecesse, a gordura no meu corpo iria aumentar e envolver meu coração. Depois ela iria apertá-lo e eu morreria. Isso era dito sempre durante a refeição, pois provavelmente

era o momento em que ele me observava comendo. E eu comia, mas aquele comentário descia pesado e atravessado, goela abaixo. Comecei a diminuir minhas idas para o almoço lá. Passei a comer as delícias que a Nem fazia as escondidas.

Não posso deixar de comentar, que minha mãe no que eu me lembre, na minha infância, era gorda. Meu pai era um homem forte, mas não gordo. Minha família materna com muitos antecedentes de diabetes e hipertensão. Mesmo assim, tínhamos fartura de comida e em especial de chocolates, balas e frutas, principalmente nas férias na casa dos meus avós maternos.

Obs.: Tive que parar de escrever de repente! Quando voltei, perdi o fio do desejo aqui... Depois continuo.

23/07/2007

História e caminho

Da emoção que trago em meu corpo,
Nada seria mais intenso,
Que a angústia de ser,
E julgada por um não querer.

Tanta culpa sinto sem sentir
Por que a fala do outro me faz crer
Mas lógica justa, não cabe em mim,
Pois não sei de mim, não escolhi.

Liberta de tamanha prisão,
Solto o corpo quando me desprendo da razão
Razão que obedece a regra
Emoção que me lança a vida.

Assim, tênue fio me costura;
Amor e ódio confundem-se,
Entre o que sinto e o que penso
Trás à tona, o que de mim se ajusta.

Lá vou eu, seguindo em procura,
Do corpo aceito, permitido e admirado.
E lá vou eu, seguindo em frente...

Nó na garganta, coração retalhado.

30/07/2007, 2ªf.

Meu projeto

Projeto em mim, de mim
Cresce com lentidão sem fim
Projeto que vem transformando
Mente, corpo, pensamento...

Burlando o comportamento vem
Projeto que se incube de ser
Instrumento de saber
Brota em mim "sem querer"

Tanta coisa para dizer
O tempo parece não ajudar
Tanta coisa para ser
Tanta angústia para fazer

Minha casa parece não me caber
Tudo fora do lugar
Meu corpo nem dá para dizer
Dá medo de não sei o quê

Ansiedade para arrematar, definir, parecer...
Algo para justificar, algo para afirmar o ser;
Muito embora não pareça ou aos meus olhos não emagreça
Vem na minha cabeça, um corpo e um trabalho que desponte e cresça,
Um Eu que apareça...

Oi meu diário!

Quanta coisa tenho pensado em escrever...

Sinto-me culpada pelos "tantos" que me obrigo a dar conta sem conseguir. Já disse isso não é mesmo?

Bloqueio! Não dá para seguir aqui!

Bye!

31/07/2007

Sabe querido, acabei de me dar conta de que as coisas vão acontecendo de um jeito, que por vezes é tão permeado de culpa que nos causa uma espécie de cegueira. Digo isso, por que não tenho conseguido escrever, mas ao mesmo tempo, meus pensamentos borbulham em ricas reflexões que não consigo expressar.

Ao contrário dos meus relatos anteriores, algumas coisas têm acontecido. Ousei comer um pouco mais do permitido, tomei refrigerante (diet é claro!), comi um pequeno pedaço da torta de chocolate do aniversário de cinco anos do meu filho. A torta, eu experimentei propositalmente, no final da festinha, sozinha... Fiquei depois, aguardando se iria passar mal, se faria a tal síndrome de Dumping. Nada de físico me aconteceu. E eu loucamente fico feliz e frustrada ao mesmo tempo! Na verdade fico buscando em mim limites fisiológicos que pudessem existir a partir da cirurgia. E parece que não encontro. O limite que algumas pessoas percebem em si após a cirurgia, em mim parece ter que vir de mim, para mim, por mim. Sinto-me 100% responsável. Pergunto-me onde está a ajuda de 70% da cirurgia? Será que ela se limitou a intervir na minha atitude? No fundo sei que não, mas sem dúvida questiono muito essa cota dos 70%! (risos)

Meu emagrecimento continua - lento e vagaroso - porém persiste. Eu mesma já me aborreço quando me dou conta do meu olhar negativista para o fato. Quando alguém comenta a "diferença", me descubro irritada por que não creio na veracidade de tal afirmação. Depois dessa conscientização, dei-me conta de que as pessoas percebem o meu emagrecimento no global, isto é, como eu era antes da cirurgia e como estou no momento. Naturalmente a diferença é grande. Já o meu olhar é paulatino. Percebo o emagrecimento do último mês ou semana. Percebo-o, portanto, pequeno e vagaroso, mediante meu esforço e, por vezes, meu desespero ou pessimismo.

É! Tenho andado depressiva. No mínimo extremamente disfórica! Tenho que fazer um esforço grande para espantar os pensamentos negativos! A minha esquiva quanto às relações sociais também. Queria muito estar com grana para recorrer a uma TCC. Mas, infelizmente no momento não é possível.

Contudo, uma coisa nova ocorre! Minha professora de ginástica, diante do meu progresso no emagrecimento, me comunicou que iria começar a me fazer uma "hipertrofia". Não lembro agora se estou falando o termo que ela usou corretamente, mas em síntese, vai me orientar nos exercícios para começar aumentar um pouco minha massa muscular para diminuir a flacidez da pele. Porém, pelo que entendi isso não vai impedir meu emagrecimento. Na minha reavaliação física feita por ela, eu saí de uma condição "muito ruim" para a "ruim". Creio que isso se refere aos índices de gordura, músculo, etc. Pensando por aí, eu estou andando !

(risos) Tanto estou, que acabei de pedir para minha cunhada, que é uma mulher grande, porém não gorda, me deixar experimentar a calça jeans que ela estava vestindo, que imaginei ser de strech tamanho 48, pois as minhas estão largas e eu desanimada de sair para procurar outras. Pois ela me deixou experimentar. Quando fui vestir, olhamos a numeração e vimos que era número 44 strech. Quase desisti de vestir! Mas com incentivo dela eu vesti. A calça deu certinha na cintura e ainda ficou frouxa nas pernas. Quase não acreditei! As minhas de antes da cirurgia eram 56! Pode haver diferença segundo a modelagem, mas... Ah! Eu estou querendo mais é curtir agora essa novidade! (risos)

Byee!

Varre-Sai, Quinta, 02/08/2007

Tem dias que eu não sei por que, pensamentos mórbidos pipocam na minha cabeça sem que eu consiga controlar. Hoje por exemplo acordei bem, chamei meus filhos, ajudei o menor a vestir a sunga para ir para natação com todo esse frio, o mais velho feliz por voltar à natação, etc. Dei algumas orientações para a empregada que chegou sorridente, lembrei ao Xico de algumas coisas que ele tinha para resolver, e fui para o ponto do ônibus, esperar a condução para viajar para o meu trabalho, sem grandes expectativas. Depois sentada no banco esperando pela Van, num ponto perigoso da cidade onde costuma ocorrer acidentes, comecei a me estressar observando o movimento dos carros. Contraía meu estômago sem querer, diante de cada possibilidade de acidente que eu antevia. Isso acontecia porque a chance deles acontecerem eram grandes. Mas porque eu precisava ficar pensando naquilo com

essa expectativa, de que pudesse vir a acontecer? Que droga! Cada caminhão pesadíssimo que passava a minha frente, com velocidade fatal caso batessem ou atropelassem alguém, me causava mal estar. Eu visualizava minha casa dali e pensava nas minhas crianças, na proibição de brincarem a partir do limite que eu tinha imposto para eles, que seria o de vir em direção ao asfalto. Até quando me obedeceriam? Meu Deus e se acontecesse algo com eles? E o Xico, que dirigia, em minha opinião numa velocidade alta para dentro da cidade. Se atropelasse alguém? A responsabilidade acabaria sendo minha... Será?

Angustiada, fiquei a pensar, mas a Van, finalmente apareceu. Entro nela - já com um nó na garganta e uma vontade de chorar - me sento, e logo o motorista continua a conversar com outra passageira: "porque as novelas mais perigosas só passam nesse horário cedo de 18 às 20hs... porque o pastor, bláblábla..." A passageira retruca: "...na novela das 7 as pessoas que são malvadas, são as mais bonitas, ricas, poderosas e bem sucedidas. As boas parecem idiotas. Com quem você acha que nossas crianças vão se identificar... bláblábla..." Deste assunto, pulou para esse: "...porque o corpo foi encontrado aqui oh! Nesse morro aí. Porque hoje em dia... bláblábla..." E lá veio mais uma seqüência de assuntos pesados que só aumentavam meu mal estar. Quando me dei conta, estava pensando na minha morte, ou melhor, em como ficariam as coisas caso eu morresse. Pensei na dor dos meus filhos caso isso acontecesse hoje, com eles tão crianças ainda. Pensei em mais uma seqüência horrorosa de possibilidades. Putz!

Olhei para a paisagem e fiquei a pensar em como preparar meus filhos para não sofrerem tanto. Seria isso possível? E na verdade, será que eu poderia basear o sofrimento deles nas minhas próprias angústias? - Sacudi minha cabeça, tentando espantar todas essas idéias. Mas não tendo muito jeito, comecei a observar a paisagem e a me imaginar escrevendo para eles uma carta, porque não seria justo ficar falando nisso com eles. Na carta eu falaria da alegria de sair por uma estradinha de roça, observando o contorno dos morros contra o céu azul, do brilho do sol no mato úmido de orvalho, das flores modestas e singelas dos matos, com bois e bezerros pastando. Falaria da alegria que era poder apreciar um programa tão simples e doce, na paz de ter um companheiro compartilhando as mesmas coisas, sem necessidade de uma gota de álcool, de fumo ou pó para dar prazer... Quanta ilusão a gente tem em certas épocas de nossas vidas, onde uma cerveja parece ter o poder de colorir nossos

encontros com os amigos mais do que tudo. Sem ela nada parece ser tão bom... rsrsrs Rimos muito nos divertimos... Mas rimos de que? De graça ou alegria? Muito mais de graça, eu penso. Claro que a alegria vem, mas dilui-se no ar com velocidade impressionante. Basta ficarmos a sós e sem sua atraente companhia. Claro que não estou aqui fazendo um protesto contra a cerveja! Eu adoro uma cervejinha! Adoro rir também, seja de graça ou alegria. Mas como é GRANDE saber reconhecer a alegria nas pequenas coisas. Como é doce o perfume de ser, sem artifícios! Como eu gostaria de saber ensinar isso para os meus filhos! Falar do meu cálido fascínio por uma estradinha de roça, a procura de uma cachoeira para tomar banho, amigos verdadeiros para conversar e cantar, um amor para namorar, pequenas coisas para cultivar a alegria, borboletas amarelas, água na folha de taioba, sei lá... O fim é certo, mas a vida é clara se conseguirmos olhar para ela com simplicidade.

Vagando por esses pensamentos, me senti melhor. Aquele sentimento ruim que estava dentro de mim diminuiu apesar de não ter se extinguido completamente. Cheguei à cidadezinha em que trabalho e enquanto esperava abrirem o local, comecei a observar: a rua, a praça, a trepadeira bouganville de um tom de vermelho que adoro; o casarão antigo, em frente ao banco, informatizado... As pessoas simples, tão cedo já na fila, as mulheres com seus bebês enroladinhos em mantilhas de lã... E agora, estou eu aqui, despretensiosamente contando isso a você, meu diário, pedaços de pensamentos, trechos de minha vida.

Um dia qualquer, saindo de agosto, entrando em setembro... 2007

Considerando-me mais ou menos pelo meio do caminho, com os pensamentos negativos quase dominando o "pedaço", com a balança que não cede, com prováveis alterações hormonais acompanhadas de uma amenorréia incomum e os primeiros impulsos comestíveis acontecendo, junto com toda aflição e angústia que isso me traz, lá vou eu...

Pouco tempo antes, estava me sentindo tranqüila, tinha até reduzido a dose do remédio para ansiedade. Agora sinto os sintomas voltarem com força total. Sinto uma pressão dentro de mim, como se eu não coubesse mais em mim mesma. O peito oprimido, o ar apertado. Um receio de explodir... Retomo então a dose original do remédio.

Ainda bem! Logo em seguida descubro que minha mãe está precisando muito de minha ajuda e de cuidados médicos. Volto minha atenção para ela. Com antecedentes familiares de depressão escuto seu apelo cheio de receios. Ela me fala do medo de seus impulsos, de pensamentos ruins, temerosa de se expressar, querendo e não querendo falar. Bem! Na prática, respirei fundo, tentei me aprumar e fazer o que era necessário e possível, levando-a ao médico, etc. Mas disso tudo me veio uma memória: a lembrança de minha percepção infantil dessas crises de minha mãe, do meu temor de que algo ruim acontecesse... Uma sensação de risco iminente que eu sentia tantas vezes... Além disso, sua fala me fazia crer, que por eu ser pequenininha, eu era responsável por algumas limitações dela. Lembro-me claramente de muita coisa. E eu me sentia mal, muito mal. Ficava desesperada com essa perspectiva.

Bem... Águas passadas, sob alguns aspectos, já vistas em terapia. Coincidentemente vem à tona novamente, nesse meu momento ápice de metamorfose.

Como ápice, considero esse momento em que estou agora. Baseado no meu processo de emagrecimento anterior, que aconteceu há 12 anos e tudo que está repetindo agora. Como descrever isso? Não sei se vou me expressar à altura do que sinto, mas vou tentar.

Considero que dei um grande passo, percorri um bom pedaço do caminho. Em peso, diminui um bocado bom, em tamanho já me sinto mais confortável, pois já "caibo no mundo" de certa forma, podendo encontrar uma roupa que me sirva, por exemplo! No entanto minha sensação é de que saí de um espaço que eu ocupava e onde estava de certa forma adaptada e vim para outro. Porém, este outro ainda não é o meu. Sinto-me fora do lugar, fora de foco, desajustada "em mim". No passado isso talvez significasse a ânsia em atingir um corpo mais idealizado talvez. Hoje, mesmo que tenha esse componente, é mais claro para mim que não é só isso. Hoje estou mais velha. Minhas impossibilidades físicas de corresponder a um antigo ideal são evidentes para mim. Posso e preciso encontrar o meu lugar. Sem dúvida! Mas ele já não é em primeira instância estético. Mas vem da minha sensação de meu corpo. E sei que aqui, ainda não é o meu ponto para ficar. E como parei de emagrecer isso me desespera! Sei que diante desse impasse tudo pode vir a se perder. Os impulsos apareceram diante dessa estagnação do peso e do medo medonho que veio junto. Meio que entro em pânico. Não quero e não posso botar tudo a perder! E minha sensação é essa, de estar meio perdida, sem lugar,

de querer ir e de não estar conseguindo. E isso parece refletir em tudo! Até o nível de insatisfação com a minha casa parece que aumentou e me dá agonia. Dá para entender? Será que consegui expressar o que sinto?

Chega!

29/09/2007, sáb.

(Sorriso)

Li o que escrevi anteriormente e só lamento por não escrever com mais freqüência. Meus pensamentos borbulham coisas tão interessantes que eu gostaria de contar para alguém, mas depois se perdem na minha objetividade. E juro! Nem tudo é negativo! (risos)

Não sei se alguém lendo o que escrevi antes vai entender de fato o que eu quis dizer, mas é aquilo mesmo! É uma questão de tempo e de espaço! De onde eu vim, onde estou e para onde vou! Mas com que "roupa" eu vou? E porque mesmo com meus esforços eu não estou indo? Bem, essa era uma questão lá do meu desabafo anterior.

No entanto, o hoje, também não sei em que medida está tão diferente daquilo não!

Colocando os pés no chão, tentando olhar de frente para o que posso ter de referência além de mim mesma, algumas coisas aconteceram nesse meio de caminho.

Estive um dia no hospital, assim, também num impulso, sem consulta marcada, pois queria falar com alguém como eu estava. Estive com a nutricionista e com a psicóloga. A médica da equipe não estava lá. Com a nutricionista, foi o de sempre. Ela me pesou, me acolheu, atribuiu a pouca perda de peso a calça jeans que eu vestia, eu fingi que acreditava nisso para me sentir confortável e pronto. Com a psicóloga pus para fora toda minha agonia, minha ansiedade, meu medo. Mas tudo muito claro, resolvido, organizado talvez! Na verdade, sou muito consciente ao fazer uma reflexão. Tomada pela ansiedade é que vou ficando cega. Ela fez comigo algumas considerações práticas sobre meus hábitos, correlacionando-os aos anteriores à cirurgia. Obviamente o retorno que ela me deu é o mesmo que recebo em geral, e no qual ela está mesmo correta! Meu nível de exigência para comigo mesma é muito alto! Estou muito ansiosa. Na prática, estou evoluindo. Então vamos lá! Volto para casa aliviada de ter dividido minha angústia e temores.

Passo a considerar algumas coisas. Na avaliação da academia já saí da categoria ruim para a média. Estou ganhando massa. Perdi medida em alguns pontos e ganhei em outros. Muito bem. Vamos lá!

Um dia qualquer...

Os dias vão passando... A balança não cede. Já não sei o que pensar. Nem negativa, nem positiva, me calo e evito falar. Às vezes me exponho e depois me arrependo. No meu flutuar de emoções, economizar a fala significa colher menos interferências estapafúrdias de terceiros. Claro que algumas pessoas são exceções. Estas são referencias. Preciso delas.

Em relação à comida percebo algumas diferenças em mim. Eu que pensava que ficaria enlouquecida para comer arroz, não tenho feito questão. E também não, da batata, nem do macarrão! Uma surpresa para mim. O mesmo já não acontece com o pão. Tenho que me segurar. Tenho conseguido me segurar bem. Eu mesma faço o movimento de evitar os carboidratos. Mas, de repente, parece que todo o controle vai pelos ares! Mesmo consciente de que não devo comer me vem um impulso tão forte, que avanço em determinado alimento com ansiedade. Geralmente é na massa ou no pão. Mas não chega a ser nada que ma faça sentir mal ou vomitar. Apenas me faz sentir muita culpa e mal estar.

Chega o dia de retornar ao hospital para minha consulta de rotina. Fico feliz por isso! Falo de como estou, peço ajuda, falo da importância do apoio da equipe para mim. Meus exames indicam que está tudo bem. Nenhuma alteração hormonal de fato. Todos estão bons. Vendo minha aflição a médica me mostra o gráfico com a minha evolução. Em 8 meses reduzi em 55% meu excesso de peso. Tira uma cópia para eu trazer para casa para que possa visualizar sempre. Diante de meus questionamentos sobre a cirurgia, meus receios e o comentário da quantidade de alimento que afirmo conseguir ingerir, ela resolve me pedir um exame para que eu possa visualizar o tamanho do meu estômago, e também para que ela possa verificar se está tudo bem. Conforme for, talvez faça a aplicação de "algo" que não lembro o nome via endoscopia, para estreitar um pouco mais a passagem do alimento. Solicita-me também uma biopedança, isto é, uma avaliação do meu peso, discriminando,

massa,líquido, etc. Saio de lá mais tranqüila e confiante. Ainda me restam alguns recursos externos para me ajudar com os internos! (risos)

Caso passado, faço troça da minha dor. Na verdade, não quero me entregar para dor. Quero alegria, quero a leveza que um dia senti mesmo no meu corpo gordo. Eu sou uma pessoa, que penso poder dizer, que consegui ser feliz mesmo sendo gorda. Ou pelo menos consegui ser e conquistar espaços que normalmente são profeticamente negados ao gordo. Outros espaços, eu ainda não conquistei, é verdade, mas isso, é outra discussão. Gordo ou magro, quem já conquistou todos os seus espaços na vida?

Quero hoje um corpo com saúde e disposição para viver, mas que seja leve no ser, no sentir, independente de seu peso e de sua forma. Um corpo que seja Eu bem, comigo e em mim, amém!

06/01/2008, Domingo

Em vésperas de completar um ano de cirurgia, me descubro envolvida em mil questionamentos, satisfeita por um lado, decepcionada por outro, e principalmente chocada comigo mesma, por me perceber afundando numa certa letargia em relação ao meu comportamento e desesperança em atingir meus objetivos. Certa incredulidade se apossa de mim!

De 'uma' me percebo quase sempre 'duas'! Uma pessimista e temerosa e outra que no impulso age e vai... Ignorando o pessimismo, talvez impulsionada apenas pelo compromisso! Não sei! Hoje estou confusa!

12/01/2008, sábado

Nossa! ... (pensando... no que disse anteriormente)

Bem, no dia 8 fui à Nutricionista (outra que me indicaram), com a consulta já marcada com a psicóloga da equipe que me atendeu na cirurgia e, confessei meus bárbaros

crimes (tal como comer biscoito recheado de chocolate à noite). Falei de minha angústia e temor de pôr tudo a perder. De uma súbita vontade de comer doce, pão, e etc. e de minha entrega a esse desejo. De minha história de uma vida de tentativas e dos insucessos de emagrecer. De minha crença de que eu estava correndo o risco de me dar mal nesta minha última cartada - a cirurgia. Para ser mais exata, de deixar minha própria intenção, força e determinação se extinguirem. Ela - a nutricionista - ouviu, e sem desanimar me apresentou a dieta que deveria seguir esta semana para acelerar meu metabolismo. Diante da dieta me descobri já um pouco pessimista em relação às porções da parte da tarde, horário em que fico mais faminta. A tarde é longa! Mas de qualquer forma, saio de lá com a minha 'intenção' renovada.

Chego ao hospital para ter uma consulta com a psicóloga. Na recepção mesmo sinto-me instigada a observar o movimento. Uma das recepcionistas passa com uma postura curvada. Eu cumprimento-a, sabendo que aquela postura advinha do fato de ter feito sua plástica reparadora, e de que ela estava muito feliz com isso. Com meus botões, pensei: "Ela conseguiu! Será que eu vou conseguir? Eu quero conseguir."

Entro para sala da psicóloga e exponho minha angústia, que de repente me parece meio "boba". Mas sigo falando nisso. Falo inclusive da necessidade que sinto de ter contato com eles da equipe, com aquele ambiente que de certa forma, me refere aos procedimentos por que passei e me estimula a continuar. A Psi me faz algumas indagações. E por fim eu pergunto a ela, se o que está acontecendo comigo é comum nos outros pacientes. Ela diz que sim. E eu imediatamente rebato: Mas muitos operados estão engordando de novo! Eu li em algum lugar que 80% dos casos... No entanto, ela retruca que nesses casos a maioria dos pacientes não retorna ao hospital para suas revisões, não toma os medicamentos necessários, não mantém um acompanhamento nutricional, não faz exercícios... Enfim... E que eu tenho feito tudo isso corretamente. Que alguns deslizes não significa o meu insucesso.

Assim, saio de lá com um pouco de alivio. E novamente então, eu assimilo tudo isso como um retorno a minha imensa ansiedade e auto-exigência. E extraio como 'sumo' de tudo, algumas poucas conclusões e outros tantos questionamentos.

Domingo, 13 de janeiro de 2008

O dia está clareando e abri as janelas para sentir o ar fresco da manhã. Os cantos dos pássaros são muitos e ainda misturam-se com os dos grilos da madrugada.

Dormi mal esta noite. Dividi-me entre a minha cama e a cama extra do quarto do meu filho de cinco anos, que acordou três vezes nesta noite. Agora cedo acordei de um sonho que não chega a ser um pesadelo envolvendo muito horror. Mas um sonho ruim que representa bem certos incômodos que me acompanham. Mas nem sei se quero falar nisso! Já estou acostumada com eles que sempre vem em um contexto específico da minha vida cotidiana.

Aliás, uma das coisas que descobri nos últimos meses é que me calo, muitas vezes, pelo temor da 'destruição' que 'imagino e às vezes acredito', as minhas palavras podem causar ao meu redor. É uma coisa estranha que me dei conta, com muita clareza, recentemente, mas que me acompanha há muito tempo. Não sei precisar a quanto tempo, mas remeto-me ainda à infância. A imagem que me vem é de mim menina, talvez púbere.

Dia desses, me peguei pensando: "O que é pior do que fazer dieta? Falar em público." Logo em seguida, questionei comigo mesma este pensamento, me indagando o porquê dele e se fazia sentido. Pensei na ansiedade que sinto e no conseqüente mal estar que acompanha os eventos em que eu tenho que me expor, principalmente, quando se trata de uma situação em que estarei sendo avaliada. Mas afinal, quando é que numa situação de exposição, não me sinto avaliada? ...risos... Engraçado, é que me ocorre nesse exato momento, que fazer dieta para mim, envolve sentimentos bem parecidos com estes, vivenciados ao falar em público.

Ontem, perplexa, me questionei ao – aflita e desesperada – comer três biscoitos às escondidas dentro da MINHA casa. Logo pensei: - mas escondida de quem? Do Xico? Da empregada, que tem se esforçado para preparar comidinhas para mim como manda o figurino? Das crianças? Ou de mim mesma? Mas a conclusão a que cheguei, foi a de que, o esconder, é o temor da avaliação e da decepção que as pessoas possam ter comigo. O medo de decepcionar as pessoas é grande. E no caso, principalmente as pessoas que mais gosto e mais próximas, que se engajam comigo, na minha empreitada. E justo elas, passam a ser vistas por mim, como avaliadores e fiscais, dispostos a me detonar, pois não têm como compreender, os meus conteúdos internos, o que acontece dentro de mim, que me levam a esta ação. Puxa!

Porém, retornando a questão da fala e da expressão, do temor do poder destrutivo que minhas palavras podem ter, já foi identificado por mim, como um dos pensamentos automáticos que antecedem meu impulso de comer algo inadequado ou além do que deveria. Já o percebi em várias situações. Algumas até externas a mim, envolvendo pessoas que não desejo magoar. E dessas, me lembro de inúmeras, envolvendo mãe, irmã, pai...

Interessante, é que eu considero que uma das coisas que eu aprendi na juventude, com vinte e poucos anos, e após alguns anos de terapia, é que eu deveria sempre correr o risco de falar, de me expressar. Só assim, eu poderia de fato, resolver certas questões. E assim, eu passei a proceder pela vida afora. E acho que muito bem. Agora, novamente este temor reaparece. Tenho consciência de algumas situações, que prefiro não comentar aqui para não expor outras pessoas, além de mim mesma. Puxa! Mas na angústia, eu acabo sempre dando um jeito de me expressar e de por para fora. Mas comumente não falo e prefiro calar, por acreditar que as pessoas ao meu redor não vão saber receber aquilo ou irão simplesmente ignorar. E isso de fato acontece algumas vezes. Percebo que a pimenta que arde em meus olhos, eu sequer consigo dimensionar para o outro. Ao falar, às vezes já o faço desmerecendo o que estou falando, sem levar em conta à proporção que aquilo tem dentro de mim. Vejo muitas pessoas falando de seus problemas com uma intensidade e uma valorização extrema e dramática do seu sentir. Eu não sei fazer isso ou se faço me sinto ridícula! Assim, penso que muitas vezes faço o oposto. Desvalorizo o que sinto. E nesse desvalorizar, talvez o medo surja da possibilidade vislumbrada, de que se isso vier a acontecer, seja de uma força catastrófica. É! Pode ser!

Mas... O que estou fazendo agora, por exemplo? Tem como me expor mais? É certo, que no momento, me exponho apenas para mim mesma. Mas quer ousadia maior que esse diário? Que será exposto e avaliado? (Xô pensamento!!!!!)

Mas quero esclarecer uma coisa. Quando falo das pessoas se expondo com uma valorização grande de seus conflitos, não estou desmerecendo-as. E de forma alguma me refiro com desrespeito as tantas pessoas que se expõem para mim. Refiro-me mais a uma percepção de mim mesma. Ou seja: preciso de terapia!! ... risos... Socorro! ...risos... Preciso

pensar em tudo isso! E nesse exato momento, preciso ir comer! Apenas tomei um 'pícolo' cafezinho e agora anseio por um café da manhã.

byee

14/01/2008, segunda-feira

Mandei minha dieta dessa semana para as 'cucuias'! Não no sentido de sair comendo adoidado. Mas achei complicado o esquema desta semana e retornei para a dieta básica que a nutricionista indicou. De qualquer forma, escapuli mais uma vez da "regra" desta semana. Consegui manter de quarta-feira até sábado no almoço. As tardes estavam insuportáveis demais. Aliás, creio que estou insuportável demais esta semana. Aliás, hoje eu amanheci de pescoço duro. Muita tensão. Clima tenso entre eu e o Xico, entre eu e todos ao meu redor. Dei-me conta ontem, ao conversar com uma pessoa com queixas de menopausa, que talvez eu esteja com sintomas de TPM. Há alguns meses, venho percebendo que eu fico absolutamente disfórica na semana anterior à menstruação. No entanto, só desperto para o fato quando mênstruo. Este mês estou tão insuportável que despertei antes! (risos) Devo estar perto de menstruar!

No mais, refletindo sobre meu processo intencional de emagrecer e pós-cirúrgico, o que penso é que ainda é difícil às vezes, ter clareza da fome e da vontade de comer. O disparador da busca alimentar é mais clara, e pode ser percebida. Mas perceber a saciedade é confuso! Um iogurte para mim e nada, dá no mesmo. O tipo de alimento também interfere neste processo então!? Como raramente sinto desconforto após comer, permanece em mim certa frustração relacionada à cirurgia. Não encontro o limite físico do estômago reduzido, como eu fantasiava. Parece que posso comer muito, e como a saciedade é confusa para mim... Penso que a cirurgia marca um lugar de imposição à que nos submetemos por escolha. O temor da dor ou de uma complicação cirúrgica nos impulsiona a desejar manter a dieta e claro o emagrecimento, nosso principal objetivo. Mas após os primeiros meses, o que percebo é que preciso contar comigo mesma. Sou Eu e Eu! Sem isso, o recurso que a cirurgia oferece não é suficiente. A proporção da importância do meu desejo e determinação, em comparação à da cirurgia, parece sem dúvida, muito maior do que eu supunha. Mas de forma alguma me

arrependo. Eu precisava dessa condição cirúrgica para me impulsionar. E aqui estou eu: tentando... Aos "trancos e barrancos".

13/02/2008, 4ª feira

Olá diário!

Aqui estou eu, renovada e motivada, no hospital para aplicar minha pesquisa de campo. Estou assim hoje e te confesso, apesar de adorar férias, que estas últimas, parciais, foram bem difíceis. Não me adaptei as novas dietas da nova nutricionista, cedi a vários impulsos e desejos alimentares, deprimi tomada pela angústia, culpa e temor do futuro. E isso acabou por refletir em diversos aspectos da minha vida. Inclusive familiar e profissional.

O que mais percebia ao meu redor eram as histórias dos operados que voltaram a engordar. E eu engordei um kilo e pouco e há quatro meses não perco peso. Comecei a entrar em pânico. E também, a ansiar pelo retorno à minha rotina normal de estudo e trabalho, ao retorno dos meus filhos à escola, na expectativa de retomar o rumo do meu tratamento. E só de vir ao hospital para aplicar a pesquisa, sinto meu ânimo florescer. Ver tantas pessoas com expectativas de mudança, outras verdadeiramente transformadas, ouvir trechos de histórias de alguns. Isso me enche de desejo de prosseguir e me instiga ainda mais a tentar obter êxito e a continuar minha pesquisa. Sinto tesão pela minha pesquisa e até por este ambiente. Sinto emoções intensas e agradáveis diante das possibilidades que vislumbro.

Ontem reencontrei na recepção uma colega do jardim de infância e do primário. As duas meninas gordas da escola éramos nós. Do que me lembro naquela época, há quase 40 anos atrás éramos apenas nós. E éramos lindas e fofas. Para muitos adultos que nos bajulavam, queriam apertar, beijar e abraçar. Mas nem todos. Minha colega de uma natureza mais extrovertida e eu, um pouco mais tímida. Bem, não posso afirmar com tanta precisão. Mas penso que somos assim ainda hoje. Ela mais atirada, extrovertida e eu mais reservada. Em nossa conversa relembramos de algumas coisas. E nossa memória trouxe situações que envolvem... Comida! Eu e ela apostávamos quem tomava mais sopa e mais rapidamente na merenda do jardim de infância. A colher parecia nem caber direito na minha boca. Ela recorda de uma visita a minha casa e de nossas babás, fazendo bifes e mais bifes, e

nós lá, comendo horrores. Atualmente ela encontra-se em preparo para um pré-operatório. Terá que perder alguns kilos antes de poder se submeter à cirurgia, da qual sente muito medo. Medo de morrer. Pois a mãe dela depende dos seus cuidados. São apenas as duas. Mas ela sente que chegou ao limite. Nem tanto pela sensação física ou esforço, mas por necessidade de cuidar da saúde.

Conversamos um pouco sobre imagem corporal e percebi que ela, percebe o corpo assim como eu mesma percebi por tanto tempo. O peso externo sendo maior e indicado pelo outro. A sensação interna de flexibilidade e agilidade e até certa leveza. A discriminação é sentida e vivenciada por nós duas em lembranças infantis... Em tão pouco tempo de conversa, com certeza não pude descobrir ainda muitos outros detalhes que nos diferenciam ou igualam. Mas na essência, nos percebemos, pela maior parte da vida com uma angustiante e controversa distorção da imagem corporal. A imagem visual, aquela que é percebida principalmente pelo outro, e a imagem proprioceptiva, a que em nós predominou, pelo sentir de nossos movimentos e possibilidades. Minha amiga chega a comentar que em diversas situações comparativas entre a agilidade dela e a de outras pessoas magras, ela pensou: "Não me troco por um magro. Sou muito melhor".

Esse papo me faz borbulhar de idéias!

E assim vou! Mais animada, preocupada sim, mas feliz de estar aqui.

Byeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeeee!

20/03/08

Lugar de mim

Em travessia? (Páscoa)

Existência estranha dentro de mim
Sentidos que revelam com surpresas
Ao olhar, ao toque, tantas incertezas.

Olhos que vislumbram novos relevos
Mãos que tateando descobrem outras teias
Rede, tramas escondidas, paisagens de outro bordado
Que brota lentamente, em mim e fora de mim.

Certo mal estar mascarado há!
Aplacado por novas roupagens por buscar.
Mas algo de sem jeito há!
Um declive do peito ao ventre quando deito
Em músculos que apontam outro jeito.

Com um sopro de ar na garganta, deixo
As mãos deslizarem em estranho corpo
Que parece meio morto, mas sem desconforto!

Quanta estranheza há!
Num lugar que já se foi
Num lugar que não pode ser
De um lugar que "deve vir-a-ser"
Sem saber ao certo... se vai viver.

Que receoso toque encontrando diferenças
Tendões? Ligamentos? Ossos?
Entre a virilha e a coxa ou por traz dos joelhos
Surgem questões, comparações...
Peles sem sentido, pescoço envelhecido,
E em tudo, contudo, um desejo de vencer,
De submeter à outra dor, ao corte e ao recorte.
De disforme à cicatriz
Do que vou ser... (?)
Sem me esquecer de quem sou.

Sexta-feira, 04/04/2008

Que suplício! Os dias passam e eu nessa luta de peso na balança que desce e sobe, desce e sobe... Dias de dieta cumprida à risca, dias de verdadeiro desespero para comer certos alimentos, quase todos da família dos carboidratos! Alguns momentos de "escapulidas"...

Ontem procurando minha calça preta de ginástica e não encontrando, terminei por optar por uma bermuda, igualmente preta, apenas uns 5 centímetros mais curta que a calça, para ir à academia. Lá chegando, não demorou e as professoras logo perceberam a mínima diferença de comprimento e fizeram festa comigo. Umas graçinhas que tentam ser carinhosas comigo, me incentivando, elogiando... Mas as reações das pessoas e os comentários sempre me conduzem a outras reflexões.

Porque as pessoas acreditam que os gordos não usam bermudas? Eu sempre usei... Porque falam da minha auto-estima como se o fato de emagrecer por si só bastasse para remodelar-me inteira? E prossigo questionando com meus botões: será que estou diferente? Não. Absolutamente não me sinto diferente! Minha auto-estima é vacilante como sempre foi, porém não baixa como as pessoas fantasiam. É gostoso comprar roupa sim, é gostoso sentir-me mais leve sim! Tem muitas vantagens em estar mais magra. Mas pelo amor de Deus! Eu sou EU! Não sou outra pessoa! Mas as pessoas me elogiam como se antes eu não existisse! Que é isso? Chegam a dizer que estou mais alegre após terem me visto por poucos minutos conversando com alguém! Mas são pessoas que nunca conviveram mais estreitamente comigo. Simplesmente fantasiam e falam como verdades, acreditando de fato nisso! Isso me dá uma noção tão grande de como as pessoas não enxergam "a pessoa" que é gorda. Elas se detêm na figura e nos estigmas que a acompanham.

No mais, tenho fantasiado, feito planos, tenho usufruído de gostosos devaneios profissionais. Tenho pensado muito em crianças gordas. Tenho pensado em um dia, se eu conseguir me manter na luta, em trabalhar com grupos de mulheres e crianças. Tenho desejo de estudar mais e mais. Mas nem tudo é fantasia. Os sonhos partem da minha realidade e a realização deles há de ser a mais pura verdade.

08 de junho de 2008

Há tempos não escrevo! E há tempos também, que tenho a impressão de estar estagnada no meu processo de mudança corporal. Penso que às vezes é lento o caminhar só. Mesmo que eu não esteja assim tão só, afinal tenho uma família linda, que me ajuda muito. Prova disso é que hoje pela manhã deliciosamente escutei meu filho caçula dizer baixinho no meu ouvido: "Você é a mãe mais maravilhosa do mundo", seguido de um gostoso abraço. Isso me fez sorrir por dentro e atenuou minhas angústias e preocupações pelas ausências dos últimos tempos.

Bem, mas sobre o meu caminhar é a velha história: "emagrecer em gotas" e a fatídica facilidade de "engordar aos borbotões". Da cirurgia a impressão que tenho – muito particular – é de que o medo da dor e de uma possível complicação cirúrgica me motivou a seguir e suportar os primeiros tempos da dieta seguida à risca, reforçada pelo impacto inicial do emagrecimento. Processos fisiológicos decorrentes do "by pass" fogem ao meu julgamento simples e despretensioso. Mas se com os benefícios dele o emagrecimento é lento, imagine sem ele! Mas o fato é que, fluem no meu cotidiano, minhas emoções, pensamentos, ações e impulsos. Sem limites físicos como dores, desconfortos, mal estar, enjôos ou qualquer coisa desse tipo (sentida por muitos dos gastroplastizados), o meu controle tem que ser mental e impor o limite. Meus desejos por comer não mudaram tanto. Consegui adquirir alguns novos hábitos, mas poucos. Em geral, fico em constante batalha interior.

Hoje com 40 kilos a menos e alguns substituídos por massa muscular, continuo me sentindo meio "fora do lugar", ainda num "meio do caminho". Essa mesma percepção parece irradiar por diversas áreas da minha vida. Sinto-me assim na minha pesquisa, no trabalho, em casa, com os filhos, com meu amor, com o corpo (quanto à forma, a imagem e em algumas sensações táteis) e, conseqüentemente, na sexualidade. Minha libido, meu comportamento e meu prazer sexual também parecem estar meio fora de lugar. Não ausente, porém, menos intenso, meio desajeitado.

Aliás, por falar em sexualidade, cheguei à conclusão de que pouco se fala sobre a sexualidade da mulher obesa. E quando se encontra alguma coisa é de deprimir. Tenho que por "as mãos para os céus" para agradecer o fato de ter encontrado pessoas na minha vida, que me disseram "mulheres gordas "trepam" e muito bem, sabia?", "mulher gorda é gostosa", etc. Se eu tivesse lido no final da minha adolescência, certas coisas que li agora, jamais teria

usufruído e me deliciado com meu corpo gordo, roliço e gostoso. É! É isso mesmo! Foi duro ser criança gorda, passar pela puberdade com uma forma inaceitável e desprezada. Adolescência, nem me fale! Quase patológica! Fiz muita terapia. E aprendi e consegui olhar para mim com amor, com prazer.

Aceitar o corpo não foi fácil, mais difícil ainda foi acreditar e confiar, no desejo dos homens que encontrei. Aliás, a primeira conclusão a que cheguei, foi de que no desejo de alguns deles eu podia acreditar. Era óbvio. Mas encontrar um parceiro e apostar num relacionamento já era bem diferente. Aliás, nisso ainda creio. Não é qualquer pessoa que assume um relacionamento com quem é "diferente", seja qual for a diferença. Bem, as pessoas que encontrei, eu mesma repeli muitos deles por receio de ser rejeitada, de ouvir coisas horríveis que muitas vezes eu escutava falarem das pessoas gordas. Até que uma amiga muito querida me alertou com ares de brava e irritada: "os passarinhos pousam na sua janela e você a fecha, batendo, mandando-os embora!". Dei-me conta de que isso era verdade. E passei a ousar mais, a investir um pouco mais no afeto e no relacionamento. Mas entregar meu corpo a alguém não foi simples. Ou melhor, não foi simples sentir a minha entrega. Hoje, quando lembro, penso que a obesidade dificultou o início da minha vida sexual com outra pessoa. Depois, confiante no desejo e no respeito do meu parceiro, eu não tive do que reclamar. Veio uma época de vivenciar muitas emoções, que muitas das minhas amigas, magras e belas, nem sempre conseguiam viver. Baseada nas minhas experiências, nas conversas e segredos de amigas, e em tantos relatos que ouvi de diversas pessoas, eu considerava minhas vivências sexuais como extremamente prazerosas, de qualidade e satisfatórias. Sempre acreditei, e acredito ainda, que seja muito mais fácil enriquecer a vida sexual tendo um corpo "normal". Mais possibilidades de parceiros, o famoso estímulo visual tão importante para os homens, enfim. Mas, como meu colega Patrick constatou, há homens que são predominantemente táteis. Portanto, eu concluo que com eles, as gordas podem se regalar!

Então é isso! Nesse meu "meio de caminho', sem estar de "aonde eu vim", e tampouco, no "aonde vou", algumas coisas precisam se reorganizar. Mas penso que minha imagem corporal esta acompanhando o emagrecimento. A lentidão nesse sentido talvez seja benéfica.

E ainda consigo dizer que não vou desistir. Tenho medo, tenho receios, mas vou encontrar meu novo "lugar".

22 de agosto de 2008, 6ª feira

Não tenho sentido vontade de escrever... Aliás, às vezes até sinto! Embaixo do chuveiro ou dirigindo, me vem reflexões borbulhantes e a intenção de escrever. Mas depois, a circunstância muda, o inusitado se impõe, o filho chama, o corpo clama... Tanto eu ainda teria à dizer! Por certo! Mas já não poderei mais escrever. É tempo de encerrar. Vim me despedir.

Mas hoje, reli todo esse diário e sorri. Muito carregado de emoção, quase sempre, escrito nos momentos de angústia. Penso às vezes, que é ousadia demais anexá-lo na minha dissertação. Da minha história mostro "tanto" e "tão pouco". Muito pouco das minhas riquezas, dos meus momentos felizes, dos meus afetos. Muito pouco das preciosidades e das alegrias que as pessoas à minha volta me ofereceram durante toda a minha vida: meu pai, minha mãe, avós, tios... Muito pouco das pessoas a quem eu amo, das minhas alegrias em família, dos meus encontros com grandes amigos, professores, colegas. Muito pouco mesmo. Nem tudo foi escuro ou dolorido. Foram muitos os momentos de luz! Se eu fosse escrever intencionalmente hoje, gostaria de falar das conquistas, das vitórias, dos prazeres e das alegrias que vivi.

Certamente trago em mim, as marcas do "você não vai conseguir". Mas hoje consigo reagir. Ontem me lembrei que um médico me disse aos 12 anos, que eu deveria tratar de emagrecer ou que nunca poderia ter filhos. Não emagreci. E eu os tive. E gorda! Lindos e saudáveis! Sem problemas e com muitos afagos da minha família e dos meus médicos da época. O olhar positivo da minha história ficou meio de lado. Cedeu lugar a esta experiência, em que fui 'sujeito, laboratório e pesquisadora'. Mas tudo tem suas razões de ser.

Falando assim, outro dia pensando neste diário, comentei com uma amiga: 'Vou ficar mais exposta que ovo-frito em frigideira!' (sorriso) Isso me fez lembrar que li um livro em que o autor dizia que os gordos são discretos. Eu sou. Mas nem todos são. Aliás, li tanta coisa!

Li muita coisa interessante! Mas li também tanta coisa absurda! Como as pessoas pecam em generalizar tanto o ser humano!

Bem, mas por mais discreta que eu seja, tenho desejos maiores de compartilhar e atrevimento suficiente para fazê-lo. Além do mais, parte de mim é assim. Sempre exposta, mesmo quando não queria ser. De tímida à espalhafatosa, sou intensa e autêntica. Não sei sorrir sem ter vontade, não sou de fazer festa nos lugares em que chego. Mas sou uma entusiasta que se entrega ao que se predispõe a fazer. Tenho meus temores, meus receios, mas também me tomo de amores. Vibro e vivo intensamente. Meu Sistema Límbico que o diga!

Com toda ansiedade que expresso aqui, traço inegável em mim, estou chegando onde pretendo ir. Insegura, temerosa, concluo o quanto sou na verdade, corajosa. Hoje, após ter passado por tudo isso, ter feito minha pesquisa, percebo o quanto há por descobrir e o tanto que já fiz! Principalmente, percebo o quanto ainda quero fazer. E vou fazer.

Sob certos aspectos, tenho me sentido bem melhor com meu corpo, embora ainda não tenha atingido minhas metas. Sinto-me bem nas minhas roupas, mais a vontade e com expectativas mais próximas de conquistar. Sinto-me de uma maneira geral com mais saúde.

E tantas foram às vezes em que, sentindo medo, segui em frente. Penso que estou num momento assim, de passagem mesmo! Estou provisoriamente por aqui. Mas em breve, com ou sem medo, partirei com coragem ao que desejo e devo ir.

Hegle

Anexos

Anexo A

UENF - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FUMINENSE
CCH - CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM
LCL - LABORATÓRIO DE COGNIÇÃO E LINGUAGEM

PESQUISADORAS:
HEGLE FRAGA PINHEIRO DIAS
SYLVIA BEATRIZ JOFFILY

PESQUISA:

AUTO-IMAGEM E OBESIDADE: uma abordagem cognitiva

CONVITE

Você está convidado para participar voluntariamente dessa pesquisa. Caso esteja disposto a colaborar, responda, por favor, ao questionário abaixo relacionado.

Esteja certo que, ao respondê-lo você estará contribuindo para a aquisição de novos saberes.

A identidade dos participantes será mantida em sigilo, e todos os dados inicialmente fornecidos que possibilitem a sua identificação, como o nome, o endereço, telefone ou e-mail, serão devidamente destruídos após a realização da pesquisa. Antecipadamente agradecidas,

As pesquisadoras.

Nome:_____
Endereço:_____
_____
Nº._____**Bairro**_____
Cidade_____**Estado**____ **CEP.**
_____ **E-mail:**_____
Telefones:_____

TERMO DE ACEITE

Estou de acordo em participar, voluntariamente da referida pesquisa, desde que minha identidade seja preservada, conforme proposto.

Assinatura do responsável:
_____

Local: Hospital São José do Avaí – Itaperuna – RJ
Centro de Controle do Peso – CCP
Data do aceite: _____de _____ de 2008.

Anexo B

Escala de Desenhos de Figuras – Figure Rating Scale (FRS)
Stunkard; Sorenssen; Schlusinger (1983)

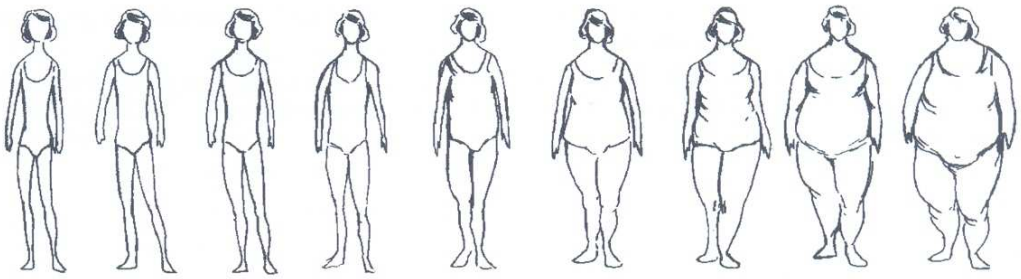
Nº. _____

Escala de Figuras de Stunkard - *Figure Rating Scale (FRS)*

Autores: Stunkard, Sorensen e Schulsinger (1983); Adaptação para o português: Scagliusi e colaboradores (2005)

Nome:_____Data ___/___/_____

Observe a série de figuras abaixo.



Escreva a palavra **"eu"** embaixo daquela que melhor **representa você atualmente**.
Escreva a palavra **"ideal"** embaixo daquela que **você gostaria de ser**.

Anexo C

GORESTEIN,C.; ANDRADE, L. – (BDI) 1998.

Nº _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Filhos: ( )sim ( ) Não

Trabalha? ( ) Sim ( ) Não

Ocupação: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrito com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( )

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo D

Nº. _____

- QUESTIONÁRIO–

Idade:_____ Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
Peso:_____ Altura:_____

Profissão:_____

Escolaridade:
( ) analfabeto ( ) até 4ª série ( ) até 8ª série ( ) 2º grau incompleto

( ) 2º grau completo ( ) Superior ( ) Pós-graduação

Questões:

Você se considera uma pessoa gorda?
_____
_____
_____

Desde quando?
_____
_____
_____
_____

Você faz alguma coisa para manter o peso desejável?
( )sim ( )não ( ) ás vezes

Desde quando?
_____

O que?
_____
_____
_____

Quando você era bebê foi amamentada no peito? (sim) (não)
Por quanto tempo?
_____
_____
_____

Anexo E

TABELA GERAL PARA PROGRAMA ESTATÍSTICO								
Voluntária	**IMC Bruto**	**IMC Categorizado**	**Depressão em 2 níveis**	**Depressão em 4 níveis**	**Figura ICA**	**Figura IMC***	**Figura ICI**	**BDI Bruto**
1	43,5	3	2	3	7	8	4	29
2	44,14	3	1	2	8	8	3	10
3	50,16	4	1	2	7	9	3	11
4	47,3	3	1	1	8	8	5	1
5	46,75	3	2	3	7	8	3	24
6	42,9	3	2	3	8	8	5	29
7	36,1	2	2	3	7	7	3	21
8	46,1	3	1	1	7	8	3	9
9	51,2	4	2	3	7	9	3	22
10	38,7	2	2	3	8	7	3	29
11	40,5	3	1	1	7	8	4	10
12	50,6	4	1	2	8	9	5	12
13	52,7	4	2	3	9	9	5	24
14	56,6	4	1	2	9	9	6	16
15	35	2	2	3	7	7	4	29
16	39,8	2	2	4	8	7	3	34
17	34,7	1	1	2	7	6	4	18
18	49,7	3	2	3	9	8	4	27
19	40,7	3	1	1	7	8	4	8
20	40	3	1	2	7	8	2	10
21	42,4	3	1	2	9	8	6	18
22	43,4	3	1	1	8	8	5	7
23	40	3	2	4	8	8	4	35
24	44,3	3	1	2	8	8	5	11
25	40,6	3	1	1	8	8	5	4
26	35	2	1	2	7	7	4	12
27	46	3	2	3	9	8	3	21
28	35	2	2	4	8	7	4	43
29	32	1	2	4	5	6	2	34
30	40	3	2	3	6	8	4	25
31	45,3	3	1	2	7	8	5	12
32	37	2	2	3	8	7	2	27

Anexo F
Revista Careta, RJ 7/1940; Reclames da Bayer entre 1911-1942. Publicação comemorativa dos 90 anos da Bayer (1896 – 1986), pág. 182.

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