

UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA EM ASSOCIAÇÃO COM A UNIVERSIDADE
FEDERAL DE VIÇOSA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS – FAEFID**

MARCELA RODRIGUES DE CASTRO

IMAGEM CORPORAL DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA

JUIZ DE FORA
2009

MARCELA RODRIGUES DE CASTRO

IMAGEM CORPORAL DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Educação Física: área de concentração em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira

Co-orientadora: Prof^a. Cláudia Xavier Correa

JUIZ DE FORA
2009

Ficha catalográfica

Castro, Marcela Rodrigues de

Imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica / Marcela Rodrigues de Castro. -- 2009.

193 f. :il.

Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Atividade física. 2. Obesidade. 3. Imagem corporal. 4. Cirurgia bariátrica. I. Título

CDU 796.012-6

Imagem Corporal de mulheres submetidas à Cirurgia Bariátrica

Marcela Rodrigues de Castro

ORIENTADOR (A): Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Aprovada em ____/____/____

Prof^a. Dr^a. Maria da Consolação G.Cunha F.Tavares

Prof. Dr. Carlos Fernando Ferreira da Cunha Junior

Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho inicialmente a Deus, que a todo momento me manteve na palma de suas mãos. “Quem me dera ao menos uma vez fazer com que o mundo saiba que Seu nome está em tudo e mesmo assim ninguém lhe diz ao menos obrigado” (Renato Russo)

Aos meus avós e padrinhos, Erodina e Zezé (*in memoriam*): sinto hoje a sua presença aqui, pois não morre quem em nós ainda vive. Não existem palavras para expressar meu agradecimento, mas eu sei que em qualquer lugar em que os senhores estiverem irão sentir o meu profundo agradecimento por me fazer ser quem eu sou hoje, pois sou a continuidade do seu brilho.

À amiga Claudinha (Claudete!): nunca vou me esquecer da sua presença em minha formatura (foi a única que me viu formar!) e o incentivo em tornar concreto esse sonho. Obrigada por ter enxergado o meu potencial. Tenha esta vitória como sendo também sua!

AGRADECIMENTOS

Sempre é preciso reconhecer quando chegamos ao final, fechando ciclos, encerrando etapas. Tendo a certeza de que é preciso continuar, e que seremos interrompidos antes mesmo de terminar, por isso é necessário fazer da interrupção um novo caminho. Assim, como é bom terminar essa trajetória e saber que inúmeras pessoas que se fizeram presentes continuarão comigo.

Agradeço então à minha Orientadora, Professa Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira, pela paciência frente às minhas inseguranças e incertezas, pelo carinho de mãe que por vezes superaram o papel de Orientadora. Saiba que sempre levarei comigo um pouco de ti!

À FAPEMIG, pela bolsa concedida nos dois anos de Mestrado.

Às mulheres entrevistadas do Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes – SCHDO: vocês são a razão e as protagonistas desta pesquisa, obrigada por terem-me aberto suas vidas. Um muito obrigada também aos profissionais e colaboradores da Instituição pesquisada, em especial à Dr^a Arise, pelo carinhoso acolhimento do início ao fim da pesquisa.

Ao grupo de estudo em Imagem Corporal da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, em especial à Prof^a. Dr^a. Maria da Consolação G. Cunha F. Tavares, obrigada por ter-me acolhido e me desvelado esse universo maravilhoso que é o estudo da Imagem Corporal. E mais ainda, por ter-me ensinado que toda escolha inclui perdas.

A todos os integrantes do Laboratório de Estudos Sobre o Corpo – LABESC –, em especial à Aninha, obrigada pela paciência, pelo auxílio no levantamento de dados, e por sempre fazer isso com seu melhor e maior sorriso!

Aos colegas de Mestrado e amigos: Roseana (Rosemary), Emerson e Mônica: presentes que esses dois anos do curso me trouxeram, o meu agradecimento pelas dicas e presença constante na jornada.

Uma homenagem especial àqueles que, de uma forma ou de outra, uns mais próximos, outros nem tanto, sempre participaram desta caminhada: **minha família!**

Aos meus pais, Mauro e Sueli, obrigada por terem me dado a vida e uma boa educação, transmitindo-me valores que me permitiram caminhar sem desistir e levantar após cada queda.

Aos meus irmãos, Rachel e Thiago: vocês são meu maior elo com meu passado! Obrigada pelos olhares de admiração quando eu mesma duvidei que pudesse.

Aos tios queridos: Tio Paulo (*in memoriam*), tia Jussara, tio Fernando, tia Carmen e tio Ymin, tio Zé Carlos, tio Eduardo e tia Isabel, tia Rita. Vocês fazem parte desta caminhada e vão sempre fazer.

Amo muito todos vocês!!!!

Minha homenagem especial também à família que Deus e a vida me permitiram escolher: **meus amigos!** Estes eu não os fiz, reconheci-os ao longo da minha vida, com uns cresci junto e outros nos encontramos no meio desta caminhada que é a vida:

Andréia (Déia): minha primeira (des) orientanda, obrigada pelo apoio, pela torcida, e por ter acrescentado tanto no meu trabalho.

Claudiney (Clau): meu amigo de infância, meu *teacher!* Obrigada pelo apoio incondicional em tantos momentos da minha vida em que você se fez presente.

Dani: amiga de tantos momentos, percalços e alegrias, é muito bom saber que posso contar com você!

Daniel (Dani), quantas brigas e discussões, mas no final a gente sempre se entende! Em pensar que tudo isso começou em um trabalho de Biologia sobre obesidade. Lembra? Pois é, obrigada pelo companheirismo em mais uma caminhada, em que ora estávamos perto, ora distante, mas sempre ligados pelo coração.

Deusiane (Deusa) e Fábia (parceira): vocês realmente foram meus olhos quando não podia enxergar e minhas pernas quando eu não podia andar! Vocês foram presenças essenciais para que eu tivesse sucesso ao fim desta jornada!

Fabi: minha amiga e minha irmã, obrigada por todas as leituras em meu texto, todas as nossas discussões em viagens a Campinas, por aguentar meus choros, minhas fraquezas e minhas dúvidas. Você sempre teve a palavra certa para que eu alcançasse o equilíbrio necessário. Pode ter certeza de que nunca esquecerei disso!

João Paulo (Jonhy), meu irmão querido que a vida me concedeu, obrigada por tantas vezes acreditar em mim até muito mais que eu mesma, obrigada pelos colos e conselhos.

Lívia e Raphaela: essa é mais uma das etapas na qual vocês me acompanham e participam. Obrigada por me ensinarem que ser amigo é mesmo na sua ausência sentir a sua presença.

Tauyra (Tatá) e Priscila (Pri): amizades que surgiram no final do percurso, porém, não menos importante, obrigada por tudo, e principalmente por me terem como amiga.

Aos meus queridos alunos, Norma, Terezinha, Rosângela, Stela, Júlia e Murilo: obrigada por tantas e tantas vezes escutar e opinar sobre este trabalho e por me aceitarem não apenas como professora, mas como amiga e por participarem de forma tão ativa na minha vida.

À família de Joaquim e Maria, e filhos Gá, Gil e João: obrigada por sempre apostarem em mim, e terem por contribuído para a minha formação enquanto ser humano. A 'filhota' de vocês continua caminhando!

Paulo e Clélia: em vocês encontrei abrigo e colo de família aqui em Juiz de Fora, obrigada por nunca me deixarem desistir, pelos bolos e doces deliciosos, pelo cantinho de cochilo, pelos mimos, e principalmente por me acolherem como filha.

Obrigada a todos vocês que souberam entender minha ausência, que escutaram, com paciência, as repetidas vezes que eu falava da pesquisa, que me incentivou, que sentia saudades de mim, que se lembrava em separar um artigo relacionado ao tema, que me ofereceu ajuda, que me ofereceu colo, que não me ofereceu nada e simplesmente me deixou falar, que me chamavam para me divertir para que eu não pirasse. Enfim, obrigada a todos vocês que direta ou indiretamente participaram deste projeto e me ajudaram a torná-lo realidade. E principalmente por sempre me olharem e não me deixarem perder a essência de ser quem eu sou. A todos vocês, o meu imenso carinho e gratidão!

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

RESUMO

CASTRO, Marcela Rodrigues de. **Imagem Corporal de mulheres submetidas à Cirurgia Bariátrica**. 2009. 193 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física e Desportos, Universidade Federal de Juiz de Fora/ Universidade de Viçosa, Juiz de Fora, Viçosa.

Vive-se hoje, de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), a epidemia da obesidade, que se espalha por todo o mundo. A gravidade do problema deu origem a um número significativo de pesquisas que abordam a prevenção e o tratamento da obesidade, os quais englobam dietas, medicamentos, atividade física, entre outros. Na busca de minimizar o problema, a Cirurgia Bariátrica vem sendo considerada o procedimento mais eficaz na redução e manutenção do peso de obesos mórbidos. O objetivo deste estudo foi investigar o discurso sobre a Imagem Corporal de mulheres que se submeteram à Cirurgia Bariátrica há pelo menos um ano, cujo tratamento tenha sido acompanhado pelo Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes (SCHDO) da cidade de Juiz de Fora, MG. Foram entrevistadas 20 mulheres, cuja média da faixa etária é de 40 anos; e as respostas transcritas em sua totalidade constituíram o *corpus* desta pesquisa. O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, contendo questões abertas e fechadas. Usou-se também a Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (1977). Assim, a partir dos relatos, emergiram cinco categorias: histórico de obesidade, saúde, Cirurgia Bariátrica, fatores sociais e corpo. A partir do estudo dessas categorias, pôde-se traçar a trajetória das entrevistadas até o momento da cirurgia. Destacaram-se a influência da aparência e a função na Imagem Corporal das mulheres entrevistadas. Chegou-se à conclusão de que o grupo pesquisado, antes de optar pelo procedimento cirúrgico, passou anos tentando alternativas como dietas e remédios. A atividade física não se configurou aqui como uma forma de tratamento muito utilizada, passando a ter maior importância no pós-operatório. A obesidade acarretou a perda de diversas funções orgânicas melhoradas com a Cirurgia Bariátrica. No entanto, tal melhora é relatada juntamente ao fato de as mulheres resgatarem a independência, seus papéis no contexto social, e ainda estabelecerem uma nova relação com o próprio corpo, podendo cuidar de si e explorar o corpo em movimento. As fases pré e pós-operatória foram também marcadas pela relação estreita entre aparência e Imagem Corporal. Assim, o olhar do outro sobre o público pesquisado marcou a forma como o mesmo se via nas duas fases. Sendo que a discriminação e o olhar crítico fizeram com que essas mulheres se sentissem diferentes de tudo; e olhares de admiração após a cirurgia indexaram a elas sentimentos de normalidade em relação aos demais. Em adição, percebe-se que são necessários mais estudos para confirmar esses resultados, tornando-se importante a construção de um instrumento capaz de avaliar a Imagem Corporal de pessoas submetidas a tratamentos que modificam, consideravelmente, sua aparência física.

Palavras-chave: Imagem Corporal. Cirurgia Bariátrica. Obesidade. Atividade Física.

ABSTRACT

According to the World Health organization (WHO), the epidemic of obesity is spreading around the world. The severity of the problem led to a significant number of researches which approach the prevention and the treatment of obesity, including diets, medicine and physical activity among others. In the search to minimize the problem, the Bariatric Surgery is being considered the most effective procedure in the reduction and maintenance of weight for the morbid obese. The aim of this study was to investigate the approach to Body Image of women who were submitted to the Bariatric Surgery at least a year ago and whose treatment has been monitored by the Hypertension and Diabetes Control Service (SCHDO) of the city of Juiz de Fora, Brazil. Twenty women in their forties were interviewed and the complete transcription of their answers was transcribed so as to compose the corpus of this research. The tool used was the semi-structured interview with both essay and multiple choice questions. The Content Analysis, according to Bardin's perspective (1977) was used. Thus, from the accounts, five categories were found: Obesity history, health, Bariatric Surgery, social factors and the body. From the study of these categories, it was possible to trace the trajectory of the respondents up to the moment of the surgery. The influence of the appearance and the function in the Body Image of the respondents were very significant. We have come to the conclusion that the group studied had spent years trying alternatives such as diets and medicine before choosing the surgery. Physical activity was not found to be a very common form of treatment, but it had more importance in the post operation phase. Obesity led to the loss of several organic functions which were improved through the Bariatric Surgery. However, that improvement is reported together with the fact that the women regained their independence, their roles in the social context and also established a new relationship with their own bodies, being able to take care of themselves and exploring the body in movement. The pre and post operation phases also presented a close relation between appearance and body Image. Therefore, the other's look on the respondents indicated how the women saw themselves in both phases. But discrimination and the critical eye made these women feel different from all others while admiration looks after the surgery made them feel normal in relation to the others. In addition, more studies to confirm these results and the creation of a tool capable of assessing Body Image of people submitted to treatments which change their appearances considerably are necessary.

Key-words: Body image. Bariatric Surgery. Obesity. Physical Activity.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
CAPÍTULO I	
PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO	21
1.1 Justificativa e relevância.....	24
CAPÍTULO II	
OBESIDADE e IMAGEM CORPORAL	26
2.1 Obesidade: conceito, contextualização, classificação e formas de tratamento	26
2.1.1 Conceito e contextualização da obesidade no Brasil e no mundo.....	27
2.1.2 Classificações de obesidade e implicações das comorbidade associadas à obesidade mórbida.....	36
2.1.3 Formas de tratamento.....	42
2.1.3.1 Dieta.....	44
2.1.3.2 Atividade física e controle da obesidade.....	44
2.1.3.3 Tratamento medicamentoso.....	54
2.1.3.4 Cirurgia Bariátrica.....	55
2.2 Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento	64
2.3 Corpo na atualidade: entre o ideal/desejado e o real/possível	83
2.4 Obesidade e Imagem Corporal	88
2.5 O Olhar do Profissional de Educação Física	92
CAPÍTULO III	
METODOLOGIA	97
3.1 Modelo de Estudo	99
3.2 Procedimento metodológicos	100
3.2.1 Escolha e descrição da instituição.....	100
3.2.2 População e amostra.....	103
3.2.3 Instrumentos.....	104
3.2.4 Procedimentos para coleta de dados.....	104
3.3 Métodos de análise e tratamento das narrativas	105
CAPÍTULO IV	
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	107
4.1 Campo de trabalho: sob a perspectiva da pesquisadora	107
4.2 Perfil das pacientes pesquisadas	109
4.3 Categorias dos discursos	114
4.4 Trajetória das participantes até o momento da Cirurgia Bariátrica	116
4.5 A Imagem Corporal em questão	125
4.5.1 Função e Imagem Corporal.....	126
4.5.2 Aparência e Imagem Corporal.....	137
CAPÍTULO V	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
REFERÊNCIAS	165
ANEXOS	178

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DCNT	Doença Crônica Degenerativa Não Transmissível
ENDEF	Estudos Nacionais de Despesa Familiar
EUA	Estados Unidos da América
FAEFID	Faculdade de Educação Física e Desportos
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDL	Lipoproteínas de Baixa Densidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PPV	Pesquisa Sobre Padrões de Vida
SAOS	Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono
SUS	Sistema Único de Saúde
TMR	Taxa Metabólica de Repouso
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VLDL	Lipoproteínas de Muito Baixa Densidade
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Classificação de sobrepeso/obesidade em adultos de acordo com o IMC.....	39
Tabela 2	-	Idade das Participantes.....	109
Tabela 3	-	Estado civil das Participantes.....	110
Tabela 4	-	Número de filhos das Participantes.....	110
Tabela 5	-	Profissão das Participantes	110
Tabela 6	-	Escolaridade das Participantes.....	111
Tabela 7	-	Problemas de saúde.....	111
Tabela 8	-	Acompanhamento Médico.....	111
Tabela 9	-	Peso pré-operatório.....	112
Tabela 10	-	IMC pré-operatório (Kg/m ²).....	112
Tabela 11	-	Peso pós-operatório (Kg).....	113
Tabela 12	-	IMC pós-operatório (Kg/m ²).....	113
Tabela 13	-	Tempo de realização da Cirurgia Bariátrica.....	113
Tabela 14	-	Histórico de obesidade.....	116
Tabela 15	-	Tentativas de emagrecer.....	118
Tabela 16	-	Motivo da realização da Cirurgia Bariátrica.....	120
Tabela 17	-	Significado da Cirurgia Bariátrica.....	121
Tabela 18	-	Medo.....	123
Tabela 19	-	Dificuldades no pós-operatório.....	124
Tabela 20	-	Função – prejuízos com a obesidade.....	185
Tabela 21	-	Função – melhora após a Cirurgia Bariátrica.....	186
Tabela 22	-	Discriminação.....	187
Tabela 23	-	A percepção do olhar do outro antes da Cirurgia Bariátrica.....	187
Tabela 24	-	A percepção do olhar do outro após a Cirurgia Bariátrica.....	188
Tabela 25	-	A percepção do corpo antes da Cirurgia Bariátrica.....	189
Tabela 26	-	A percepção do corpo após a Cirurgia Bariátrica.....	189
Tabela 27	-	Espelho/vaidade/corpo novo.....	190

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Balão intragástrico.....	59
Figura 2 -	Gastroplastia Vertical Bandada ou Cirurgia de Mason.....	60
Figura 3 -	Cirurgia de Scopinaro.....	62
Figura 4 -	Cirurgia e Fobi-Capella.....	63
Figura 5 -	Organograma resumo da discussão.....	115

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência da desnutrição e obesidade em diversos países.....	31
Gráfico 2 - Prejuízos funcionais relacionados à obesidade relatados pelos indivíduos antes da Cirurgia Bariátrica.....	127
Gráfico 3 - Melhoras funcionais relacionadas à perda de peso relatada pelos indivíduos pós Cirurgia Bariátrica.....	128

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias e subcategorias.....	114
--	-----

APRESENTAÇÃO

Vive-se hoje, de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), a epidemia da obesidade, que se espalha por todo o mundo. A gravidade do problema deu origem a um número significativo de pesquisas que abordam a prevenção e o tratamento da obesidade que englobam dietas, medicamentos, atividade física, entre outros (WAJCHENBERG, 1992; COUTINHO, 1999; MCARDLE, 2000; FRANCHISCH et al. 2000; WHO, 2001; CABRAL, 2002; ZANELLA, 2005; MOLINA JUNIOR; ZANELLA, 2005; SOUTO, 2005). No entanto, a Cirurgia Bariátrica, procedimento realizado pela primeira vez em 1954, por Kremem e Linner (FARIAS, 2005), vem sendo considerado o tratamento mais eficaz na redução do peso nos casos de obesidade mórbida, bem como sua manutenção, tornando-se, dessa forma, um procedimento conhecido e realizado em todo mundo (SANTOS et al., 2006; SEGAL, FANDIÑO, 2002; ARASAKI et al., 2005).

Diante dessa constatação, surgiram inquietações, que foram além da obesidade enquanto apenas patologia e a Cirurgia Bariátrica enquanto tratamento. Voltou-se o olhar não somente para o corpo adoecido e em tratamento, mas para o corpo existencial, que está imerso na sociedade e na cultura.

Alguns autores, dentre os quais Fernandes (2003), chama a atenção para o destaque dado ao corpo frente à cena social. Vivencia-se, hoje, a era do ideal corporal, com padrões rígidos de beleza e estética. Assim, estar fora dos padrões significa frustração, sofrimento e insatisfação, o que irá se configurar numa “[...] busca psicopatológica da saúde ou, ao contrário, um esquecimento patológico do corpo [...]” (Ibid., p. 15).

O indivíduo, para ser aceito na sociedade atual, segundo Rodrigues (1983), tem que seguir normas ditadas pela cultura à qual ele pertence, mesmo que seja às custas de castigos e recompensas, até o ponto em que tais padrões de comportamento se apresentem totalmente naturais. Ele se insere socialmente através do corpo, pois é por meio dele que é possível se conectar ao mundo. Dessa forma, se se pensar sob a perspectiva de corpo existencial destacada por Schilder (1994), em sua obra, percebe-se que se podem internalizar imagens mentais como sensações corporais resultantes da relação do homem com o mundo. O autor

ressalta a importância de aspectos sociais em interação com os aspectos psicológicos e fisiológicos na construção da Imagem Corporal.

Os estudos em Imagem Corporal têm início na França, no século XVI, com o estudo do médico Ambròise Pare sobre o membro fantasma (OLIVIER, 1999). Mas a temática ganha importância e grandes dimensões no estudo do indivíduo a partir dos estudos de Schilder (1994). Nos dias atuais profissionais de diferentes áreas têm voltado seus olhares e esforços na busca de entender o sujeito em sua subjetividade e complexidade. Passa-se a olhar não só o corpo biológico e funcional, mas também o corpo existencial, repleto de sentidos, significados e sentimentos.

Portanto, torna-se pertinente aprofundar e contextualizar as representações e interpretações relativas ao corpo, sob que perspectiva de corpo escolhe-se viver hoje, e por fim, quais as implicações desse contexto nos estudos sobre Imagem Corporal em grupos de pessoas que sofreram mudanças bruscas em seus corpos. Optou-se por adotar o conceito de Imagem Corporal proposto por Schilder (1994), em que ele a define como a representação mental do corpo.

Assim, a relação entre corpo e Imagem Corporal foi sendo elaborada e direcionada para o estudo do corpo obeso. O esforço da pesquisadora consistiu em tentar apreender o que foi visto, sentido, pensado e ouvido durante a pesquisa de campo. Para tanto buscou-se vivenciar o cotidiano da instituição pública escolhida, o Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes (SCHDO). Tal instituição pertencente ao Sistema Único de Saúde, está localizada na cidade de Juiz de Fora, MG, e se propõe a receber pessoas com obesidade mórbida de toda região da Zona da Mata Mineira, oferecendo tratamento multidisciplinar, o que inclui desde reuniões educativas até a Cirurgia Bariátrica.

O estudo preocupou-se, portanto, em buscar desvelar o discurso da mulher obesa submetida à Cirurgia Bariátrica a respeito da Imagem Corporal.

Nesse íterim, dentro dos parâmetros da investigação, várias questões foram emergindo: A prática de atividades físicas fez/faz parte do tratamento antes e após a Cirurgia Bariátrica? Quais os tratamentos utilizados por essas mulheres antes de recorrerem à Cirurgia Bariátrica? O que ocorre com a Imagem Corporal de uma pessoa que reduz bruscamente o seu peso? Que transformações na vida dessas mulheres podem ser percebidas em seus discursos após a realização da Cirurgia Bariátrica?

Levando-se em consideração a ótica profissional da pesquisadora, buscou-se,

também, por fim, investigar qual a atuação do profissional de Educação Física em uma equipe multidisciplinar no combate e tratamento da obesidade mórbida. Para tanto, recorreu-se aos conhecimentos sobre obesidade, Cirurgia Bariátrica, corpo, cultura e Imagem Corporal através do olhar de diferentes autores dentre os quais destacam-se: Abeso (2008), Daolio (1995), Fernandes (2003), Fischler (1995), Freitas (1999), Geertz (1989), Le Boulch (1982, 1987), IBGE (2006), Schilder (1994), Tavares (2002, 2003), WHO (1998, 2001), Zanella (2005), entre outros.

Desse modo, apoiando-se nas pesquisas e nos estudos desses autores, pretendeu-se oferecer subsídios para que profissionais que têm como objeto de estudo o corpo, e mais especificamente a investigação sobre Imagem Corporal, sejam capazes de desenvolver e refinar conhecimentos novos para que possam (re) pensar e embasar sua atuação.

A pesquisa está dividida em cinco capítulos.

No primeiro capítulo, apresenta-se a problematização deste estudo em que serão destacadas a inquietação fundamental da pesquisa e as questões que serão investigadas. Além disso, apresenta-se a justificativa do trabalho, buscando sua relevância no âmbito social e acadêmico.

O segundo capítulo apresenta uma revisão de literatura pertinente ao estudo. Como a pesquisa privilegia o corpo obeso e a percepção de sua Imagem Corporal, a revisão de literatura apresentada dividiu-se em duas partes. Na primeira, apresentam-se conceitos, classificações e dados estatísticos de estudos realizados sobre obesidade. Na segunda, o enfoque é dado à Imagem Corporal. Partiu-se de uma abordagem geral dos estudos realizados na atualidade sobre o tema, discutindo os conceitos utilizados, como a Imagem Corporal é construída e se desenvolve, qual a sua relação com a identidade e o movimento. Por fim, buscou-se uma relação com o tema específico da investigação, tentando entrelaçar os temas corpo, obesidade e Imagem Corporal, porém sob a ótica do profissional de Educação Física.

No terceiro capítulo, apresentam-se o modelo de estudo utilizado, os procedimentos metodológicos, a descrição da instituição, da população e da amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos para a coleta de dados. Utilizou-se a Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (1977). O instrumento de escolha foi a entrevista semiestruturada, composta de perguntas abertas e fechadas. Os pacientes foram entrevistados, e suas entrevistas transcritas em sua totalidade,

para logo depois serem lidas, fazendo emergir algumas categorias, por meio das quais se procedeu à análise dos dados, compondo o *corpus* deste trabalho.

No quarto capítulo, apresenta-se a análise e discussão das entrevistas realizadas com 20 mulheres obesas mórbidas submetidas à Cirurgia Bariátrica há pelo menos um ano, pacientes do SCHDO, situado em Juiz de Fora, MG.

No quinto capítulo, apresentam-se as considerações finais do estudo.

Finalmente, apresentam-se os anexos que complementam o estudo realizado.

Procurou-se, através deste trabalho, não só demarcar os avanços recentes apresentados em estudos sobre Imagem Corporal, mas (re) pensar a atuação do profissional de Educação Física junto a uma equipe multidisciplinar que previne e trata a obesidade mórbida, pretendendo desvelar e decodificar as dificuldades relatadas por essas pessoas ao se relacionarem com o corpo após serem operadas.

Desse modo, estudar Imagem Corporal nesse grupo específico significa (re) pensar o corpo não apenas sob a ótica biológica da patologia obesidade, mas também conceber o indivíduo enquanto resultado da cultura e dos códigos sociais em que vive. Dessa forma, uma mudança significativa de peso poderá influenciar tanto na forma como ele vê seu corpo, quanto no modo como este se relaciona com o meio à sua volta.

Buscou-se, na medida do possível, levar esta investigação para além do que se possa considerar apenas a obesidade enquanto comprometimento físico. Procurou-se compreender e registrar como a obesidade é pensada e representada na sociedade hoje pelos profissionais de Educação Física e em equipes multidisciplinares.

Assim, procurar entender a percepção da Imagem Corporal nos discursos das colaboradoras desta pesquisa exigiu, e exige, muito cuidado e compreensão do conjunto de sentidos e significados que envolvem a simbologia do corpo. Ou seja, torna-se importante acrescentar à avaliação e ao acompanhamento do paciente obeso uma interpretação semiótica, dramatúrgica e fenomenológica.

O eixo dessa investigação consistiu em demonstrar as representações de corpo no cotidiano dessas mulheres, pacientes do SCHDO, além de inferir as relações implícitas dentro de um sistema cultural mais abrangente.

É preciso pensar em padrões corporais mais flexíveis, que privilegie o corpo real e possível, dando condições a todos de transitar livremente pela vida. Além disso, refletir sobre o verdadeiro papel do profissional de Educação Física junto aos

pacientes obesos e encarar o corpo não apenas pela ótica biológica, mas também sociocultural. Se só somos corpos entre outros corpos, como diz Schilder (1994), que sejamos corpos livres, atuantes, pulsantes e vivos dentro da realidade e do desejo de cada um.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

“O homem não é o mundo, o mundo não é o homem,
mas um não se concebe sem o outro.”

(REZENDE, 1990)

Pretende-se, neste capítulo, apresentar a problematização deste estudo, em que serão destacados o problema fundamental da pesquisa e as questões que serão investigadas. Além disso, apresenta-se a justificativa do trabalho, buscando sua relevância no âmbito social e acadêmico.

Falar sobre o corpo, apesar de tantos estudos existentes, ainda é um enigma, pois o corpo não se define por si só, há nele uma rede de sentidos e significados que vão-se estabelecendo ao longo da experiência de cada indivíduo. Segundo Assmann (1995), vivenciar o próprio corpo é difícil, pois este foi, ao longo dos tempos, inculcado e ensinado de acordo com interesses e tendências, ou seja, a cada época, as pessoas experenciam uma expectativa de um corpo adequado e conforme. A discussão sobre corpo se torna mais complexa quando se trata de corpos que não se enquadram em padrões vigentes de uma determinada época.

Vivencia-se a era do corpo sarado, em boa forma, saudável. Desse modo, corpos obesos são deixados, frequentemente, à margem de qualquer inserção social. Visões equivocadas a respeito do tema levam indivíduos a ignorar as potencialidades e capacidades daqueles com obesidade, recaindo sobre eles o estigma de inválido, desleixado, preguiçoso, incapaz de realizar diversos tipos de atividades.

Ressalta-se que, até o final do século XIX, a obesidade esteve presente nos corpos de homens e mulheres como padrão de beleza e fertilidade, ou seja, relacionados a aspectos estéticos. Mas, a partir do século XXI, além de uma mudança para uma silhueta mais delineada, inicia-se uma preocupação com os aspectos patológicos relativos ao excesso de peso corporal. Essa preocupação se deve a uma tendência mundial ao engordamento, como apontam os dados da *World Health Organization* (WHO): estatísticas mundiais do ano de 2005 revelam que aproximadamente 1,6 bilhões de pessoas com idade superior a 15 anos apresentam

sobrepeso e pelo menos 400 milhões são obesos. Prognósticos futuros indicam que, no ano de 2015, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estarão acima do peso e 700 milhões serão obesos. Nos Estados Unidos da América (EUA), o índice de adultos obesos chega a 65%. Entre os europeus, hoje, 23% dos homens e 36% das mulheres e um terço das crianças estão acima do peso.

A gravidade do problema deu origem a um número significativo de pesquisas as quais mostram que, além de sofrer das comorbidades, a pessoa obesa é atingida também por distúrbios psicossociais (CARVALHO, 2005). Isso ocorre porque ela é alvo de discriminação e preconceito, que se inicia desde a infância. A sociedade, frequentemente, percebe o indivíduo obeso como uma pessoa indulgente em excesso e incapaz de se autocontrolar (POLLOCK; WILMORE; ROCHA, 1993). Dessa forma, a obesidade é vista como uma doença autoinfligida, podendo ser causa de sofrimento, depressão e comportamentos de esquiva social (ADES; KERBAUY, 2002).

Esse preconceito é observado nas mais variadas e corriqueiras situações, como em programas de televisão, revistas e piadas. Segal e Fandiño (2002) esclarecem que as pessoas obesas cursam um menor número de anos escolares, têm menores chances de serem aceitas em escolas. O mesmo se dá em empregos mais concorridos, resultando em salários mais baixos. Além disso, têm menor chance de se envolverem em relacionamento afetivo estável.

Diante desse panorama, pode-se considerar a obesidade como uma condição médica crônica de etiologia multifatorial. Assim, suas múltiplas facetas constituem desafio para diversos profissionais, como os da nutrição, cardiologia, endocrinologia, educação física, entre outros (ANDRADE, 2006). No entanto, vários pacientes não respondem a essas manobras, necessitando de uma intervenção mais radical, mais invasiva. A Cirurgia Bariátrica vem sendo apontada como o método mais eficaz no tratamento da obesidade, na redução do peso, e na manutenção desse peso perdido, nos casos de obesidade mórbida. Como a sua manutenção é simples, tornou-se o procedimento mais realizado em todo mundo, apesar de esse tipo de cirurgia ser conhecido há pouco mais de 50 anos (SANTOS et al., 2006).

Constata-se que são necessários vários estudos que envolvam profissionais/pesquisadores, dentre os quais professores de Educação Física, com objetivo de investigar outros fatores intervenientes como a Imagem Corporal de pessoas que foram submetidas à Cirurgia Bariátrica.

Cabe ressaltar que profissionais da área de saúde, tais como professores de Educação Física, nutricionistas, psicólogos, já estão atentos para esse fato. Com essa dimensão, optou-se por realizar esta pesquisa, com base nas questões apresentadas anteriormente, que permeiam a relação entre mulheres que reduziram, bruscamente, seu peso e seus corpos. Assim, decidiu-se direcionar o estudo a partir de referências explicativas que configurarão o conceito de corpo e Imagem Corporal de mulheres obesas que se submeteram à Cirurgia Bariátrica há pelo menos um ano, no pólo de Obesidade SCHDO e que sejam residentes no município de Juiz de Fora.

Tem-se como proposta ampliar o debate sobre a relação de pessoas obesas com seus corpos, indicando ponderações que visem contribuir para a participação de profissionais de Educação Física em equipes multidisciplinares.

Para tanto, conforme a abordagem apresentada destaca-se como problema a ser investigado:

- Qual é o discurso de mulheres obesas a respeito de sua Imagem Corporal, após terem sido submetidas à Cirurgia Bariátrica?

A partir desse problema, apresentam-se, como questões complementares, as seguintes:

- A prática de atividades físicas fez/faz parte do tratamento antes e após a Cirurgia Bariátrica?
- Quais os tratamentos utilizados por essas mulheres antes de recorrerem à tal procedimento cirúrgico?
- Podem surgir alterações de Imagem Corporal quando uma pessoa reduz bruscamente o seu peso? Quais são elas?
- Que transformações na vida dessas mulheres podem ser percebidas em seus discursos após a realização da Cirurgia Bariátrica?

O objetivo do trabalho é, portanto, investigar o discurso sobre a Imagem Corporal de mulheres que se submeteram à Cirurgia Bariátrica há pelo menos um ano, cujo tratamento tenha sido acompanhado pelo SCHDO da cidade de Juiz de Fora, MG.

1.1 Justificativa e relevância

A investigação acerca do tema obesidade e Cirurgia Bariátrica vem sendo feita por estudiosos de diversas áreas de interesse nos últimos anos, que focalizam suas causas, consequências e implicações. No entanto, pouco se tem investigado sobre a relação entre a Imagem Corporal e a redução drástica de peso. A partir dessas constatações, buscou-se investigar os conceitos de corpo e de cultura, situando as percepções de corpo na contemporaneidade e a influência de modelos corporais considerados “ideais”, com taxas médias desejáveis de gordura, massa magra, dentre outras medidas em que pessoas obesas não se “enquadram”, sendo, portanto, consideradas fora do padrão.

Ortega (2005, p. 241), sobre o assunto, assim se expressa:

A medicina sempre nos forneceu modelos do corpo bom e ruim, de um corpo ideal, o corpo do outro como “o corpo” que todos temos: o corpo cadáver da tradição anatômica, o corpo transparente das novas tecnologias de visualização médica, ou o corpo-imagem da medicina virtual.

Procurou-se, então, lançar um olhar que vai além das delimitações materiais e fisiológicas das concepções de corpo, visando estudar e pesquisar o contexto social e cultural em que esse corpo se insere e como é a relação entre o meio e o indivíduo. Para tanto, como auxílio e referência, foram selecionados alguns teóricos sobre o tema que nortearão a pesquisa nessa perspectiva: Rodrigues (1983), Geertz (1989), Schilder (1994), Daolio (1995), Silva (2001), Soares (2002), Tavares (2003), entre outros.

Vale lembrar que, frequentemente, na tentativa de evitar a esquivas social e de se afirmarem no ambiente, pessoas obesas têm de pagar um preço muito alto: arriscam-se ao fazerem dietas, ginásticas e cirurgias. A Cirurgia Bariátrica ou Cirurgia de Redução de Estômago vem se tornando o método de combate à obesidade mais procurado e estudado nos últimos 50 anos. Considerando tais referências e essa crescente busca por essa Cirurgia, na tentativa de promover a qualidade de vida e também de levá-las a obter maior inserção social, constitui

interesse nesta pesquisa captar e descrever como mulheres submetidas a tal processo cirúrgico se veem ao perderem uma grande quantidade de peso em um período curto de tempo.

Sabe-se que a Cirurgia Bariátrica oferece riscos, sendo utilizada em último caso, mas, no entanto, vem sendo apontada pela classe médica como o método mais eficaz não só no tratamento da obesidade, como também na manutenção da perda do peso perdido ao longo dos anos.

Apesar disso, pontua-se a necessidade de se investigar o impacto provocado sobre a percepção de corpo nessas mulheres, em razão da perda brusca de peso, ou seja, como elas se veem e que imagem fazem de si próprias após a cirurgia.

Evidencia-se que trazer à tona a discussão sobre as representações corporais e repensar os efeitos psicológicos da Cirurgia Bariátrica constitui um estudo relevante na atualidade, considerando, dentre outros fatores, a existência do preconceito ao obeso, a grande procura pelo emagrecimento através de tal método e a lacuna existente na literatura, quando se trata de instrumentos específicos que avaliem¹ a Imagem Corporal de indivíduos submetidos à Cirurgia Bariátrica, em especial no Brasil.

Nesse sentido, aproximar-se da realidade das pessoas submetidas a tal processo cirúrgico significa compreender seus valores, suas práticas cotidianas, seus sentimentos e suas emoções. Acredita-se que, adquirindo tais informações e disseminando-as entre os demais profissionais envolvidos, incluindo profissionais de Educação Física, poder-se-á contribuir para haver maior compreensão e uma possível inserção dessas pessoas no meio social.

¹ Uma revisão sobre o assunto foi realizada nas principais bases de dados e se encontra disponível no anexo E.

CAPÍTULO II

OBESIDADE E IMAGEM CORPORAL

“Há exclusão do outro. A anormalidade é o outro da norma; o desvio é o outro da civilização; o animal, o outro do humano; a mulher, o outro do homem; o forasteiro, o outro do nativo; a doença, o outro da saúde; a barbárie, o outro da civilização; o inimigo, o outro do amigo; ‘eles’, o outro do ‘nós’; a insanidade, o outro da razão; enfim, o gordo, o outro do ‘legal’, do correto, do aceitável...”.
(FELIPPE, 2003)

O presente capítulo apresenta conceitos, classificações e dados estatísticos de estudos realizados sobre obesidade. Esta vem tomando proporções epidêmicas e vem sendo uma das maiores causadoras de mortes no mundo. Assim, muitas pesquisas são realizadas na busca de minimizar o problema.

Uma das formas de tratamento utilizadas nos dias de hoje, como última alternativa em casos de obesidade mórbida, é a Cirurgia Bariátrica. Nesse sentido, o capítulo busca dar notório destaque a esses avanços da ciência, que visam minimizar as comorbidades que afetam o indivíduo com obesidade mórbida.

Torna-se importante, portanto, compreender e atentar não só para a saúde física da pessoa obesa, mas também entender qual é a relação com seu corpo, após se submeter a tal processo cirúrgico. Para tanto, ainda neste capítulo, pretende-se estudar o corpo obeso sob a ótica sociocultural, focando a investigação em estudos que possam envolver o tema Imagem Corporal.

2.1 Obesidade: conceito, contextualização, classificação e formas de tratamento

Para melhor entendimento neste estudo, pretende-se destacar o panorama da obesidade, ou seja, quais os países mais acometidos pela patologia. Além disso, serão pontuados conceitos, classificações de obesidade e formas de tratamentos mais utilizados na atualidade.

2.1.1 Conceito e contextualização da obesidade no Brasil e no mundo

Em 2004, em Genebra, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) traçou a Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e Saúde que foi aprovada pelos Estados-Membros na sua Assembléia anual da Saúde. A estratégia aborda dois dos principais fatores de risco responsáveis pelo aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que representam atualmente cerca de 60% das mortes no mundo e quase metade (47%) da carga global de doenças. As DCNTs incluem doenças cardiovasculares, *Diabetes Mellitus* tipo 2, câncer e obesidade. Em tal estudo, ficou evidenciado que o câncer é a principal causa de morte no mundo atualmente, matando, a cada ano, 7,9 milhões de pessoas, sendo o tabaco o maior fator interveniente nisso, considerado assim, como a principal causa de morte evitável.

A obesidade é uma doença crônico-degenerativa caracterizada pelo acúmulo de gordura e que causa prejuízos à saúde do indivíduo, tanto física quanto psicológica (*NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH ...*, 1985). É apresentada como a segunda causa de morte no mundo, sendo, portanto, classificada como um mal da vida moderna. No entanto, é importante reconhecer as diferentes facetas que envolvem tal patologia:

É uma doença complexa multifatorial na qual ocorre uma sobreposição de fatores genéticos, comportamentais e ambientais. Suas múltiplas facetas constituem desafio em várias áreas do conhecimento humano, quer seja em endocrinologia, epidemiologia, nutrição ou terapêutica (ANDRADE, 2006, p. 15-16).

Tomando por referência o conceito médico de obesidade, conforme aponta Mancini (2002), podem-se estabelecer dois tipos de diagnósticos quando o paciente é obeso: um quantitativo, que se refere à massa corpórea ou à massa do tecido adiposo, e um qualitativo, que se refere à distribuição de gordura corporal ou à presença de adiposidade visceral.

O diagnóstico quantitativo é avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), ou seja, a divisão entre o peso (kg) pelo quadrado da altura (m). Apesar de ser um método

rápido, fácil e de ter boa relação com a adiposidade, o IMC não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo superestimar o grau de obesidade em indivíduos. Em crianças, esse Índice não é satisfatório, sendo melhor utilizar o IMC percentual, que se apoia em tabelas que fazem correlação com a altura e a idade (ALMEIDA; FERREIRA, 2005). O diagnóstico qualitativo se refere à distribuição corpórea da gordura cujo excesso pode estar localizado mais na região abdominal ou no tronco – o que se define por obesidade tipo andróide ou maçã; ou pode haver maior concentração de gordura na região dos quadris, caracterizando obesidade ginóide, inferior, periférica, ou em pera, mais frequente no sexo feminino (McARDLE, 2000). Vale lembrar que a relação das medidas das circunferências entre cintura e quadril fornece um diagnóstico da gordura visceral. Nesse caso, há riscos de o indivíduo contrair doenças cardiovasculares. A medida limítrofe (dividindo a circunferência da cintura pelo quadril) para homens é de 0,95 cm e para mulheres, 0,85 (ZANELLA, 2005).

A obesidade é percebida cada vez com maior frequência entre os povos com alguma possibilidade de acesso aos alimentos e, apesar disso, ainda é mal conhecida em relação a muitos de seus aspectos (WAJCHENBERG, 1992). Um deles é mensurar a normalidade de gordura corporal (que uma pessoa deve ter), uma vez que a obesidade é conceituada pelo excesso de tecido adiposo em relação ao normal, como afirma McArdle (2000).

Segundo Malheiros e Júnior (2002), traçar um perfil de uma doença na população e fazer sua projeção permite um melhor entendimento dos fatores que se relacionam a ela, possibilitando uma política de prevenção para a doença analisada, tornando-se importante, então, entender o avanço da obesidade em diferentes contextos.

Introduzida no Código Internacional de Doenças há 50 anos, a obesidade vem-se caracterizando cada vez mais como uma epidemia mundial. Apesar de se ter diferentes formas de se diagnosticar a obesidade, sua etiologia continua a ser um problema ainda não resolvido. A vida moderna, a industrialização de alimentos, bem como a redução da atividade física, são fatores apontados como aqueles que fazem os índices de obesidade mundial aumentar, conforme apontam Tardido e Falcão (2006, p. 117):

A prevalência da obesidade está em ascensão e um dos fatores que contribui para isto é a transição nutricional, com aumento do fornecimento de energia pela dieta e redução da atividade física, o que se pode chamar de estilo de vida ocidental contemporâneo. A industrialização e urbanização trouxeram aumento da ingestão de calorias e diminuição da atividade física. A industrialização provocou modificações importantes no quadro distributivo da mão de obra, com redução das ocupações nos setores extrativos e da agricultura. Deve-se ainda acrescentar que a televisão contribui para a delimitação do estilo de vida ocidental, mediante aumento do consumo difundido pelo marketing. A urbanização induziu uma mudança nos padrões de vida e comportamentos alimentares das populações.

Apesar de se saber da dimensão de tal epidemia, seu estudo e a elaboração de políticas de contenção enfrentam algumas dificuldades. De acordo com Almeida e Ferreira (2005), a comparação das prevalências de sobrepeso e obesidade, nas diferentes populações, esbarra na diversidade de parâmetros utilizados, nas condições de coleta de dados e nos critérios adotados. Em algumas regiões do mundo, dados como informações nutricionais não são disponíveis, além disso, os estudos sobre a população obesa demandam tempo e dinheiro. Os autores demonstram também, como fator limitante ao realizar um panorama mundial da obesidade, o fato de haver inclusão de grupos etários diferentes e o uso de medidas antropométricas autoreferidas. Por conseguinte, em diferentes regiões do mesmo país, pode-se encontrar prevalência de obesidade em variados níveis, devendo-se considerar o ambiente como fator de influência para tal doença.

Estima-se que exista hoje, no mundo, cerca de 250 milhões de pessoas com IMC maior que 30 Kg/m^2 , o que corresponde a 7% da população adulta do mundo (ALMEIDA; FERREIRA, 2005). A obesidade é considerada a mais importante DCNT, segundo Pinheiro, Freitas e Corso (2004), atingindo países desenvolvidos e em desenvolvimento. Ainda, um ganho de peso expressivo é verificado em ambos os sexos, em diferentes faixas etárias e classes sociais.

Importa ressaltar que a obesidade coexiste com a desnutrição. Dados do Consenso Latino-Americano de Obesidade² (1999, p. 2) mostram que, “à medida que se consegue erradicar a miséria nos setores mais pobres da população, a obesidade aparece como um problema mais frequente e grave que a desnutrição”. Ambas as doenças vão provocar impactos no crescimento, desenvolvimento e na saúde da população dos países acometidos.

De acordo com Mondini e Monteiro (1998, p. 29):

A desnutrição condiciona crescimento e desenvolvimento deficientes, maior vulnerabilidade a doenças infecciosas, comprometimento de funções reprodutivas e redução da capacidade de trabalho. A obesidade, por sua vez, está associada a várias doenças, entre as quais enfermidades cardiovasculares (e seus fatores de risco hipertensão e hiperlipidemias), diabetes mellitus e certos tipos de câncer. Tanto a desnutrição como a obesidade são, portanto, agravos relevantes para a saúde dos indivíduos. A maior ou menor relevância epidemiológica destes distúrbios em uma sociedade – e, assim, a maior ou menor prioridade para seu controle – dependerá essencialmente da magnitude que alcancem na população.

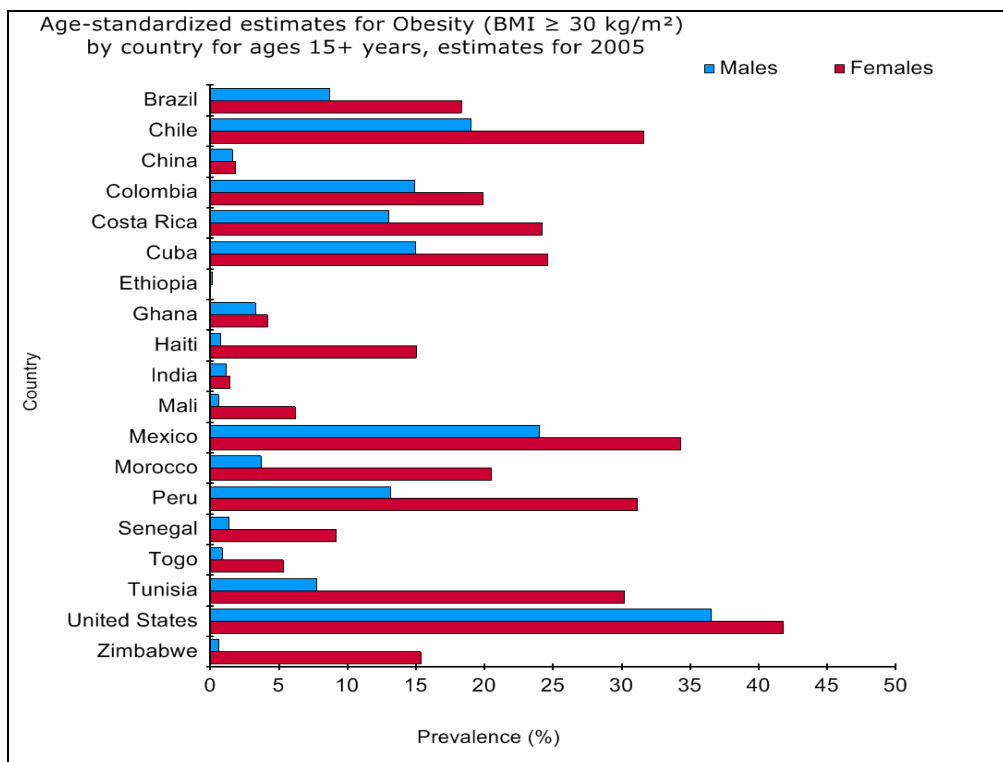
A obesidade é menos frequente nos países da África e Ásia, sendo nesta última mais presente na população urbana (TARDIDO; FALCÃO, 2006). Nos Estados Unidos da América (EUA), 40 e 50% dos adultos apresentam IMC maior que 25 Kg/m², valor de corte de normalidade considerado pela OMS, e 20 a 25% maior que 30 Kg/m² (ALMEIDA; FERREIRA, 2005). De acordo com Tardido e Falcão (2006), há um aumento progressivo na prevalência de adultos obesos dos EUA, sendo que, no período de 1976 a 1994, verificou-se o aumento da obesidade entre homens, na proporção de 12,3% para 19,9%, e entre mulheres, de 16,9% para 24,9%. Na Europa, verificou-se, em 10 anos, um aumento entre 10 e 40% de obesidade na maioria dos países, dentre os quais destaca-se a Inglaterra. Países como Austrália, Japão, Samoa e China também apresentaram aumento da

² Esta informação provém de um documento produzido pelo trabalho de dezenas de especialistas de 12 países latino-americanos, nas áreas de Medicina, Nutrição, Psicologia e Educação Física. Representa uma revisão dos diversos aspectos relacionados com a obesidade. São sugeridas medidas que possam contribuir para a prevenção, a avaliação e o tratamento do paciente obeso. O Consenso Latino-Americano de Obesidade está destinado, principalmente, aos médicos, nutricionistas, psicólogos, professores de Educação Física e outros profissionais de saúde que tratam pacientes obesos. Além disso, está dirigido às autoridades governamentais, aos jornalistas da área de saúde e a todo profissional que possa contribuir, de forma direta ou indireta, para combater este grave problema que é a obesidade.

prevalência de obesidade, apesar de a China e o Japão ainda apresentarem as mais baixas prevalências (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

O Gráfico 1 apresenta o percentual da população acometida pela obesidade em alguns países, ou seja, o aumento do peso da população expresso pelo IMC. Esses índices denotam o caráter epidêmico da obesidade em todo o mundo, valendo destacar o Brasil nesse cenário internacional.

Gráfico 1: Prevalência da desnutrição e obesidade em diversos países.



Fonte: WHO INFOBASE, 2005.

Blumberg (2006); Pinheiro, Freitas e Corso (2004) esclarecem que países em desenvolvimento, como o Brasil, vêm demonstrando um declínio na desnutrição e elevação nos índices de obesidade de um modo mais acentuado do que em países já desenvolvidos. No país, a obesidade é um evento recente, no entanto, a OMS sugere projeções para 2015, indicando que os níveis de obesidade podem atingir 31% das mulheres e 17% dos homens. Tal crescimento traz prejuízos não só à saúde da população, mas também onera o orçamento do país. Felipe (2004, p. 36) estima que, “no Brasil, o custo anual da obesidade seja de quase 1 bilhão de reais”. Foram realizados, no país, alguns Inquéritos Nutricionais, a fim de investigar o perfil

nutricional da população:

- a) Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), realizado pelos órgãos: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), no período de 1974-1975, detectou dados antropométricos e dados sobre o consumo alimentar.
- b) Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelos órgãos: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), IBGE, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 1989, verificou dados antropométricos.
- c) Pesquisa Sobre Padrões de Vida (PPV), realizada pelo IBGE, feito em 1997, constitui a pesquisa mais recente em dados antropométricos e o único trabalho de investigação sobre a prática de atividade física.

Dentre esses, destacam-se dois grandes estudos brasileiros realizados em 1974-1975 e 1989, nas cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), ENDEF³ e PNSN⁴, os quais avaliaram a presença do IMC abaixo do normal (menor que 18,5 kg/m²) em adultos. Em 1975, a frequência de pessoas muito magras (desnutridas) era quase o dobro em relação ao de pessoas obesas. Quando os dados foram reavaliados, em 1989, essa relação tinha se invertido, ou seja, o número de obesos superou o número de indivíduos muito magros em mais que duas vezes. Dados do ENDEF (1974-75) revelaram prevalências de obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) em torno de 6,0% em mulheres e 2,1% entre os homens. Segundo a PNSN (1989), a prevalência de obesidade aumentou em 100% na população masculina (4,1%) e em torno de 70% na feminina (10,9%).

Em pesquisa mais recente, PPV, realizada em 1997-1998, pelo IBGE, foram coletadas informações referentes às duas regiões mais representativas do Brasil em termos socioeconômicos e populacionais: Sudeste e Nordeste, sendo a primeira região a mais economicamente desenvolvida e a segunda a menos desenvolvida economicamente. As duas, em conjunto, concentram aproximadamente 70% da população brasileira. Monteiro (2000) analisou e comparou os dados desse inquérito de 1997 com a pesquisa de 1974/75, o ENDEF, considerando apenas as regiões Nordeste e Sudeste. Em sua análise, o autor pôde observar que, no caso dos homens, apesar de a obesidade continuar aumentando nas duas regiões, está em

³ Pesquisa realizada pelo IBGE. Disponível em: <<http://www.port.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 dez. 2007.

⁴ Pesquisa realizada pelo IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 dez. 2007.

elevação de forma mais acentuada no Nordeste, induzindo o risco de obesidade masculina a se aproximar daquele existente na região Sudeste. No caso das mulheres, o aumento é notável na região Nordeste, mas mantém-se estável e, em algumas idades, reduz no Sudeste. Isso indica haver uma probabilidade de o risco de obesidade feminina no Nordeste se igualar ao do Sudeste, podendo até mesmo superá-lo.

De acordo com o World Health Organization (WHO⁵, 1998), hoje, um terço da população brasileira tem peso acima do saudável⁶. E, de acordo com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)⁷, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de julho de 2002 a junho de 2003, com o apoio do Ministério da Saúde, 10 milhões de adultos estão obesos (ANVISA⁸, 2005). Todas as faixas etárias são atingidas, sendo prevalente na meia idade. Segundo o Ministério da Saúde, atualmente, 6% dos homens e 12% das mulheres com mais de 18 anos sofrem da doença.

Os dados da POF, que englobou as cinco macrorregiões brasileiras em sua última comunicação social, revelaram que:

A frequência do excesso de peso na população supera em oito vezes o déficit de peso entre as mulheres e em quinze vezes o da população masculina. Num universo de 95,5 milhões de pessoas de 20 anos ou mais de idade há 3,8 milhões de pessoas (4,0%) com déficit de peso de 38,8 milhões (40,6%) com excesso de peso, das quais 10,5 milhões são consideradas obesas. Esse padrão se reproduz, com poucas variações, na maioria dos grupos populacionais analisados no país (IBGE, 2006).

Algumas questões são primordiais para a realização desta pesquisa: o que poderia explicar esse crescimento tão rápido da obesidade? Que condições surgiram para tal mudança? Algumas respostas são dadas por Pinheiro, Freitas e Corso (2004), ao acreditarem que, a partir da década de 1960, modificações nos padrões

⁵ Report of WHO Consultation on Obesity. World Organization. Geneva, 1998.

⁶ O que separa o normal da obesidade é determinado pelo aumento do volume do tecido adiposo, que acarreta prejuízo à saúde física e mental (SORBELLO et al., 2006).

⁷ Ministério da Saúde e IBGE divulgaram os dados. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 jan. 2008.

⁸ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

de morbimortalidade devem ser reavaliadas, levando-se em consideração os Processos de Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Transição Nutricional.

A Transição Demográfica se relaciona com as modificações nos padrões de morbimortalidade de uma sociedade:

Em países em desenvolvimento, estes padrões se apresentam com redução das doenças infecciosas e crescente aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis as quais ganham destaque nas causas de óbitos. O aumento da vida média e o envelhecimento populacional aumentam a probabilidade de acometimento de DCNT, normalmente associadas com idades mais avançadas (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004, p. 525).

No Brasil, a taxa geral de mortalidade decresceu de 18/1000, em 1940, para uma taxa estimada entre 6/1000 e 8/1000 em 1985; a expectativa de vida cresceu 20 anos no mesmo período, e a mortalidade infantil decresceu de 160/1000, em 1940, para 85/1000, em 1980 (PRATA, 1992). Dados mais atuais publicados pelo IBGE, em 2003, demonstram uma queda de 8,6% da mortalidade infantil em relação à sua última coleta em 2000. Assim, a expectativa de vida subiu para 71,3 em relação aos dados de 2000 que era de 70,5 anos. O IBGE informa que tal aumento, de 0,8 anos, poderia ser mais significativo não fossem as mortes causadas por fatores externos, tal como a violência, que causa a morte prematura de jovens.

A Transição Epidemiológica é o resultado das variações comportamentais dos padrões de morbimortalidade e fecundidade, que determinam mudanças na estrutura populacional, ao ocorrerem as mudanças na maneira de adoecer e morrer (PINHEIRO, FREITAS; CORSO, 2004).

A Transição Nutricional integra os processos de Transição Demográfica e Epidemiológica, que “acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações” (POPKIN et al., 1993 apud PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004, p. 525).

Num conceito mais amplo, Kac e Velásquez-Meléndez (2003, p. S4) definem transição nutricional como:

O fenômeno no qual ocorre uma inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população no tempo, ou seja, uma mudança na magnitude e no risco atribuível de agravos associados ao padrão de determinação de doenças atribuídas ao atraso e à modernidade, sendo em geral, uma passagem da desnutrição para a obesidade.

As razões mais apontadas para o crescimento da obesidade são as mudanças significativas nos padrões dietéticos e nutricionais que têm ocorrido nos países emergentes como o Brasil. Trata-se de populações que experimentam rápidas e intensas transformações em seu padrão de crescimento econômico e estrutura demográfica, fenômeno que caracteriza a denominada “transição nutricional” (MONDINI; MONTEIRO, 1998, p. 30). Essa mudança na dieta tem sido positiva com relação à desnutrição, sendo, contudo, desfavorável com relação ao aumento da obesidade. Barreto et al. (2005) demonstram que, no período de 1965 a 1997, a disponibilidade de alimentos para consumo no Brasil aumentou. Em 1965, era de 2.330 Kcal por pessoa/dia e, em 1997, de 2.960 Kcal por pessoa/dia. Além disso, houve uma mudança na composição alimentar, havendo um elevado consumo de gorduras, de um modo geral, de açúcares e redução na ingestão de verduras, frutas e legumes, de acordo com os dados da segunda etapa da POF (IBGE, 2002-2003).

A evolução do estado nutricional da população brasileira, por sua vez, é indicativa de um importante aumento do sobrepeso, com tendência especialmente preocupante entre as crianças em idade escolar e os adolescentes, bem como nos estratos de baixa renda (BARRETO et al., 2005).

A partir desse contexto, a obesidade tem se consolidado como agravo nutricional associado a uma alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, influenciando no perfil de morbimortalidade das populações. Barreto et al. (2005) apontam como estratégia para redução desse quadro hábitos alimentares saudáveis, tais como: maior ingestão de frutas e vegetais. Esse efeito deve-se à menor densidade energética desses alimentos, com aumento da saciedade. Outro

possível mecanismo consiste no conteúdo maior de fibra, que também aumenta a saciedade. Não há evidências que indiquem um valor mínimo de fibras necessário para a prevenção da obesidade.

Portanto, é consenso que a possível solução para a obesidade seja tratá-la como um problema de ordem pública: promoção e incentivo de bons hábitos alimentares e da prática de atividade física. Considerando que o meio ambiente é que precisa ser mudado, tal empenho deve ser de todos e em todos os locais, sejam eles, escola, trabalho, lar ou comunidade (COUTINHO, 1999). No documento organizado por esse autor há a seguinte orientação:

É muito importante que os profissionais de saúde estejam conscientes disso e engajados nessa luta, porque o ambiente está conspirando para que a obesidade continue crescendo. Precisamos do engajamento de toda a sociedade, do nosso Poder Legislativo, para nos ajudar a vencer as dificuldades do enfrentamento desse problema (Ibid., p. 20).

Dessa forma, é preciso que todos os profissionais que trabalham com saúde e com o corpo se conscientizem do problema da obesidade e sejam multiplicadores de conhecimentos, no intuito de instruir a comunidade de uma forma geral sobre as causas e consequências de tal patologia. Para isso, ressalta-se que sejam realizados mais estudos sobre a classificação da obesidade e suas comorbidades e também que se criem estratégias de sua contenção, havendo uma preocupação com a vivência corporal do indivíduo obeso, ou seja, tornando-se necessário atentar para a exclusão e discriminação pelas quais são acometidas essas pessoas.

2.1.2 Classificação da obesidade e implicações das comorbidades associadas à obesidade mórbida

Existem várias maneiras de classificar a obesidade e, de acordo com os autores Wajchenberg (1992); McArdle (2000); Uehara, Mariosa (2005); Pollock, Wilmore, Rocha (1993), ela se divide conforme a intensidade, a distribuição. Na classificação quanto à intensidade, é preciso observar os seguintes dados:

sobrepeso ($IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$), obeso ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$) e obeso mórbido ($IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$). Já quanto à distribuição, a obesidade classifica-se em: andróide ou centrípeta (forma de maçã), com predomínio de adiposidade truncal; e ginecóide ou centrífuga (forma de pera) com predomínio de adiposidade nas nádegas e nos membros inferiores, como já visto anteriormente.

Em relação à causa, a obesidade pode ser classificada em: neuro-endócrina, genética, inatividade física, farmacológica, ambiental, psicológica e, ainda, em relação à época do aparecimento.

De acordo com Uehara e Mariosa (2005, p. 200), as principais causas da obesidade neurológica são:

hipercortisolismo, síndrome dos ovários policísticos, deficiências dos hormônios de crescimento, hipotireoidismo, lesão hipotalâmica: ocorre hiperfagia em razão da lesão do hipotálamo ventromedial. Essa lesão que pode ser causada por trauma, aumento da pressão intracraniana, cirurgia, tumor, doenças inflamatórias, sendo o craniofaringioma a causa neuroendócrina mais comum.

Esse tipo de obesidade tem relação íntima com a saciedade podendo reduzi-la fazendo com que o indivíduo coma mais.

Além disso, existem várias causas genéticas que podem levar à obesidade, contudo, a mais comum é a Síndrome de Prader-Willi que, de acordo com Uehara e Mariosa (2005), é provocada pela alteração do cromossomo 15 e caracterizada pelo apetite voraz, causando obesidade grave. Ademais, os autores afirmam que existem genes de suscetibilidade que, ao interagirem com fatores ambientais, podem levar à obesidade. Há também as causas monogênicas de obesidade.

Existem também algumas drogas que podem provocar, como efeitos colaterais, o ganho excessivo de peso, tais como “ antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidiabéticos orais secretagogos de insulina, insulina, alguns progestagênios e glicocorticosteróides” (Ibid., p. 198).

Observa-se que a obesidade pode ser adquirida por circunstâncias próprias de um ambiente ou de uma situação encorajadora para seu desenvolvimento. Portanto, viagens prolongadas, mudanças ambientais, restrição ao leito por doença, entre outros fatores, podem levar a ganhos de peso. Por conseguinte, é inegável o

papel das perturbações psíquicas na gênese da obesidade. O indivíduo obeso se caracteriza pela sua incontinência e por seu descontrole diante da comida. Há, evidentemente, indivíduos que buscam, nos alimentos, um refúgio para suas carências e neuroses afetivas e sexuais, por exemplo. Mas, na verdade, na maioria das vezes, só isso não explica toda a gama de situações envolvidas no ato de comer.

Em relação à época do aparecimento, é importante traçar a história do indivíduo e identificar em que momento de vida teve início o sobrepeso. Essa atitude se torna importante na condução do tratamento. Assim, a alteração do peso pode surgir na primeira infância, na adolescência, no casamento, após a gravidez, na menopausa, na pós-cessação de exercícios e, ainda, na pós-cessação de tabagismo.

Identificado o tipo e a causa da obesidade, torna-se importante compreender a maior causa de morte por obesidade: as comorbidades. É sabido que o excesso de peso, principalmente nos casos de obesidade mórbida trazem prejuízos à saúde.

De acordo com Petribu (2001, p. 17):

O termo comorbidade é formado pelo prefixo latino “cum”, que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originada de “morbus”, que designa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas.

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO)⁹ classifica as doenças relacionadas com excesso de peso em duas categorias fisiopatológicas. A primeira delas é o risco que resulta de alterações metabólicas relacionadas ao excesso de gordura, incluindo: *Diabetes Mellitus* tipo 2, litíase biliar, hipertensão, doença cardiovascular e alguns tipos de câncer. A segunda categoria advém do risco do aumento da massa de peso em si, incluindo osteoartrite, apneia do sono e estigma sócio-psicológico da obesidade.

⁹ Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 21 fev. 2008.

Conforme dados da OMS, à medida que aumenta o IMC, aumenta o risco de comorbidades (CARVALHO, 2005, p. 34), como apresentado na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1: Classificação de sobrepeso/obesidade em adultos de acordo com o IMC.

Classificação	IMC (kg/m²)	Risco de Comorbidades
Baixo Peso	<18,5	Baixo
Peso Normal	18,5-24,5	Médio
Sobrepeso	≥ 25	Normal
Pré-obeso	25-29,9	Aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Severo
Obesa Classe III	≥ 40,0	Muito severo

Fonte: WHO, 1997.

A obesidade classe III é definida pela OMS como aquela em que o IMC é maior ou igual a 40Kg/m². Esse tipo de obesidade, frequentemente, vem acompanhado de comorbidades ou morbidades associadas. Vale lembrar, o que chama atenção dos profissionais é o grande índice de mortalidade.

Coutinho e Benchimol (2002, p. 13) afirmam que a:

Obesidade mórbida é uma das doenças que mais matam no mundo. Na América Latina é provável que 200 mil pessoas morram anualmente em decorrência das comorbidades relacionadas com a obesidade (hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2, dislipidemia, doença coronariana, apneia do sono, câncer, entre outras) a taxa de mortalidade para o obeso é de 12 vezes maior, entre homens com 25 e 40 anos, quando comparada a indivíduos de peso normal.

Os autores enfatizam a proporção que a obesidade vem tomando no quadro de doenças epidêmicas, chamando a atenção para os riscos que as comorbidades oferecem à saúde, podendo levar o indivíduo a óbito.

A partir da classificação apresentada na Tabela 1, as pesquisas mais recentes apontam para um consenso na literatura sobre as seguintes patologias relacionadas à obesidade: *Diabetes mellitus* não insulino-dependente; Hipertensão arterial, Apneia do sono, Câncer, Dislipidemia, Doenças cardíacas, Doenças hepatobiliares, Osteoartrite, Distúrbios psicossociais (ROCHA, 1993; FRANCISCHI

et al., 2000; POLLOCK, WILMORE, COUTINHO, BENCHIMOL, 2002; SILVA, 2005; PERES, 2005).

De acordo com esses autores, a obesidade – principalmente aquela localizada na parte abdominal – pode elevar o risco de *Diabetes Mellitus não insulino-dependente* em até 10 vezes. Isso ocorre porque a obesidade altera o metabolismo da glicose, com a diminuição de sua utilização pelas células, ocasionando resistência à insulina, em consequência, não há aumento da produção e liberação de insulina pelas células pancreáticas, provocando a hiperinsulinemia. Em decorrência do *diabetes*, podem surgir complicações crônicas, como neuropatias, nefropatia, retinopatia e alterações macrovasculares que, somadas à comorbidez própria da obesidade, podem levar a uma redução da expectativa de vida do indivíduo, principalmente devido ao risco de doenças cardiovasculares.

As *doenças cardiovasculares*, segundo Peres (2005), são as mais frequentes em pessoas obesas: cerca de 25 a 55%. Também mais relacionados à obesidade abdominal do que ao acúmulo de gordura nos quadris, os riscos de hipertensão podem ser avaliados por meio da correlação direta e positiva entre cintura e quadril, destacando-se que o valor normal, para homens, é de 0,85cm e para mulheres, até 0,95cm. A consequência da combinação entre obesidade e hipertensão é o aumento do trabalho cardíaco, com risco de hipertrofia ventricular esquerda, podendo evoluir para insuficiência cardíaca, arritmias, morte súbita e aumento do risco de acidente vascular encefálico. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (1999), as três principais causas de morte, no Brasil, são: infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, totalizando 300 mil mortes por ano. Vale lembrar que o risco relativo dessa doença está relacionado de maneira positiva com o IMC, ou seja, quanto maior for este, maior será o risco relativo de doença arterial coronariana.

Outra patologia de larga incidência em obesos mórbidos (50%), conforme Coutinho e Benchimol (2002) é a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), que se caracteriza por ser uma doença crônica e progressiva. A causa provável da obstrução intermitente das vias aéreas superiores consiste na soma da constituição física do obeso com o relaxamento da musculatura faríngea induzido pelo sono. Tal doença pode resultar em hipoxemia e hipercapnia, que levam a um despertar com sensação de sufocamento. De acordo com informações da Associação Médica

Brasileira (2000), a SAOS afeta a taxa de mortalidade de modo indireto, provavelmente como fator de risco para doença cardiovascular.

Algumas formas de *câncer* ocorrem com prevalência maior na obesidade, tanto em homens como em mulheres. Peres (2005) aponta um estudo realizado nos Estados Unidos em que pessoas com IMC maior que 40 Kg/m² têm maior probabilidade de morrer por câncer, e que os tipos de câncer mais comumente encontrados são de esôfago, colorretal (devido à ingestão excessiva de ácidos graxos de origem animal e a ingestão deficiente de frutas e verduras ricas em betacaroteno e antioxidantes), fígado, vesícula biliar, pâncreas, rim, linfoma não-Hodgkin e mieloma múltiplo. No entanto, a etiologia dessa relação obesidade-câncer ainda não está totalmente comprovada.

A obesidade também está associada a modificações do metabolismo lipídico. Tais alterações metabólicas, conforme Peres (2005), têm como resultado a elevação dos valores de Lipoproteínas de Baixa Densidade (LDL) e diminuição do Lipoproteínas de Alta Densidade (HDL). Também há elevação dos triglicérides e do VLDL – colesterol – Lipoproteínas de Muito Baixa Densidade.

Essas modificações ocorridas no metabolismo dos lipídeos se relacionam à distribuição central da gordura. Para Peres (2005, p. 215), “a obesidade central, com valor da medida da circunferência abdominal superior a 102 cm no homem e 88 cm na mulher, estão associadas a essas alterações”.

Há, também, com a obesidade, alterações na composição da bile, em razão, principalmente, de um aumento da precipitação do colesterol pelo fígado com sua consequente eliminação, elevando a quantidade de colesterol na bile em relação aos ácidos biliares e aos fosfolipídeos. Sua causa é devido à deposição, por excesso, de triglicérides nos hepatócitos, o que causa aumento da célula e, conseqüentemente, aumento do fígado. Peres (2005) salienta que a progressão desse quadro pode evoluir para esteato-hepatite, que pode resultar em cirrose.

Coutinho e Benchimol (2002) esclarecem que o excesso de peso pode provocar também *osteoartrite* nas articulações dos joelhos e tornozelos devido a traumas constantes.

Segundo Carvalho (2005), além de sofrer das comorbidades, a pessoa obesa é atingida também por distúrbios psicossociais. Isso porque ela é alvo de discriminação e preconceito, que se inicia desde a infância. A sociedade, frequentemente, encara o indivíduo obeso como uma pessoa indulgente em excesso

e incapaz de se autocontrolar (POLLOCK, WILMORE; ROCHA, 1993). Já Ades e Kerbauy (2002) veem a obesidade como uma doença autoinfligida e pode ser causa de sofrimento, depressão e comportamentos de esquiva social. Esse preconceito é observado nas mais variadas e corriqueiras situações, como em programas de televisão, revistas e nas piadas do cotidiano.

Segal e Fandiño (2002, p. 70) asseveram que as pessoas obesas:

São pessoas que cursam um menor número de anos escolares e que têm menor chances de serem aceitas em escolas. O mesmo se dá em empregos mais concorridos, resultando em salários mais baixos. Além disso, tem menor chance de estarem envolvidos num relacionamento afetivo estável.

Pode-se afirmar assim, que comumente o indivíduo obeso está vulnerável a diferentes problemas, sejam eles de ordem física ou psicológica, os quais, de uma forma ou de outra acabam por excluí-lo da convivência do meio em que vive.

Ressalta-se a importância em se atentar para as diversas formas de tratamento que incluem dietas, tratamentos medicamentosos, atividade física, e como última tentativa de barrar o aumento progressivo do peso a Cirurgia Bariátrica.

2.1.3 Formas de tratamento

Uma vez que tenha sido identificada a obesidade, torna-se importante instituir uma possível forma de evitar o aumento do peso, e/ou a redução deste. Geralmente, quanto maior o grau da obesidade, mais difícil de obter sucesso no tratamento. Três fatores são fundamentais em qualquer tratamento escolhido: a motivação, o resultado que se pode esperar e a responsabilidade do paciente consigo mesmo (POLLOCK; WILMORE; ROCHA, 1993).

O Consenso Latino-Americano de Obesidade, coordenado por Coutinho (1999), demonstra a necessidade de se reconhecer e tratar a obesidade como doença crônica, empregando-se todos os recursos para que se reduza o risco metabólico do indivíduo, sugerindo o seguinte:

Aos Governos que busquem com o máximo empenho os meios necessários para que estejam disponíveis para todos os obesos os métodos terapêuticos atualmente disponíveis, sejam eles farmacológico ou cirúrgico, para que sejam criteriosamente empregados, conforme a gravidade do excesso de peso (COUTINHO, 1999, p. 7).

O objetivo a ser atingido no tratamento da obesidade é prevenir ou controlar as comorbidades associadas, buscando um controle metabólico em que se atinjam níveis sanguíneos normais, ou próximos da normalidade, de glicose, triglicérides, colesterol total e subfrações, ácido úrico, insulina e a melhoria de problemas ostearticulares, psicológicos e outros (Ibid.). Tal objetivo, em parte, é alcançado ao se reduzir a gordura corporal e, de acordo com Cabral (2002), quando se pretende atingir um peso saudável e não aquele considerado ideal.

Muitos estudos mostram que a redução da quantidade de massa corporal, em especial de gordura, melhora a qualidade de vida e diminui a morbidade e a mortalidade de pessoas obesas. No entanto, Franchisch et al. (2000) alertam para o fato de que redução de peso e de gordura corporal não são sinônimos, apesar de, na maioria das vezes, serem tratadas dessa forma. É possível reduzir a gordura corporal sem, contudo, reduzir o peso, devido ao ganho de massa magra. Esse ganho pode ser superior ao peso de gordura reduzido, levando a um aumento de peso corporal total. O autor sugere a ênfase na redução da gordura corporal, já que, dessa forma, será possível promover benefícios à saúde.

No intuito de reduzir a gordura corporal, podem-se identificar, na literatura, diversos métodos de tratamento, os quais serão estudados a seguir sob a perspectiva de alguns autores: dieta (WAJCHENBERG, 1992; COUTINHO, 1999; McARDLE, 2000; FRANCHISCH et al., 2000; CABRAL, 2002; ZANELLA, 2005); atividade física (COUTINHO, 1999; McARDLE, 2000; WHO, 2001; CABRAL, 2002; MOLINA JUNIOR; ZANELLA, 2005); tratamento medicamentoso (CABRAL, 2002; SOUTO, 2005.); cirurgia de redução de estômago/Cirurgia Bariátrica (SEGAL, FANDIÑO, 2002; ARASAKI et al., 2005; SANTOS et al., 2006).

2.1.3.1 Dieta

Talvez uma das formas mais utilizadas entre pessoas que desejam reduzir seu peso seja a dieta. Dessa forma, por meio da restrição da ingestão energética total, consegue-se reduzir o peso através do *déficit* energético. No entanto, é necessário ter prudência e bom senso ao escolher tal método. McArdle (2000) e o Consenso Latino-Americano de Obesidade (COUTINHO, 1999) fornecem a seguinte orientação: para uma redução ponderal equilibrada e cuidadosa, é necessário reduzir a ingestão diária de energia em 500 a 1000 Kcal abaixo do custo energético diário. Essa redução, relativamente moderada na ingestão de alimento, produz maior perda de peso em relação ao *déficit* de energia que uma restrição energética mais acentuada. Diferentemente, Zanella (2005) distingue uma redução de 500 Kcal/dia na ingestão, no caso de obesos mórbidos grau I, e, para obesos graus II e III, deve, sim, direcionar o tratamento para *déficits* calóricos de 500 a 1000 Kcal/dia, no intuito de perder cerca de 500g a 1 Kg/semana e atingir cerca de 10% de perda de peso em um período de 6 meses.

Wajchenberg (1992) acredita que não só o total energético deve ser controlado, afirmando que a dieta deve conter cerca de 50 a 60% do total de calorias sob a forma de carboidratos, e a ingestão de gorduras deve ser limitada em 20 a 30% do total de calorias, sendo escolhidas, predominantemente, as gorduras insaturadas. Deve-se, ainda, conforme Cabral (2002), estimular a ingestão de fibras para um consumo diário de 20 a 30g. O autor esclarece que, após uma grande redução do peso, normalmente após seis meses de dieta, o peso atinge um platô de difícil mudança nos meses seguintes, e Franchisch et al. (2000) indicam a inclusão de exercícios físicos.

2.1.3.2 Atividade física e controle da obesidade

Trombetta e Suzuki (2005, p. 12) afirmam que a “a obesidade caracteriza-se por excesso de tecido adiposo e ocorre pelo balanço energético positivo de forma crônica, isto é, uma ingestão calórica que sobrepassa o gasto calórico.” Tal acúmulo

de gordura corporal, de acordo com Mendonça e Anjos (2004), pode acarretar várias repercussões à saúde e, de uma forma importante, reduz a qualidade e o tempo de vida de uma pessoa.

O sedentarismo é uma das principais causas para o desenvolvimento e a manutenção da obesidade. As estatísticas comprovam que há muito menos obesos entre as pessoas ativas do que entre as sedentárias, como demonstra o Consenso Latino-Americano de Obesidade (COUTINHO, 1999).

De acordo com Nobre, Santos e Fonseca (2006), a OMS estimou que mais de 2 milhões de mortes sejam atribuídas à inatividade física em todo mundo, a cada ano. O sedentarismo, junto ao fumo e à má alimentação, formam os três pontos-chave dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida. De acordo com esse órgão, o sedentarismo está entre as 10 maiores causas de morte no mundo.

Um estudo realizado por McArdle (2000) demonstra que, nos Estados Unidos, a ingestão calórica por pessoa diminuiu uniformemente nos últimos 100 anos, contudo, o peso e a gordura corporais aumentaram sistematicamente. Agora, os americanos ingerem de 5 a 10% menos calorias do que há 20 anos, no entanto, o peso corporal médio aumentou de modo uniforme. Esse estudo demonstra a predominância da inatividade física como causadora da obesidade. Sendo assim, o autor afirma que:

[...] está se tornando cada vez mais claro que homens e mulheres com um estilo de vida fisicamente ativo, ou que participam de programas de exercícios de endurance, tendem a manter uma composição corporal desejável (McARDLE, 2000, p. 592).

No caso específico de países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerável o fenômeno da urbanização e seu impacto sobre os padrões de atividade física e alimentação (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004). Há uma relação direta entre o dispêndio energético negativo e aumento do consumo calórico. Essa relação deve-se a grandes mudanças em diversos setores, como nas ocupações do trabalho (da agricultura para a indústria) e maior participação das mulheres no mercado de trabalho. A industrialização atraiu para as cidades os

indivíduos da zona rural, o que reduziu os trabalhos de maior gasto energético e acentuou os estilos de vida sedentários.

Retomando aspectos vinculados ao desenvolvimento da economia no Brasil, salienta-se que a aquisição de bens de consumo duráveis por parte da população pode contribuir para a consideração de três fatores ligados a mudanças no padrão de atividade física enquanto redução do gasto energético: a diminuição do esforço com o trabalho doméstico pelo uso de equipamentos para a execução das tarefas mais árduas; o crescente uso da televisão como principal meio de lazer; o uso de veículo automotivo para o deslocamento. Deve-se ainda acrescentar que a televisão contribui para a delimitação do estilo de vida ocidental mediante ampliação do incentivo ao consumo difundido pelo *marketing*.

Dados do IBGE, apontados por Coutinho (2006), comprovam esse fato, mostrando que, em um período de duas décadas, o percentual de lares brasileiros com acesso a itens de conforto como carro, televisão e telefone, duplicou. E por serem itens que reduzem o gasto de energia pelo fato de estimular o sedentarismo, podem ser considerados obesogênicos.

Segundo Barreto et al. (2005), as informações de caráter nacional sobre padrões de atividade física no Brasil restringem-se a um único inquérito realizado pelo IBGE em 1996/97, nas regiões Nordeste e Sudeste, a PPV. A análise dos dados colhidos por essa pesquisa evidenciou que apenas uma minoria dos indivíduos adultos (13%) pratica atividade física no lazer com alguma regularidade (30 minutos diários, pelo menos uma vez por semana), sendo muito reduzida (3,3%) a proporção daqueles que seguem a recomendação de acumular, como mínimo, 30 minutos diários de atividades físicas em cinco ou mais dias da semana. Mostrou-se, também, que homens e mulheres apresentam diferenças quanto à frequência e a padrões de atividade física no lazer (BARRETO et al., 2005).

Baixos níveis de atividade física representam fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, como *Diabetes*, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, osteoporose, alguns tipos de câncer, obesidade (FORTES, 2006).

A manutenção do peso corporal envolve um equilíbrio entre o consumo e o gasto energético. Indivíduos fisicamente ativos conseguem manter o peso estável. Martin et al. (2000 apud FORTES, 2006) afirmam que, apesar das evidências de que atividade física gera grandes benefícios à saúde de quem a pratica, tem-se

observado, em diversos países, uma redução na prática de exercícios durante o tempo de lazer. Aproximadamente 12 a 22% dos adultos americanos estão envolvidos em algum tipo de atividade física de lazer em níveis recomendados, e 24 a 60% reportam ser sedentários e inaptos. Além disso, cerca de 50% dos indivíduos que começam um programa de treinamento desistem num prazo de três a seis meses.

A importância da atividade física no controle e na redução do peso é explicada por McArdle (2000, p. 586), como uma forma de manter a “balança energética” equilibrada:

A equação do equilíbrio energético se mantém constante quando a ingestão calórica é igual ao gasto de calorias. Desta forma, existem três maneiras, de desequilibrar a equação na direção da perda de peso: reduzir a ingestão calórica para menos das demandas diárias, manter a ingestão calórica e aumentar o dispêndio energético através de atividades físicas ou combinar os dois meios, reduzindo ingestão calórica e aumentando nível de atividade física.

Diante disso, o Consenso Latino-Americano de Obesidade (COUTINHO, 1999, p. 9-10) defende a atividade física como uma arma no combate à obesidade, devendo ser rotineira e estimulada desde a infância. Além disso, dá algumas diretrizes de como deve ser conduzida:

A atividade física prolongada, de baixa intensidade, como caminhar entre 30 e 60 minutos por dia, aumenta significativamente o gasto energético, reduzindo, assim, o peso e a gordura corporal. Recomenda-se atualmente, consensualmente, que se acumule um total de 30 minutos diários de atividade física como suficientes para promover benefícios metabólicos. Deve-se reconhecer, porém, que os indivíduos que reúnam condições para praticar exercícios físicos de maior intensidade poderão obter benefícios adicionais.

Do mesmo modo, Cabral (2002, p. 37) também defende que a atividade física regular apresenta vários benefícios no tratamento da obesidade:

[...] aumento do gasto energético, estímulo da resposta termogênica aumentando a taxa metabólica em repouso e termogênese induzida pela dieta, aumento da capacidade de mobilização e oxidação da gordura, melhora da disposição, dos níveis pressóricos e do condicionamento cardiovascular, aumento da capacidade vital e contribui para a redução de peso que é comum com a idade.

Além desses benefícios, Molina Junior e Zanella (2005) acrescentam que a atividade física pode melhorar a autoimagem, assim como a qualidade de vida das pessoas obesas. Ainda, torna possível a realização de tarefas simples do cotidiano, como amarrar o sapato ou apanhar um objeto no chão. Os autores esclarecem que, para ser eficaz e conseguir uma redução ponderal, a atividade física não deve ser utilizada isoladamente. Para MacArdle (2000), esse sucesso se relaciona com o grau de obesidade do indivíduo. Ele afirma que as pessoas obesas perdem peso e gordura mais prontamente com exercício do que seus congêneres de peso normal. Isso porque, proporcionalmente, essas pessoas deslocam um peso maior, necessitando de um grande aporte energético encontrado no tecido adiposo. No entanto, a perda de peso atinge um platô, precisando de um incremento na intensidade da atividade física. É nesse momento que muitos obesos desistem por não suportarem um tipo de atividade intensa por muito tempo.

É importante serem observados fatores como frequência, duração, intensidade e forma específica de exercício. Cabral (2002) indica um acúmulo de 60 a 80 minutos de uma atividade física de intensidade moderada diária, sendo necessário estimular o indivíduo a aumentar, gradualmente, o tempo de exercício. Os exercícios aeróbicos ainda apresentam alguns benefícios adicionais como o condicionamento cardiopulmonar. Isso faz reduzir o risco de desenvolvimento de *Diabetes* e morte por doença cardiovascular (McARDLE, 2000; ZANELLA, 2005). O treinamento resistido (musculação) auxilia no aumento da massa muscular, contribuindo para o aumento do gasto energético e para a redução da gordura (MOLINA JUNIOR; ZANELLA, 2005).

Deve-se, por fim, enfatizar a atividade física como um todo, o que pode ser alcançado não só pela introdução de uma atividade regular sistematizada, mas também por um aumento do dispêndio energético através de atividades espontâneas e de lazer no cotidiano (CABRAL, 2002). No caso específico do tratamento da obesidade através da atividade física, os seguintes autores podem ser

citados: Fortes (2006), Trombetta, Suzuki, (2005); Trombetta, Batalha, Halpern (2006).

Um estudo realizado por Fortes (2006) sugere que, antes de definir o melhor tipo de exercício, deve-se saber mais sobre as características do músculo esquelético, pois ele tem uma relação com a obesidade. Esse músculo apresenta duas classificações principais, porquanto é heterogêneo e apresenta variados tipos de fibras que o autor cita como fibras ST (oxidativas) e FT (glicolíticas), sendo FTa para as glicolíticas oxidativa e FTb para as glicolíticas puras.

Assim sendo, um outro estudo realizado por Hickner (2000 apud FORTES, 2006) demonstrou que indivíduos obesos apresentam menos fibras oxidativas e mais fibras do tipo FTb (glicolítica pura). Vale salientar que as características do músculo esquelético e a capacidade oxidativa, a densidade de capilares e a de transporte de glicose têm sido relacionadas com fatores de risco cardiovascular, como a obesidade e a resistência à insulina. É importante estudar a musculatura para compreender a relação músculo e taxa metabólica de repouso, lembrando que o músculo esquelético é tecido ativo e elevador da taxa metabólica de repouso.

Trombetta e Suzuki (2005) afirmam: pessoas que se mantiveram ativas ao longo da vida têm menores chances de se tornar obesas, além de apresentarem melhor distribuição de gordura corporais e menores adipócitos de gordura intraabdominal. Os autores preconizam que a obesidade ocorre pelo balanço energético positivo. Mostram, ainda, que o exercício físico adiciona um *déficit* calórico sinérgico à dieta hipocalórica, provocando equilíbrio energético negativo. O exercício físico produz gasto de energia por meio do efeito direto no nível metabólico. Entretanto, esse nível é pequeno em relação ao balanço energético.

Indivíduos obesos que são submetidos a dietas hipocalóricas podem apresentar uma diminuição da Taxa Metabólica de Repouso (TMR) e do gasto energético total, o que dificulta no emagrecimento, pois a velocidade de perda de peso diminui durante o tratamento (FORTES, 2006).

Francischi (2000); Trombetta e Suzuki (2005) concordam com esse pensamento, afirmando que o exercício físico minimiza os efeitos negativos da restrição energética, uma vez que é capaz de reverter a queda na Taxa Metabólica Basal (TMB), durante programa de perda de peso. Além disso, combinado à restrição calórica, promove redução do peso corporal, maximizando a perda de gordura e minimizando a perda de massa muscular:

Se unir a dieta hipocalórica, juntamente com o exercício físico, o mesmo preza a massa muscular (ou dependendo do tipo de atividade até aumenta), favorecendo um balanço energético negativo, já que a ingestão de calorias será menos que o gasto energético estimado. O exercício produz gasto de energia pelo efeito direto no nível metabólico. Além disso, qualquer perda de peso alcançada com o exercício físico moderado pode ser facilmente revertida por pequeno aumento compensatório no consumo alimentar (TROMBETTA, BATALHA, HALPERN, 2006, p. 161-162).

Com relação à combinação entre dieta e atividade física, Matsudo e Matsudo (2007) ressaltam que a diminuição da gordura ocorrida se dá através da diminuição do adipócito, célula onde há acúmulo de gordura, mas não no número total de células. Isso é importante por dois motivos: primeiro, uma vez que não se reduz o número de adipócitos, há risco de reganho de peso; segundo, o tamanho das células está relacionado a maior risco metabólico.

Os estudos de Fortes (2006) concluem que as maiores perdas de peso acontecem com programas de treino intensos ou de longa duração. Porém, para indivíduos obesos, e com sobrepeso, atividades físicas de baixa a moderada intensidade é aceita como uma ótima opção. Entretanto, essa escolha já não é mais consenso na literatura. O autor assevera que vários trabalhos têm mostrado que o aumento da intensidade acentua o Consumo de Oxigênio Pós-Exercício (EPOC), aumentando o potencial do músculo esquelético de oxidar gorduras, e, conseqüentemente, diminuindo a adiposidade subcutânea e visceral.

Trombetta e Suzuki (2005) acreditam que o exercício físico tem papel fundamental para evitar o reganho de peso em programas de emagrecimento. O indivíduo que, juntamente com a dieta, possuiu um programa de exercício físico consegue a manutenção do peso de maneira efetiva, mantendo a integridade da massa muscular.

Algumas vezes, o programa de atividade física pode não obter sucesso devido a uma modificação na cascata da lipólise, podendo resultar em alteração na atividade lipolítica e diminuição da lipólise e, como consequência a perda da oxidação de gordura, uma das possíveis causas da obesidade (TROMBETTA; BATALHA; HALPERN, 2006).

Segundo os autores, a prática regular de exercício físico leva o organismo do indivíduo a ter melhor controle sobre o balanço energético, devido ao aumento da

capacidade de oxidação de ácidos graxos livres nas células musculares. Além do efeito protetor da massa magra, o exercício acelera a perda de massa gorda durante a restrição dietética.

Acreditava-se, porém, que apenas a duração contínua da atividade física promoveria a perda de gordura. Matsudo e Matsudo (2007) apontam diversos estudos que demonstram que a prática de atividade física acumulada, ou seja, dividida em sessões ao dia, pode ser tão ou mais eficiente para aumentar a aderência ao exercício, melhorando a aptidão cardio-respiratória e metabólica, além de reduzir o peso.

Pode-se asseverar que a atividade física é fundamental em qualquer tratamento para emagrecimento. Os exercícios aeróbicos são apontados como essenciais para a perda de peso. Porém, é possível verificar que os treinamentos de força preservam o nível de massa magra, evitando reganho de peso e trazendo vários benefícios durante o tratamento da obesidade (TROMBETTA; SUZUKI, 2005).

A partir dos quatro estudos apresentados, Fortes (2006); Trombetta, Suzuki (2005); Trombetta, Batalha, Halpern (2006); Franchischi (2000), pode-se chegar ao consenso de que o treinamento não só promove uma redução do percentual de gordura, como também traz diversos benefícios ao indivíduo praticante, tornando a atividade física uma alternativa para perda de peso e melhora das condições vitais.

O Consenso Latino-Americano de Obesidade (COUTINHO, 1999, p. 9) mostra os efeitos da atividade física no tratamento da obesidade:

Aumento do gasto energético; estímulo da resposta termogênica aumentando a taxa metabólica em repouso e a termogênese induzida pela dieta; aumento da capacidade de mobilização e oxidação da gordura; melhora do estado físico e da circulação cardíaca, regulando a pressão sanguínea; aumento da capacidade vital. Uma atividade física intensa reduz a resistência à insulina, aumenta o colesterol HDL, diminui o LDL e os triglicerídeos, melhora a autoestima, a autoimagem, a ansiedade e a depressão.

A atividade física, segundo Fortes (2006), além de auxiliar no controle do peso corporal, ajuda a reduzir os níveis de ansiedade, estresse, depressão e o risco de fatores associados a doenças cardiovasculares. Indivíduos fisicamente ativos e que apresentam excesso de peso possuem menor morbidade e menor risco de

morrer do que os sedentários. Cabral (2002) afirma que indivíduos com IMC elevado, porém ativos fisicamente, apresentam menor risco de óbito quando comparados a indivíduos sedentários de IMC normal.

Fortes (2006); Trombetta e Suzuki (2005); Trombetta, Batalha e Halpern (2006) concordam que a atividade física pode promover melhora significativa nas comorbidades e enfatizam alguns pontos que serão apresentados, a seguir, neste trabalho.

O *Diabetes Mellitus* é uma das comorbidades que afetam o obeso mórbido, como já visto no item 2.1.2 deste trabalho. De acordo com Roschel, Lancha e Vieira (2006), no *Diabetes* tipo 2, o exercício pode promover a captação da glicose sem a ação da insulina e, mesmo que não haja perda significativa de peso, o paciente é beneficiado.

Em pacientes hipertensos, outra característica do obeso destacada no item 2.1.2 é aquela em que uma pequena redução do peso pode normalizar os níveis de pressão arterial se prescrita a prática de atividade física regular. Isso porque cada 1% de massa corporal perdida induz à queda de 1 mmHg na pressão sistólica e de 2 mmHg na diastólica (WHO, 1998).

Roschel, Lancha e Vieira (2006, p. 123) reafirmam que:

O exercício físico é o único que representa estresse que promove adaptações positivas no coração. Essas adaptações incluem bradicardia de repouso, e exercício submáximo, aumentam o volume de ejeção, melhoram a função ventricular e aumentam a resistência às isquemias cardíacas.

O exercício físico melhora também o perfil lipídico (ver item 2.1.2) a partir de mudanças na atividade enzimática da lipase lipoprotéica presente no músculo esquelético. E, de acordo com Matsudo e Matsudo (2007, p. 58), “a prática regular de atividade física aumenta o HDL-colesterol, diminuiu triglicérides (TG) e LDL-colesterol”.

Trombetta, Batalha e Halpern (2006) esclarecem que o exercício físico aumenta a sensibilidade β - adrenérgica, o que sugere maior modulação do sistema nervoso simpático no tecido adiposo. Além disso, durante o treinamento, o sistema nervoso simpático aumenta sua atividade, fazendo com que cresça a resposta

lipolítica às catecolaminas no tecido adiposo. O efeito agudo e o crônico dos exercícios físicos¹⁰ têm influência no emagrecimento, uma vez que a prática de atividade física mobiliza a utilização de gordura.

Segundo Trombetta e Suzuki (2005, p. 13), os principais efeitos do treinamento físico no controle do peso corporal são obtidos quando o exercício se torna crônico. Quando atingido, pode-se ver alta atividade enzimática, principalmente da lipase (enzima responsável pela lipólise), aumento da densidade mitocondrial, potencializando a oxidação de lipídios, tudo isso favorecendo o emagrecimento.

Trombetta, Batalha e Halpern (2006, p. 165) complementam:

Outro benefício alcançado pela associação da dieta hipocalórica ao treinamento físico diz respeito à redistribuição da gordura corporal. Observa-se em programas de exercício físico que, apesar da redução de todos os depósitos de gordura, há uma preferência para a redução de gordura na região visceral. Isso pode ser explicado pelo fato de essas células serem ricas em receptores β 3-adrenérgicos, que são mais suscetíveis à lipólise.

Os referidos autores ressaltam que, em consequência da lipólise facilitada, há a perda de peso. Além disso, Zilberstein e Carreiro (2004) acreditam que a atividade física regular pode proporcionar ao seres humanos os seguintes benefícios: aumento da autoestima; alívio do estresse, aumentando o bem-estar; redução da depressão; melhora da autoimagem; manutenção da autonomia; redução do isolamento social; redução da pressão arterial; controle do peso corporal; melhora da mobilidade; aumento da força muscular e da resistência física; melhora do condicionamento cardiovascular; melhora da utilização da glicose pela célula, independentemente da insulina; controle dos níveis de triglicérides e do colesterol, aumentando o HDL (bom colesterol). Também apontam os efeitos do exercício regular na composição corporal: diminuição da gordura corporal; aumento da massa

¹⁰ Os efeitos fisiológicos ao exercício físico podem ser classificados em agudos e crônicos. O primeiro se refere à reação imediata ao exercício e possui como resposta aumento da ventilação, da frequência cardíaca e da sudorese. Os efeitos crônicos são adaptações a constantes exposição ao exercício, e representam aspectos morfofuncionais que diferenciam um indivíduo fisicamente treinado de outro sedentário, tendo como exemplos típicos a bradicardia relativa de repouso, a hipertrofia muscular, a hipertrofia ventricular esquerda fisiológica e o aumento do consumo máximo de oxigênio (VO₂ máximo) (MONTEIRO e SOBRAL FILHO, 2004). Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n6/a08v10n6.pdf>>. Acesso em: jan. 2009.

muscular; aumento da resistência; aumento do gasto energético; aumento da elasticidade da pele.

A perda de 5 a 10% do peso inicial é suficiente para melhorar a comorbidez, incluindo hipertensão arterial, *Diabetes* tipo 2 e dislipidemia. Essa meta de redução de peso também deve ser alcançada pelos pacientes que serão submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, com o objetivo de reduzir o risco de desenvolver complicações pré e pós-operatórias (CABRAL, 2002).

É notável que a maioria dos obesos sentem dificuldades para realizar atividade física. Entretanto, Zilberstein e Carreiro (2004) acreditam que, ao praticarem, progressivamente, um pouco mais de atividade física diária, os pacientes obterão resultados mais positivos. Os autores afirmam que, para pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica, não é aconselhável realizá-la antes de eles terem o peso reduzido cerca de 20% e já terem iniciado uma reeducação alimentar. Os autores esclarecem: “Isso porque nos primeiros 60 dias que se seguem à operação há diminuição acentuada da ingestão alimentar, tanto do ponto de vista qualitativo de nutrientes, quanto do ponto de vista calórico” (ZILBERTEIN; CARREIRO, 2004, p. 76). Além do mais, devido ao excesso de peso, o paciente pode apresentar problemas articulares, dores e inflamações nas articulações e/ou musculatura.

Ressalta-se que, quando nem as dietas, nem a atividade física são eficazes no tratamento da obesidade, torna-se necessário buscar também o tratamento medicamentoso, que será estudado no próximo item.

2.1.3.3 Tratamento medicamentoso

Os objetivos do tratamento farmacológico da obesidade são: perder peso de forma mais rápida e efetiva, manter a perda de peso, reduzir sintomas da obesidade, restringir desordens secundárias e melhorar a expectativa de vida (SOUTO, 2005, p. 49).

Segundo Cabral (2002), a prescrição de medicamentos deve ser pensada da seguinte forma: para pessoas com IMC¹¹ superior ou igual a 30 Kg/m², ou para

¹¹ Vide Tabela 1 item 2.1.2

peças com IMC igual ou superior a 25 Kg/m² acompanhado de outros fatores de risco, tais como hipertensão arterial, *Diabetes Melitus* tipo 2, hiperlipidemias, entre outros. Souto (2005) afirma que os principais medicamentos utilizados são os inibidores de apetite, que se dividem em dois grandes grupos: catecolaminérgicos e os serotoninérgicos¹².

Tais medicamentos são eficientes na perda de peso, no entanto, nem sempre conseguem manter o peso perdido, fazendo com que o indivíduo tenha reganho de sua perda, conhecido popularmente por “efeito sanfona”. Dessa forma, após dois anos de tratamentos convencionais o Conselho Federal de Medicina (CFM) considera o obeso nessas condições passível de Cirurgia Bariátrica. São necessários vários exames para liberação do paciente, uma vez que o processo cirúrgico é considerado a última alternativa no tratamento da obesidade.

2.1.3.4 Cirurgia Bariátrica

Santos et al. (2006) asseveram que, dentre os tratamentos citados, a Cirurgia Bariátrica vem sendo apontada como o mais eficaz no tratamento da obesidade, na redução do peso, nos casos de obesidade mórbida, bem como a sua manutenção, tornando-se o procedimento mais realizado em todo mundo. Cabral (2002) destaca que nenhum estudo em longo prazo, até o presente momento, demonstrou que a reeducação alimentar, a atividade física regular, a terapia comportamental e/ou uso de medicamentos antiobesidade contribuem para redução significativa da morbimortalidade do grande obeso e para uma melhora substancial da qualidade de vida. Segundo Segal e Fandiño (2002), o tratamento convencional para obesidade mórbida, grau III, produz ainda resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos .

Além disso, Zilberteín, Neto e Ramos (2002, p. 262) acrescentam que “o risco-benefício das operações para tratamento da obesidade mórbida deve ser encarado num contexto em que a obesidade mórbida é uma doença crônica, progressiva e

¹² De acordo com o Consenso Latino-Americano de Obesidade (COUTINHO, 1999), esses medicamentos são inibidores da recaptura da Serotonina e da Noradrenalina (SNRI). Seu mecanismo de ação é central e periférico, reduzindo a ingestão alimentar e aumentando o gasto calórico. Os efeitos colaterais são: secura da boca, constipação, taquicardia, sudorese, eventual aumento da pressão arterial.

que aumenta consideravelmente a morbimortalidade dos pacientes acometidas [sic] por essa afecção”.

O fato de a Cirurgia Bariátrica já ser considerada como o procedimento médico mais utilizado pelos profissionais no tratamento da obesidade mórbida, ainda não pode ser eliminada a necessidade de haver estudos mais aprofundados sobre o assunto. Neste momento, tem-se conhecimento da perda significativa de peso e da redução das comorbidades. Tornando de extrema relevância mais estudos científicos sobre o impacto que essas mudanças bruscas de peso poderão causar na saúde psicológica do indivíduo, nem como será a percepção de corpo a partir de então, nem o quanto isso influenciará na autoestima da pessoa.

Apesar de a Cirurgia Bariátrica ser um tratamento radical, conforme argumenta Arasaki et al. (2005), seus resultados não são obtidos por meio de nenhum outro tratamento, podendo atingir uma perda ponderal de 40 a 50% do peso inicial em períodos curtos de 1 a 2 anos (PEREIRA, 2003), e manter essa perda em longo prazo (REIS, 2006). Além da perda de peso, são resultados esperados com a Cirurgia Bariátrica: melhora das comorbidades relacionadas e da qualidade de vida (FANDIÑO et al., 2004). O autor esclarece que essa Cirurgia é contra-indicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática.

O CFM é o órgão supervisor da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgador e disciplinador da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente (art. 2º. da Lei nº. 3.268/57)¹³. Dessa forma, surgiu a necessidade de normatizar o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida através da Resolução nº. 1.766/05, que mostra critérios relativos a todo o processo desde os critérios para que uma pessoa possa se submeter à cirurgia até o pós-operatório.

Os critérios para se submeterem à Cirurgia Bariátrica, segundo a Resolução nº. 1.766/05 do CFM, são relativos ao IMC, ou seja, pacientes com IMC maior que 40 kg/m² ou 35 kg/m² associado a comorbidades (hipertensão arterial, dislipidemia, *Diabetes Mellitus* tipo 2, apneia do sono, entre outros), faixa etária entre 18 e 65

¹³ Lei aprovada em setembro de 1957 e publicada no **Diário Oficial da União** em outubro de 1957. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/legislacao/leg_internet/3268_07_57.htm>. Acesso em: 8 jan. 2009.

anos (ARASAKI et al., 2005). É necessário também haver um acompanhamento de, no mínimo, cinco anos de evolução da obesidade e histórico de falência do tratamento clínico convencional realizado por, pelo menos, dois anos. Deve-se, ainda, certificar-se da ausência de drogas ilícitas ou alcoolismo, quadros psicóticos ou de demências graves ou moderadas. O risco cirúrgico deve ser compatível com o procedimento proposto e ausência de doenças endócrinas de tratamento clínico. A equipe precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e transoperatório, além de fazer o acompanhamento do mesmo. Deve ser composta por: cirurgião com formação específica, clínica, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anestesiológico, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes. O hospital precisa apresentar condições adequadas para atender obesos mórbidos, bem como possuir Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão (CFM, 2005).

Além desses critérios, Silva (2005) mostra a importância do conhecimento por parte da equipe multidisciplinar bariátrica e, principalmente, por parte do paciente, mostrando também que são importantes outros aspectos, definidos por ele como os cinco “C(s)” das indicações da cirurgia da obesidade: convicção, consciência, confiança, comprometimento e controle.

Não há ainda consenso sobre o criador da Cirurgia Bariátrica no mundo. Benedetti (2003) afirma ter sido criada na Suécia, em 1952, com o objetivo de impedir a absorção de gordura no trato intestinal e provocar diarreias. Dados da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica apontam como o primeiro procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, aquele realizado em 1954 pelos cirurgiões Kremen e Linner (FARIAS 2005, p. 136).

No Brasil, segundo Santos (2005), a cirurgia Fobi-Capella foi introduzida por Arthur B. Garrido Jr. Em 1999, o Ministério da Saúde percebe a necessidade de tratamento cirúrgico para os obesos mórbidos, incluindo a Cirurgia Bariátrica entre os procedimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a portaria nº. 628/GM de 26 de abril de 2001 (SANTOS, 2005). De acordo com Nasser e Elias (2002), a gastroplastia (procedimento cirúrgico e invasivo que visa o tratamento da obesidade) passa a ser um dos procedimentos oferecidos pelo SUS.

Em Juiz de Fora, MG, a realização da Cirurgia Bariátrica através do Serviço Público inicia-se a partir de 2002, sendo realizada no Hospital Universitário. Em

2003, o pólo oficial de manuseio do tratamento da obesidade é implantado no SCHDO, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Como os resultados têm sido bastante satisfatórios, a indicação dessa intervenção vem crescendo nos dias atuais e baseia-se em uma análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente.

Evidencia-se que uma das técnicas utilizadas é o *Bypass* intestinal¹⁴, jejuno-ileal, na qual o jejuno é anastomosado ao íleo terminal, excluindo grande parte do intestino delgado (POLLOCK; WILMORE; ROCHA, 1993). Tal técnica passou por diversas mudanças e, em 1956, o cirurgião Payne passou a utilizar o *Bypass* jejuno-ileal, cuja anastomose dos 35cm de jejuno proximal se dava no íleo terminal, acerca de 10cm da válvula íleo-cecal. Silva (2005), Scott e Buchwald propuseram um *Bypass* jejuno-ileal, no qual se realizava uma anastomose término-terminal entre o segmento proximal do jejuno (30 cm) e o íleo terminal (20 cm), assim como entre o segmento intestinal excluído e o ceco, cólon transverso ou sigmóide. Palmer e Marliss, citados por Silva (2005), modificaram a técnica de Payne e utilizaram o formato “Y” em vez de “T”, a fim de amenizar complicações. Posteriormente, na década de 1980, Cleator (apud SILVA, 2005) propôs alterações, fazendo anastomose do segmento intestinal excluído com o estômago. Farias (2005) esclarece que, apesar de uma redução excelente no peso, tais técnicas tinham, como consequência, as seguintes complicações: falência hepática, cirrose hepática, cálculos renais, diarreia, distúrbios minerais e hidroelétricos.

Durante 25 anos, a Cirurgia Bariátrica passou por uma série de ajustes devido a essas intercorrências. Em 1979, um cirurgião chamado Scopinnaro desenvolveu uma técnica que reduzia pouco o estômago, mas desviava a maior parte do intestino delgado. Tal técnica é utilizada até hoje, há mais de 25 anos. Porém, em 1986, o Dr. Fobi desenvolveu uma técnica mista, que foi ajustada em 1990 pelo Dr. Capela e que é considerada até hoje o padrão ouro na cirurgia da obesidade. Portanto, tem-se mais de 15 anos de acompanhamento dos pacientes operados, em que foi utilizada essa técnica (FARIAS 2005).

De maneira geral, a Cirurgia Bariátrica compreende três técnicas cirúrgicas: restritivas, que limitam a capacidade gástrica; disabsortivas, que interferem na

¹⁴ Esta cirurgia envolve a união do intestino delgado superior à sua área inferior, ultrapassando um longo segmento do intestino delgado, colocando-o fora do circuito de absorção, provocando, assim, um estado mal-absortivo. Disponível em: <<http://www.medicosdeportugal.iol.p.>> Acesso em: 27 nov. 2007.

digestão, e mistas, que é uma combinação de ambas as técnicas (ARASAKI, 2005; OLIVEIRA, LINARDI, AZEVEDO, 2004). De acordo com Geloneze e Pareja (2006, p. 400), “os procedimentos disabsortivos são mais eficazes que os restritivos na redução de peso e na melhora da sensibilidade à insulina, mas as complicações crônicas, em especial, a desnutrição, são também mais frequentes”.

O CFM, através da Resolução nº. 1.766/05, aceita como procedimentos restritivos o balão intragástrico (Figura1), a gastroplastia vertical bandada ou Cirurgia de Mason, a banda gástrica ajustável, que serão estudados a seguir.



Figura 1: Balão intragástrico.

Fonte: Disponível em:

<<http://www.sbcbm.org.br/paciente.php?cod=4>> .

Acesso em: 8 jan. 2009.

O balão intragástrico (Figura 1) é a colocação de um balão intragástrico com cerca de 500 ml de líquido, com 10% de Azul de Metileno, objetivando diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos. É provisório, pois o balão deve ser retirado no prazo máximo de seis meses. É um método coadjuvante do tratamento de perda de peso, sobretudo no preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 50 kg/m²), com associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida. É contra-indicado em pacientes que tenham esofagite de refluxo; hérnia hiatal; estenose ou divertículo de esôfago; lesões potencialmente hemorrágicas como varizes e angiodisplasias; cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção; doença inflamatória intestinal; uso de antiinflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas e transtornos psíquicos. As complicações que podem ocorrer são aderências ao estômago; passagem para o duodeno; intolerância ao balão, com vômitos incoercíveis; úlceras e erosões gástricas; esvaziamento espontâneo do

balão; obstrução intestinal por migração do balão; perfuração gástrica; infecção fúngica em torno do balão. É um procedimento não-cirúrgico, utilizando a via endoscópica.

A seguir, na Figura 2, apresenta-se uma imagem da Gastroplastia Vertical Bandada ou Cirurgia de Mason:

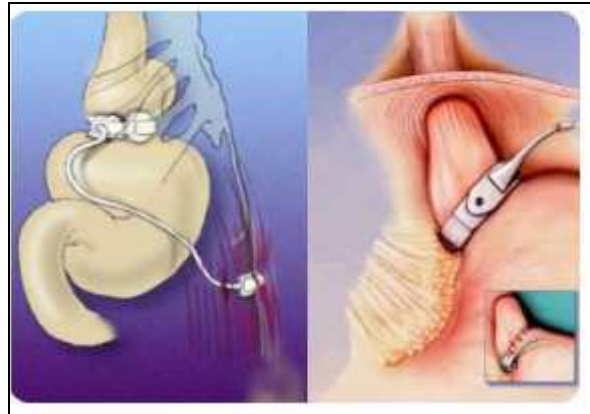


Figura 2: Gastroplastia Vertical Bandada ou Cirurgia de Mason.

Fonte: Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/paciente.php?cod=4>>. Acesso em: 8 jan. 2009.

Essa cirurgia caracteriza-se como o procedimento em que é criado um pequeno reservatório gástrico na região da cárdia, com capacidade em torno de 20 ml, regulando-se a saída por um anel de polipropileno. Essas cirurgias provocam cerca de 20% de perda de peso. São indicadas a pacientes não compulsivos, que não tenham o hábito de ingestão de doces em abundância e não se desviem da orientação nutricional, ingerindo líquidos ricos em calorias; caso contrário, os resultados são desanimadores. Possui vantagens por causar mínimas alterações metabólicas, com baixa morbimortalidade e baixo custo. Trata-se de um procedimento reversível, preserva a absorção e a digestão. O estômago e o duodeno permanecem acessíveis à investigação endoscópica e radiológica. A desvantagem é a perda de peso insatisfatória (menos de 50% do excesso de peso), por fístula gastrogástrica ou por intolerância progressiva maior à ingestão de líquidos ou pastosos hipercalóricos; maior ocorrência de vômitos; possibilidade de deiscência das linhas grampeadas, seguida de complicações intra-abdominais; procedimento inadequado tanto para pacientes que ingerem muito doce como para portadores de

esofagite de refluxo. Vias de acesso: convencional (laparotômica) ou por videocirurgia.

A banda gástrica ajustável é uma prótese de silicone que, colocada em torno do estômago proximal, faz com que este passe a ter a forma de uma ampulheta ou uma câmara acima da banda. O diâmetro interno da banda pode ser regulado no pós-operatório por injeção de líquido no reservatório situado no subcutâneo, de fácil acesso. A vantagem desse procedimento é ser um método reversível, pouco agressivo, permitindo ajustes individualizados no diâmetro da prótese. Com sua retirada, é possível realizar outros procedimentos bariátricos, causando mínimas repercussões nutricionais. Não há secção e sutura do estômago. Baixa morbimortalidade operatória e retorno precoce às atividades habituais. No entanto, possui custo elevado; ocorre perda de peso frequentemente insuficiente em longo prazo; exige estrita cooperação do paciente em seguir as orientações dietoterápicas; há riscos inerentes ao uso permanente de corpo estranho; é inadequada para pacientes que ingerem muito doce e/ou apresentam esofagite de refluxo e hérnia hiatal; há possibilidade de ocorrência de complicações em longo prazo, como migração intragástrica da banda, deslizamento da banda e complicações com o reservatório. Via de acesso: convencional (laparotômica) ou por videocirurgia.

Evidenciam-se três tipos de cirurgias disabsortivas mais utilizadas: *Payne* ou *Bypass jejuno-jejunal* – onde se realiza um desvio grande no intestino sem modificar o estômago - Derivação Biliopancreática ou Cirurgia de Scopinaro (observado na Figura 3) – retira-se metade do estômago e realiza-se um desvio considerável do intestino – e terceira técnica é a Derivação – e a Bilipancreática com Duodenal Switch – é realizada uma ressecção longitudinal do estômago.

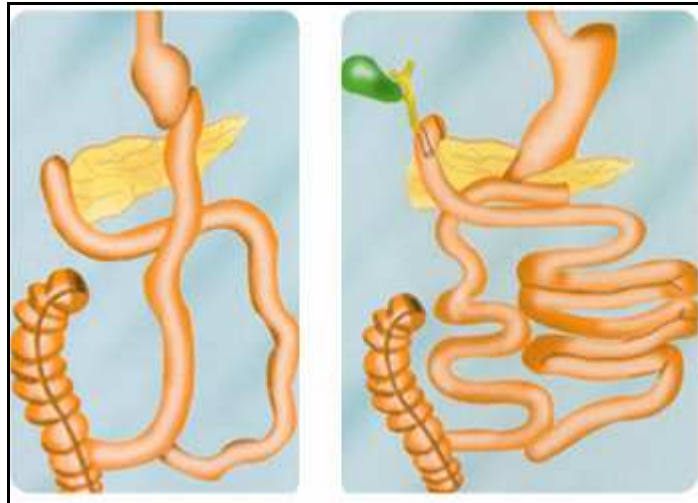


Figura 3: Cirurgia de Scopinaro

Fonte: Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/paciente.php?cod=4>>.

Acesso em: 8 jan 2009.

O CFM considera que estão proscritas em vista da alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais em longo prazo. O princípio fundamental das mesmas é a perda, pelas fezes, das calorías ingeridas. As complicações ocorrem devido à grande quantidade de intestino desfuncionalizado, que leva a um supercrescimento bacteriano no extenso segmento intestinal excluído, provocando alta incidência de complicações digestivas, tais como diarréia, cirrose, pneumatose intestinal e artrites. Pelo exposto, não tem sido realizadas.

Podem-se observar também dois tipos de Cirurgias Mistas de acordo com orientações do CFM: Cirurgia mista com maior componente restritivo e Cirurgia mista com maior componente disabsortivo.

A Cirurgia mista com maior componente restritivo representa um grupo de cirurgias que compreende as diversas modalidades de *bypass* gástrico com reconstituição do trânsito intestinal em “Y de Roux”. As cirurgias mais empregadas são Cirurgia de Fobi, Cirurgia de Capella e Cirurgia de Wittgrove e Clark. Essas cirurgias, além da restrição mecânica representada pela bolsa gástrica de 30 a 50 ml, restringem a alimentação por meio de um mecanismo funcional do tipo *Dumping* (mal-estar provocado pela ingestão de alimentos líquidos ou pastosos hipercalóricos) e, ainda, pela exclusão da maior parte do estômago do trânsito alimentar. Com isso, o hormônio *ghrelina*, que aumenta o apetite e é produzido no estômago sob estímulo da chegada do alimento, tem sua produção minimizada. Pode-se acrescentar um anel estreitando a passagem pelo reservatório antes da saída da bolsa para a alça jejunal – o que retarda o esvaziamento para sólidos, aumentando, ainda mais, a

eficácia dos procedimentos. Sua vantagem é a perda de peso adequada e duradoura, com baixo índice de insucesso. Tal técnica se apresentou eficiente em comedores de doces, e têm baixo índice de complicações em longo prazo e fácil controle metabólico e nutricional do paciente. A cirurgia mista é reversível, embora com dificuldade técnica. Apresenta ótimos resultados em termos de melhora da qualidade de vida e das doenças associadas. As modalidades da cirurgia mista são as mais usadas no Brasil e nos EUA, com maior tempo de acompanhamento.

A Cirurgia de Fobi-Capella vem sendo o procedimento mais utilizado pelos médicos, visualizada na Figura 4 a seguir:



Figura 4: Cirurgia de Fobi-Capella

Fonte: Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/paciente.php?cod=4>> .

Acesso em: 8 jan. 2009.

Desvantagens dessas cirurgias: são tecnicamente mais complexas; acesso limitado ao estômago e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; são passíveis de complicações como deiscência de suturas; possuem maiores chances de deficiências protéicas e anemia do que as cirurgias restritivas. A via de acesso é convencional (laparotômica) ou videocirurgia.

Importa ressaltar que não é intenção deste estudo entrar em detalhes e aprofundar sobre a teoria/técnica em si da Cirurgia Bariátrica. A explanação feita tem o objetivo de situar o leitor a respeito da dimensão da obesidade no mundo, e ainda informar a respeito dos tratamentos existentes, destacando a complexidade de tal procedimento cirúrgico como opção de tratamento.

Sendo assim, além do olhar biológico da obesidade, é importante destacar a investigação sob a ótica sociocultural de tal patologia, pretendendo-se ir além de sintomas e causas, prevenções e tratamentos; investigando sensações, percepções, desejos, sentimentos e Imagem Corporal de pessoas obesas submetidas à Cirurgia Bariátrica. Para tanto, destacam-se, no próximo item, alguns assuntos referentes à Imagem Corporal que se achou pertinente para posterior análise dos dados. O enfoque será dado à Imagem Corporal. Para tanto, buscar-se-á, inicialmente, fazer uma breve reflexão histórica sobre o tema, com destaque à obra de Paul Schilder (1994), médico psiquiatra que deu grande contribuição às pesquisas nesse campo. Nos estudos nacionais, a ênfase será dada às pesquisas de Tavares¹⁵ (2002, 2003).

2.2 Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento

Ao revisar a literatura que envolve o tema Imagem Corporal, é possível perceber o crescente interesse pelos pesquisadores de diferentes áreas, dado o número elevado de pesquisas sobre o assunto.

No entanto, há, entre os pesquisadores, uma polêmica discussão em torno dos termos esquema e Imagem Corporal, não havendo, portanto, consenso em torno de uma única terminologia. Talvez a confusão em saber qual dos termos seria o mais apropriado venha do uso frequente do termo “Esquema Corporal”, na Neurologia, e “Imagem Corporal”, na Psicologia (BARROS, 2001).

Schilder (1994) e Le Boulch (1987) concordam no uso de Esquema e Imagem Corporal como sinônimos. Schilder (1994, p. 11) deixa claro isso na introdução de seu livro, ao afirmar que “[...] o esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de Imagem Corporal”. Em concordância, Le Boulch (1987, p. 188) afirma serem os dois termos um modo de

¹⁵ No Brasil, o primeiro livro publicado que aborda o tema Imagem Corporal foi da autora Maria da Consolação G. Cunha F. Tavares, Professora do Departamento de Estudos da Atividade Física Adaptada da Universidade Estadual de Campinas, Médica Fisiatra e Fisioterapeuta, com formação em Psicanálise e Psicologia Integrativa, atua na linha de pesquisa de Imagem Corporal e Movimento, desenvolvendo vários estudos nessa área. O livro se intitula **Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento**, publicado em 2003, e traz grande contribuição aos estudos de Imagem Corporal, abordando um “outro olhar” sobre o corpo e suas relações, desde os primeiros contatos após o nascimento até a construção da Imagem Corporal e suas relações.

dizer em duas linguagens diferentes, fisiológica e psicológica: “[...] uma mesma realidade fenomenológica que é aquela ‘do corpo próprio’”. Ele conclui:

De nossa parte, consideramos o esquema corporal ou imagem do corpo como uma intuição de conjunto ou um conhecimento imediato que temos de nosso corpo no estado estático ou em movimento, na relação de suas diferentes partes entre si em suas relações com o espaço circundante dos objetos e das pessoas. Esta noção acha-se no centro do sentimento de maior ou menor disponibilidade que temos de nosso corpo e no centro da relação vivida, universo-sujeito, sentida efetivamente e às vezes no modo simbólico (LE BOULCH, 1987, p. 188).

Isso demonstra que, como Schilder (1994), o autor também unifica os termos Esquema e Imagem Corporal, destacando a relação e integração das diferentes partes do corpo e a influência do meio externo.

Tavares (2003, p. 37) aponta para o fato de que alguns autores entendem Esquema Corporal como uma estrutura “neurológica responsável pelas informações proprioceptivas que permitem o reconhecimento do corpo anatômico”; e Imagem Corporal relacionada à experiência afetiva do corpo próprio de cada um. Essa diferenciação não existe, pois as estruturas neurológicas e a vivência afetiva não se dão isoladamente, elas se articulam a todo tempo.

Dolto (2001), médica-psiquiatra em estudos com crianças, traz um conceito de Imagem Corporal que contribui para o aprofundamento em aspectos psicológicos dessa área. A autora caracteriza e diferencia os termos Esquema e Imagem Corporal, mostrando sua ação em conjunto. Em sua visão, Esquema Corporal é o próprio corpo, o veículo carnal que faz a mediação entre o sujeito e o mundo. Em suas palavras: “o esquema corporal especifica o indivíduo enquanto representante da espécie, quaisquer que sejam o lugar, a época ou as condições nas quais ele vive” (Ibid., p. 14). Será, portanto, o Esquema Corporal que interpretará de forma ativa ou passiva a imagem do corpo.

Em contrapartida, a autora afirma que a imagem do corpo é o âmago da questão, é imanente do desejo, e este é singular a cada um, assim, relaciona-se diretamente com a história de cada sujeito. A imagem do corpo é também específica

de uma relação libidinal. A partir disso, a autora conclui que irá influir no aspecto em que

O esquema corporal é, em parte, inconsciente, mas também preconsciente e consciente, enquanto que a imagem do corpo é eminentemente inconsciente, ela pode se tornar em parte preconsciente, e somente quando se associa à linguagem consciente, que utiliza de metáforas e metonímias referidas à imagem do corpo, tanto nas mímicas “languageiras” quanto na linguagem verbal (DOLTO, p. 14, grifos da autora).

Segundo a autora, a comunicação com outras pessoas só é possível graças à relação existente entre Imagem e Esquema Corporal. Ela esclarece melhor seus relatos a esse respeito, enfatizando a articulação existente entre Esquema e Imagem Corporal:

O esquema corporal reporta o corpo atual no espaço à experiência imediata. Ele pode ser independente da linguagem entendida como história relacional do sujeito com os outros. O esquema corporal é inconsciente, preconsciente, e consciente. O esquema corporal é evolutivo no tempo e no espaço. A imagem do corpo reporta o sujeito do desejo a seu gozar, mediatizado pela linguagem memorizada de comunicação entre sujeitos. Ela pode tornar-se independente do esquema corporal. Ela se articula com ele pelo narcisismo, originando na carnavalização do sujeito na concepção (Ibid., p. 15, grifos da autora).

Sobre a distinção entre os dois termos, Esquema e Imagem Corporal, Olivier (1999, p. 24) se posiciona fazendo tal diferenciação, sem, contudo, tratá-los de forma isolada, e demonstrando a influência cultural no processo de formação da Imagem Corporal. A autora trata Esquema Corporal como sendo o “contentor” e Imagem Corporal, o “conteúdo”.

Assim, partindo-se do pressuposto de que o esquema remete a algo rígido, concebê-lo como sinônimo de Imagem Corporal, para a autora, seria atribuir ao ser humano uma simplificação que ele não possui. Olivier (Ibid.) considera o homem uma “unidade intencional”, ou seja, cria e recria o tempo todo seu mundo. Esclarece

que imagem expressa a vitalidade dos processos inconscientes que estabelece com a consciência. Na Imagem Corporal, não está presente apenas o corpóreo, mas, principalmente, a corporeidade, o corpo-sujeito que interage com o mundo, e que o mundo interage com ele. A autora apresenta o que une os dois conceitos:

Imagem do corpo é, portanto, o conceito – e a vivência – que se constrói ‘sobre’ o esquema corporal, e que traz consigo o mundo humano das significações. Na imagem, estão presentes os afetos, os valores, a história pessoal, marcada nos gestos, no olhar, no corpo que se move, que repousa, que simboliza (OLIVIER, 1999, p. 27).

Tal debate sobre a diferenciação dos termos tem origem nos estudos em Imagem Corporal. A ideia de organização da percepção do corpo, a qual que se conhece como Imagem Corporal, vem sendo discutida desde o século XVI, na França, com o médico Ambròise Paré, que iniciou seus estudos a partir da dor no membro fantasma¹⁶ (Ibid., p. 18). Os pesquisadores tentavam descobrir a relação de tal fenômeno com a área do cérebro, que seria centralizadora para a formação da Imagem Corporal, bem como a importância relativa do Sistema Nervoso Central e periférico para a ocorrência desses fenômenos (TURTELLI, 2003).

Tavares (2003, p. 42-43) esclarece que, no século XVIII, Franz Joseph Gall propõe uma base anatômica para descrever variações de caráter. Ele dividiu o cérebro em 35 órgãos distintos com características específicas. Para Gall, cada região mudaria de tamanho e forma de acordo com seu uso. À tentativa de unir os aspectos fisiológicos e psicológicos, chamou de Frenologia. Esta foi questionada em 1820, na França, por Pierre Flourens, que não observou a especificidade nas áreas cerebrais em suas experiências em animais. Flourens concluiu que uma lesão, em qualquer área cerebral, pode atingir funções superiores, propondo que qualquer parte do hemisfério cerebral é capaz de realizar todas as funções. Os trabalhos de Flourens e Gall favoreceram a aceitação da “hipótese do campo agregado”, teoria que prevaleceu até meados do século XIX (TAVARES, 2003, p. 42-43).

¹⁶ “A dor fantasma é uma sensação dolorosa referente ao membro (ou parte dele) perdido que pode se apresentar de diversas formas tais como ardor, aperto, compressão ou até mesmo uma dor intensa e frequente” (DEMIOFF, PACHECO, SHOLL-FRANCO, 2007, p. 236). Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v12/m347199.pdf>> Acesso em: 12 maio 2008.

Nesse século, nos Estados Unidos, Barros (2005) faz uma reflexão sobre os estudos de Gorman (1965), que afirma: S. Weir Mitchell concebe essa percepção corporal passível de sofrer alterações sob tratamento ou em condições experimentais. Um pouco mais tarde, Olivier (1999) esclarece que Bonnier traz a sua contribuição, afirmando ser esquema corporal a soma de todas as sensações vindas de fora e de dentro do corpo.

Em meados do século XX, sob a influência de Wernicke, surge a escola de localização cortical liderada por Korbinian Brodmann. Em seu método, ele distinguiu 52 áreas funcionais no córtex cerebral. Outro neurologista de destaque nesse século foi Joseph Gerstmann, que descreveu a “Síndrome de Gerstmann”. Tal proposta foi desacreditada em 1971, quando Poeck e Orgass mostraram baixa relação entre os sintomas característicos da síndrome e, ainda, apontaram alterações do esquema corporal em lesões cerebrais mais generalizadas (TAVARES, 2003).

Tais estudos tomam força com as Escolas Britânica e Vienense de Neurologia. A Escola Britânica de Neurologia teve como seu maior nome Henry Head, que associava o movimento consciente ao modelo que o ser humano forma de si mesmo e ficou conhecido por criar, em 1911, o termo “Esquema Corporal”, enfatizando-o como fundamental na postura e movimento corporal.

Olivier (1999), em seus estudos, afirma que, com a Escola Vienense de Neurologia, Arnold Pick acreditava que a Imagem Mental do corpo era formada por estímulos visuais táteis e sinestésicos, e que a Imagem Corporal compreende tanto as sensações internas quanto as externas da vivência do sujeito, mas leva também em consideração as significações que tal vivência implica.

Alguns autores, tais como o psiquiatra Schilder (1994), Le Boulch (1982), Lapierre (1984) e Merleau-Ponty (1994), abrem caminhos para pesquisas que relacionam a Imagem Corporal à formação da identidade do indivíduo, juntamente com os aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos. Suas ideias fizeram ampliar o entendimento que se tem a respeito de um tema tão amplo e complexo.

Entre os autores contemporâneos que se dedicam ao estudo da Imagem Corporal, destacam-se Thomas Cash e Thomas Pruzinsky (1990). Cash é professor de psicologia em Norfolk, nos EUA, e, durante os últimos 30 anos, ele se dedicou a publicar artigos sobre a psicologia da aparência física, envolvendo tópicos como: desenvolvimento, avaliação e tratamento da Imagem Corporal, distúrbios alimentares, obesidade, problemas relacionados à aparência (discriminação,

estereótipos, alterações decorrentes de doenças), e cirurgias plásticas corretivas. Pruzinsky é professor de Psicologia na Universidade Quinnipiac e professor assistente no Departamento de Cirurgia Plástica, na Universidade de Nova York, nos EUA. Seu interesse volta-se para os aspectos psicológicos da cirurgia plástica e reconstrutiva, sobretudo na adaptação, a longo prazo, da Imagem Corporal em desfigurações faciais congênicas e adquiridas. Os autores publicaram, juntos, dois livros de grande interesse: ***Body Image, Development, Deviance and Change*** (1990) e ***Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice*** (2002).

No entanto, sem dúvida, a maior contribuição ao campo do entendimento da Imagem Corporal é atribuída a Paul Schilder (1994). Sua obra continua sendo atual e utilizada como base para a maior parte daqueles que pretendem estudar Imagem Corporal.

Schilder (1994) percebe a Imagem Corporal como um fenômeno multifacetado. Na obra ***A imagem do corpo***, analisa a Imagem Corporal sob três aspectos: fisiológico, libidinal e social. Conceitua Imagem Corporal como sendo:

A figuração de nossos corpos 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 vêm dos músculos e seus invólucros, indicando sua deformação; sensações provenientes da inervação dos músculos (sensibilidade à energia; Von Frey); e sensações provenientes das vísceras (Ibid., p. 11).

Para o autor, as experiências infantis são importantes para a ligação do indivíduo com o mundo e consigo mesmo ao longo da vida. Nessa fase, estão acentuadas as experiências de sensações e exploração de seu corpo. Essa imagem do corpo, que se inicia na infância, nunca é completa nem estática, ela é dinâmica, pois estará em constante mudança. Em consonância, Tavares (2003, p. 75) afirma que “há também modificações constantes de suas relações espaciais e emocionais com as imagens corporais das outras pessoas e com a construção das imagens corporais destas. A relação social entre imagens corporais não é fixa.”

Na primeira parte de seu livro, Schilder (1994) direcionou seus estudos em bases exclusivamente neurológicas. Desconsiderando uma alteração da Imagem

Corporal apenas como um dano do Sistema Nervoso Central, ele destaca que as distorções provenientes de patologias cerebrais necessitam ser analisadas além da ótica da Fisiologia cerebral, destacando que é preciso também levar em consideração a estrutura psicológica e suas alterações a partir das experiências vividas pelo indivíduo. Em suas palavras: “qualquer mudança na função orgânica está propensa a originar mecanismos psíquicos que tenham afinidade com essa função orgânica. Esse reflexo na esfera psíquica nos ajudará a entender a essência da função orgânica” (Ibid., p. 31). Assim, ao refletir sobre a relação entre os sentidos (em especial a visão e o tato), o autor esclarece que a sensação isolada não existe, e que o corpo, enquanto objeto da percepção, apresenta-se a todos os sentidos.

Ao fazer uma leitura da obra de Schilder, Tavares (2003) pontua algumas ideias relevantes sobre a relação que o autor faz com os aspectos fisiológicos: ele considera que os orifícios são as partes mais importantes do corpo por oferecerem sensações de prazer particulares; e que se percebe melhor o corpo em movimento por se obter novas sensações a partir do contato com os objetos externos; a dor e o controle dos membros são fatores que irão influenciar no processo de construção da Imagem Corporal; o ego utiliza sensações e percepções fundamentais neste processo; além disso, toda sensação está vinculada a uma resposta motora, sendo a atividade motora a base do desenvolvimento do eu corporal do ser humano, tal como o conhecimento do próprio corpo.

Na segunda parte de seu livro, Schilder (1994) aponta a influência da esfera libidinal sobre a Imagem Corporal. O autor estabelece uma relação entre a dor, a libido e o desenvolvimento da Imagem Corporal. Para ele, a dor é um elemento narcisista. Além disso, em sua visão, a dor é uma sensação real, e, ao senti-la, o corpo se torna o centro das atenções. Nesse ínterim, a relação supracitada é justificada pelo autor por haver uma conexão entre dor e alterações psíquicas, e afirma que a dor psicogênica tem um sentido e utiliza partes da Imagem Corporal para demonstrar suas tendências libidinais.

A esse respeito, Silva et al. (2004) esclarecem que a dor, em algum local do corpo, leva ao toque por parte do indivíduo, sendo esta uma tendência psíquica da dor. Assim, todas as energias fluem para o local, e o modelo postural fica sobrecarregado de libido narcisista na parte dolorida. Esta, por sua vez, torna-se um centro de renovada experimentação com o corpo, cumprindo o papel desempenhado

normalmente pelas partes erógenas, provocando uma regressão à esfera narcisista. Os autores complementam que:

Muitas vezes a dor é sentida em partes do corpo onde, anteriormente foi experimentado um prazer especialmente grande que não pode ser obtido. A dor aparece, sobretudo quando a pessoa deseja se punir por um prazer proibido; pode representar uma satisfação perversa como autodefesa e punição por fantasias também perversas.

Ainda na segunda parte do livro, Schilder (1994, p. 165) afirma que “a coerência do modelo postural é diferente nas diversas partes”. Com relação a isso, o autor aponta a função libidinal de suma importância para a estrutura corporal, ou seja, sempre que uma parte do corpo não se encontra conexa ao restante, surge o medo de perdê-la. Resultando, então, na preservação da integridade do corpo, o que ele chama de “qualidades internas do modelo postural”.

Dessa forma, “há uma linha ligando percepção, imaginação e pensamento. Os processos mentais a respeito do corpo também se baseiam na atitude como um todo, nos impulsos libidinais e nas percepções” (Ibid., p. 168). O que denota a ideia do autor de se olhar a Imagem Corporal de forma multifacetada é passível de construção e reconstrução a todo momento: “sempre que nos deparamos com uma grande modificação da estrutura libidinal, o modelo postural do corpo se altera consideravelmente” (Ibid.).

O autor traz ideias inovadoras ao perceber a relação e a influência do aspecto social no processo formador da Imagem Corporal. Em seu raciocínio, existe uma conexão profunda entre as imagens corporais de todas as pessoas, sem, no entanto, enfraquecer a formação da identidade de cada indivíduo. Assim, para ele, aprofundar nos estudos sobre Imagem Corporal significa abrir caminho para um novo sistema ético e moral, em que a manutenção e o desenvolvimento da Imagem Corporal do outro estão intimamente vinculados à manutenção e ao desenvolvimento da Imagem Corporal do indivíduo.

No conceito de Schilder (Ibid., p. 177), a Imagem Corporal extrapola os limites corporais, podendo ser incorporado ao corpo objetos como bengala, chapéu, e ainda se propaga no espaço, como a voz, a urina e as fezes. Até mesmo “qualquer peça

de roupa vestida torna-se, imediatamente, parte da Imagem Corporal, sendo revestida de libido narcisista. [...] Ao mudarmos nossas roupas, mudamos nossa atitude”. Isso ocorre porque, de acordo com o próprio autor, a Imagem Corporal é dinâmica e interage com o mundo a sua volta. Assevera, ainda, que as tendências libidinais, as emoções e os pensamentos são sempre sociais.

Outro importante aspecto apontado pelo autor é sobre a curiosidade pelo corpo de um indivíduo e pelo corpo dos outros. Afirma, ainda, que os indivíduos são curiosos a respeito das emoções, dos pensamentos, das ideias e das representações dos outros, mas têm também a necessidade de mostrar suas ideias e emoções para os outros. Essas características, quais sejam, a de observar o outro e a de se mostrar, são inatas ao indivíduo, demonstrando que a Imagem Corporal é influenciada pelo meio externo. Isso porque os sujeitos compartilham sua Imagem Corporal, tomando parte da Imagem Corporal do outro e vice-versa.

A partir dos avanços trazidos por Schilder, a visão em um único plano e frequentemente fragmentada de corpo e Imagem Corporal dá lugar a uma concepção multifacetada, dinâmica e conectada ao mundo. É necessário então, segundo Olivier (1999, p. 29) compreender que “o corpo humano não é simplesmente algo apreciado pela razão, mas é antes saboreado pelos sentidos, imerso nas vivências afetivas, no interior das quais a linguagem se cala.”

Para tanto, a abordagem escolhida para este estudo foge a um raciocínio linear de Imagem Corporal e adere a uma perspectiva integrativa de corpo, considerando singular a existência de cada ser humano. Assim, para cada indivíduo, há um processo de construção da Imagem Corporal que se inicia ao nascer e o acompanha até a morte. É variável de acordo com o meio, a cultura, os aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos, além disso, altera-se e sofre influências em um processo dinâmico e constante.

Tal fenômeno trata-se de uma rede complexa que envolve:

A interação de conhecimentos sobre a formação de imagens/representações na mente humana, sobre o tônus/postura/organização espacial do corpo humano, e também sobre a realidade existencial do indivíduo, envolvendo percepção,

memória, sentimentos e aspectos simbólicos da interação com o ambiente (ADAMI¹⁷ et al., 2005).

Quando a imagem de um objeto é formada, a ela são integradas diferentes percepções que vão mudando à medida que se obtém conhecimento de tal objeto. Além disso, a esse objeto vai sendo agregada uma série de valores e conceitos que se adquire nas experiências sociais, estudos e observações. Tavares (2003) pontua que a imagem mental é similar: os indivíduos necessitam de muitas referências sobre seus corpos. E questiona: “como assegurar a pertinência dessas referências à concretude do corpo?” (Ibid., p. 80).

Tavares (2003, p. 80) apresenta a seguinte resposta:

Ela é assegurada pela conexão com nossas sensações corporais. Assim, buscamos continência para a singularidade de nosso sentir vivenciando nossas sensações corporais e assumindo-as como reais e verdadeiras no contexto de numerosos outros elementos pertinentes ao nosso corpo, sejam eles culturais, fisiológicos ou afetivos.

Esse contato com as sensações é o que a autora chama de “eixo direcionador” no processo de construção da identidade corporal do indivíduo, lembrando sempre que cada pessoa constrói sua identidade corporal com base na experimentação de suas vivências. E isso se dará de forma única, de acordo com a percepção do indivíduo, ou seja, é preciso saber se ele está ou não conectado com suas experiências.

Adami et al. (2005) ressaltam que a percepção dessas sensações, apesar de individual, em algumas situações pode ser diretamente proporcional à magnitude dos estímulos. Isso ocorre porque há diferenças nestas respostas entre indivíduos:

Sentimentos de conflito, prazer, dor, intencionalidade, interação com informações sensitivas do corpo e do ambiente, além de informações

¹⁷ ADAMI, Fernando et al. Aspectos da construção e desenvolvimento da Imagem Corporal e implicações na Educação Física. Revista digital. Buenos Aires, v. 10, n. 83, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.efdesportes.com>>. Acesso: 3 mar. 2008.

da memória, dando um caráter dinâmico e complexo ao fenômeno imagem do corpo. A cada momento, a percepção corporal é intrincada de valores de juízo; a dinâmica estímulo-resposta é dependente do simbolismo inerente às relações individuais, ele mesmo e ambiente (ADAMI et al., 2005, [s./p.]).

Os seres humanos agem de acordo com a uma ordem social pré-estabelecida pelo meio em que vivem. Dessa forma, o individual e o social vão se construindo simultaneamente, e, muitas vezes, a exigência social provoca um afastamento do indivíduo de seu mundo interno.

Tavares (2003, p. 84), sobre o assunto, assim se expressa:

Muitas vezes somos levados a realizar tarefas que não se conectam à nossa realidade interna. Se fazemos isso com consciência, continuamos presente corporalmente. Se não percebemos essa conexão, podemos nos apegar aos créditos que serão dados socialmente a essa tarefa e passamos a dirigir nossas ações para ganhos exclusivamente secundários, como salário, poder e admiração.

No intuito de se ter um desenvolvimento satisfatório da Imagem Corporal, é importante que a pessoa vivencie seus movimentos de forma conectada com suas sensações corporais, ciente de seus vários aspectos afetivos, sociais e fisiológicos referentes a seu corpo, conhecendo suas possibilidades e limitações. Isso é um processo contínuo que decorre ao longo da vida e que pode ser facilitado ou dificultado por fatores como traumas, doenças, entre outros (Ibid., 2003).

No processo de construção da Imagem Corporal, inicialmente, é importante que ocorra uma conexão entre o indivíduo e seu corpo para que esse corpo se apresente como uma imagem em sua mente: “a experiência do corpo não existe independentemente da imagem que o constrói enquanto corpo” (FERREIRA, 2003, p. 3). É preciso, portanto, que ele exista como objeto significativo e concreto, que cause impacto e se diferencie dos outros objetos que o cercam e que produzem imagens. Essa relação se inicia desde os primeiros contatos do bebê com seus cuidadores que, normalmente, são os pais, principalmente com a mãe, nos primeiros meses de vida.

Sobre o assunto Tavares (2003, p. 80-81) assim se expressa:

O corpo é um objeto que se constrói como identidade para nós mesmos. Nascemos com um corpo, mas precisamos experienciá-lo para que ele possa se manifestar e existir para nós como uma unidade. Nosso corpo é mais que um projeto, é uma realidade existencial. É preciso que ele possa existir cada vez mais em sua singularidade para que sua representação esteja concretamente relacionada a ele: um corpo dotado de originalidade dimensionada à sua existência em si, que transcende a seus elementos constitutivos, sejam eles culturais, biológicos ou ambientais.

Ao estudar o aspecto fisiológico do processo de construção da Imagem Corporal, Schilder (1994) esclarece que, provavelmente, seu desenvolvimento coincide com o desenvolvimento sensório-motor. No entanto, o autor alerta:

O modo pelo qual essa configuração se desenvolve, o ritmo do desenvolvimento dependerá em grande parte da experiência e da atividade, e podemos supor que os traços mais específicos da Imagem Corporal serão ainda mais dependentes das experiências vitais, do treinamento e das atitudes emocionais (Ibid., p. 94).

O autor afirma haver características do desenvolvimento fisiológico comuns a todos, no entanto, o processo só atinge seu ápice a partir das experiências individuais de cada um, conforme se pode verificar a seguir:

Existe um desenvolvimento interno, uma maturação, em todos os campos da vida psíquica, e que existem fatores internos no organismo, relativamente independentes das experiências que determinam esta evolução. Mas também achamos que o processo e maturação adquire uma forma final a partir das experiências individuais, e não devemos omitir a influência destas (Ibid., p. 171).

Le Boulch (1982) destaca, em seu trabalho, estágios do desenvolvimento da Imagem Corporal, afirmando que a primeira fase de seu desenvolvimento é a que ele denomina “corpo vivido”, aos 3 anos de idade. A criança, nessa fase, começa a

reconhecer a ligação entre seus desejos e a organização de seu corpo, reconhecendo-o como objeto. Paralelo a isso, inicia-se a “fase do espelho”, na qual a criança passa a ter uma imagem visual de si. Isso é importante para a compreensão da unidade corporal, uma vez que a faz descobrir o mundo interno e externo. A etapa seguinte é a “estruturação perceptiva”: ocorre entre os 3-6 anos de idade. Caracteriza-se por ser um período de transição e preparação para o desprendimento de sua subjetividade. Sua percepção está centrada em si próprio e a função é de interiorização. A terceira e última etapa trata da percepção e distinção das partes corporais. Até então, a criança não possui noção exata do corpo, o que será refinado após os 6 anos de idade. De acordo com Le Boulch (1987), a fase inicial escolar é quando a criança vivencia o “corpo representado”, o que irá permitir a ela, aos 12 anos, dispor de uma imagem do “corpo operatório”, a partir da qual poderá exercer sua atuação sobre o mundo exterior e sobre sua motricidade. Isso ocorre porque, nessa fase, o autor considera que a criança integra as experiências vividas, os dados perceptivo-cognitivos e a esfera intelectual.

Schilder (1994, p. 95) concorda com tais estágios ao afirmar que:

De qualquer modo, temos a impressão de que, do ponto de vista do desenvolvimento sensório-motor, a criança faz, através de um esforço contínuo, com que formas mais ou menos isoladas e desconectadas sejam vivenciadas como uma forma completa. Mesmo assim, estas partes não têm, para ela, uma relação tão íntima com o todo como para o adulto.

Apesar de não visualizar o processo de desenvolvimento da Imagem Corporal de forma linear, Schilder (1994), tal como Le Boulch (1982), aponta para o fato de que a Imagem Corporal muda à medida que se envelhece, e vai se moldando de acordo com as vivências e como o corpo é experienciado. Isso trará informações úteis à vida do indivíduo, isto é, a de que há sentimentos corporais que serão expostos à medida que ele estiver ciente e confiar nesses sentimentos os quais são chamados por Damásio (1996) de marcadores-somáticos, ou seja, mecanismos automatizados capazes de suportar decisões a partir de experiências anteriores.

As relações estabelecidas com o meio também são alteradas conforme afirma Ferreira (2003, p. 12):

As relações estabelecidas com o meio, ao provocarem mudanças nele, são retroalimentadas gerando mudanças também nas relações iniciais. Isso dá à produção da Imagem Corporal um caráter metaestável, pois a sua estabilidade não se originaria das supostas propriedades do corpo e nem daquelas do meio, mas sim da dinâmica desencadeadora pela relação entre eles.

Ferreira (Ibid., p. 13) esclarece melhor sobre a característica metaestável da Imagem Corporal do seguinte modo:

É claro que não existem regras precisas para isso, e nem mesmo a pessoa estará sujeita sempre às mesmas medidas. É por isso que se trata de um equilíbrio 'meta estável': a medida adequada de cada atividade a cada um em cada momento específico, só pode ser dada pela abertura de cada um à singularidade do próprio campo de forças (irrepetível e irreversível) em questão, e nunca as medidas e princípios que lhe são exteriores

A partir dessas considerações, pode-se afirmar, de acordo com Schilder (1994), que a imagem do corpo está em constante reconstrução, pois, nela, não está definido apenas o corpóreo com suas delimitações anatômicas, mas também o sujeito atuante no mundo em que vive, e que se torna marcado pelos símbolos de sua vivência.

Vivemos constantemente com o saber de nosso corpo. A Imagem Corporal é uma das experiências básicas na vida de qualquer um. É um dos pontos fundamentais da experiência vital. Em qualquer altitude desejamos modificar a relação espacial do modelo postural ou o esquema do corpo. No instante em que vemos algo, iniciam-se as ações musculares como uma conseqüente alteração da percepção do mesmo. Toda pulsão ou desejo, modifica a substância do corpo, sua gravidade e sua massa (Ibid., p. 175).

Percebe-se o que o autor definiu como sendo dois impulsos antagônicos, o desejo de modificar a Imagem Corporal e, ao mesmo tempo, manter sua integridade, o que ele mesmo chama de sintoma narcisista. Então, de acordo com Ferreira (2003, p. 13), “o desejo que nos preserva da desintegração total nos permite continuar o prazeroso experimento”.

Evidencia-se, conforme Schilder (1994), que modificar a imagem que cada um tem de si, destruí-la para reconstruí-la, faz parte do processo de desenvolvimento da Imagem Corporal. Esse processo acontece naturalmente e com todos os indivíduos. No entanto, existem fatores importantes que podem facilitar esse processo, a saber, sobretudo por profissões que lidam diretamente com o corpo.

Tavares (2003, p. 79), sobre o assunto, apresenta um questionamento bastante pertinente: “como caracterizamos um processo de desenvolvimento da Imagem Corporal adequado? O que buscamos quando pretendemos facilitar o desenvolvimento da Imagem Corporal?” Em seu trabalho, a autora traz uma inovação sobre o tema por tratar de princípios norteadores para facilitação do processo de desenvolvimento da Imagem Corporal entre os profissionais que lidam com o corpo, como os professores de Educação Física.

Inicialmente, para ser mais flexível em suas relações e, ainda, saber identificar o espaço do outro, o professor deve ter bem desenvolvida a sua Imagem Corporal, ou seja, ser familiarizado com suas sensações e saber o que elas significam. Com isso, saberá inclusive encontrar o equilíbrio entre o excesso e a falta de contato com o aluno, uma vez que isso favorecerá o processo ensino-aprendizagem. É fundamental, também, reconhecer o seu corpo e o do outro com qualidades e defeitos, compreendendo que a manifestação das sensações é única e singular em cada sujeito.

É importante que o trabalho seja significativo para o profissional tal como é importante que ele tenha expectativas a respeito do quanto pode significar o seu trabalho para o outro. Assim, ele terá flexibilidade na operacionalização e em sua intervenção.

Ressalta-se que se tenha conhecimento dos aspectos afetivos, fisiológicos e sociais: quanto mais o profissional souber relacionar esses três aspectos e conhecê-los, mais segurança ele pode oferecer ao outro. Além disso, atenderá melhor aos objetivos do processo em que a essência é intervir na construção da Imagem Corporal.

Segundo Tavares (2003), o ambiente de trabalho precisa ser um espaço adequado à prática a ser realizada: deve oferecer segurança, conforto e se adaptar ao número de integrantes do grupo, a seu tipo de relacionamento, sua frequência, seu horário e sua duração.

Observa-se, inclusive, a importância destacada pela autora em ampliar as possibilidades de continência e consciência do corpo: o indivíduo, ao reconhecer suas sensações corporais – continência –, poderá atingir a compreensão de seus significados – a sua consciência. Quando se fala em trabalho com o corpo, isso inclui também trabalhar as emoções, as sensações. Muitas vezes, o cliente se mistura ao profissional, então, é preciso dar um tempo para que haja consolidação dessa Imagem Corporal. É pertinente, nesse momento, validar esses sentimentos e saber ouvir o não dito verbalmente, o afeto contido em cada ato inesperado, em cada movimento. Destaca-se que ampliar a consciência se permitindo as novas percepções e experiências, baseadas no reconhecimento da própria imagem juntamente com seus aspectos fisiológicos, sociais e afetivos: “é um caminho promissor para a transformação do corpo-objeto em um corpo-sujeito no contexto de uma vida social significativa e prazerosa” (Ibid., p. 128). Cabe ao profissional entender que o corpo é nossa memória mais arcaica, nela nada é esquecido, ao tocar alguém não existe ali apenas um organismo em funcionamento, mas sim um complexo de experiências, sensações e emoções.

Em suma, o trabalho implica desenvolvimento para aluno e professor: “a diferença é que o profissional deve ter consciência de que o foco do trabalho está nas necessidades do cliente e este espera daquela competência para sustentar um processo consistente e coerente à sua realidade interna e externa” (Ibid.).

E por fim, importa lembrar que intervenções na comunidade podem favorecer o desenvolvimento da Imagem Corporal: essas são iniciativas que extrapolam o espaço de trabalho, seja ela a escola, o consultório ou a academia. O trabalho realizado deve visar à promoção da qualidade de vida das pessoas por meio de um espaço reflexivo entre os componentes desse espaço, pais, alunos, professores, médicos, terapeutas. Para tanto, é preciso promover encontros recreativos, ginástica laboral, vivências corporais, entre outras possibilidades de oferecer algo além da aula/sessão cotidiana.

Tal proposta de Tavares (2003) reafirma que vivências perceptivas, momentos experimentados por um indivíduo, tal como sua ligação com sua história

de vida influenciam no processo de construção da Imagem Corporal. Com isso, o profissional se relaciona com o cliente e com a bagagem trazida junto com ele. Nesse momento, o paciente/aluno deixa em evidência sua identidade, composta pela sua experiência e por suas impressões de mundo. No cotidiano, as pessoas assumem funções em nome de valores em que acredita. Todo esse percurso pode facilitar a construção de sua Imagem Corporal e de sua identidade desde que estejam conectados com suas sensações internas, de forma que suas percepções sejam ponto de referência em seu processo de diferenciação do mundo: “sabemos o que sentimos no corpo quando nos movimentamos ou agimos em uma determinada direção” (TAVARES, 2003, p. 103).

Além desses, outros fatores influenciarão no processo de construção da Imagem Corporal e da identidade do indivíduo. Mesmo se o movimento realizado por duas pessoas fosse idêntico, ainda assim teria de ser considerado em qual contexto social e cultural estão inseridos. Isso ocorre porque os contextos sociais e culturais, com seus padrões corporais, morais e de comportamento também influenciarão na construção e reconstrução da Imagem Corporal. Ferreira (2003, p. 6), ao abordar tal assunto, enfatiza: “mesmo quando as práticas são as mesmas, o fato de se darem em contextos sociais diferentes as coloca em diferentes circuitos relacionais, gerando assim resultados muito diferentes”. Dessa forma, o corpo-sujeito tenta se adequar às regras sociais e, através do olhar do outro, avalia-se constantemente, além de recriar o conceito que tem de si. Sendo este um processo integrante na formação da identidade corporal do indivíduo. No processo, as imagens corporais se mesclam, podendo ocorrer uma apropriação de características alheias, ou seja, o indivíduo atribui a ele características do outro. Tal fenômeno é chamado por Venedetti Junior e Miller (2004, p. 4) de despersonalização, compreendida como a:

Apropriação de partes do corpo alheio por meio de identificação, influência ou modelação sobre este indivíduo, gerando a despersonalização, que é quando o indivíduo foge e abre mão de sua Imagem Corporal através da não aceitação, fuga ou negação da identidade.

As causas para esse fenômeno podem permanecer inconscientes, por se tratar de uma imitação derivada de motivos inconscientes (SCHILDER, 1994, p.

218). No processo de identificação, o autor ainda afirma que “o indivíduo se identifica com pessoas real [*sic*] ou imaginariamente próximas, e expressa sua identificação por sintomas, sejam ações ou fantasias. Desempenha um papel, se enriquece com as experiências dos outros sem perceber o que acontece”.

Barros (2001, p. 87) salienta que o limite de espaço entre dois corpos é uma linha tênue e difícil de ser delimitada, no entanto, “a distância existente nas relações corporais favorece o desenvolvimento pessoal e a percepção sobre nós mesmos”, ou seja, se não percebemos isso, corremos o risco de não conseguirmos diferir o que faz ou não parte de nós. Quando isso ocorre, podem-se ter duas reações: o enrijecimento por medo de se “misturar” aos outros, ou, fica-se à mercê dos acontecimentos como alguns casos relatados por Schilder (1994) em seu livro.

O mundo externo influencia na construção da identidade e Imagem Corporal de uma pessoa a tal ponto que olhar o outro e seus comentários a seu respeito crescem consigo e são partes integrantes dessa formação (*Ibid.*). Em adição, esse intercâmbio entre a Imagem Corporal de uma pessoa e a do outro, o interesse pelo corpo do outro é tão inato quanto o interesse pelo seu próprio corpo. De acordo com Damásio (1996, p. 256), o organismo atua frequentemente sobre o meio externo a ele, o que torna necessário perceber e conhecer esse meio. Assim, para o autor, essa percepção engloba tanto atuar no meio ambiente como dele receber respostas. Enfim, a imagem do corpo é uma reconstrução constante do que o indivíduo percebe de si e das determinações inconscientes que traz de seu diálogo com o mundo.

Barros (2001, p. 88) reforça que o olhar do outro é muito importante na configuração da Imagem Corporal:

Consciente ou inconscientemente, a imagem que temos de nós mesmos muda, dependendo da aceitação e julgamento que os outros fazem de nossa imagem. Há uma constante inter-relação na qual não se sabe ao certo onde começa e onde termina.

Em um sentido mais amplo, esse julgamento poderá influenciar até mesmo na importância que se dá a cada parte do corpo:

A atitude em relação às várias partes do corpo pode ser determinada pelo interesse que as pessoas que nos cercam dão ao nosso corpo. Elaboramos nossa Imagem Corporal segundo as experiências que obtemos através das ações e atitudes dos outros. [...] o interesse dos outros pelo próprio corpo e suas ações em relação ao corpo influenciarão o interesse que o sujeito tem pelas diversas partes do próprio corpo (SCHILDER, 1994, p. 150-151).

Partindo-se do pressuposto de que o olhar e o julgamento entre as pessoas influenciam particularmente a Imagem Corporal de cada um, pode-se entender que “essa imagem remete, de algum modo, ao sentido das imagens corporais que circulam na comunidade e se constroem a partir de diversos relacionamentos que ali se estabelecem” (RUSSO, 2005, p. 83). Isso quer dizer que cada grupo possui uma imagem social de corpo, que é o símbolo de identidade e que irá selecionar e rejeitar sujeitos em relação à sua imagem, assim “cada cultura constrói sua imagem de corpo e essas imagens se instituem como maneiras próprias de ver e de viver o corpo” (Ibid.). Desse modo, tem-se um imaginário social do que é o corpo bonito/feio, saudável/doente, gordo/magro, feminino/masculino, entre outros, que são construções feitas não apenas por características fisiológicas, mas também sociais. Tais conceitos e definições perpassarão a vida dos indivíduos na forma de padrões corporais a serem seguidos.

Vale lembrar que não se enquadrar nesses padrões pode, muitas vezes, gerar sofrimento, podendo provocar um impacto negativo na Imagem Corporal. As pessoas são, o tempo todo, modeladas e remodeladas corporalmente por imagens que têm uns dos outros. Para ilustrar essa dinâmica complexa, utilizou-se o seguinte trecho de Tavares (2003, p. 107):

Percebemos com o corpo o que somos a cada instante. Percebemos interagindo com o universo e inseridos em um processo fundado na percepção que é indissociável da autotransformação e da transformação do mundo. Nesse processo vamos modificando nossas fantasias de forma que da representação mental de nossos impulsos vamos construindo imagens mentais mais complexas de nós mesmos. Cada imagem do mundo se constrói baseada em modificações em nosso corpo, ganhando significados que têm ressonância com nosso mundo interno. Dessa forma, nossa identidade corporal e nossas imagens se estruturam conectadas com percepções de nós mesmos e daquelas resultantes de nosso contato com o mundo.

A partir das ideias levantadas a respeito do processo de construção da Imagem Corporal e da identidade do ser humano, pode-se asseverar que o corpo é percebido a todo instante, é por meio dele que se interage com o mundo e vice-versa. E é a partir do contato com o mundo externo que se alteram as expectativas, as sensações, e percepções, e o corpo é (re) construído a todo momento, influenciando, diretamente, na identidade corporal.

Para compreensão desse dinamismo da Imagem Corporal torna-se relevante questionar de que corpo se está falando, em qual cultura ele está inserido, com quais padrões corporais se convive hoje e a partir de qual olhar profissional se fala desse corpo.

2.3 Corpo na atualidade: entre o ideal/desejado e o real/possível

Olhar, estudar, pesquisar e entender o corpo e suas nuances é como olhá-lo através de um prisma e contemplá-lo por diversos lados, tentando ver a beleza na integridade do todo. Vale lembrar, é esse olhar que esta pesquisa se propõe a realizar nesse espaço.

Mas sobre qual corpo está-se referindo? É necessário, segundo Tavares (2003), ter uma noção de corpo sem, contudo, tentar defini-lo, pois esse possui diversas formas de abordagens, e cada indivíduo possui seu próprio conceito de corpo.

Para Merleau-Ponty (1999), o corpo é a condução do ser no mundo, é sujeito da percepção, estabelecendo com os outros e as coisas uma de relação de dependência. Portanto, é através do corpo que se toma consciência e vivencia-se o mundo ao redor. Desse modo, ao procurar esse entendimento, percebe-se hoje uma efervescência de estudos na busca de ampliação da noção de corpo, isso porque, à medida que a sociedade muda, a interpretação e a significação a seu respeito também mudam. Esse processo varia de acordo com a cultura de seu povo, que o pressiona, exige e delimita gestos, pois, segundo Soares (2002, p. 17); “o corpo é o espaço onde se impõem os limites sociais e psicológicos que foram dados a sua conduta, ele é o emblema aonde a cultura vem inscrever seus signos e também seus brasões.”

A partir do conceito de cultura proposto por Geertz (1989, p. 4), no qual “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”, o autor percebe a cultura como sendo essas teias, e a sua análise não como uma ciência experimental em busca de leis, “mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado”. Pode-se compreender que o homem se constrói e reconstrói continuamente, influenciando e sendo influenciado pelo meio. Por isso é importante buscar um maior aprofundamento em estudos sobre o assunto, a fim de melhor compreender os sentidos e significados contidos nas manifestações corporais.

Até o século XIX, os pesquisadores procuravam o homem biologicamente pronto, sem qualquer influência do meio social e cultural em que vive. No entanto, é sob esses padrões culturais e sociais que os homens se diferenciam uns dos outros. Há, em cada cultura, um conjunto de atributos, selecionados pelos seus integrantes, que delimitam o que e como cada um deve ser sob o ponto de vista estético, moral e intelectual (DAOLIO, 1995).

Fonseca (1987), em seus estudos, chama a atenção para o fato de que os povos, e também cada ser humano, possuem uma forma própria e pessoal de expressão pelo corpo e pela palavra. A expressão corporal está patente desde as cerimônias de cumprimentos sociais e dos mais variados rituais e manifestações de artes características dos povos, que edificam sua cultura a partir de sua cultura corporal.

De acordo com Magnani (2001, p. 18), o corpo é a primeira e mais disponível matéria-prima sobre a qual a sociedade – por meio de técnicas e processos, os mais variados possíveis, tais como tatuagem, modelagem, mutilação, incrustações, coloração, ornamentação, vestuário, pintura e muitos outros – imprime sinais que marcam diferenças, pertencimentos, exclusões, privilégios.

Diante dos esquemas sociais que impõem uma armadura cultural ao corpo, é importante refletir sobre a certeza destacada por Kofes (1989, p. 57): “nosso corpo é uma incógnita absoluta”, apesar de apresentar, permanentemente, uma linguagem de afirmação ou transgressão. Por conseguinte, perceber e pesquisar essa linguagem é importante, uma vez que reformula, explicita, coloca questões relativas à percepção do corpo, que remete à cultura de cada grupo social.

Desse modo, ao investir tanto política como economicamente no corpo, a sociedade estabelece, *a priori*, critérios de seleção das oportunidades e das pessoas às quais tem acesso. Sobre o assunto, Bruhns (1989, p. 43) acrescenta:

Vivemos dentro de uma tradição cultural na qual nosso corpo sofre uma série de repressões através de preconceitos, normas sociais, etc., sofrendo com isso uma rigidez postural.[...] A cultura dita normas em relação ao corpo [...]. A mais simples observação em torno de nós poderá demonstrar que o corpo humano é afetado pela religião, pela profissão, pelo grupo familiar, pela classe social e outros intervenientes sociais e culturais [...]. Ao corpo se aplicam também crenças e sentimentos que estejam na base da nossa vida social [...]. Podemos, então, pôr em evidência a ligação entre a industrialização, o desenvolvimento do lazer e o tipo de atividades corporais praticado na nossa civilização atual [...].

Dessa forma, é importante destacar que o relacionamento do ser humano com o corpo é o ponto central que irá delinear o seu “ser-no-mundo”. Daolio (1995) considera que há uma construção cultural do corpo, definida e colocada em prática, em virtude das especificidades culturais de cada sociedade, em que o conjunto de hábitos, costumes, crenças e tradições que caracteriza uma cultura também se refere ao corpo.

Cumprе ressaltar que se apresentar fora dessas características estabelecidas e impostas implica exclusão, ou seja, estar de fora do que se espera de alguém que é belo, eficiente, saudável e produtivo. O corpo, conforme Stoer, Magalhães e Rodrigues (2004), é um local de exclusão social, sendo nele que a cultura marca, a “ferro e fogo”, suas exigências. Assim, a partir do momento em que se criam as categorias de oposição, beleza/feiúra, doente/sadio, produtivo/não-produtivo, entre outras, há também os critérios para se estar em alguma dessas. Como o esteriótipo de beleza, saúde e eficiência em que se vive hoje se caracteriza pela magreza, inversamente, o fato de ser obeso, com frequência, é tido como simbologia de feiúra, ineficiência, improdutividade e doença.

Pode-se identificar, então, as características da cultura corporal contemporânea, em que o corpo belo e perfeito se torna objeto de desejo, pois cada vez mais é identificado como requisito fundamental para inserção no meio social e de produção, ou seja, no mercado de trabalho. Assim, Sampaio (2006, p. 67) afirma que

Os padrões rígidos de estética corporal tornam-se ora códigos de exclusão, ora de inclusão social, provocando mortes reais e sociais cotidianamente. O corpo ativo passa a ter no espelho seu retrato aprovado ou reprovado.

Abrem-se as portas, portanto, para as pesquisas sobre as manifestações corporais e as expectativas de corpo com as quais se convive no mundo moderno, “especialmente no que diz respeito à construção de uma nova cultura” (SILVA, 2001, p. 121). A globalização impõe às pessoas um modelo homogêneo, a mídia incentiva um consumo que busca o *status* social e “um modelo hipnótico de felicidade é vendido juntamente com imagens” (Ibid., p. 87). O corpo se torna vitrine, fruto do capitalismo.

A busca desenfreada pelo corpo ideal, incentivado pela mídia e apresentado por diversos meios de comunicação por meio da profusão de imagem, tem acarretado nas pessoas uma falta de bom senso e critério, em que o fundamental é estar dentro dos padrões pré-estabelecidos, independentemente das consequências. Dessa forma, a beleza é perseguida e comprada a qualquer preço e a qualquer custo. A esse respeito Assmann (1995, p. 73) apresenta um corpo que parece ajustável ao que precisa, chamando a atenção também para os corpos produzidos pela mídia e pelos fãs, sonhados no imaginário das novelas:

[...] o corpo moderno ganhou características inéditas: deixou para trás a rigidez de concepções antigas e mais ou menos sacrais. Imaginemos quanta plasticidade, moldeabilidade, elasticidade e maleabilidade se requer para poder preencher as funções de corpo educável, microcosmo dessacralizado e sem mistério, força-de-trabalho ajustada e ajustável, corpos estivadores, corpos-garços, corpos-executivos, corpo-capital-humano, corpo-relação mercantil, corpo de atleta, corpo escultural, corpo-fetichê, corpo sexo hiper genitalizado, corpos vilipendiados ou glorificados por sua forma ou cor, etc. - até culminar no corpo, plenamente “valor de troca”, da engenharia genética e do mercado de órgãos.

Seria utópico, no entanto, falar de uma sociedade em que a cultura não se inscreva sobre o corpo, contudo, é urgente que se pense em uma sociedade com padrões corporais flexíveis que privilegiasse o corpo-real, o corpo-possível, de modo que este pudesse transitar de maneira tranquila e à vontade pela vida (FERREIRA et al., 2005). Em relação a esse argumento, Kofes (1989, p. 55) levanta o seguinte questionamento: “Será que hoje não estaria havendo um discurso ao qual eu teria que adequar meu corpo, ao invés de se ter (se é que é possível) uma sociedade da

qual o meu corpo estivesse liberado de um discurso que afirma como ele tem que ser?”.

A visão de corpo difundida até os dias atuais compreende referências sociais que se vinculam a ideias de castigo, uso, discriminação, amor, entre outros, retratando, fielmente e de maneira absoluta, noções que se interligam e se fracionam na psicosexualidade, que envolve homens e mulheres. Além disso, criam categorias através de atributos corporais, o que ocasiona a exclusão daqueles que não se adequam, como é o caso das pessoas obesas.

As consequências disso, nos tempos de hoje, é viver a era da ditadura do corpo ideal e perfeito sobre o corpo possível e viável, em uma sociedade de miscigenação tão variada; na qual esta neurose constitui uma “epidemia” que aumenta cada vez mais.

Privilegiar o corpo real e possível se torna, cada vez mais, uma missão árdua, pois a simbologia do corpo estetizado é tão forte que se sobrepõe, tornando-se uma imagem difusa e indiferente na consciência das pessoas. Silva (2001) afirma que, diante dessa força, é difícil construir outra expectativa de corpo que não se paute por seu culto ou por seu definhamento. Sendo assim, a imagem que as pessoas têm delas mesmas não são apenas suas, mas um reflexo do meio, que acaba por reduzir o corpo a partes corporais desejadas, dentro de um imaginário social construído sem criticidade. Um reflexo disso é a procura cada vez maior de métodos de emagrecimento e de beleza.

Guzzo (2005) alerta para os riscos que se corre em prol da beleza, em que o corpo passa a ser entendido como estética da existência e organizador da vida contemporânea. A cada dia, as tecnologias avançam e lançam novos produtos, cirurgias, ginásticas, que vão atravessar o corpo e moldá-lo conforme o imaginário estético presente na atualidade.

A consequência dessa epidemia em que vem se transformando a busca pelo corpo ideal é a sua submissão completa do corpo, além dos

“novos sintomas”: os abundantes e variados transtornos alimentares, a compulsão para trabalhar, para fazer exercícios físicos, as incessantes intervenções cirúrgicas de modelagem do corpo, a sexualidade compulsiva, o horror do envelhecimento, a exigência da ação, o terror da passividade, a busca psicopatológica da saúde, ou ao contrário, um esquecimento patológico do corpo, e ainda a variedade dos quadros de somatização (FERNANDES, 2003, p. 15).

O preço a ser pago por estar fora dos padrões corporais pode ir além de tratamentos estéticos, ginásticas e cirurgias, podendo ter como consequências sofrimento, discriminação e pressão social e até mesmo a morte.

Assim, percebe-se, no século XXI, o corpo atravessado por tecnologias e modelado em troca da (pseudo) felicidade, sendo também midiaticizado. Mas há de se perguntar: em que tais representações sociais de corpo presentes na contemporaneidade interferem nas representações mentais de corpo? Ou seja, como a expectativa de corpo experimentada hoje interfere na Imagem Corporal de cada indivíduo? Para tal entendimento, é preciso partir da premissa de que a Imagem Corporal não é conectada somente a um organismo em funcionamento, nem mesmo a uma estrutura psicológica ou social de um sujeito, está ligada à sua identidade e história.

Assim, ao buscar uma aproximação com o contexto desta pesquisa, recorre-se a Tavares (2003, p. 15), que afirma: a “Imagem Corporal deve ser compreendida como um fenômeno singular, estruturado no contexto da experiência existencial e individual do ser humano, em um universo de inter-relações entre imagens corporais.”

A seguir, será feita uma abordagem sobre a relação obesidade e Imagem Corporal.

2.4 Obesidade e Imagem Corporal

Parece que nunca, em outra época, o corpo esteve tão em foco. Foco de exposição, de pesquisas, de experimentações, de prazer, de sublimação, de investimento, de preconceitos e discriminação. Por isso não basta apenas ser um corpo, é preciso ter um corpo parecido e dentro dos padrões para não ser excluído das relações sociais. Existe, desse modo, um imaginário social de corpo saudável e belo, com tamanho, forma e acessórios. Tais atributos circulam através dos meios de comunicação e vem “repousar” no inconsciente de cada indivíduo. Têm-se, portanto, as representações sociais de corpo magro, obeso, feio, belo, saudável, doente, entre outras. Como exemplo de pessoas “excluídas” por suas formas corporais, podem-se ser citados os obesos mórbidos. Um corpo obeso é definido, frequentemente, como algo fora dos padrões corporais em uma cultura contemporânea, que instituiu um modelo de corpo magro como uma imagem ideal de corpo.

A cultura brasileira atribui normalidade a partir de médias da espécie humana e do imaginário coletivo de um modelo de corpo idealizado, social e culturalmente construído. Vale lembrar que, na busca de reconhecimento, da aceitação do outro, de uma satisfação com o próprio corpo e de uma convivência social melhor, os indivíduos obesos, por não corresponderem aos padrões corporais vigentes, podem ser vítimas de sofrimento e conflitos.

Carvalho e Martins (2004, p. 1009) afirmam que:

A desenvoltura social e mesmo a sedução são construídas na relação corpórea com ambiente, e guardam a imprevisibilidade característica do humano. Cada indivíduo tem um modo próprio de reagir às impressões e às agressões do ambiente, diferente em cada momento de sua vida. A corporeidade pode manter com o ambiente uma plasticidade que gere novas configurações e novas expressões na reapropriação que o ambiente oferece. A enfermidade representa o sufocamento e a impossibilidade de o corpo se reapropriar de seu ambiente, independente das medidas do corpo.

Benedetti (2003, p. 79) assevera que “viver uma situação de obesidade é estar imerso numa rede de crenças e valores que constroem uma realidade”. Dessa forma, como o indivíduo obeso se relaciona com o ambiente à sua volta dependerá de diferentes fatores, tal como o significado de estar patologicamente obeso para ele e para o grupo em que ele se insere.

Voltando ao objetivo deste estudo, indaga-se diante do exposto: como o corpo obeso se insere diante desse ideal corporal e qual o imaginário social da obesidade que se tem hoje? E mais ainda: que impacto na imagem que esse indivíduo obeso tem de si.

Sabe-se que, até o final do século XIX, a obesidade esteve presente nos corpos de homens e mulheres como significado de poder, riqueza, fartura, beleza e fertilidade, ou seja, sempre relacionados a aspectos estéticos positivos. Já a partir do século XX, além de uma mudança para uma silhueta mais delineada, inicia-se uma preocupação com os aspectos patológicos relativos ao excesso de peso corporal.

A época atual é caracterizada por Fischler (1995) como “lipofóbica”, na qual há uma obsessão pela magreza e rejeição enorme ao corpo obeso. Até as últimas

décadas do século XIX a obesidade era associada à saúde, prosperidade e riqueza, enquanto que a magreza sugeria doença, maldade ou ambição. Hoje, a percepção da corpulência mudou, “era preciso, sem dúvida, no passado ser mais gordo do que hoje para ser julgado obeso e bem menos magro para ser considerado magro” (Ibid., p. 79). Além disso, segundo Goldenberg (2002, p. 31), “[...] a gordura, a flacidez ou a moleza são tomados como símbolo tangível da indisciplina, do desleixo, da preguiça, da falta de certa virtude [...]”. Dessa forma, o obeso tem de pagar um preço muito alto para não ser rejeitado e isso que pode incluir tratamentos radicais na intenção de se ter um corpo conforme os esteriótipos da atualidade. Na maioria das vezes, isso resulta em encarar o “mercado das aparências” como denominou Silva (2001, p. 57), que inclui diversas tecnologias, produtos e profissionais especializados. Dentro desse contexto Marlysse (2002) afirma que é preciso descobrir as funções sociais da aparência, esclarecendo que essa se tornou moeda de troca nas relações interpessoais. Assim, o corpo precisa estar modelado e conforme os padrões para ser exposto e inserido.

Hoje está na moda ser magro, bonito, jovem, ágil, esbelto e saudável. Cada um é responsável não só por ter tais características, como também por mantê-las, sendo frequente escutar: “só fica gordo quem quer!”. No entanto, sob quais pressões sociais ficam pessoas com obesidade que, na maioria das vezes, não respondem aos tratamentos de emagrecimento?

Sobre o assunto, Goldenberg e Ramos (2002) informam que revistas femininas e masculinas advertem que, para exibir o corpo sem constrangimento, é preciso ter cada vez mais um autocontrole da aparência física. Todos os sujeitos estão sobre essa responsabilidade e passíveis de introjetar o ideal corporal. No entanto, cada indivíduo realizará esse processo de uma forma, e é esta relação: corpo ideal e corpo possível, que determinará impactos negativos sobre a Imagem Corporal.

Dentro desse cenário, pode-se perguntar quais seriam as modificações da Imagem Corporal de uma pessoa obesa. Responder essa questão é um tanto difícil devido à sua subjetividade. Mas, com base em Tavares (2003), é possível fazer algumas considerações a este respeito. A autora lembra que as sensações dos indivíduos representam um “eixo direcionador, um alicerce” no processo de formação da identidade corporal de cada ser. Tal afirmação implica dizer que não basta ter um corpo, sendo necessário também experienciá-lo em sua singularidade.

Torna-se necessário, portanto, diferenciar a imagem produzida pela cultura, que é construída de forma construtiva e ao longo da história, e a Imagem Corporal própria, “que inclui um aspecto novo que é a realidade viva de nosso corpo onde nossa subjetividade traz a marca de nossa impulsividade” (TAVARES, 2003, p. 83).

A questão central, por conseguinte, é o quão conectado está o indivíduo consigo. Muitas vezes, pessoas obesas são desconectadas de sua essência, sua identidade corporal se torna mascarada, e a imagem que tem de si não expressa o seu mundo interno, ficando, portanto, dependente do mundo à sua volta que o dirige em suas ações e percepções.

Assim, corresponder a esse consumismo em prol do corpo ideal pode trazer ao indivíduo uma instabilidade em sua Imagem Corporal, pois sempre estará em busca do modelo da moda atual, podendo se afastar de sua verdadeira natureza.

Possivelmente, uma Imagem Corporal negativa altera a personalidade e a identidade de um indivíduo. Tavares (Ibid.) faz a seguinte advertência: quando o indivíduo se sujeita à imagem de corpo ideal, a realidade interior é abandonada, então ele afasta-se de seus desejos e limitações, perdendo-se, assim, o caráter humano das ações, pois essas se esvaziam de sua essência. As pessoas obesas, ao adquirirem tal pensamento, por não aceitarem seus limites corporais, indo em busca da magreza, negligenciam suas sensações corporais, deixando de vivenciar sua corporeidade.

Muitas dessas pessoas se utilizam de artifícios para se protegerem de suas limitações, talvez seja muito complicado para o obeso, e também para o obeso que realizou a Cirurgia Bariátrica, aceitar castrações como a de não comer. Dolto (2001, p. 66) relata que “a castração é geradora de uma nova maneira de ser em face de um desejo que se torna impossível de satisfazer de maneira pela qual ele se satisfazia até então”.

Dessa feita, muitas vezes, o obeso é iludido e impelido a se enquadrar em padrões quase inatingíveis, trocando seus desejos e suas vontades pela nova “moral social”, sinônima de felicidade, beleza e prosperidade, sem ao menos se perguntar se isso lhe faz/fará feliz. Um exemplo disso, dentro do contexto desta pesquisa, é a submissão à Cirurgia Bariátrica, que muito mais do que um tratamento para a obesidade, é uma agressão à pessoa por diferentes fatores: a começar por ser a última das alternativas, tendo que se assumir um suposto “fracasso”, em segundo, pela característica invasiva do procedimento, o que confere ao indivíduo uma

mudança brusca em seu corpo. De acordo com Cash e Pruzinsky (1990), isso incidirá diretamente na Imagem Corporal, pois mudanças graduais são mais fáceis de serem aceitas do que mudanças abruptas, podendo causar danos psicológicos.

Talvez a Imagem Corporal fosse mais positiva se o indivíduo convivesse com padrões corporais mais flexíveis e possíveis, corpos livres para amar, desejar e viver, independente da idade, do peso, da cor, da raça ou da etnia. Tavares (2003) reforça essa ideia, afirmando que quanto mais próximo de uma realidade existencial, mais a Imagem Corporal se torna estruturada e alicerçada na vivência concreta do corpo.

Não é intenção aqui dar respostas a tantos questionamentos, nem tampouco fornecer verdades absolutas, mas juntamente ao leitor promover uma reflexão que percorra o cotidiano dos indivíduos e também as diversas práticas profissionais. Para tanto, convida-se o leitor a continuar nessa caminhada a desvendar os mistérios e indagações que surgem ao se tratar de tal temática.

2.5 O olhar do profissional de Educação Física

A partir de 6 de março de 1997, os profissionais de Educação Física foram reconhecidos como profissionais da saúde, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – nº. 218 (CONFEEF, 2004), cabendo a eles, junto aos outros profissionais, atuar no combate e na prevenção de doenças.

Sabe-se que cabe ao profissional de Educação Física o trabalho direto com o corpo em movimento, no entanto, a atenção maior é dada a alguns fatores recreativos e de lazer, e primordialmente a atividade física focada na saúde e prevenção de doenças, ou seja, em fatores biológicos apenas, necessitando talvez de maior preocupação com a relação existente entre movimento-identidade-Imagem Corporal.

De acordo com informações presentes no CONFEF (2004, p. 315):

O Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações – [...], sendo da sua competência prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução da autonomia, da autoestima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo.

Observadas tais implicações do profissional de Educação Física, pode-se afirmar que, para pessoas que apresentam excesso de peso, é de suma importância que se tenha alguém orientando nas atividades a serem cumpridas, já que, além do peso excessivo, existem, também, as comorbidades.

Ao optar por tal visão biologicista do movimento, corre-se o risco de deixar escapar a oportunidade de se apreciar aspectos sociais e psicológicos do movimento humano. Assume-se aqui o conceito de Turtelli (2003, p. 8) que considera o “movimento do corpo” tanto deslocamentos amplos, por exemplo, praticar um esporte, quanto aqueles mínimos, como um ajuste postural ou uma modulação tônica da musculatura.

Movimento e Imagem Corporal estão ligados, e, cada vez que se move a imagem mental do corpo, é (re) elaborada. A forma primária do movimento é a postura, então:

Toda vez que nos movemos, o modelo postural do corpo se altera. O esquema prévio serve de base para construção do novo esquema do modelo postural. Ao nos mexermos, afastamo-nos da figuração primária comparativamente rígida, e parece que esta se desestrutura ou fica parcialmente dissolvida até o corpo retornar a uma das atividades primárias (SCHILDER, 1994, p. 80).

Schilder (1994) afirma que tanto o movimento é necessário para se perceber o corpo, quanto o reconhecimento sobre o corpo, assim como as relações que ele é capaz de fazer são importantes para a realização de qualquer movimento. Acrescenta, ainda, que:

Quando o conhecimento dos membros for insuficiente para o início do movimento, o indivíduo tentará aumentar seu conhecimento através de movimentos de teste. O conhecimento sem movimento é sempre incompleto. O espaço de nosso corpo tem uma caracterização especial, mas, além disso, se desejarmos um movimento bem sucedido de uma das partes do corpo, torna-se necessário um conhecimento espacial da organização destas diferentes partes (Ibid., p. 254).

Tavares (2003) e Turtelli (2003), em concordância com Schilder (1994), afirmam que é por meio do movimento que um indivíduo constrói sua Imagem Corporal. Turtelli (2003) ainda acrescenta que é o desenvolvimento positivo da Imagem Corporal que permitirá ao indivíduo realizar movimentos coordenados e coerentes com suas intenções e necessidades.

Em adição, a construção da Imagem Corporal de uma pessoa tem uma profunda relação com a formação de sua identidade, como já estudado: “A imagem que fazemos de nós mesmos é importante para o nosso sentido de ‘eu’, para nossa noção de sermos a mesma pessoa ontem e hoje, e sermos um corpo que é uma unidade, não vários membros separados” (Ibid., p.12). Assim, conforme Olivier (1999, p. 51), “o homem é seu corpo e, quando age no mundo, age como unidade. Nessa ação não se separam movimentos do braço do piscar dos olhos, dos batimentos cardíacos, dos pensamentos, dos desejos, das angústias.”

Schilder (1994, p. 181) explica essa relação entre Imagem Corporal, movimento e identidade, mostrando que o “movimento influencia a Imagem Corporal e nos leva de uma mudança da Imagem Corporal a uma mudança de atitude psíquica.” Ou seja, um determinado movimento pode alterar a situação interna e as atitudes de uma pessoa, podendo provocar nela uma “situação fantasiada”, que se adaptará a tais movimentos.

Vale ressaltar também que o indivíduo interage com o meio externo através de movimentos, assim, pode-se afirmar que o corpo humano é sempre um sujeito

intencional, isto é, move-se sempre na direção de um objeto: “eu assimilo o objeto, ou seja, modifico-o para trazê-lo ao meu mundo, mas, ao fazê-lo, meu mundo também se modifica para poder acolhê-lo” (OLIVIER, 1999, p. 54). Então, quando um indivíduo se move, é seu “corpo que se move, nossa corporeidade que se manifesta” (Ibid., p. 56), dirigindo-o intencionalmente para o mundo. A autora ainda esclarece que:

Essência e existência mesclam-se na corporeidade – uma vez que sou um ser que se apropria do mundo. O corpo-sujeito – que me torna ser, indivíduo, e marca minha subjetividade singular – entrelaça-se ao corpo próprio – que possibilita apropriar-me da existência humana, do traçado inscrito pela cultura, e pontilhá-la das relações que estabeleço com as outras corporeidades, outras subjetividades (Ibid.).

A partir dessa inter-relação entre Imagem Corporal, movimento e identidade, observa-se que cada movimento de um indivíduo é único e representa o seu “eu”, a sua individualidade.

De acordo com Turtelli (2003, p. 219), isso ocorre,

Tanto no sentido de expressar um significado unido do que corresponde para aquela pessoa estar se movendo naquele instante, quanto no sentido da pessoa estar, naquele instante daquele movimento, adquirindo novas experiências que irão se integrar à representação que ela faz de si.

Evidencia-se que todos os movimentos são repletos de sentidos e significados, assim, movimentar-se é, além de expressar sentimentos, uma forma de comunicar e interagir com o mundo.

Portanto, a intervenção pedagógica por meio da atividade física é importante por aliar motricidade e educação dos sentidos, visando ao desenvolvimento da Imagem Corporal. Tal concepção pode ser vista nas palavras de Schilder (1994), o qual salienta que as primeiras experiências da infância são fundamentais para o desenvolvimento da Imagem Corporal, no entanto, as pessoas frequentemente, não

param de ter experiências e de explorar seus corpos, ou seja, elas passam por tal processo ao longo de sua vida. Isso denota o significado da importância das intervenções corporais no processo de desenvolvimento do indivíduo, desde o momento em que nascem até o envelhecimento.

A fim de se amarrar um pouco as ideias deste estudo, faz-se necessário retomar algumas reflexões já feitas: é através do movimento que se experiencia e se conhece melhor o corpo, por consequência (re) elaboram-se as imagens que se tem do mesmo, ou seja, a Imagem Corporal se reestrutura. Juntando-se isto às palavras de Schilder (1994, p. 234) em que ele assevera que “o processo do ser humano em movimento é reconstruído por nós segundo as leis da Imagem Corporal”, é possível justificar a presença de um profissional de Educação Física no acompanhamento da pessoa obesa antes e após a cirurgia não apenas com a função de reduzir quilos, mas como facilitador no processo de desenvolvimento satisfatório e saudável da Imagem Corporal.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

“É necessário adivinhação, pele, saliva, lágrima,
nuvem, quindim, brisa ou filosofia”.
(ANDRADE, 1997)

Neste capítulo, pretende-se apresentar o modelo de estudo utilizado, os procedimentos metodológicos, a descrição da instituição, da população e da amostra, bem como os instrumentos utilizados e os procedimentos para a coleta de dados.

Neste trabalho, optou-se pela pesquisa qualitativa. De acordo com Chizzoti (1991, p. 81), “o pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais”. A leitura, a revisão de literatura e o prosseguimento do processo metodológico foram indicando o caminho e orientando a contínua construção/desconstrução/reestruturação de ideias, reflexões e posturas.

Lüdke e André (1986, p. 18) afirmam que o estudo qualitativo “é o que se desenvolve numa situação natural, é rico em dados descritivos, possui um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada”. Assim, tal metodologia permite que se apreenda a riqueza dos detalhes dos dados coletados.

Para Bogdan e Biklen (1997, p. 46, grifos do autor), “pesquisa qualitativa” é uma expressão normalmente utilizada para designar diferentes estratégias de investigação. Desse modo,

[...] os dados recolhidos são designados por **qualitativos**, o que significa riscos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas. As questões são assim formuladas com o objetivo de investigar os fenômenos em toda a sua complexidade e em contexto natural. Ainda que os indivíduos que fazem investigação qualitativa possam vir a selecionar questões específicas à medida que recolhem os dados, a abordagem à investigação não é feita com o objetivo de responder a questões prévias ou de testar hipóteses. Privilegiam, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação. As causas exteriores são consideradas de importância secundária. Recolhem

normalmente os dados em função de um contato aprofundado com os indivíduos, nos seus contextos ecológicos naturais.

A imersão do pesquisador no campo de pesquisa e o contato direto e constante com sua amostra permitem apreender, senão toda, mas ao menos em grande parte o contexto e as peculiaridades dos sujeitos pesquisados.

Chizzotti (1991) esclarece que a investigação qualitativa visa compreender todo o processo estudado juntamente com a vivência humana, partindo-se do pressuposto de que há uma realidade palpável e outra subjetiva, que se intercambiam de uma forma dinâmica. Ou seja, esse tipo de abordagem “parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e subjetividade do sujeito”. Cabe então ao pesquisador captar tais relações atentando para suas sutilezas e pormenores. Segundo o autor:

O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa: o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (Ibid., p. 79).

Cada elemento da pesquisa, o cenário, as pessoas, o pesquisador, os pesquisados possuem seus papéis na pesquisa e assim se interconectam numa rede de sentidos e significados que influenciará diretamente a interpretação dos dados e apontamentos conclusivos. Dessa forma, tais relações devem ser bem estabelecidas e direcionadas pelo pesquisador para que não haja direcionamento no trabalho realizado.

Podem-se resumir as principais características da pesquisa qualitativa, segundo Ferreira (2007), do seguinte modo:

- a) a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador, o instrumento principal;
- b) é descritiva;

- c) os investigadores interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
- d) os investigadores tendem a analisar os dados colhidos de forma indutiva;
- e) o significado das experiências dos próprios informantes da pesquisa é de importância vital.

De acordo com a autora, nas metodologias qualitativas, os sujeitos da investigação são sempre considerados como parte de um todo, em seu contexto natural, habitual. Desse modo, existe uma possibilidade de melhor conhecer esses sujeitos e “compreender como ocorre a evolução de suas definições de mundo, fazendo uso de dados descritivos, derivado de registros e anotações pessoais, de relatos de pessoas, de comportamentos observados” (FERREIRA, 2007, p. 97).

3.1 Modelo de Estudo

A Análise do Conteúdo foi o modelo escolhido como estratégia para se chegar aos objetivos desta pesquisa, e assim poder apropriar-se de conhecimentos sobre a Imagem Corporal de pessoas submetidas à Cirurgia Bariátrica há pelo menos um ano.

Bardin¹⁸ (1977, p. 36) assume o conceito de Análise do Conteúdo dada por Berelson: “uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”. Para a autora, a Análise de Conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por processos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Sabe-se que as pessoas podem se comunicar de diferentes formas: verbal ou não-verbal, lembrando que a comunicação de cada indivíduo estará repleta de

¹⁸ A Análise de Conteúdo foi desenvolvida por Laurence Bardin através da adaptação da Técnica de Análise de Asserção Avaliativa (*Evaluative Assertion Analysis – EUA*), que foi elaborada por C. E. Osgood (1959), Sapota e Nunnally (1956).

sentidos e significados. Dessa forma, ao falar, elas opinam sobre algo, sobre outras pessoas e acontecimentos, manifestando emoções, fazendo juízo de valor.

Bardin (1977, p. 156), sobre o assunto, assim se expressa:

Uma atitude é um núcleo, uma matriz muitas vezes inconsciente, que produz (e que se traduz por) um conjunto de tomadas de posição, de qualificações, de descrições e de designações de avaliação mais ou menos coloridas. Encontrar as bases destas atitudes por trás da dispersão das manifestações verbais, tal é o objetivo da análise de asserção avaliativa.

Para tanto, a análise de conteúdo foi a forma escolhida para interpretar o discurso dessas obesas submetidas à Cirurgia Bariátrica, mergulhando em seu mundo e buscando respostas para os questionamentos deste estudo.

Na pesquisa, pretende-se coletar as opiniões dessas mulheres sobre a imagem que têm de si. Com essa intencionalidade, elaborou-se as seguintes questões geradoras e provocadoras, as quais os pacientes do SCHDO reagissem, apresentada da seguinte forma: “Como você vê o seu corpo?”. “Como você se percebe após a Cirurgia Bariátrica?”.

3.2 Procedimentos metodológicos

Este item trata do caminho percorrido até a coleta dos dados. Inicia-se pela escolha da Instituição, logo após descreve-se a população e amostra, apresenta-se os instrumentos utilizados, e por fim os procedimentos para coleta de dados.

3.2.1 Escolha e descrição da Instituição

Neste item, será descrita a estrutura organizacional da Instituição observada no período ente 2007 e 2008, destacando os atores sociais que nela trabalham, e,

em seguida, serão apresentados os pacientes que se constituíram como os sujeitos nesta pesquisa.

A partir da realidade do tratamento da obesidade através da Cirurgia Bariátrica, no Município de Juiz de Fora, MG, procurou-se selecionar a Instituição a ser pesquisada e estudada, levando-se em consideração algumas características, dentre as quais destacam-se:

- a) estar localizada no Município de Juiz de Fora, MG;
- b) ter experiência no atendimento a pessoas obesas;
- c) haver aceitação da Secretaria Municipal de Saúde, da coordenação e dos demais funcionários em apoiar a realização do estudo e com ele colaborar;
- d) ser uma instituição pública.

A instituição que preencheu tais necessidades foi o SCHDO.

O foco de investigação é justificado por considerar que a Análise de Conteúdo exige uma convivência significativa no campo da pesquisa, e essa tarefa absorve um longo tempo de dedicação.

O SCHDO localiza-se na Rua Marechal Deodoro, n. 496, 8º andar, no centro de Juiz de Fora, no prédio do SUS, conhecido como PAM MARECHAL. É considerado um serviço de atenção secundária que atende a 4.500 pacientes ativos, encaminhados das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou de clínicas especializadas. Os critérios de inclusão ao programa são: hipertensos estágio 3, grupo C (portadores de lesões em órgãos-alvo), diabéticos tipo 1, diabéticos tipo 2 com complicações e obesos grau 3. O primeiro projeto levado para aprovação no Conselho Municipal de Saúde (CMS) para implantação oficial foi em 12 de maio de 2004, com aprovação por unanimidade e foi renovado agora em 2006/07 (anexo A).

O objetivo principal do SCHDO é reduzir complicações secundárias à hipertensão, diabetes e obesidade, controlar complicações existentes, diminuir a mortalidade e internações, e por fim, promover às pessoas melhor qualidade de vida¹⁹. Funciona de 7 às 19 horas, sem interrupção. Trata-se de uma organização institucional de serviço de atenção secundária, de submissão direta à Gerencia de Atenção Secundária. Segue as normas da Secretaria de Saúde do Município, triênio 2006-2008, respeita também diretrizes científicas do CFM quanto ao manuseio do tratamento cirúrgico da obesidade.

¹⁹ Estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (Organização Mundial da Saúde).

O SCHDO possui uma equipe multidisciplinar, cujo quadro de funcionários é formado pelos seguintes profissionais: clínico geral, cardiologista, endocrinologista, nefrologista, nutricionista, assistente social, enfermeiro, técnicos de enfermagem e em serviços administrativos, totalizando 27 funcionários. Além disso, faz parceria com odontólogos, profissionais de Educação Física e psicólogos.

O pólo de obesidade com os objetivos atuais de equipe multidisciplinar e preparo efetivo para Cirurgia Bariátrica teve início em 2003, e sua efetividade deu-se após a primeira aprovação pelo CMS (2004). Existe, hoje, cerca de 300 pacientes obesos em acompanhamento. Esse número só não é maior porque as admissões foram suspensas em 2006. De acordo com a coordenação da Instituição pesquisada, em 2007, ocorreram duas cirurgias por ordem judicial, e, em 2008, ocorreram as últimas 20 do projeto da Secretaria Estadual de Saúde, sendo que, ao todo, foram realizadas 60 cirurgias. O SCHDO atende cerca de 80 pacientes em acompanhamento pós-operatório. Esse órgão busca atender à população obesa, conforme normas das portarias ministeriais e Conselho Federal de Medicina, oferecendo reuniões educativas de caráter continuado, tanto no pré quanto no pós-operatório, acompanhamento multidisciplinar, incluindo o protocolo de avaliações dos profissionais de saúde e de exames complementares. Vale lembrar que há outro pólo assistencial atuante, conjuntamente ao pólo de obesidade, que é de atividade física orientada, parceria com a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Gerência de Esporte e Lazer da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.

Inicialmente, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, e, em seguida, foi também julgada pelo Conselho de Ética da Subsecretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora. Em seguida, procurou-se obter autorização da Coordenadoria da Instituição, para iniciar a pesquisa e conhecê-la melhor. Contou-se, de imediato, com a aquiescência e colaboração tanto da direção quanto dos demais profissionais do SCHDO e dos pacientes.

A Instituição permitiu o início nas visitas ao campo de trabalho, dando total acesso à pesquisadora para realizar a pesquisa incondicionalmente, o que, sem dúvida, colaborou para o bom andamento do trabalho.

Assim, foram estabelecidos os seguintes itens como compromisso para a realização da pesquisa: o tempo de investigação, maio de 2007 a dezembro de 2008; a periodicidade – às quintas-feiras, nos turnos da manhã e da tarde, período em que se procurou observar, sistematicamente, o percurso percorrido pelo paciente

obeso desde as primeiras consultas pré-operatórias até os procedimentos pós-operatórios. Buscou-se estar presente também nas consultas de diferentes especialidades, salas de espera, reuniões de educação continuada e demais dependências.

As impressões foram anotadas em um diário de campo associadas ao material das observações às transcrições das entrevistas, o que permitiu à pesquisadora compreender um pouco mais profundamente não só o caminho percorrido desde a chegada da pessoa obesa à instituição, como também a evolução do tratamento e os cuidados após a cirurgia.

Importa destacar que “o sentido é história”: fazer uma inserção ativa no tempo atual, visto que este é um tempo de história e, enquanto sujeitos, os pesquisadores estão produzindo, em seus discursos, ideologias que podem apontar sentidos diferentes para a sociedade em que vivem (ORLANDI, 2000, p. 95).

Concebendo o cotidiano como espaço e tempo privilegiado de produção da existência e dos conhecimentos, crenças e valores que a ela dão sentido e direção, percebeu-se que não se poderia fragmentar a metodologia em si das situações estudadas por seu intermédio.

Dessa forma, ao trabalhar nessa perspectiva, procurou-se assumir a realidade estudada em sua complexidade, procurando revelar seu caráter multifacetado, mas extremamente enriquecedor.

3.2.2 População e amostra

A população pesquisada constituiu-se de pacientes integrantes do pólo de obesidade do SCHDO. Para a amostra, foram selecionadas, para as entrevistas, 20 mulheres, seguindo os seguintes critérios de inclusão:

- a) ter realizado a Cirurgia Bariátrica há pelo menos um ano;
- b) demonstrar motivação para participar do Projeto de Pesquisa;
- c) ser mulher;
- d) pertencer ao quadro de pacientes do SCHDO.

3.2.3 Instrumentos

Como instrumento, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, que “representa um dos instrumentos básicos para a coleta de dados” (LÜDKE; ANDRÉ, p. 33). O modelo de entrevista foi composto por perguntas abertas e fechadas (anexo B), versando sobre os dados pessoais e sobre a Imagem Corporal de cada indivíduo. O instrumento foi preparado e revisado pela pesquisadora, além de ter sido submetido à avaliação de um grupo de cinco juízes doutores.

Desse modo, para cada respondente, em primeiro lugar, foram coletados os seguintes dados que o identificam: faixa etária, estado civil, filhos (se os possui ou não), ocupação (trabalho), nível de escolaridade. Em segundo lugar, foram anotados os seguintes dados relativos à saúde: há quanto tempo realizou a cirurgia, o acompanhamento médico que faz o tipo de remédios que utiliza e o nível de atividade física realizada.

Além de tais indicadores, investigou-se a relação que essas pessoas estabelecem com seus corpos, buscando saber também como era sua vida antes da cirurgia e como é agora.

Como parte do instrumento, também são consideradas as observações realizadas na parte ambulatorial do SCHDO, bem como as visitas domiciliares e a análise documental.

3.2.4 Procedimentos para a coleta de dados

Para a realização das entrevistas, que aconteceram no próprio SCHDO, em horários previamente marcados, primeiro houve uma breve conversa individual com cada sujeito a ser entrevistado, com o intuito de explicar o procedimento e esclarecer seu propósito. Além disso, os pacientes foram informados sobre a opção de ocultação da identidade, a autorização para a gravação dos relatos, entre outros, explícitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por cada participante.

A duração de cada entrevista variou de acordo com os próprios entrevistados, que davam mais ou menos detalhes sobre as questões do roteiro da entrevista, mesmo sendo essas, basicamente, as mesmas para cada um.

Pode-se asseverar que, de um modo geral, as entrevistas transcorreram naturalmente, uma vez que as pessoas que as concederam, apesar de apresentarem dificuldades, como timidez, dificuldade de falar sobre o problema, falta de tempo, entre outros, mostraram-se solícitas e entusiasmadas para responderem aos questionamentos.

Cumpru esclarecer que, ao se realizar a entrevista, houve preocupação em deixar os entrevistados à vontade, com questionamentos discretos, para, ao mesmo tempo, haver entendimento nas intenções, evitando-se a condução das respostas. Desse modo, houve momentos nos quais as perguntas programadas do roteiro não precisaram ser feitas, pois o entrevistado, ao falar sobre o assunto questionado, prolongava o relato a tal ponto que se antecipava, com muita naturalidade, às dúvidas que seriam mencionadas mais adiante.

3.3 Métodos de análise e tratamento das narrativas

Evidencia-se que duas fontes foram utilizadas para a realização da análise qualitativa do material obtido: o arquivo oral e o texto escrito. A primeira fonte, oriunda das entrevistas, guarda detalhes conseguidos com o recurso da oralidade como: entonação, ênfase, dúvida, pausas, rapidez ou lentidão nas reações, nas repetições, entre outros. O texto escrito foi obtido através da transcrição das entrevistas gravadas, das observações anotadas a cada dia e dos documentos arquivados.

Para facilitar a compreensão das ideias de cada sujeito ouvido e de tornar possível a compreensão de seus depoimentos e, ainda, possibilitar, mais tarde, o exame comparativo entre os depoimentos coletados, os discursos foram organizados de acordo com uma ordem temática, definida à medida que foram sendo lidas, exaustivamente, as entrevistas. Procurou-se combinar e aproximar respostas e relatos referentes a uma mesma questão, que, no desenrolar das

entrevistas, apareciam em trechos diversos, devido à liberdade que os entrevistados tiveram ao apresentar os relatos.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O historiador do tempo presente sabe o quanto sua objetividade é frágil, que seu papel não é o de uma chapa fotográfica que se contenta em observar fatos, ele contribui para construí-los.
(RÉMOND, 1996)

Este capítulo tem como proposta discutir as representações a respeito dos valores, dos sentimentos e das percepções das mulheres obesas submetidas à Cirurgia Bariátrica sobre seus corpos revelados da experiência individual de cada uma, seus discursos e as emoções a que foram expostas. Buscar-se-á também apresentar e analisar os discursos sobre a imagem que têm de si.

Primeiramente, serão apresentadas as impressões e experiências vivenciadas no campo de pesquisa por entender que esse processo faz parte da contextualização do tema e facilita ao leitor uma aproximação com a realidade dessas pessoas. Ao final, serão apresentados os indicadores dos discursos, as categorias e o perfil de cada participante.

4.1 Campo de trabalho: sob a perspectiva da pesquisadora

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, as sensações subjetivas se tornam relevantes neste momento. Então este é o momento de perceber, sentir o desvelar de cada fala, de cada sentimento expressado. Para tanto, é necessário que se visualize o cenário do campo de pesquisa e a trajetória trilhada.

Ao chegar pela primeira vez ao SCHDO, o contato inicial foi na sala de espera, que revelou ser um ambiente lotado de diferentes pessoas, de várias idades. No meio de uma conversa incessante, há um debate em torno de uma questão: “quando a fila vai voltar a andar?” Logo foi possível entender que a fila era para a realização da Cirurgia Bariátrica, em que as pessoas chegam a permanecer por 2, 3 e até 4 anos.

Ainda no campo de pesquisa, no consultório médico, a cardiologista atende um obeso mórbido, aflito, leituras de exames, receitas, pesagem e a pergunta: “Mas e a fila hein doutora?” Dúvida, silêncio. Em seguida, entra uma mulher, operada há algum tempo. Quanta expectativa sobre seu corpo em mudança! Ela pergunta: “Vai cair tudo doutora?”

A sala de reuniões é o local da educação continuada, onde uma equipe multidisciplinar fala de diferentes assuntos aos pacientes. Além disso, há uma troca de experiências: aqueles já operados falam para os que estão na fila, e estes desabafam com os outros suas angústias de serem obesos, e sentem o peso aumentar devido à ansiedade.

E assim é a rotina do SCHDO. Os meses passam, a pesquisadora começa interagir com aquelas pessoas e a fazer parte daquele cenário. Algumas daquelas pessoas pareciam ter a vida paralisada à espera da Cirurgia para voltar a viver.

A coordenação do SCHDO solicitou à pesquisadora abordar em uma reunião o tema: atividade física. Mas logo surgiu o empecilho: como falar de atividade física para pessoas que, na maioria das vezes, desconhecem seus corpos? Assim, a primeira intervenção ficou abstrata e vazia. Em uma segunda oportunidade, foram feitas experimentações de movimentos dentro da possibilidade de cada um: “o que podemos fazer com o corpo que temos?” e, ao final, discutiu-se o que é corpo. Dessa vez algo concreto se fez ali, perguntas, discussões, etc.

A partir desse momento, foi possível realizar tal pesquisa e entender um pouco sobre esse universo. A aproximação com essas pessoas foi um processo natural e espontâneo. Todas queriam participar e achavam importante que o caso delas fosse estudado. Assim, as entrevistas transcorreram de forma natural e prazerosa.

Após traçar o cenário vivenciado, iniciou-se uma análise sistematizada dos dados coletados. Os dados brutos (as falas) foram tratados de modo a fornecerem significados e sentidos válidos (BARDIN, 1977). Essa fase constituiu-se das seguintes etapas: transcrição das entrevistas em sua totalidade, leitura exaustiva das mesmas, percepção das categorias emergentes, organização das falas por categoria, organização dos indicadores do discurso, organização do perfil das participantes. Além das análises qualitativas, operações estatísticas (percentagens) contribuíram para se estabelecerem tabelas que condensaram e ressaltaram informações fornecidas pela análise.

4.2 Perfil das pacientes pesquisadas

A entrevista com questões fechadas e abertas possibilitou reunir informações sobre a situação de vida das mulheres entrevistadas.

Realizou-se também a análise dos indicadores que identificam e retratam a situação das mulheres obesas, pacientes do SCHDO, submetidas à Cirurgia Bariátrica. Esses dados relacionam-se a variáveis como: idade, faixa etária, tempo de cirurgia, peso pré e pós-operatório, IMC, pré e pós-operatório, estado civil, possuir ou não filhos, profissão, escolaridade, se realizam acompanhamento médico, se possuem problemas de saúde, se praticavam e/ou praticam atividade física, se fazem uso de bebida alcoólica, estimulantes, drogas, anorexígenos e fumo. Acredita-se que os dados descritos singularizam as colaboradoras, representando, também, o perfil das mulheres operadas, pacientes do SCHDO.

A idade das colaboradoras variou entre 29 e 52 anos, como evidenciado na Tabela 2 a seguir:

Tabela 2 - Idade das Participantes.

Idade	Frequência
25 a 30 anos	3
31 a 35 anos	5
36 a 40 anos	3
41 a 45 anos	3
46 a 50 anos	4
Acima de 50 anos	2
Média	40

Fonte: Campo de pesquisa (maio 2007 a dezembro de 2008).

A distribuição, segundo a faixa etária, com intervalo de 5 anos, conta com 3 colaboradoras entre 25 e 30 anos, 5 entre 31 e 35 anos, 3 entre 36 e 40 anos, 3 entre 41 e 45, 4 entre 46 e 50 e 2 acima de 50 anos. A média de idade das mulheres entrevistadas foi de 40 anos.

O estado civil e a maternidade constituem fatos frequentemente marcantes na vida dessas mulheres, não diferentemente de quaisquer outras. Assim, dentre as 20 pesquisadas, 13 são casadas, 3 são solteiras e 4 são divorciadas. Dessas, 16 possuem filhos.

Os resultados dos itens “estado civil” e “número de filhos” das Participantes podem ser observados nas Tabelas 3 e 4, respectivamente:

Tabela 3 – Estado civil das Participantes.

Estado civil	Frequência
Solteira	3
Casada	13
divorciada	4

Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008).

Tabela 4 – Número de filhos das Participantes.

Número de filhos	Frequência
Nenhum	4
1	5
2	8
3	3

Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008).

Na Tabela 5, observa-se o mapeamento da profissão com o intuito de perceber o nível de atividade das pacientes. As Participantes ocupam cargos de aposentadas, comerciantes, contadoras, costureiras, cozinheiras, dos lares, estudantes e professoras de música.

Tabela 5 – Profissão das Participantes.

Profissão	Frequência
Aposentada	3
Comerciante	2
Contador	1
Costureira	2
Cozinheira	2
Do lar	7
Estudante	2
Prof. Música	1

Fonte: Campo de pesquisa (maio 2007 a dezembro de 2008).

A escolaridade é mais um retrato da realidade dessas mulheres. Sem qualificações, o trabalho conseguido é precário, às vezes, sem registro na carteira de trabalho, sem os benefícios estabelecidos por lei, tendo rendimentos insuficientes. Vale lembrar que muitas dessas mulheres relataram que não conseguiram emprego devido à obesidade. Dentre as entrevistadas, 1 (uma) não completou o ensino fundamental, 3 possuem primeiro grau completo, uma não

concluiu o segundo grau, 12 possuem segundo grau completo e 3 possuem ensino superior completo, como exposto na Tabela 6, a seguir:

Tabela 6 – Escolaridade das Participantes.

Escolaridade	Frequência
1º grau incompleto	1
1º grau completo	3
2º grau incompleto	1
2º grau completo	12
Superior incompleto	0
Superior Completo	3

Fonte: Campo de pesquisa (maio 2007 a dezembro de 2008).

A Tabela 7 demonstra os problemas de saúde relatados no período da pesquisa: observaram-se três casos de anemia, três casos de hipertensão e dois casos de hipertireoidismo:

Tabela 7 – Problemas de saúde.

Problemas de saúde	Frequência
Nenhum	12
Anemia	3
Hipertensão	3
hipertireoidismo	2

Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008).

O acompanhamento médico está ilustrado na Tabela 8, a seguir:

Tabela 8 – Acompanhamento Médico.

Acompanhamento médico	Frequência
Nenhuma	6
Cardiologista	8
Clínico Geral	2
Cirurgião Geral	8
Endocrinologista	1
Gastrologista	2
Ginecologista	1
Hematologista	2
Neurologista	1
Nutricionista	5
Ortopedista	1

Fonte: Campo de pesquisa (maio 2007 a dezembro de 2008).

O acompanhamento médico tem sido realizado no próprio SCHDO como exposto por 14 das 20 entrevistadas, sendo as outras 6 frequentadoras das reuniões de educação continuada do SCHDO. Ressalta-se que, das 20, duas pacientes são fumantes, e duas fazem uso de bebida alcoólica.

O peso médio antes da cirurgia, dentre as 20 mulheres, foi de 137,10 Kg, sendo a média do IMC de 53,26 Kg/m², apresentados nas Tabelas 9 e 10, respectivamente.

Tabela 9 – Peso pré-operatório.

Peso	Frequência
101 a 110 Kg	1
111a 120 Kg	1
121a 130 Kg	4
131 a 140 Kg	7
141 a 150 Kg	5
Acima de 150 Kg	2
Média	137,1

Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008)

Tabela 10 – IMC pré-operatório(Kg/m²).

Valor do IMC	Frequência
41 a 45 Kg/m ²	2
46 a 50 Kg/m ²	5
51a 55 Kg/m ²	6
56 a 60 Kg/m ²	4
61 a 65 Kg/m ²	2
Acima de 165 Kg/m ²	1
Média	56,26

Fonte: Campo de pesquisa (maio 2007 a dezembro de 2008).

Após a cirurgia, o peso médio atingiu 79,41 Kg, e o IMC médio, no pós-operatório, caiu para 30,79 Kg/m². Em média, elas perderam 41,88 % de seu peso em um ano.

Essas informações são apresentadas nas Tabelas 11 e 12, respectivamente:

Tabela 11 – Peso pós-operatório (Kg).

Peso (Kg)	Frequência
51 a 60	1
61a 70	2
71a 80	9
81 a 90	6
91 a 100	2
Acima de 100	0
Média	79,41

Fonte: Campo de pesquisa (maio 2007 a dezembro de 2008).

Tabela 12 – IMC pós-operatório (Kg/m²).

Valor do IMC	Frequência
15 a 20	0
21 a 25	2
26 a 30	5
31a 35	11
36 a 40	2
Acima de 41	0
Média	30,79

Fonte: Campo de pesquisa (maio 2007 a dezembro de 2008).

Com relação à atividade física, as mulheres pesquisadas se apresentaram da seguinte forma: nenhuma realizou atividade física antes da Cirurgia Bariátrica, e 9 pacientes passaram a realizá-la após a intervenção cirúrgica. Portanto, 11 mulheres não praticam nenhum tipo de atividade física atualmente.

No momento da coleta de dados, o tempo médio de realização da Cirurgia foi de 2,85 anos, como demonstrado na Tabela 13, a seguir:

Tabela 13 – Tempo de realização da Cirurgia Bariátrica.

Número de anos	Frequência
1 ano	0
2 anos	9
3 anos	7
4 anos	2
5 anos	2
Acima de 5 anos	0
Média	2,85

Fonte: Campo de pesquisa (maio 2007 a dezembro de 2008).

Esses dados são um auxílio para a compreensão de quem são essas mulheres, o contexto em que elas vivem e como isso se relacionou com a realização da Cirurgia Bariátrica.

4.3 Categorias dos discursos

Depois de realizadas várias leituras das entrevistas, emergiram algumas categorias e subcategorias expostas no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
HISTÓRICO DE OBESIDADE	Infância
	Adolescência
	Adulta
SAÚDE	Comorbidades
	Qualidade de vida: antes e após a Cirurgia Bariátrica
	Fatores emocionais
CIRURGIA BARIÁTRICA	Tipo
	Medos/apoio
	Dificuldades no pré e pós-operatório
	O que mudou
	Reação à Cirurgia Bariátrica
FATORES SOCIAIS	Cultura do corpo ideal
	Discriminação
CORPO	O olhar das pessoas antes e depois
	Imagem Corporal antes e depois
	Autoestima
	Vaidade
	Satisfação
	O se olhar no espelho novamente

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante da riqueza do material apreendido, optou-se pela interpretação dos dados, levando-se em consideração todos estes pontos, mas, para melhor distribuição didática, dividiu-se a análise dos dados em dois momentos: o primeiro é aquele em que é relatada a trajetória das mulheres pesquisadas até a realização da

Cirurgia Bariátrica. Um segundo momento foca a Imagem Corporal centrada nos seguintes aspectos: aparência e função. Tal organização pode ser visualizada no seguinte organograma, Figura 5:

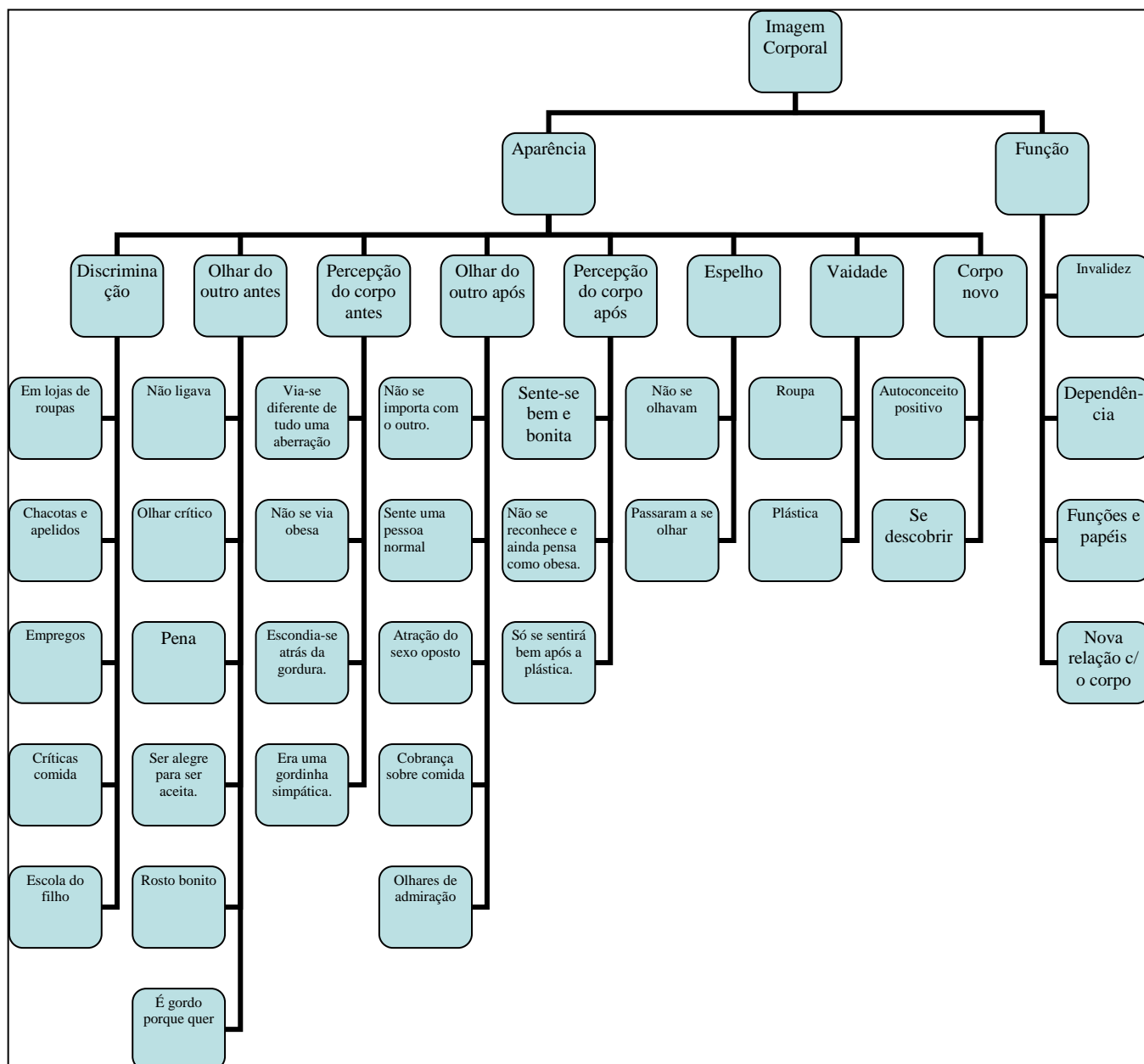


Figura 5: Organograma-resumo da discussão.

Com objetivo de contribuir para a discussão dos dados, as categorias e subcategorias apresentadas no organograma receberam tratamento estatístico simples de porcentagem e foram organizados em Tabelas que estão disponíveis no anexo C.

4.4 Trajetória das participantes até o momento da Cirurgia Bariátrica

Cada mulher obesa chega ao SCHDO com uma história de vida, no entanto, as trajetórias se cruzam ao relatarem o objetivo de mudar o seu corpo através da Cirurgia Bariátrica. O início da obesidade das entrevistadas configurou-se na Tabela 14 a seguir:

Tabela 14: Histórico de obesidade.

Categorias	Histórico de obesidade																				Frequência	
	Sujeitos																				ABS ²⁰	REL ²¹
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Na infância.	X		X																X		2	10
Na adolescência.											X						X				3	15
Na adolescência, durante a gestação.				X				X	X						X						4	20
Na fase adulta.																		X			1	5
Na fase adulta, durante a gestação.		X			X	X	X	X	X			X	X	X			X				10	50

Fonte: Pesquisa de campo (maio de 2007 a dezembro de 2008).

Com relação ao início da obesidade, apenas duas participantes relatam ter sido obesas na infância, 7 na adolescência; destas, 4 durante a gravidez; 11 na fase adulta; destas 10, durante a gestação.

Pode-se perceber, então, que a gestação é um período marcante com relação ao início da obesidade desse grupo pesquisado, como demonstram os seguintes relatos: “E depois que eu casei, eu comecei a comer compulsivamente, descontrolei, e fui só engordando. Quando estava grávida do segundo filho, as pessoas achavam que eu estava esperando três porque eu estava imensa” (Participante16). E ainda:

²⁰ ABS: Absoluta.

²¹ REL: Relativa.

“Até eu casar, eu pesava 60 quilos, depois que eu tive o primeiro filho, eu engordei pra 90 quilos. Dali pra frente nunca mais consegui emagrecer” (Participante 6).

Além das mudanças no corpo, a saúde, de um modo geral, é atingida pelo excesso de peso. As entrevistadas relatam a presença das comorbidades: asma, apneia do sono, hipertensão, colesterol alto, dor nas pernas e artrose, como se pode evidenciar nos depoimentos a seguir: “Eu tinha asma, não dormia. E tinha apneia do sono” (Participante 6) e “Eu sou feliz hoje pelo fato de eu saber que minha qualidade de vida melhorou e que eu não tenho problema de mais nada” (Participante 17). O relato, a seguir, mostra como a entrevistada se sentia antes e depois da Cirurgia Bariátrica:

Eu tinha pressão alta, pernas doendo, minhas pernas travavam, eu já saí daqui carregada pelo SAMU, meu pé começava a virar a entortar. Eu conto minha história para as pessoas, eu me sinto vitoriosa eu ter recuperado. Quem me viu passar por dois AVC, dois princípios de infarto, muleta. Hoje eu abro o olho todo dia e me sinto uma vitoriosa por minha saúde, porque eu não quero emagrecer e ser *miss*, eu recuperei minha saúde. Eu era hipertensa nível três, super-hipertensa, o dia que estava menos era 16 por 10, mas ficava 22 por 12. Tomava 6 captopril por dia, e hoje não tomo nada disso. Quer vitória maior que isso? (Participante 15).

Esses dados são confirmados pela literatura pesquisada (ROCHA, 1993; FRANCISCHI et al., 2000; POLLOCK, WILMORE, COUTINHO, BENCHIMOL, 2002; SILVA, 2005; PERES, 2005). Segundo os autores, as comorbidades representam o fator de maior incidência de morte para esse público.

Antes da decisão pela cirurgia, os relatos seguem demonstrando tentativas frustradas de emagrecimento que incluem dietas, remédios, atividade física e outros.

Tentativas fracassadas no emagrecimento são muito comuns nessas pessoas, isso porque, de acordo com Cabral (2002), pretende-se atingir um peso considerado ideal e não um peso saudável. De acordo com o referencial teórico, o método mais utilizado é a dieta, o que não ficou evidenciado nos relatos das entrevistadas. Isso ocorre, provavelmente, porque quanto maior o grau de obesidade, mais agressiva tem de ser a forma de tratamento para que se obtenham resultados (POLLOCK, WILMORE; ROCHA, 1993).

Os recursos utilizados como tentativas de emagrecimento e sua repercussão nos relatos são apresentados na Tabela 15, a seguir:

Tabela 15: Tentativas de emagrecer.

Categorias	Tentativas de emagrecer																				Frequência	
	Sujeitos																				ABS	REL.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Remédio.	X	X		X	X	X		X	X	X	X						X	X			12	60
Dieta.	X	X	X	X					X			X			X			X	X		9	45
Atividade física.																			X		1	5
Não tentou nada.													X								1	5
Não se manifestaram																					3	
.							X								X		X					15

Fonte: Pesquisa de campo (maio de 2007 a dezembro de 2008).

O tratamento medicamentoso foi computado como o mais utilizado pelas entrevistadas e, apesar de gerarem efeitos satisfatórios, trouxeram-lhes algumas consequências evidenciadas nos discursos abaixo:

Eu tenho problema de tireóide de tanto tomar remédio pra emagrecer. Eu tomava remédios que me davam taquicardia, minha tireóide paralisou, emagrecia horrores, depois engordava horrores. Foi a minha vida inteira assim. Fiz dietas... As mais doidas possíveis... até simpatia (Participante1).

Tentei o tal “Doutor Caveira” (alusão a um médico que receita remédios que emagrecem rapidamente). Ele faz milagres, ele te seca, mas depois você engorda o dobro, você engorda o que tinha e mais um pouco. Aquele efeito sanfona. Quando eu fiz a dieta emagreci, fiquei bonitinha, emagreci mais de 20 quilos, depois engordei mais de 40 quilos. Fiz dieta, mas não emagrecia um quilo, nada, nada (Participante 4).

Dos 15 anos aos 45, eu não passava seis meses sem tomar remédio para emagrecer. Emagrecia 30, engordava 40. Emagrecia 20 engordava 30. Esse foi o processo dos 15 aos 45 (Participante 12).

Nas questões fechadas da entrevista, chama atenção o fato de 100% de os sujeitos relatarem não terem realizado atividade física antes da Cirurgia Bariátrica. Nas questões abertas, apenas um relato aponta a caminhada como recurso para

emagrecer, porém não de uma forma sistematizada, exemplificado pelo discurso da participante 19: “tomei remédio, fiz caminhada... essas coisas mais básicas assim...”.

As demais participantes associam a prática de atividade física à aderência às academias de ginástica, alegando como motivos para a não-realização da atividade física o fato de considerarem academia local para pessoas magras, e também por vergonha do corpo, preguiça e dor.

A vergonha, na maioria das vezes, é de aparecer em público, em especial em academias de ginástica, onde o padrão de corpo é determinado pela maioria magra, como relatam as Participantes 1 e 4, respectivamente:

Lá na academia você entra e só vê gente de corpão. Tem que fazer academia só pra gordinho. Você pensa: nossa não vou chegar lá nunca! As pessoas olham pra você, às vezes, não estão nem aí, mas você acha que está.

Acho que eu não tinha autoestima, não tinha vontade, tinha vergonha por estar muito gorda, você vai pra academia todo mundo te olha, na natação todo mundo te olha. A atividade física foi a única coisa que não fiz, por vergonha, porque eu tenho um quadril muito largo, então pra colocar um maiô, colocar uma calça mais justa, eu tinha vergonha.

Outras Participantes afirmaram ter “rejeição e preguiça para atividade física” (Participante 3), o que foi reforçado pela Participante 20: “era preguiça mesmo. Eu sempre associei a dieta na segunda-feira e a caminhada às seis horas da manhã, ou seja, péssimo”.

A dor, devido a problemas articulares, também foi apontada como fator limitante para a realização de atividade física, tal como nos relatos da Participante 10: “Não fazia porque começava a doer a coluna, e o esporão no calcâneo.” E também da Participante 14:

Eu não pude fazer atividade física por causa do problema do osso (artrose) [...] eu fiquei muito obesa e os ossos começaram a doer muito, eu não aguentava mais, se eu fizesse, eu ficava doente. O joelho inchava muito. Foi aí que parei.

Com a falência em diversas tentativas na busca do emagrecimento, essas mulheres vão à busca do procedimento cirúrgico.

Ao conversar com as entrevistadas sobre o fator motivante para a realização da Cirurgia, foram percebidos dois grandes motivadores: a saúde e a estética como apresentado na Tabela 16, a seguir:

Tabela 16: Motivo da realização da Cirurgia Bariátrica.

Categorias	Motivo da realização da Cirurgia Bariátrica																				Frequência		
	Sujeitos																				ABS	REL.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
Saúde.	X	X	X		X		X		X			X	X	X	X			X	X			12	60
Estética.	X			X		X		X		X	X					X	X	X		X		10	50
Não se manifestou.																							

Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008).

Isso é compreensível, pois essas pessoas passaram longos anos em tratamentos sem sucesso, indo ao encontro ao que dizem Segal e Fandiño (2002): o tratamento convencional na obesidade grau III produz resultados insatisfatórios, sendo que 95% das pessoas recuperam seu peso em 2 anos. Em adição, elas podem agravar as comorbidades, adquirindo outras doenças devido ao “efeito sanfona”. Sobre o assunto, as entrevistadas assim se expressam:

Eu fiquei muito gorda, muito infeliz. Eu não procurei a Cirurgia Bariátrica por fins estéticos especificamente. A minha preocupação, a principio, era a saúde. Porque eu já estava com 30 anos, estava nova e saudável, mas eu sabia que aquele peso eu poderia desenvolver diabetes, hipertensão... (Participante 3).

Eu, por estética, não faria não. Eu só fiz a Cirurgia porque estava muito doente, minha pressão era 24 por 18, tomando 16 comprimidos por dia. Eu vivia na Regional Leste. Qualquer coisa minha pressão subia (Participante 14).

No entanto, a partir do momento em que as mulheres se veem com o corpo em constantes mudanças, o discurso e o olhar são voltados para a estética e a aparência: “Aí depois, é claro, você vai ficando elegante e vai querendo mais (Participante 14).”

A estética e o olhar do outro também marcam a decisão pela Cirurgia:

Fui só engordando, engordando, chegou num ponto que eu não tinha coragem de sair de casa. Mesmo casada, eu tinha vergonha. Pelo marido, eu fazia se eu quisesse, foi uma opção minha, ele me aceitava do jeito que eu era. Mas eu não me sentia bem. Um dia meu filho perguntou: mãe porque você é tão gorda? Ele tinha quatro aninhos. Aí eu pensei: por quê? Meu filho tem coleguinhas no colégio que falam... Agora vou mudar meu estilo de vida, então eu fui com a cara e a coragem e fiz (Participante 4).

A partir do momento da decisão pela Cirurgia, inicia-se uma jornada longa, e a Cirurgia Bariátrica toma sentidos e significados diversos, os quais se traduzem na Tabela 17 e nos depoimentos seguir, transitando entre a esperança e o último recurso.

Tabela 17: Significado da Cirurgia Bariátrica.

Categorias	Significado da Cirurgia Bariátrica																				Frequência	
	Sujeitos																				ABS	REL.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Esperança, renovação de vida, única solução.	X		X			X					X						X	X	X		7	
Não pensava em cirurgia, era situação extrema.		X		X	X							X	X	X	X	X				X	9	45
Só teve significado quando começou a fazer diferença no espelho.										X	X										2	10
Não se manifestaram.							X	X													2	10

Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008).

Tais resultados se assemelham aos da pesquisa de Benedetti (2003), à qual os pacientes entrevistados também atribuíram à Cirurgia Bariátrica a simbologia de última alternativa, ou como a própria autora cita “uma luz no fim do túnel” para esses sujeitos que vinham fracassando em diversos tratamentos.

Santos (2005), em sua pesquisa com o mesmo tipo de público, verifica tais simbologias dadas à Cirurgia Bariátrica, e assim o indivíduo troca a vontade pelo procedimento, ou seja, como não consegue dar conta de emagrecer sozinho, decide ser emagrecido pela medicalização, sendo que, desse modo, acaba ficando na mão do outro. Os relatos, a seguir, expressam as diversas reações a isso:

Minha vida já não está valendo a pena, pra mim já não tinha mais nada a perder. Pra mim era uma esperança, e eu me agarrei nela. Que tudo desse certo e que eu ia voltar a ser a Andressa²² que estava guardada. Agora sim, essa sou eu (Participante 1).

Pra mim, foi a maior benção do céu. Porque tudo mudou (Participante 6).

Ela seria a minha única solução (Participante 11).

Eu não pensava na Cirurgia, eu não achava que ia precisar fazer (Participante 5).

Eu nunca vou operar: “Cê” tá boba! Quando eu quiser, eu emagreço, eu pensava assim (Participante 12).

Eu sempre falo isso: eu não considero ter feito essa cirurgia uma vitória porque eu queria poder ter conseguido de outra forma (Participante 20)

Fecha a boca e não deixa a Cirurgia ser sua última opção (Participante 15)

Pode-se inferir, a partir desses depoimentos, que o emagrecimento através da Cirurgia Bariátrica não significa apenas “desengordar”, passar de um corpo obeso a um corpo magro, mas, além disso, estar repleto de planos, desejos e sentimentos que vão desde o orgulho de ter realizado a Cirurgia até o seu oposto, ou seja, a frustração e a culpa por ter chegado a esse ponto. Ressalta-se que esses sentidos e significados vão sendo construídos ao longo do tempo e, muitas vezes, é influenciado pela longa espera na fila para a cirurgia. Após essa espera, chega o momento de realizar o procedimento. Nesse ínterim, as mulheres relataram sentimentos de medo, a percepção do apoio e dos riscos aos quais se submeteram, conforme se pode observar na Tabela 18, a seguir:

²² Nome fictício.

Tabela 18: Medo.

Categorias	Medo																				Frequência	
	Sujeitos																				ABS	REL.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Anestesia, centro cirúrgico.		X		X																	2	10
Medo de morrer.									X								X		X		3	15
Medo de ser obesa.			X	X	X			X	X								X				6	30
Não teve medo.						X	X	X	X				X		X						6	30
Preferiam morrer.			X								X										2	10
Não se manifestaram.	X											X		X					X		4	20

Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008).

Em um diálogo com um cirurgião apresentado por Santos (2005), fica claro que o medo da Cirurgia faz sentido, pois ela envolve riscos maiores, porque se trata de pacientes com complicações como diabetes, hipertensão, problemas cardiológicos e respiratórios com propensão à trombose venosa, embolia pulmonar, ou seja, é um paciente de alto risco. Nesta pesquisa, o medo, devido a esses riscos, também aparece, como se pode verificar nos seguintes relatos: “Quando o médico disse que eu ia operar, eu comecei a suar frio porque eu tenho pavor de anestesia” (Participante 2). E ainda: “Senti medo principalmente dentro do centro cirúrgico, minha vontade era de correr” (Participante 4). O medo de morrer está presente no seguinte depoimento: “Medo de morrer. Não era medo de dar errado, era medo de morrer. Mas eu não tinha medo de morrer, mas o medo passou a existir. Dá uma coisa... Eu cheguei no hospital e chorei muito” (Participante 10).

Ao observar os dados da Tabela 18 apresentada, chama atenção o fato de se apresentar mais freqüente, nos discursos, a ausência de medo da Cirurgia e o medo maior de ser obesa.

De uma forma ou de outra, esse risco foi “encarado”, tendo-se percebido, em alguns relatos, um medo muito maior de permanecer como estava, ou seja, obesa. Guzzo (2005) esclarece que o risco é hoje o organizador da vida contemporânea em diferentes contextos. Assim, para essas mulheres, era necessário correr esse risco a fim de tentar (re) construir um (novo) corpo e uma nova vida. Os depoimentos, a seguir, são indicativos disso: “Eu tinha mais medo de ser obesa, prefiro morrer a ser

gorda desse jeito. Eu preferia morrer. E, portanto não morri!” (Participante 3) e “Eu tenho medo de engordar” (Participante 17).

Em meio a tantos riscos, mitos e informações acerca da Cirurgia Bariátrica, o apoio dos familiares demonstrou ser fundamental. Das 20 entrevistas, apenas duas disseram não terem tido apoio. As demais destacaram a atitude do apoio dos familiares, bem como sua importância: “Meu marido me apoiou em todos os sentidos” (Participante 11) e “Minha família me perguntou: é isso que você quer? É o que vai te fazer feliz? Então faça” (Participante 14).

Realizada a Cirurgia, inicia-se um novo processo: lidar com um corpo em constante transformação e com dificuldades que não existiam, como apresentado na Tabela 19, a seguir:

Tabela 19: Dificuldades no pós-operatório.

Categorias	Dificuldades no pós-operatório																				Frequência	
	Sujeitos																				ABS	REL.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Dor	X								X												2	10
Complicações de saúde (anemia, vesícula, falta de ar, hérnia, pontos abrirem).																					5	
Alimentação (queixas sobre a necessidade de mastigar e fraqueza).	X							X	X	X								X	X	X	8	40
Não poder se movimentar.									X	X										X	3	15
Não se manifestaram.		X	X		X		X				X		X		X			X			8	40

Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008)

As dificuldades das entrevistadas no pós-operatório foram expressas do seguinte modo: “Depois da Cirurgia, tive uma anemia, tirei a vesícula, tive um AVC... meus pontos abriram” (Participante 4). E ainda: “Comer era difícil depois da Cirurgia. Porque, se comer muito, vomita” (Participante 6). Uma das entrevistadas teve até mesmo de retornar ao hospital, como se pode observar no seguinte depoimento: “Fiquei no hospital mais uns dez dias, tive que voltar para o oxigênio, tive que fazer uma fisioterapia respiratória” (Participante 8). Também houve caso de uma mulher que quase morreu ao fazer a Cirurgia Bariátrica: “Meu anel entrou pra dentro do

esôfago, uma coisa muito rara. E teve que tirar o anel. E até que isso foi descoberto, eu quase morri” (Participante 16).

Em alguns relatos, as dificuldades do pós-operatório imediato trouxeram um breve arrependimento: “Uns 15 dias depois, eu cheguei a arrepender porque eu tinha muita fraqueza” (Participante 10). E ainda:

Depois que eu operei, eu arrependi porque ficou doendo, eu comecei a ficar nervosa de ficar parada, com soro, máscara de ar [...] queria escovar os dentes, pentear o cabelo, queria levantar e comer uma feijoada, e não podia fazer nada disso (Participante 9).

Também a Participante 14 relata o seguinte: “Nos seis primeiros meses, se você fizesse essa entrevista comigo, eu iria dizer que estava arrependida”.

Tais depoimentos demonstram a grande influência da transformação corporal vivenciada na identidade dessas pessoas. Sentir dor e não saber como o corpo iria ficar após a Cirurgia Bariátrica fazia com que surgisse insegurança e arrependimento, pois a Cirurgia é capaz de romper um ciclo de costumes e hábitos, trazendo ao sujeito um novo modo de vivenciar e experimentar seu corpo. Ou seja, cria-se uma realidade nova à qual os antigos costumes, crenças e valores já não serviam mais. O corpo obeso agora tinha sido transformado em corpo magro em curto espaço de tempo para se adaptar a uma nova realidade.

4.5 A Imagem Corporal em questão

Neste segundo momento, busca-se uma proximidade com o discurso das participantes da pesquisa no que concerne a aspectos da Imagem Corporal.

Os relatos apresentados fizeram alusão a toda uma vida de obesidade, o pré e pós-operatório. Muitos dados sobre o universo da Imagem Corporal foram ouvidos e registrados. No entanto, para a discussão, foram selecionadas as seguintes temáticas: função e aparência. Essas duas categorias foram pontos marcantes nas

narrativas nas diferentes etapas da vida das entrevistadas. Correlacionar as falas convergentes e divergentes com o referencial teórico é o objetivo.

4.5.1 Função e Imagem Corporal

De acordo com o referencial teórico, a obesidade é uma patologia multifatorial, crônica e não-transmissível. Vista sob esse aspecto, apenas o fato de emagrecer solucionaria o problema instalado. No entanto, concorda-se com a visão de Santos (2005, p. 46) de que a “saúde e doença são estados de um mesmo processo que é composto por fatores biológicos, culturais, econômicos e sociais e não estados estanques”. Devido a isso, viver uma situação de obesidade pode exigir do indivíduo adaptar-se a um mundo que possui valores, padrões, regras e estruturas em que, muitas vezes, o excesso de peso e as comorbidades, provavelmente serão fatores limitantes.

O corpo limitado foi muito destacado pelas entrevistadas. A condição da obesidade mórbida oferece aos indivíduos restrições em suas funções, o que, na maioria dos casos, foi amenizado pela Cirurgia Bariátrica.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF²³) considera a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico:

Uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (ambientais e pessoais). Há uma interação dinâmica entre essas entidades: uma intervenção num elemento pode potencialmente modificar um ou vários outros elementos. Estas interações são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível (OMS, 2003, p. 19).

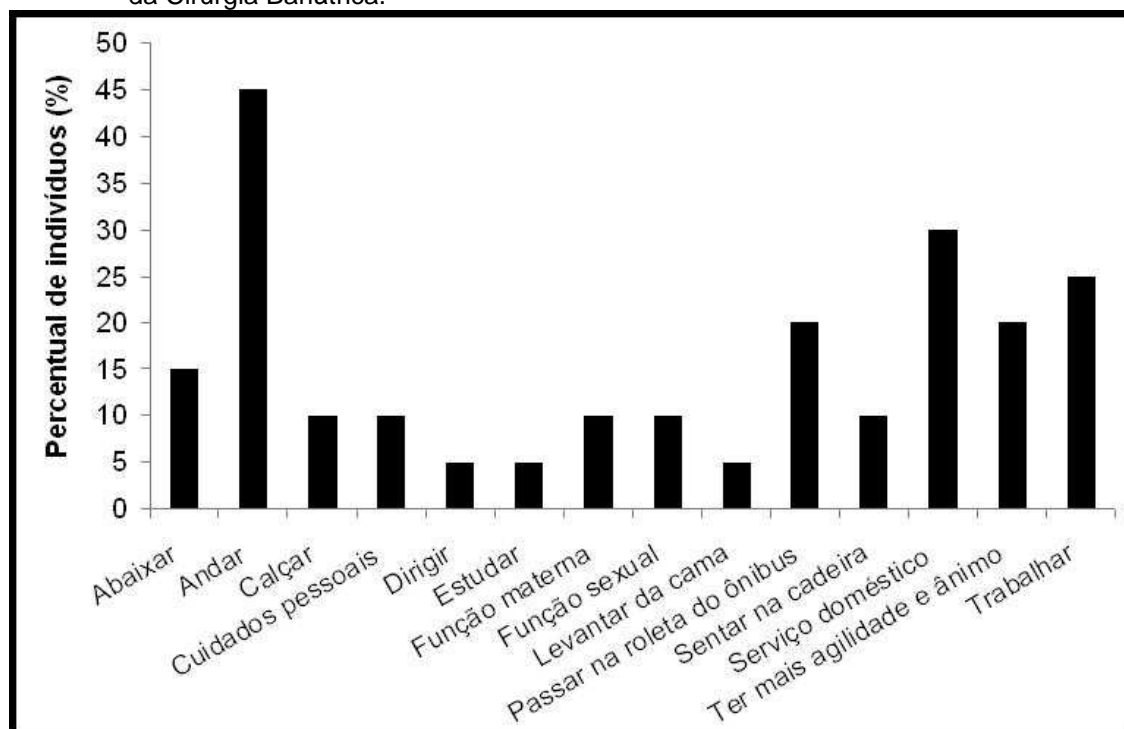
Para esta pesquisa, foram consideradas como funções: atividades de vida diária (levantar da cama, abaixar, andar, calçar, ter mais agilidade e ânimo), serviço

²³ A CIF faz parte da “família” de classificações internacionais desenvolvidas pela OMS. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/en/>>. Acesso em: 8 jan. 2009.

doméstico, cuidados pessoais (depilar), sentar na cadeira, estudar, trabalhar, dirigir, função sexual e função materna.

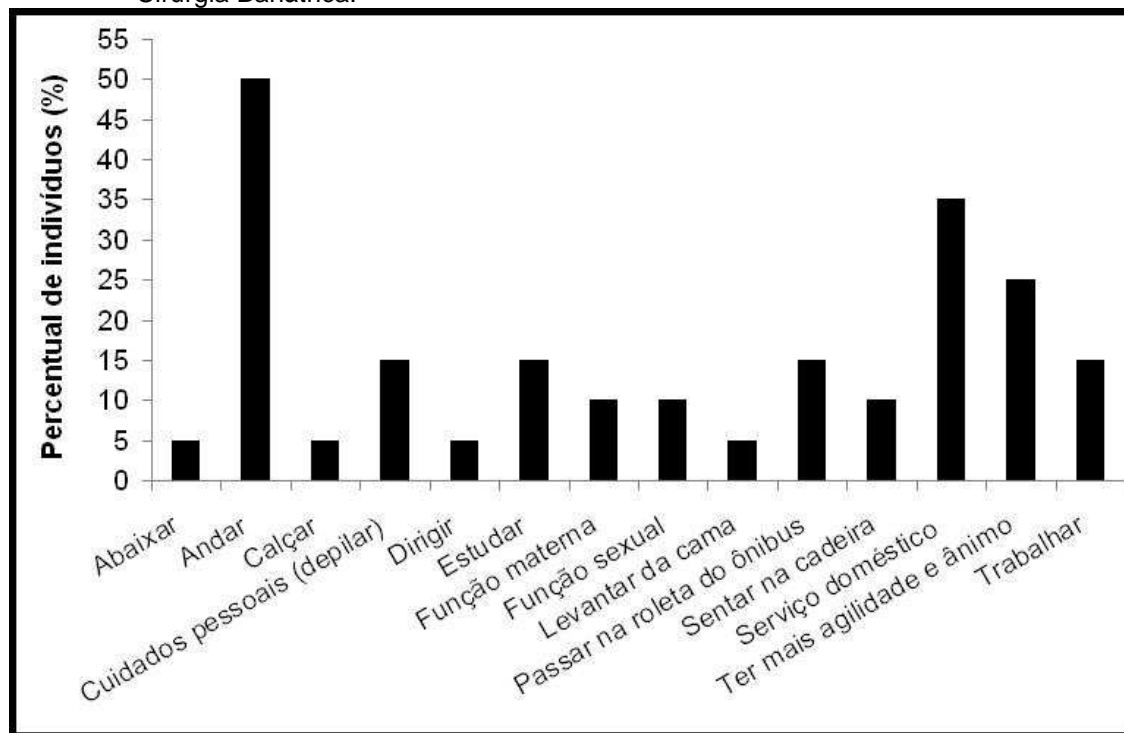
Os Gráficos 2 e 3, a seguir, apresentam os prejuízos das funções com a obesidade e a melhora destas após a Cirurgia Bariátrica:

Gráfico 2: Prejuízos funcionais relacionados à obesidade relatados pelos indivíduos antes da Cirurgia Bariátrica.



Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008).

Gráfico 3: Melhoras funcionais relacionadas à perda de peso relatadas pelos indivíduos pós Cirurgia Bariátrica.



Fonte: Campo de pesquisa (maio de 2007 a dezembro de 2008).

A frequência dessas limitações nos discursos levou a pesquisadora a refletir, então ela direcionou a discussão para as relações e implicações existentes entre a doença, as limitações físicas provocadas por ela e a Imagem Corporal.

De acordo com Schilder (1994, p. 158):

A doença orgânica provoca sensações anormais, mudando imediatamente a imagem do corpo, do ponto de vista da figuração e do conteúdo libidinal. Estas sensações se tornam imediatamente parte da atitude e da experiência gerais do indivíduo, situando-se na base da transformação e da transposição das condensações e simbolizações [...].

Pode-se observar tais mudanças no seguinte relato da Participante 20:

Eu tinha a sensação de que eu estava sempre suja, eu suava debaixo do peito e tinha que passar até talco. A sensação que eu tinha é que tinha que tomar dois banhos por dia, como se a minha gordura saísse pelos poros. Era a sensação que eu tinha todos os dias.

A fala da entrevistada demonstra que “não há dúvida de que a Imagem Corporal é fundamentalmente alterada pela doença orgânica” (SCHILDER, 1994, p. 159). O estado de obesidade trazia a ela sentimento constante de incômodo com seu corpo, mudando a atenção dada à sua experiência corporal, e o nível de segurança e conforto era sentido com o próprio corpo. Essas alterações, provavelmente, implicarão uma mudança na imagem que ela possui de si.

O excesso de peso e algumas comorbidades como artrose, por exemplo, exige do sujeito adaptações no funcionamento de seu corpo em diferentes atividades, principalmente em situações comuns da vida como se locomover, calçar e dirigir, como relatam as participantes 2, 8 e 13, respectivamente:

Eu não tinha habilidade de abaixar e entrar debaixo da mesa [...] tem que ajudar a calçar meia, meu menino é que amarrava meu tênis, eu não amarrava nem tênis.

Eu tinha dificuldade para andar, para locomover mesmo. [...] se tinha que abaixar, eu ficava muito cansada... Quando eu acordava de manhã, eu sentava, depois de meia hora eu levantava, eu tinha esporão no calcanhar.

Adoro dirigir, eu já não tinha jeito de dirigir, fiquei uns três ou quatro anos sem dirigir, porque o meu seio, a barriga, o estômago encostavam no volante e não tinha distância para mim. Então isso para mim são grandes passos.

Pode-se fazer aqui uma analogia dos discursos apresentados com o exemplo dado por Schilder (1994), em que, ao perder uma perna, o sujeito tende a não apenas modificar seu modelo postural do corpo em relação à perna, como também alterar algumas funções orgânicas para suprir a ausência do membro. O indivíduo altera toda sua motilidade e, como consequência, seu modelo postural. Com a obesidade, as limitações corporais, tal como o esporão calcâneo, traz ao indivíduo a necessidade de realizar as tarefas de outra forma (ou até mesmo não realizar), ou seja, de experienciar seu corpo de forma diferente, o que dá a ele uma nova imagem de si. Dessa forma, conclui-se, com base em Schilder (Ibid., p. 159), que a “modificação da função influencia imediatamente a Imagem Corporal, como se uma alteração da função fosse transmutada numa diferença estática e numa diferença de imagem”. As limitações geraram, nas entrevistadas, diferentes

sentimentos dentre os quais os mais citados são de **dependência e invalidez**, como mostrado nos seguintes discursos:

Eu ir a pé a lugar nenhum eu não ia, não conseguia, eu só dependia de carro e de outra pessoa pra ir comigo, então eu me sentia assim... Muito, muito mal, porque é horrível você ser dependente de alguém ou de alguma coisa (Participante13).

Eu não queria me sentir uma inválida. Apesar de usar muleta, eu nunca me abati. Eu não tomo medicação, pra mim aquilo era um suplício, me sentir doente, viver internada. Eu queria isso. Eu queria viver, ser útil, ativa, correr atrás... (Participante 15).

O sentimento de dependência e invalidez são fatores importantes na construção da Imagem Corporal e identidade do indivíduo nesse contexto. De acordo com Tavares (2003, p. 101), sentir-se reconhecido e valorizado em sua singularidade são fatores fundamentais na integridade da identidade corporal, o que, segundo a autora, “é ponto de partida para desenvolvimento de uma Imagem Corporal integrada e positiva. Garante a vivência de sua impulsividade em um contexto prazeroso em que sua energia vital flui nas atividades em que realiza”. A não ocupação de papéis e funções em seu contexto pode fazer com que o sujeito sinta-se desintegrado de sua identidade e de seu significado enquanto ser existencial.

O pensamento da autora é confirmado nos relatos das Participantes 17 e 20, no sentido de conquistarem novamente a independência de movimentos e poderem ocupar suas **funções e papéis** em seus contextos sociais, o que representa grande satisfação e importância por terem recuperado sua autonomia:

No meu trabalho, antes eu tinha que pedir as coisas... Na obesidade, eu nunca fui acomodada, mesmo com todo o peso, o pessoal ficava impressionado de me ver fazendo vitrine [Ela trabalha em loja]. E hoje subir em cima de um banco, para algumas pessoas, pode parecer banal, mas para mim não é.

Eu já consigo vestir minha roupa, já consigo calçar meu sapato, umas coisas bestas que eu até chorei quando fiz as primeiras vezes [...] então o que mudou foi essa sensação de me sentir mais

independente. Eu consigo fazer as coisas em casa melhor, limpar minha casa...

A incapacitação, de acordo com Benedetti (2003), exige um ajustamento. E isso dependerá do tipo de incapacitação e dos papéis ocupados pelo indivíduo antes da enfermidade, bem como da estrutura e da flexibilidade da família. A autora salienta ainda que o adoecimento crônico não incide apenas sobre o doente, mas sobre todas as suas redes de relações, sendo importante que estas sejam entendidas para que se compreenda o “significado e o re-significado da transição saúde-doença-saúde” (Ibid., p. 72).

Dessa feita, os papéis de mãe, dona de casa e de mulher, perfil das entrevistadas, confirma a afirmação da autora, na medida em que a obesidade interfere nessas funções. Ou seja, ser mãe e não poder interagir com os filhos, ser dona de casa e não realizar as tarefas correspondentes são aspectos que sobressaem nos depoimentos. Os relatos mostram como isso modificou após a perda de peso:

Eu dou mais assistência aos meus filhos em casa, coisa que eu não fazia, entendeu? Eu ia ao mercado, não aguentava vir com uma sacolinha do mercado [...] as pessoas do mercado tinham que levar pra mim (Participante 13).

Muita coisa que eu não fazia na minha casa sozinha eu faço agora, não dependo de ninguém. Limpar as coisas no alto, subir e descer as escadas, limpar uma janela, isso era meu filho que fazia porque eu tinha medo de subir e cair (Participante 14).

Tavares (2003) apresenta estudos referentes aos aspectos tangíveis e intangíveis do movimento. Aqueles se referem ao teor utilitário do movimento, já estes ao significado especial que um movimento possui para o indivíduo e que o remete a uma sensação de prazer, traduzindo a relação entre o sujeito e o próprio movimento.

Tavares (2003, p. 101-102) afirma que:

Os aspectos intangíveis do movimento se referem às nossas singularidades, como as que emanam de nossos impulsos. A continência desses aspectos intangíveis em nossos movimentos cotidianos garante melhor qualidade de vida, uma vez que nossa vida é preenchida por movimentos, muito deles direcionados para o trabalho ou funções específicas.

Poder voltar a trabalhar e estudar faz parte dos **aspectos tangíveis** e que segundo Tavares (2003), garante recompensa externa, como salário e relacionamento social. Mas o que existe de especial nessas funções para cada indivíduo? Ou seja, o que significa, para cada mulher entrevistada, ter o seu corpo limitado em suas funções que as impede de desempenhar alguns papéis em suas vidas? A Participantes 1, sobre o assunto, assim se expressa:

Eu me escondia atrás da gordura, não queria saber de mais nada. Logo depois que eu operei, eu pude voltar a viver e procurar outras coisas para mim. Hoje eu me sinto mais ágil. Eu vou andando em tudo. Eu fico o tempo todo no hospital [local de trabalho dela] em pé e, se fosse antes, não daria.

Também houve uma entrevistada que relatou: “Voltei a trabalhar. Eu já trabalhei de motorista particular, um ano, saí. Tudo de bom aconteceu comigo depois da perda de peso” (Participante 4).

Pode-se perceber que as entrevistadas não se reportam às recompensas como o salário, por exemplo, mas sim ao quanto é gratificante para elas poderem realizar tais tarefas. Desse modo, poder ocupar um papel social e se sentir reconhecido traz o sujeito ao contato consigo, integrando-o à sua identidade.

A função sexual, o relacionamento com o companheiro, é também reportada e aqui exemplificada pelas participantes 16 e 6, que relatam melhora e maior interação com o cônjuge:

Tenho prazer sim com meu corpo... Até em relação sexual, posições diferentes. Antes eu não tinha vontade de ter relação sexual. Antigamente eu não tinha vontade de ter. Eu achava que eu não era normal. E hoje, depois de 40 anos, eu penso: gente eu perdi muito tempo!

Atrapalha o sexo, muito pesada como eu ia transar? Agora namoro que é uma beleza! Até comprei calcinha nova! (tira da bolsa e me mostra). Melhorou muito o sexo com meu marido.

Nesse momento, o papel de mulher e esposa toma novos sentidos e prazeres na descoberta do próprio corpo e a relação com o cônjuge.

A relação com o mundo externo à sua casa, em situações em que os olhares se voltariam para ela, tais como em ônibus, cinema e teatro, já não ocorre mais como no relato da Participante 11:

Eu ficava esperando horas e horas um ônibus vazio para poder entrar. Hoje entro no ônibus pela porta de trás, posso levar minha filha no cinema, teatro: posso levar ela. Hoje porque quando eu ia ao cinema eu tinha que sentar lá atrás porque o banco não cabia, aí tinha que sentar na pontinha. Se entrasse no ônibus, você tinha que sentar na pontinha, eu ainda brincava: eu pago passagem inteira e tenho que sentar só na metade. Hoje é normal.

As Participantes 7 e 19 também tecem considerações a esse respeito, contando a dificuldade de se adequar a cadeiras e participar de eventos:

Eu fui ao cinema aí é que eu vi a dificuldade. Eu fui ao cinema e não tinha cadeira para mim. Aquela cadeira já ficou me sufocando. Eu já tive que pedir outra cadeira! Foi até na formatura do meu filho que eu tive que pedir outra cadeira, porque não tinha cadeira para mim, que desse confortavelmente sentada. Aí isso me incomodou, porque, assim, eu já não posso ir ao cinema, eu fiquei com aquilo na cabeça, ao cinema eu não posso, se alguém me convidar pra uma festa nesse local eu tenho que desistir porque eu não posso ir. Ou, então, eu tenho que ficar pedindo cadeira (Participante 7).

O que mais me incomodava era cadeira. Todo evento que a gente vai, formatura, mesmo restaurante, eu ficava com medo da cadeira quebrar... Eu ficava sempre "com um pé atrás". Em qualquer coisa que eu não conseguia, subir escada... Qualquer coisa que eu não

conseguia fazer antes e hoje eu consigo eu fico feliz (Participante 19).

Tais relatos evidenciam o quanto o padrão corporal é da menor silhueta, e ainda os espaços, tais como como cinema, teatro, ônibus, entre outros, ainda não estão preparados para receberem essas pessoas, colocando-as em situações constrangedoras e, algumas vezes, excluindo-as.

Ressalta-se, também, **a relação estabelecida com o corpo após a perda de peso**, a experiência de possibilidades de movimento, bem como a realização de tarefas, que ficam expressas nas falas das seguintes entrevistadas: “Eu tinha medo de andar [...] o andar hoje é um prazer, porque antes era uma agonia, eu andava olhando para o chão com medo de cair” (Participante 3). E ainda:

Hoje eu ando de bicicleta, há cinco anos eu jamais subiria numa bicicleta. Tudo que eu quiser fazer hoje eu faço. Antes nada me era possível. Uma que eu não queria que fosse, eu hoje quero, eu consigo mesmo se tiver algum obstáculo (Participante 4).

Eu dou muito mais valor em andar, sair. Hoje eu consigo fazer muita coisa que antes eu não fazia. Igual hoje eu trabalhei o dia em pé, coisa que há dois anos atrás eu não conseguiria fazer (Participante 9).

Além disso, essas mulheres relataram dificuldades em cuidar de seu corpo, como apresenta a seguinte entrevistada:

Agora eu já consigo, mas eu achei o máximo porque eu não conseguia. Quando eu tomava banho, pra depilar era um desespero. Eu tinha que sentar no chão do banheiro, por um espelho e via aquela coisa imensa (risos) (Participante 20).

É notável a satisfação das entrevistadas no sentido de voltarem a perceber seu corpo em movimento, realizarem atividades de seu cotidiano e poderem ter cuidados pessoais com seu corpo. Tais atividades não só lhes possibilitaram a voltar

a se movimentar, como também a estarem em contato, novamente, com suas sensações internas. Reportando-se novamente a Tavares (2003, p. 102), para salientar a importância da conexão do indivíduo com suas sensações corporais, tem-se que “é o vínculo de cada movimento com nossa realidade interna que sustenta a nossa identidade durante toda a nossa vida”. É necessário tornar as sensações corporais tão verdadeiras e pertinentes ao corpo quanto outros elementos, tais como o fisiológico, o cultural ou o afetivo. Assim, esse contato com o corpo, com suas sensações, dará ao sujeito a noção de quem ele foi ontem, de quem ele é hoje, e será referencial de quem ele será amanhã.

Em concordância com Tavares (2003), Turtelli (2003, p. 66) lembra que o “movimento é imprescindível na construção da Imagem Corporal”, não apenas o movimento do presente, mas também memória e experiência motora que o sujeito trás com ele. A autora ainda salienta que é através do movimento que o indivíduo passa a conhecer seu corpo e o mundo a seu redor. Assim, retomar a liberdade de se mover livremente aparece nos depoimentos, gerando prazer e trazendo ao sujeito um novo comportamento, uma nova forma de lidar com seu corpo, expresso no relato da Participante 8:

Eu vou andar, vou dançar. Tem gente que pergunta que dança é essa, e eu falo que é qualquer uma. Eu ponho uma música lá e começo a dançar em frente ao espelho. Eu tô exercitando não tô? Dá que tem uma hora que você não pode sair ou não está a fim de sair, você está lá. Eu não me vejo mais na frente da televisão comendo. Não gosto mais dessas coisas. É muito bom nossa! É uma coisa assim... Pra quem tinha aquele peso todo e hoje se vê podendo mexer o corpo é tudo de bom!

Pode-se perceber, nesse depoimento, a mudança no que tange à interação da Participante 8 com seu corpo e com o mundo. Pode-se inferir que ter autonomia, ocupar papéis e executar funções diárias, mesmo que sejam simples, devolvem ao corpo a sua função primária: interagir e se comunicar, contribuindo, desse modo, para a formação da identidade. Tavares (2003, p. 104) explica esse dinamismo, afirmando que “diferenciamo-nos no mundo pelas nossas percepções. O desenvolvimento de nossa identidade corporal está ligado à vivência e ao

reconhecimento de nossas percepções. Isso permite a construção de um 'eu corporal' verdadeiro".

Assim, poder ter uma segunda chance de refazer a vida, livrar-se do estigma "doente", da invalidez e da dependência, bem como retomar o contato com o corpo, toma outros sentidos e significados representados pela fala da Participante 15, a seguir:

É todo dia que eu abro o olho de manhã e vejo que estou viva, quando eu acordo, quando estou na sala de aula, quando estou no estágio, quando estou andando na rua, no meu serviço todo dia... Porque não estou mais doente, estou viva, eu consegui ludibriar a morte.

A partir desse relato, percebe-se que, muitas vezes, a recuperação das funções ora prejudicadas trouxe aos sujeitos uma nova perspectiva de vida e uma (re) descoberta de seus corpos, reavendo funções e papéis, descobrindo novas possibilidades de movimento, trazendo-os novamente a uma estreita relação com suas percepções. Verifica-se a importância disso na seguinte afirmação de Tavares (2003, p. 104):

Percebemos o mundo existindo. E é reconhecendo e vivenciando plenamente nossas percepções que existimos plenamente. Porque a base do sentido do eu está no reconhecimento do corpo, e no desenvolvimento de representações mentais do corpo coerentes com nossa realidade existencial.

A relação estabelecida entre doença, funcionalidade e Imagem Corporal merecem atenção cautelosa, pois um corpo adoecido, muitas vezes, é incapaz de realizar algumas funções. Por exemplo, o obeso mórbido que não apenas deixa de ser útil, perdendo sua integridade funcional e física, mas também corre o risco de impactar negativamente sua Imagem Corporal, perdendo a conexão com suas sensações e percepções internas, comprometendo a construção de sua identidade corporal.

No grupo pesquisado, a obesidade afetou tanto a funcionalidade do corpo quanto a aparência. O ganho e a redução brusca do peso podem, em alguns casos, afetar negativamente a imagem que o sujeito tem de si, e são esses meandros da Imagem Corporal que serão discutidos no próximo item deste estudo.

4.5.2 Aparência e Imagem Corporal

Assumindo aparência como a forma que o indivíduo se apresenta ao mundo - que inclui características físicas, adereços, roupas, atitudes corporais entre outros - pode-se constatar, por meio dos discursos das entrevistadas, o que afirma Cash (1990): a beleza e a aparência física afetam as relações sociais e exercem efeitos inter e intrapessoais. A Imagem Corporal é repleta desses aspectos, e seu desenvolvimento se relaciona com ambos. A aparência física é uma criação de cada indivíduo em resposta ao meio em que vive.

Para Malysse (2007, p. 118), a aparência “parece ter um papel determinante nos processos de aquisição e identidade e de socialização”. A aparência será julgada de acordo com a memória afetiva e os valores do receptor. Essa interpretação trará ao sujeito impressões que poderão influenciar seu autoconceito.

Assim, para essa discussão, ao destacar a aparência como importante componente da Imagem Corporal, relembra-se Schilder (1994), quando afirma que os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais não se manifestam de forma isolada, mas em interação.

Chama-se a atenção para o fato de que condições fisiológicas, tais como obesidade/emagrecimento, saúde/doença, têm uma representatividade social que refletirá sobre a Imagem Corporal do sujeito de acordo com a relação que esse tiver com seu ser existencial.

Dessa forma, a aparência figurou nas entrelinhas dos discursos, em diferentes momentos aqui apresentadas. A **discriminação** foi uma categoria notoriamente destacada entre as entrevistadas, as quais deixaram claro que, por vezes, sentiram-se rejeitadas em função de sua aparência física.

Ressalta-se que, em 40% dos relatos, as **lojas de roupas** apresentaram-se como espaços onde as mulheres disseram ter sofrido preconceito devido à sua obesidade, como informa a Participante 3:

Dá uma passeada na cidade e dá uma olhada nas vitrines [...] não tem nada do seu tamanho. Aí você vê que você é uma aberração, porque senão tinha seu tamanho pra vender. Eu sofri muito preconceito. De chegar em loja e uma vendedora virar as costas e sair pra lá e a outra virar pra mim e falar: “não tenho nada do seu tamanho” [...].

Essa grande convergência sobre a questão da roupa leva a pesquisadora a considerar a seguinte relação feita por Schilder (1994, p. 177-178): “nos identificamos com os outros através das roupas. Ficamos iguais a eles”. Além disso, a roupa, ao se incorporar à Imagem Corporal dos sujeitos, ela os transforma.

Assim, essa diferenciação e esse distanciamento de um padrão de tamanho, forma e beleza fazem com que essas pessoas se sintam extremamente diferentes de seu contexto, podendo gerar uma experiência negativa que irá impactar também da mesma forma a Imagem Corporal.

Dixon et al. (2002) afirmam que pessoas gravemente obesas sofrem de discriminação, estigmatização e preconceito em razão de sua aparência. Esse preconceito é capaz de gerar um sentimento de tristeza e até de inferioridade como afirma a Participante 10:

Na época da obesidade, eu não me sentia inferior no dia-a-dia, eu me sentia inferior quando acontecia um lance desses. Quando o preconceito ficava bem transparente. Nesse caso, da loja, do ônibus... Não sei se inferior, mas eu me sentia mal. Isso me fazia mal, me dava tristeza.

Schwartz e Brownell (2002) alertam para o fato de que indivíduos obesos podem internalizar tais sentimentos e se culparem, e, conseqüentemente, essa estigmatização ter impacto negativo sobre a imagem que ele tem de si. E de fato, isso pôde ser percebido no relato da Participante 10, no qual observa-se que o

preconceito atingiu a pesquisada a ponto de modificá-la em seu estado de humor e sentimento com relação a si mesma.

Ambientes de alimentação como restaurantes, lanchonetes e festas são apontados, em 30% dos discursos dos sujeitos, como locais em que eles eram alvos de críticas devido ao excesso de peso, como relatam algumas entrevistadas: “Aí você vai numa festa não come por vergonha porque as pessoas olham como se fosse acabar com o que tem” (Participante 11). E ainda: “O obeso é sempre discriminado em todos os lugares: você vai numa festa, por menos que você coma, a pessoa magrinha esteja comendo muito, as pessoas sempre vão achar que você comeu mais” (Participante 8).

Fischler (1995, p. 70), ao falar dos significados sociais da obesidade, ressalta que a “corpulência traduz aos olhos de todos a parte da comida que nós nos atribuímos, isto é, a parte que tomamos para nós, legitimamente ou não, na distribuição da riqueza social”. A Participante 11 relata isso ao falar sobre o preconceito em ambientes de alimentação e festas: “aí você vai numa festa não come de vergonha porque as pessoas olham como se você fosse acabar com tudo o que tem”. O peso social da obesidade recairá sobre o indivíduo de acordo com o entendimento de obesidade de que o grupo ao qual ele pertence possui e no que ele próprio também acredita. A forma como a pessoa se vê está inundada desses aspectos sociais sobre sua aparência e/ou seu comportamento.

Um exemplo a ser destacado a esse respeito é a culpabilização pelo descontrole. Esse aspecto pode ser notado no depoimento da Participante 4, quando ela afirma que “se você vai a numa lanchonete, todos te olham e pensam assim: ‘olha lá não é à toa que é gordo!’ Tem sempre aquele preconceito.”

Goldenberg e Ramos (2007, p. 25) apontam para o fato de que, cada vez mais, a fim de exibir o corpo sem culpa, é preciso cuidar dele e se responsabilizar por ele e, acima de tudo, ter “um (auto) controle de sua aparência física”. Mas, conforme Benedetti (2003), ao perderem o controle sobre si, tais indivíduos perdem também o *status* de pessoas normais, e tal anormalidade se evidencia no descontrole dos hábitos alimentares e, conseqüentemente, nas formas corporais exageradas.

Comentários e chacotas a respeito da aparência do indivíduo obeso foi algo destacado em 25% dos depoimentos:

São comentários ridículos, chacotas, você não consegue passar despercebido do mundo, o mundo te olha com o olho mais gordo do que você que não tá cabendo naquela roupa. O olhar de terceiros te machuca (Participante 3).

Também outra entrevistada revelou: “Por trás, sempre havia alguém dizendo: a baleia, a gorda, a gordona...” (Participante 9). Tais comentários podem ser carregados com o indivíduo por toda uma vida, pois corre-se o risco de que ele internalize esses atributos, tomando-os como verdadeiros e admitindo para si uma postura de inferioridade em relação aos demais. Essa estigmatização se estende a **ambientes de trabalho**, representando 15% dos depoimentos das entrevistadas e aqui exemplificada pelos seguintes relatos: “Ninguém te dá emprego, todo mundo te olha com cara como se você fosse bicho [...]” (Participante 11). E ainda:

Com toda certeza, eu cheguei a perder empregos por ser obesa. Eu ia para as entrevistas e praticamente acertava todas as respostas, mas, no final das entrevistas, não sei por que eu não passava. Aí aconteceu da mesma agência de empregos me convidar para fazer outra entrevista, eu. Ao chegar, a menina pegou minha ficha e eu vi que estava escrito no verso: candidata muito gorda. Nossa, quando eu vi isso, eu logo pensei que por esse motivo eu não passei. Fora essas pessoas que não falavam diretamente a mim, tipo, não dá emprego a gordo porque eles são muito sedentários, faltam no serviço, essas bobearas. Eu era considerada uma gorda sem responsabilidade. Concluindo: preconceito (Participante 13).

O preconceito sobre o obeso pode não atingir apenas ele, mas pode incidir “sobre toda a rede de relações” (BENEDETTI, 2003, p. 72), como no caso de duas Participantes as quais relatam que os **filhos** sofreram rejeição na **escola**:

A minha filha foi muito recriminada por minha causa na escola [...] as mães não deixam brincar com filho de gordo não! Com coisa que é

uma doença que vai pegar... Minha filha foi muito discriminada, muito sozinha (Participante 11).

Teve uma vez que minha filha pediu pra mim não buscá-la na escola, ela estava no prezinho, nossa eu chorei três dias. Mas depois, custou pra “cair a ficha” que os meninos mexiam comigo e ela tinha pena de mim, mas na minha cabeça ela tinha vergonha. As crianças sempre falavam: “mãe do fulano é gorda, mãe do fulano é preta, mãe do fulano é baixa”, sempre tem alguma coisa (Participante 20).

Ressalta-se que, apesar de terem sido poucos os relatos, eles expressam a dimensão que a estigmatização da obesidade pode atingir na vida de um indivíduo obeso.

Além dos atos declarados de discriminação e preconceito, a percepção do **olhar do outro**, antes e após a Cirurgia Bariátrica, foi bastante destacada nas falas. Tal percepção recaía a todo momento sobre questões relativas à aparência. Malysse (2007, p. 117) chama a atenção para o fato que o “corpo é uma verdadeira moeda de troca nas relações sociais”, então se torna pertinente entender os papéis sociais da aparência. Ainda de acordo com a autora, a aparência se constrói mediante a indexação do olhar do outro, e esta é importante na construção e interpretação de sua própria imagem. Isso porque, de acordo com Lovo (2006), a Imagem Corporal compreende também a relação entre como a pessoa se vê e como ela acredita ser vista.

Iniciar-se-á o estudo por meio dos depoimentos que divergem dos demais nessa categoria: em 15% dos relatos, as entrevistadas disseram **não se importar** com o olhar alheio, como se pode verificar nos seguintes relatos: “As pessoas me olhavam, mas eu não via sabe. Comentavam, mas eu não ligava” (Participante 13). E ainda:

Sem brincadeira, eu nunca liguei [...] o que me atrapalhou é que o olhar das pessoas nunca me incomodou. Me chamavam de baleia mas eu não ligava, pois não eram eles que colocavam arroz e feijão na minha casa (Participante 2).

A mesma postura teve a Participante 7, ao afirmar que:

Os outros não me interessavam. O resto é resto. Eu que me interessava. O que eu tenho, o que eu estou passando, as dificuldades que você tem. Eu acho que você tem que saber enfrentar elas.

Apesar de declararem não se importarem com a aparência, as participantes, em alguns momentos, deixavam transparecer, contraditoriamente, que o olhar do outro, de alguma forma, mexiam com elas, em seus sentimentos e na forma de ser, como declara a Participante 2: “a gente é um saco de batata. E as pessoas tratam a gente assim”, reforçado pela participante 13, que informa: “as pessoas olham a gente com outro olhar. Porque o gordo é feio, torna-se uma pessoa feia, as pessoas têm medo”.

Schilder (1994) destaca o quanto o mundo externo influencia na construção da identidade e na Imagem Corporal de um indivíduo, podendo ocorrer que o olhar e os comentários do outro crescem com a pessoa e se tornam parte integrante dela. Em concordância, Cash e Fleming (2002, p. 278) afirmam que as interações sociais são o “espelho” a partir do qual os indivíduos formam atitudes, crenças ou imagens sobre si mesmos.

Isso se torna evidente, pois, em 45% dos discursos, havia a percepção do **olhar crítico** como se ser obeso fosse algo “anormal”, presente nos seguintes relatos:

Eu pensava que meus pais gostavam mais dos meus irmãos do que de mim [...] nossa que enorme! Com certeza, era isso que as pessoas pensavam. Essas coisas que as pessoas pensam influenciam muito (Participante 1).

Eu não me sentia incomodada. Porque o obeso não é coisa bonita de ser vista, incomoda as outras pessoas. A gente não se incomoda, às vezes, você até se sente bem, mas, às vezes, a pessoa é que faz você se sentir mal (Participante 12).

Era vista como um bicho, como diferente... Muito ruim [...] porque antes a pessoa te vê colorida na rua. Com coisa que você se pintou

de vermelho, roxo, laranja, você está com uma melancia na cabeça (Participante 11).

Confirmando as considerações apresentadas pelas entrevistadas, Barros (2001) enfatiza que o olhar do outro é muito importante na configuração da Imagem Corporal, pois esta mudará, dependendo da aceitação e do julgamento que os outros fazem da imagem de seu semelhante. Há uma inter-relação na qual não se percebe o início e fim.

Assim, os sentimentos, as ações e os interesses do outros voltados para o corpo podem incidir sobre o modo como a pessoa se vê. A **penalização** do outro sobre o obeso figurou em 15% dos discursos, podendo ser retratada pela fala da Participante 20:

Aquela sensação de que todo mundo tá te olhando com aquela coisa de pena, coitadinha, novinha tão bonita e gorda, sabe, ou então, aquela coisa que eu tinha que achar que eu era abençoada porque eu era casada, por ter conseguido um marido gordo [...] se algum moço bonito passasse e olhasse pra mim, eu nunca iria achar que ele estava me achando bonita, sempre achava que estava com olhar de crítica.

Nesse caso, pode-se inferir que o olhar de “pena” trouxe a esse grupo sentimentos de inferioridade, maior conformismo com sua situação e aceitação do mínimo que possui em sua vida, sendo talvez por isso que, na maioria dos casos, os indivíduos não faziam nada para se tratar, ou então a falência no tratamento levava logo à desistência por parte do sujeito.

Nesse íterim, frente a uma necessidade de sentirem-se integradas ao meio, em 20% das entrevistas, percebeu-se que, para serem aceitas, as mulheres tentavam **ser alegres e simpáticas** o tempo todo, mesmo que, no momento, não se sentissem assim. A Participante 16 expressa tal sensação muito bem do seguinte modo:

Às vezes, eu fazia as coisas pra agradar os outros porque eu não queria ser aquela gorda chata, além de ser gorda, eu não queria ser

tachada de nada mais [...] eu vivia em função dos outros [...] às vezes eu era simpática querendo ficar no meu canto, às vezes, eu não queria conversar com ninguém, como todo mundo. Então eu era uma pessoa assim, que estava sempre feliz, sempre contente, sempre sorridente, ninguém me via triste.

De acordo com Fischler (1995), o obeso assumirá um determinado papel/personagem social, que será o preço que ele pagará para não ser rejeitado totalmente em seu meio.

Aceitar esse papel de “gordo simpático” pode fazer, muitas vezes, com que o indivíduo seja “sacrificado em sua essência, massificado e reduzido mesmo a um elemento útil ou inútil do sistema” (TAVARES, 2003, p. 84). Dessa maneira, o indivíduo pode se afastar de si mesmo, de sua realidade, e suas ações passam a ser direcionadas por gratificações secundárias. A autora ainda afirma que os indivíduos agem guiados ora por suas sensações, ora por seus estímulos externos, e que isso se torna natural no processo de desenvolvimento.

Um incômodo presente em 20% das respostas versa sobre os comentários feitos apenas sobre o **rosto**. Schilder (1994, p. 207) aborda o assunto, enfatizando que ele tem uma

Importância especial para a Imagem Corporal como um todo, pois ela é a parte mais expressiva do corpo e aquela que pode ser vista por todos. Comunicamo-nos através do rosto, e também há um significado psicológico especial pelo fato de a boca, um dos principais órgãos de comunicação, localizar-se no meio do rosto.

Os depoimentos das Participantes 2 e 20, respectivamente, confirmam tal reflexão:

Todo mundo fala: você tem um rostinho tão lindo, porque não emagrece? Todo gordo ouve isso. E a gente odeia. Porque você não é um pedaço e daqui (do pescoço pra baixo) pra lá não deu certo. Você é um conjunto.

Mais ódio me dava porque todo mundo ficava falando que eu era tão novinha, tinha um rosto tão bonito, aquelas frases feitas que as

peças nem falam por maldade, mas deixam a gente com depressão e ansiedade.

Outro sentimento relatado é a sensação de **desleixo**, como no seguinte relato: “as pessoas acham que a gente é **gordo porque quer**” (Participante 19), presente em 10% das respostas. Ou como melhor explica essa sensação, a Participante 20, enfatizando ainda a diferença que a sociedade coloca entre os gêneros:

Porque a mulher gorda parece dar a impressão de desleixo e homem gordo parece que não, parece que dá a sensação de fartura, sei lá. Por exemplo, meu marido é gordo, pesa 120 kg, e ninguém implica, ninguém fala nada. Mas comigo era diferente, parece que o olhar de aceitação é diferente. Se você vê um homem gordo com uma mulher bonita ninguém fala nada, agora se for o contrário, as pessoas pensam: será que ele gosta dela mesmo? Como ele gosta dela gorda desse jeito?

Para melhor entender esse depoimento, torna-se necessário voltar ao aspecto social da obesidade embasado por Goldemberg e Ramos (2007, p. 31), que afirmam: “a gordura, a flacidez ou a moleza são tomadas como símbolo tangível da indisciplina, do desleixo, da preguiça, da falta de certa virtude, isto é, da falta de investimento do indivíduo em si mesmo”. Os autores confirmam o sentimento expresso pela entrevistada. Ou seja, estar acima do peso pode significar não ter responsabilidade com o seu corpo, e isso, em tempos em que a saúde e a boa forma estão em primeiro lugar, é quase que transgredir uma lei.

Também é interessante notar, nos discursos, como o **olhar do outro após a Cirurgia** é percebido pelas entrevistadas. Nos relatos, serão encontradas novas sensações e reações ao olhar alheio que observa as mudanças sofridas na aparência física após a Cirurgia Bariátrica.

Apenas uma participante relata: “eu não quero nem saber o que eles estão pensando”, demonstrando não se importar. No entanto, continua sua fala dizendo: “a maioria dos olhares são de admiração: ‘nossa você foi tão corajosa!’” (Participante 1).

Em 40% dos relatos das pesquisadas, esteve presente a seguinte percepção sobre o olhar do outro: o olhar passa de preconceituoso a **admirador**. A receptividade desses comentários e a relação de cada sujeito com seu eu e suas sensações são alguns dos fatores que determinarão o quanto esse olhar influenciará e, até mesmo, direcionar a imagem de si e suas ações.

Um reforço a tal sentimento, e o primeiro a ser relatado sobre a impressão do olhar alheio, no pós-cirúrgico, ou seja, **sentir-se uma pessoa normal** diante do olhar alheio figurou em 40% dos relatos, como no depoimento do Participante 3, a seguir: “Para as pessoas desconhecidas, eu sou uma pessoa normal. Mais um rosto na multidão, por sinal um rosto muito bonito vários homens olhavam. A coisa muda completamente.”

Tal discurso é reforçado por meio do depoimento da Participante 11, quando afirma: “Hoje sou normal. Hoje as pessoas me olham normal. Hoje ninguém me olha reparando, ninguém cochicha”. O ‘normal’ dito pelas entrevistadas tem a conotação de não se destacar (negativamente) no meio de outras pessoas, por isso toma aqui um sentido especial de invisibilidade.

Edmonds (2002), ao estudar a cirurgia plástica no Rio de Janeiro, percebeu que o objetivo de sua realização é trazer ao indivíduo a normalidade, a invisibilidade ou a perfeição diante do olhar alheio. Pode-se fazer aqui uma analogia à Cirurgia Bariátrica, ao considerar ambos os procedimentos modificadores da Imagem Corporal, em que a Cirurgia não é buscada pelas Participantes desta pesquisa a fim de se tornarem ícones de beleza estética, mas para se identificarem com o meio em que vivem, um modo de poder se integrarem ao contexto, interagindo com o mesmo.

Tal sentimento é algo que traz satisfação a essas mulheres, o pode ser percebido no seguinte relato:

Eu me sinto muito orgulhosa, saber que eu sou normal que eu posso entrar num lugar que minha filha vai ser bem tratada, que eu sou tratada bem. Hoje eu me sinto uma pessoa normal, realizada! (Participante 11).

Tal relato é reforçado no discurso da Participante 20 do seguinte modo:

A minha sensação hoje é que eu não me destaco mais no meio das pessoas, eu me sinto igual a todo mundo. Eu chego no restaurante e ninguém vai olhar pro meu prato, então a imagem que eu tenho de mim é que eu sou igual a todo mundo. Dentro da minha casa, eu não sou mais a gorda da família, eu não sou ponto de referência. Eu converso com todo mundo... Hoje as pessoas falam menos.

Essa mudança na imagem de si, de se ver “um monstro” (Participante 11), de ser diferente para uma pessoa considerada normal, é explicada por Schilder (1994, p. 208) quando ele afirma que “as imagens corporais nunca estão isoladas”. Só se é belo, feio, gordo, magro diante de uma audiência, onde ao mesmo tempo se é ator e espectador, ou seja, as pessoas são, a todo tempo, influenciadas e influenciam na Imagem Corporal do outro. O autor explica que tal relação é determinada pelo fator de proximidade e afastamento espacial e emocional. A partir disso, elas criam uma Imagem Corporal de acordo com suas necessidades e tendências, que, no entanto, segundo Schilder (1994), não é inalterada, sofrerá alterações de acordo com o estado emocional do indivíduo. Ademais, há uma mudança constante nas relações espaciais e emocionais com as Imagens Corporais das outras pessoas e também com a construção das Imagens Corporais destas, fazendo com que haja uma construção criativa da imagem social.

A mudança na aparência física provoca reajustes nessa dinâmica apresentada pelo autor. Estar com o corpo “socialmente” aceitável aparece nos discursos juntamente com o surgimento do sentimento de **liberdade** para ir onde e quando elas quiserem, além de **usarem qualquer tipo de roupa** sem serem recriminadas, representando 20% das respostas e exposto pelas entrevistadas do seguinte modo: “Eu uso as roupas que eu gosto, por exemplo, vermelhas, porque chama a atenção, porque não? Mesmo se as outras pessoas não gostam eu uso” (Participante 2). Também a Participante 14 afirma: “A gente perde aquele medo de entrar numa loja e ter comentário”. E ainda, tem-se o depoimento da Participante 20:

A única sensação que eu tenho é que minha filha não precisa ter mais vergonha e eu ir à reunião na escola, eu ou tranquilamente nas

festas da cooperativa dos caminhoneiros porque eu sei que ninguém vai ficar falando que a mulher do Wesley²⁴ é aquele trombolhão gordão que vem lá, aqueles nomes todos que eu achava que todo mundo me chamava.

Schilder (1994) percebe o preconceito como uma forma de distância social das imagens corporais. Conforme o autor, isso variará, de acordo com o desejo que cada indivíduo tem de que se aproxime dele o corpo alheio. Em adição, isso apenas toma significado real quando se considera “o modelo postural do corpo em relação ao modelo postural dos corpos alheios” (Ibid., p. 210). Então, essas relações, presentes nos relatos das Participantes 2, 14 e 20, estão sob influência constante da criação intencional e emocional do indivíduo.

Desse modo, pode-se afirmar que quebrar as amarras da estigmatização pode significar a redução da distância social mencionada por esse autor anteriormente. Um exemplo disso é a atração pelo sexo oposto percebida em 15% das falas, exemplificado pelas participantes 12 e 10, respectivamente: “Hoje eu sou mais paquerada do que antigamente. Com 50 anos, eu sou mais paquerada!” e “Agora, quando eu passo, os homens já mexem!”

Os relatos apresentados mostram que estar bem com o seu corpo faz com que esses sujeitos consigam se perceber, sendo, inclusive, desejados pelo sexo oposto.

Destacam-se, também, as falas que são diferentes entre si, ou seja, apesar do sentimento de liberdade após a Cirurgia Bariátrica ser expresso na maioria dos relatos, no discurso da Participante 16, a **cobrança do olhar do outro** ainda a incomoda profundamente, representando 10% das respostas e aqui exposto do seguinte modo:

Eu estou vivendo uma cobrança muito grande. Porque a gente opera e as pessoas pensam: nossa, ela está comendo! [...] Você é muito observado sim. Mas eu acho que, em geral, o gordo é muito observado. Quando a gente é gorda, o povo olha pra ver o quanto a gente come. Agora, quando a gente emagrece, observa pra ver se não está comendo além. Cuidado: a cobrança continua!

²⁴ Nome fictício.

Esse sentimento de os indivíduos estarem sendo cobrados constantemente pode advir das primeiras experiências corporais que, segundo Pruzinsky (1990), permanecem na forma como eles lidam com seu corpo e com o meio externo. Ele ressalta, desse modo, que os mecanismos de defesa utilizados inicialmente são internalizados e utilizados inconscientemente mesmo que não haja necessidade deles mais.

Todo esse intercâmbio entre a Imagem Corporal do indivíduo e do outro, com frequência, influenciará **o olhar do próprio sujeito sobre si**.

Ao falar sobre como percebiam seu corpo na fase de obesidade, um dado muito interessante convergiu para 55% das respostas em que as entrevistadas **não se viam obesas**. Ou apenas percebiam-se obesas diante do olhar do outro ou do espelho, como no discurso das Participantes 5 e 20, respectivamente:

A gente se vê muito obesa quando os outros olham muito, aí você assusta, ou quando você olha no espelho, se você não tiver perante um espelho e estiver feliz, você não vê que você está obeso, você vê o seu ser, se você tiver uma vida tranquila e feliz, você não se vê obesa.

Todo mundo falava que eu estava muito gorda, mas eu não me via gorda, eu me via grávida, eu achava assim: minha filha nasceu no outro mês eu já estaria magra, eu não achava que continuaria gorda.

Existe aí uma rejeição, mesmo que inconsciente, ao corpo real do indivíduo, por motivos diversos. Schilder (1994, p. 27) ressalta que, em algumas ocasiões, em que existe uma incapacidade ou uma deformidade, há no sujeito uma necessidade de camuflar isso. Em suas palavras: “Podemos querer esquecer um defeito. Podemos desejar suprimir a ideia de que estamos incapacitados, mas a consciência atormentada do defeito estará sempre emergindo.”

Ao rejeitar sua realidade corporal, o obeso, muitas vezes, distancia-se de seu eu corporal. Tavares (2003) alerta para o fato de que é possível que a rejeição desse corpo real e o distanciamento das sensações corporais seja uma forma de proteção de suas limitações internas. Importa ressaltar que encarar a realidade corporal de estar morbidamente obeso, ou patologicamente obeso, provocou, nessas mulheres, o olhar sobre si como algo diferente de tudo, uma aberração,

captado em 35% dos discursos das entrevistadas, como destacado a seguir: “Eu não me achava diferente de todo mundo, eu achava que eu era uma coisa que não existia. Eu não me enxergava daquele jeito” (Participante 1). E ainda: “É quando você começa a olhar à sua volta e você percebe que o mundo todo tem outro parâmetro, outro padrão, e você está fora dele” (Participante 3). Também, na pesquisa, percebeu-se que houve mulheres que já nem saíam mais de casa antes da Cirurgia Bariátrica: “Eu me via um monstro, não saía pra lugar nenhum. Evitava o máximo de sair para os lugares, não levava minha filha em teatro, cinema, nesses lugares quem levava era meu marido” (Participante 11).

Percebeu-se, nos depoimentos das mulheres entrevistadas, que o que “sentimos e pensamos a respeito do nosso corpo influencia as relações sociais e é influenciada por elas” (BENEDETTI, 2003, p. 74). Ainda em conformidade com a autora, pôde-se constatar que não há dúvidas de que a condição física do sujeito obeso e suas conseqüentes avaliações sociais negativas repercutem no desenvolvimento de um autoconceito negativo. Talvez por isso uma forma de defesa seja a de se esconder atrás da gordura, como ocorreu em 15% dos relatos, ou se imaginando com outro corpo, como se expressaram as Participantes 17 e 10, respectivamente: “Eu me tranquei no meu mundinho, não tinha vida social” e “Imaginava assim que eu era como estou agora, era como se eu não fosse gorda, como se eu tivesse outro corpo. Eu me via em outro corpo.”

A Cirurgia Bariátrica, no público pesquisado, parece ter sido um “divisor de águas” nessas relações com o outro e com o próprio corpo. Justamente por isso, Cash e Strachan (2002) falam da necessidade de se promover uma aceitação da realidade corporal juntamente ao tratamento da obesidade.

As pesquisadas falaram sobre o **seu olhar sobre si após a cirurgia**. Destaca-se, inicialmente, que, em 70% das entrevistas coletadas, após adaptarem-se ao novo corpo e **sentirem-se bem e bonitas**, estes tornam-se os pontos mais referenciados nos discursos, em que se pode perceber uma mudança de conceitos, emoções e comportamentos, como observado nos depoimentos das Participantes 10 e 6, respectivamente: “Eu não me vejo uma pessoa diferente em tudo. A minha essência não mudou... Mas meu corpo, meu comportamento sim” e “Estou bem! Maravilhosa! Tudo que eu coloco fica bom: saia, blusa, vestidinho. Então estou ótima! Tem gente que se ainda se vê como obesa, eu não me vejo.”

Apesar disso, em 25% dos relatos, as entrevistadas disseram que num primeiro momento **não se reconheceram no pós-cirúrgico** como esclarece a Participante 3:

A minha alma não foi operada, a minha alma é gordíssima. A coisa mais simpática, à medida que eu fui emagrecendo, andando no centro da cidade, eu passava em frente às portas de banco, olhava e pensava: quem é essa? Já tiveram vezes de eu voltar pra ver se era eu mesma. Não me reconhecia. Eu ainda tenho essa sensação. No principio, já tinha emagrecido 40 quilos e eu caía da cama à noite, porque eu fazia uma força pra virar e, como eu tinha muito menos, eu caía da cama.

Pruzinsky e Edgerdon (1990) levantam uma questão interessante que confirma a fala da entrevistada: a mudança na estrutura corporal nem sempre é seguida, imediatamente, por uma modificação da Imagem Corporal. Para os autores, a acomodação psicológica é mais fácil quando a mudança física ocorre de forma amena e não brusca, como no caso da Cirurgia Bariátrica. Eles ainda corroboram, afirmando que o indivíduo o qual perdeu grandes quantidades de peso de forma acelerada retém em si uma imagem de obeso. Tal imagem desaparecerá à medida que a perda de peso vai sendo elaborada com o tempo.

Em certos casos, os sujeitos relataram oscilar a imagem que têm de si. Em alguns momentos, veem-se magros e, em outros, obesos, conforme relato da Participante 1: “Me dá uma insegurança, às vezes, eu me pego com pensamento da Alice²⁵ de antes... Com pensamento negativo, eu já falo: sai de mim, esse espírito é muito gordo pra caber em mim!” e também da Participante 8:

Então, tem hora que eu ainda me pego assim: obesa. Eu me sinto não sei como... ah! Eu não sei! Tem gente que diz que a gente muda muito. Mas do mesmo jeito que eu não me sentia engordando daquele jeito, eu ainda não senti esse emagrecimento todo. [...] A gente se vê no espelho, vê nas roupas mas você fala: meu Deus... se sente bem pra andar, mas o trem parece que fica aquilo guardado na memória. Eu não sei te explicar direito. Mas eu vou, às vezes, numa loja, aí fico assim: ah! [...] a gente que é gorda não tem nada que serve!

²⁵ Nome fictício.

Ao mudar as dimensões corporais, é fato que muitas circunstâncias também mudam na vida de um indivíduo, suas aptidões, sua forma de relacionar com o mundo e consigo. No entanto, de acordo com Benedetti (2003, p. 60), ter um corpo magro não é garantia de que essas relações sejam qualitativamente melhores. Dessa forma, a autora infere que o “bem-estar psicossocial depende também, e, sobretudo, da própria capacidade de lidar com a nova situação a que se está exposto.”

Pruzinsky e Casch (1990) fazem referência a essa acomodação da Imagem Corporal após uma mudança na estrutura corporal. Apesar de falarem de cirurgia plástica com o objetivo estético, é possível fazer uma analogia com as mulheres pesquisadas. Para os autores, a acomodação da Imagem Corporal segue uma trajetória que tem como primeiro passo a percepção da transformação da aparência – percepção visual e sensorial. A segunda etapa implica modificações cognitivas, quando há alteração no modo como o sujeito pensa a sua aparência e experiência corporal. A etapa seguinte são transformações emocionais e está vinculada ao grau que tal mudança influenciará na autoestima. A última etapa são as transformações comportamentais. Para os autores, depois que o indivíduo vivenciou positivamente as alterações perceptivas, cognitivas e emocionais, espera-se que, com o comportamento, ocorra o mesmo. Desta feita, quem se sente melhor com a nova aparência, possivelmente, adota novas formas de comportamento, inclusive não-verbais, que podem influenciar nas relações sociais.

Partindo-se dessa reflexão, pode-se inferir que o emagrecimento não incorre necessariamente e naturalmente em uma Imagem Corporal positiva. Parece haver uma exigência sobre a capacidade de mudança e adaptação à nova situação que não pode ser esperada de forma igual para todas as entrevistadas. Percebeu-se, por exemplo, na fala da Participante 5, em que ela afirma que só ficará bem após a realização de cirurgias plásticas: “o corpo tá muito feio, não dá pra admirar nada não, só depois, acho que da plástica, se Deus quiser, pelo menos abdome e seios, braço e perna não”.

Em um outro extremo, a Participante 8 declarou que se mostra totalmente satisfeita, expressando-se do seguinte modo: “eu acho que eu nasci de novo. Eu

acho que eu sou uma nova pessoa. Aquela Taís²⁶ obesa, deprimida, com pressão alta ficou para trás”.

Ademais, ao falar de mudanças na aparência, Schilder (1994) alerta que não se deve subestimar a importância da beleza e feiúra na vida das pessoas. A beleza pode ser o caminho para a satisfação completa do sujeito. Beleza e feiúra não contam apenas para a imagem que o sujeito tem de si, mas para a imagem que os outros constroem a seu respeito e que é tomada de volta. O autor complementa, afirmando que “a Imagem Corporal é o resultado da vida social. Certamente a beleza e a feiúra não são fenômenos do indivíduo isolado, mas fenômenos sociais de maior importância” (Ibid., p. 231).

Talvez seja por isso que tais aspectos – beleza e feiúra – estejam inter-relacionados a três elementos presentes nos depoimentos das Participantes, relacionando-se com a aparência e a Imagem Corporal: **espelho, vaidade e corpo novo**.

Tais categorias reúnem os discursos que identificam mudanças de comportamento das entrevistadas em resposta à mudança brusca em seus corpos.

No entanto, é possível lembrar Schilder (1994, p. 231), quando afirma que:

Nosso corpo é [...] uma imagem, e é construído em nós segundo nossas atitudes instintivas. Assim, uma modificação real da aparência só pode ter efeitos limitados. É verdade que uma operação plástica pode, ocasionalmente, mudar não só o corpo como a Imagem Corporal. Podemos reconstruir a Imagem Corporal. Podemos nos olhar no espelho e projetar a imagem do espelho em nós. Também podemos estudar a mudança de atitude dos outros e transferi-la para nossa Imagem Corporal. Mas todos esses fatores não terão papel decisivo quando não forem capazes de alterar a atitude psíquica do indivíduo.

Dessa forma, pode-se perceber que não há linearidade nas mudanças relatadas entre as entrevistadas, visto que o impacto da Cirurgia é diferente para cada sujeito.

Lidar com o **corpo novo** é, ao mesmo tempo, desafiador, difícil e prazeroso. **Descobrir-se** é um processo representado em 30% dos depoimentos, como relata a

²⁶ Nome fictício.

Participante 1: “Foi aos poucos... Eu fui me descobrindo de novo. É engraçado que eu fui emagrecendo muito rápido, eu continuo emagrecendo, eu fui me descobrindo aos poucos.”

A Participante 4 reforça a ideia de que, realmente, a adaptação depende de cada um, como se pode observar a seguir:

Eu só estranhei no início quando eu fiquei com o rosto muito fino, as pessoas perguntando... Mas depois eu fui me adaptando ao corpo novo à nova vida, hoje é muito tranquilo. Nunca tive problema de entrar em depressão, nada disso. Minha recuperação foi muito fácil porque eu quis. Depende do operado.

Pruzinsky e Cash (1990) confirmam tais relatos ao afirmarem que a forma como uma pessoa experiencia e percebe seu corpo tem relação estreita com a imagem que ela tem de si. E se essa relação for positiva, isso se refletirá, positivamente, em seu ser como um todo.

Assim, percebeu-se que, nos relatos em que a relação com esse novo corpo era positiva, o **autoconceito** também era **positivo**, apresentado por 30% dos discursos e exemplificado pelo discurso da Participante 3:

Eu não sonhava que quando eu deitei naquela maca eu ia ficar magrela, eu operando e ficando numa faixa normal sei lá 80 quilos estaria ótimo. Então, quando eu cheguei a 58, aí descambou aí eu falei: sou uma Barbie! Agora pra mim foi tudo de bom! Sou uma *miss*!

Em outro discurso, observou-se como a relação com a nova aparência pode provocar nas pessoas sentimentos de satisfação e, até mesmo, influenciar em suas relações sociais: “Eu estou satisfeita com minha presença física, minha aparência. Antes eu não tinha prazer em estar com as outras pessoas. Às vezes, eu estava ali, mas não estava satisfeita comigo mesma [...]” (Participante 3).

A ocorrência mais frequente de momentos de satisfação e prazer contribuem, de acordo com Tavares e Catusso (2007, p. 79), para a transformação da experiência perceptiva de imagens de partes do corpo segmentado para uma

imagem de corpo em unidade, reconhecendo as suas partes. As autoras ainda explicam que, sendo unidade a “Imagem Corporal ganha relativa estabilidade uma vez que as experiências de prazer e desprazer estarão contextualizadas no corpo como um todo.”

Outra experiência bastante relatada é o contato com o **espelho**. Antes da Cirurgia, 35% dos relatos mostram que as mulheres afirmaram **não se olharem no espelho**, como demonstra a Participante 14:

Gordo não olha no espelho! Quem falar que olha é mentiroso! Gordo não olha no espelho! Porque a gente se acha feio! Sabe quando eu comecei a me olhar no espelho? De corpo inteiro? Tem um mês e pouco agora. Gordo não olha no espelho. Olha só o rosto. Lá em casa nem tinha espelho de corpo inteiro.

De acordo com Barros (2001), o espelho reflete a imagem de um indivíduo do modo como ele é verdadeiramente. É uma experiência imediata, trazendo emoções relacionadas à (re) descoberta do próprio corpo, emoções essas que podem ser positivas ou negativas.

Acredita-se que é possível reter uma memória que, provavelmente, será vista, e talvez por isso essas pessoas entrem, muitas vezes, em conflito ao verem sua imagem e não se reconhecerem nela. A partir daí, pode-se dar início a uma série de críticas e julgamentos sobre si mesmo.

A esfera visual, de acordo com Schilder (1994), é uma grande influência na Imagem Corporal. O autor ainda pontua que o uso do espelho demonstra o quão pouco o indivíduo conhece de seu corpo, expressando a labilidade da Imagem Corporal e da “insuficiência dos dados imediatos, da necessidade de estruturar a imagem de nosso corpo num esforço construtivo contínuo” (Ibid., p. 236).

Prova dessa labilidade verifica-se nesse (re) descobrir o corpo, como se tem apontado neste estudo. O espelho, como objeto capaz de modificar a Imagem Corporal, é altamente presente nos relatos da maioria das entrevistadas, fato exemplificado pelas Participantes 2 e 8, respectivamente, que falam da **sensação de olhar no espelho após a perda de peso**. Tal sentimento é expresso em 45% das respostas e exemplificado a seguir: “Toda vez que eu me olho no espelho eu me amo. Eu já me amava, mas agora eu me amo mais” (Participante 2) e “Hoje no

espelho eu vou te falar... Parece que o espelho tem luz! [...] a minha vida agora é uma luz, uma luz diferente que eu não via há muitos anos” (Participante 8).

Destaca-se uma fala divergente na qual a entrevistada 13 afirma nunca se ter importado e ainda não se importar com espelho e vaidade:

Nunca fui de olhar (risos) até hoje (risos) eu não olho muito no espelho, não sou muito de me embelezar não, não gosto muito, não sou vaidosa, não gosto de certas coisas. Olha, pelo pouco que me vejo no espelho eu acho que já estou cabendo no quadrinho do espelho (risos).

É interessante notar que, além de haver tais diferenças entre os indivíduos, as entrevistadas se remetem à fase de obesidade para explicar algo em seu presente. A categoria **vaidade** evidencia muito isso, pois é nesse momento que o olhar é voltado para o corpo e o investimento na aparência.

Nesta pesquisa, anteriormente, já foi feita uma abordagem a respeito da reincidência grande nos discursos sobre a relação do indivíduo com roupa e plástica. No entanto, isso toma outra entonação quando é remetido ao período atual de suas vidas.

Em 80% das entrevistas coletadas, o investimento em roupa é associado à vaidade, como se pode observar no relato da Participante 3:

Outros prazeres que meu corpo me proporciona... o prazer de olhar pra mim. O dia que vesti biquíni, barriga saradinha, peitinho operado, eu vesti biquíni em janeiro do ano passado, eu estava na faixa de 60 quilos, eu estava bem durinha, vestir aquele biquíni, ainda que com as pernas moles, mas andar de biquíni, eu nunca tinha vestido biquíni. Só na infância. O resto com 10 anos era maiô. Eu tenho foto de maiô, parecendo uma orca nas praias de Cabo Frio. Os prazeres são tão diferentes... Um dos meus primeiros prazeres foi caber na roupa da minha mãe.

Schilder (1994, p. 177) afirma que “Ao mudarmos as roupas, mudamos nossa atitude”. Com essas palavras, explica-se a mudança de atitude da Participante 3 que, ao se ver vestindo um biquíni, algo sonhado desde a infância, este passa a

fazer parte de sua Imagem Corporal, ganhando o mesmo sentido e significado simbólico das partes corporais que agora ela pode exibir sem a pressão do olhar alheio, haja vista a fala: “orca dentro de um maiô”.

Assim, pode-se concluir que a experiência corporal de escolher e vestir uma roupa deixa de ser algo constrangedor para se tornar algo prazeroso.

Em outro relato, percebeu-se o quanto isso irá se relacionar com a satisfação de um sujeito com sua aparência:

Agora eu vejo uma Lívia²⁷ que eu gosto. Eu tenho prazer em me arrumar. Antes eu saía com a mesma blusa. Hoje eu coloco uma blusa de manhã e, de tarde, eu coloco outra. Eu me cobro mais porque eu me sinto mais bonita, mais elegante, e eu gosto do que eu vejo (Participante 10).

Malysse (2007) considera as roupas como um “prolongamento da pele”, esclarecendo que elas têm a ver com a apresentação do “eu-corpo”, com suas tendências e hábitos, e como o grupo social ao qual pertence considera o corpo. Assim, para essas mulheres, poder “adornar” seus corpos, investir em sua aparência, ter a liberdade de usar qualquer tipo de roupa as faz sentir parte integrante do grupo em que vivem, o que lhes traz uma satisfação e uma realização muito grande.

Outro sentimento que surge no pós-cirúrgico é a **vontade de realizar as plásticas**, exposto em 35% dos discursos e apresentado nos seguintes relatos:

A gente fala arrumar porque não é uma plástica estética, é uma cirurgia reparatória mesmo. É um excesso de pelanca que fica dependurada que tem de cortar e jogar fora da vida da gente (Participante 3).

Eu quero fazer minhas plásticas para poder colocar um maiô e não ficar tudo parecendo um maracujá igual está aqui no meio das minhas pernas. Eu quero fazer primeiro nas minhas pernas, para poder pôr maiô. Mas o resto... Igual eu fico olhando no espelho, aí meu Deus tudo caído, não tem peito mais... (Participante 15).

²⁷ Nome fictício.

Inicia-se aqui uma outra espera na fila do SUS para a realização de cirurgias plásticas. Verificou-se que, após reaver seus papéis como mãe, esposa e do lar, bem como voltar a ter uma boa saúde, as entrevistadas dirigem o olhar para o fator estético, o papel de mulher toma mais espaço em suas vidas. Desse modo, elas passam a buscar onde e como podem melhorar o seu corpo.

De acordo com Sawyer (2002), o fator motivacional pela busca da cirurgia plástica é a insatisfação com a aparência. No caso desta pesquisa, esse fator se encontra presente, porém junto ao fato também funcional e de saúde, ou seja, o excesso de pele pode prejudicar essas mulheres em suas atividades diárias, tal como no relato da Participante 17, a seguir: “A gente vai vendo as coisas caírem... Mas agora vou encarar umas plásticas [...] tá flácido, tá cheio de pele, essa pele incomoda, tem que tomar cuidado pra não assar. Não é só uma questão estética.”

Pode-se afirmar, então, que a busca pela cirurgia plástica não é caracterizada aqui como um apelo frenético ao ideal corporal, mas como uma busca de um corpo considerado por elas “normal”, de uma busca pela aceitação social a partir do melhoramento de sua aparência e uma necessidade de cuidados com a saúde, uma vez que a redução de grande quantidade de peso gera um excesso de pele que pode trazer desconforto, assaduras, micoses, entre outros.

No entanto, assim como a Cirurgia Bariátrica, a cirurgia plástica exige cuidados, pois poderá influenciar, de forma negativa, no modo como o indivíduo se vê, podendo resultar, como na pesquisa de Soeste et al. (2008), em redução da satisfação da aparência e aumento no investimento da mesma.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infelizmente é impossível chegar sem ter que ir. Mas ainda bem que sempre aprendemos com os percalços da caminhada.

O presente estudo sobre a Imagem Corporal de mulheres submetidas à Cirurgia Bariátrica procurou desvelar, nos discursos das 20 mulheres entrevistadas, que fazem parte do quadro do SCHDO, traços de sua Imagem Corporal, após uma considerável mudança em sua aparência física.

Apesar de a pesquisa focar o período pós-operatório, a fase anterior se fez muito presente nos depoimentos. Assim, para responder aos questionamentos iniciais desta pesquisa, foi traçada, inicialmente, a trajetória dessas pacientes até o momento da Cirurgia Bariátrica e, depois, atentou-se para as implicações dos discursos com a Imagem Corporal.

Percebeu-se, nos relatos, que, ao chegarem ao SCHDO em busca da Cirurgia Bariátrica, as pacientes possuíam pontos em comum nos caminhos trilhados até ali, ou seja, as mulheres passaram anos tentando combater a obesidade, sendo os principais recursos o remédio e a dieta. A falência de tais métodos provocou nas participantes sentimentos de fracasso na maioria das vezes, pois só conseguiam manter o peso durante o uso de tais recursos. Vale ressaltar que a atividade física sistematizada quase não se fez presente na vida dessas pessoas antes da cirurgia, pois a exposição de seus corpos em público, tal como em academias de ginástica, faziam-nas se sentirem discriminadas e, por vezes, excluídas daquele ambiente, uma vez que o padrão corporal ali presente é o da menor silhueta.

A atividade física passa a ter mais importância, sob o ponto de vista dessas mulheres, no período pós-operatório, em que há a valorização da mesma não só para a saúde, como também para a manutenção do peso. Nesse período, já não há mais motivos para esconder seus corpos das demais pessoas. Isso leva a pesquisadora a refletir sobre a atuação do profissional de Educação Física no combate e na prevenção da obesidade junto a uma equipe multidisciplinar. Pensa-

se, aqui, não apenas em um movimento capaz de reduzir quilos, mas também em uma estratégia que seja capaz de acompanhar e facilitar o reconhecimento do indivíduo de seu corpo. Desse modo, acredita-se que é por meio do corpo que o sujeito se comunica com o mundo, estabelecendo relações que influenciarão no conceito que ele faz de si. Ao se movimentar, o indivíduo passa a ter mais referências sobre seu corpo, permitindo uma relação mais estreita com suas sensações e percepções internas, e isso é o que sustentará sua identidade por toda uma vida.

Ao investigar os discursos sobre a Imagem Corporal das entrevistadas, notou-se que, durante todo o tempo, elas se referiam ao período de obesidade para explicar algo no presente, apesar de terem sido operadas há mais de um ano. Então, quando a pesquisadora lançou o olhar para tal aspecto, chamou-lhe a atenção a influência da função e da aparência na Imagem Corporal, aspectos que foram organizados em dois grandes eixos temáticos.

Vale ressaltar que a Imagem Corporal é um constructo multifatorial, lábil e constituído de diversas facetas. Portanto, seria muita pretensão de qualquer profissional desejar atingi-las em sua completude e total essência. Assim, a pesquisadora assumiu a posição de intérprete junto a essas mulheres, deixando aflorar seus sentimentos e percepções, sem desconsiderar o contexto social, a cultural e a história de cada uma.

A Cirurgia Bariátrica configurou, na vida dessas mulheres, um momento marcante de intensas mudanças, uma possível oportunidade de (re) construir-se. A obesidade mórbida implicou limitações corporais e redução em suas funções as quais foram listadas por elas: andar, abaixar, calçar, cuidados pessoais, dirigir, estudar, função materna, função sexual, levantar da cama, passar na roleta do ônibus, sentar na cadeira, fazer serviço doméstico, ter ânimo e ser ágil e trabalhar. Após a perda de peso, percebeu-se também significativa melhora dessas funções. No entanto, ao voltar o olhar para a relação existente entre doença, limitação das funções e Imagem Corporal, o componente fisiológico foi agregado a outros fatores, como o que representa para essas mulheres estar doente e ter o corpo limitado.

Dessa forma, ao focar no primeiro eixo temático desta pesquisa – função e Imagem Corporal – destacou-se que, nesse grupo, a partir do momento em que se perde a função orgânica do corpo, adaptações são exigidas para realizar as atividades cotidianas e, como consequência, os papéis ocupados também são

alterados. Ou seja, a mãe cuidadora passa a ser cuidada, a dona de casa passa a depender de auxílio para realizar as tarefas mais simples e, por fim, o papel de mulher e esposa se perde ou é esquecido momentaneamente. Surgem com isso, sentimentos de invalidez, dependência e inutilidade.

A recuperação de tais funções orgânicas trouxe ao grupo pesquisado a autonomia para reassumir antigos costumes e experimentar novos papéis. Essa mudança possibilitou a essas mulheres um contato maior consigo mesmas, uma vez que passam a experimentar sentimentos de satisfação e de autoestima positiva até então não vivenciados.

Outro ponto relevante foi a nova relação estabelecida com o corpo, a possibilidade de cuidar de si e perceber o corpo em movimento, que trouxe às entrevistadas uma conexão maior com suas sensações e percepções internas, fatores estes fundamentais para o reconhecimento delas enquanto seres existenciais.

Acredita-se, aqui, que o indivíduo percebe o mundo existindo, o corpo torna-se o elo de comunicação com o mundo a seu redor, e tal relação se concretiza a partir do momento em que ele ocupa papéis e é reconhecido no contexto em que vive. Assim, pode-se afirmar que, para esse grupo, a Cirurgia Bariátrica devolveu ao corpo do sujeito a sua função primária, ou seja, interagir e comunicar-se com o mundo à sua volta. As mulheres demonstraram, por meio dos depoimentos, um autoconceito positivo, o que as direcionou para uma restituição de sua identidade corporal enquanto ser existencial.

Na pesquisa, quando foi tratada a relação entre aparência e Imagem Corporal, percebeu-se o quão ampla é essa relação, pois ela esteve/está presente no pré e pós-cirúrgico, configurada nas entrelinhas em diferentes momentos e situações. Além disso, as mulheres, em seus relatos, extrapolam a linha do tempo. Ou seja, o traço marcante, nos discursos, é a ausência de linearidade e determinismo, ora elas faziam referência à aparência na fase da obesidade, ora referiam-se à fase atual, após o emagrecimento.

Dessa forma, a discriminação em função do excesso de peso à qual foi submetido o grupo pesquisado ocorreu em situações e momentos diversos citados pelas mulheres, como em ambientes de trabalho, ambientes de alimentação, escola do filho, chacotas e apelidos, sendo a maior convergência em lojas de roupas. Tal rejeição, declarada por meio de atos discriminatórios, trouxe a essas pessoas

sentimentos de tristeza, de inferioridade e de inadequação ao padrão e ao meio em que vivem. A internalização desses sentimentos teve, como consequência, um impacto negativo em sua Imagem Corporal, de forma que pensamentos a respeito de si mesmas foram regulados pelo olhar alheio.

Ao levar em consideração que a Imagem Corporal é resultado também de como a pessoa se vê e como ela acha que é vista, destacou-se, nos relatos, como o olhar do outro sobre sua aparência era percebido pelas entrevistadas. Essa informação é relevante na medida em que o olhar do outro é uma grande influência a partir do qual o ser humano forma crenças, atitudes e imagens sobre si mesmo. Na maioria das vezes, tal olhar era crítico, por vezes com pena, ou enxergava-se nelas apenas o rosto. O mais relevante é notar a influência deste cenário na forma como estes sujeitos recebem tais informações. Pôde-se observar que, no período da obesidade, era conferido ao grupo de mulheres pesquisadas serem portadoras de anormalidade e aberração. Tal situação forçou-as a assumir o estigma de “gorda simpática” em prol de serem aceitas. Isso provocou um massacre na essência dessas mulheres a fim de que se enquadrassem no sistema, afastando-as de sua realidade interna, direcionando suas ações para gratificações secundárias. No caso do grupo de mulheres pesquisadas, tal olhar as acompanha até hoje, evidenciado pelo medo constante de engordar.

Após a Cirurgia Bariátrica, tal olhar passa a ser de admiração, o que conferirá ao sujeito pesquisado o sentimento de normalidade e liberdade de poder ir a qualquer lugar, além de poder comprar e usar qualquer tipo de roupa. É importante pontuar que o vocábulo “normalidade” posto aqui não possui a conotação de medida, pesagem e IMC considerados conforme ou dentro da média, mas sim de invisibilidade, ou seja, não se destacar negativamente no meio dos demais. Dessa feita, para as mulheres pesquisadas, o emagrecimento através da Cirurgia Bariátrica é uma busca de se identificar com o meio em que elas vivem e não um apelo à beleza, mas um modo de poderem se integrar ao contexto, interagindo com o mesmo.

Ao lançarem o olhar para os seus corpos, as participantes falaram, inicialmente, do período em que eram obesas, mas que não se viam dessa forma. Algumas conscientes e outras, de modo inconsciente, rejeitavam sua realidade corporal, provavelmente como uma forma de se protegerem de limitações internas. Quando encaravam tal realidade, percebiam-se diferentes de tudo, uma aberração.

Ou então, em outra vertente, algumas se imaginavam magras. Assim, os relatos demonstram constantes sentimentos de insatisfação com a aparência e um autoconceito negativo que, na maioria dos casos, ganhou grande proporção, atingindo até mesmo as relações sociais, provocando, inclusive, o isolamento ou a crença de que tudo o que ocorria errado era culpa da obesidade.

Ao se remeterem à percepção de seu corpo atualmente, a Cirurgia Bariátrica parece ter sido “um divisor de águas” nas vidas dessas mulheres. As respondentes relataram, inicialmente, não terem se reconhecido e, algumas vezes, ainda pensavam e agiam como obesas. Isso decorre, provavelmente, porque a perda brusca de peso faz com que a imagem inicial de pessoa obesa não se apague imediatamente. Esse fato leva a pesquisadora a concluir que o emagrecimento não incorre de imediato em um autoconceito positivo, tampouco garante melhoria qualitativa nas relações. No entanto, o sentimento preponderante em relação a si mesma é de bem-estar e de satisfação em se sentir bonita.

Nesse ínterim, aspectos como o espelho, a vaidade e o corpo novo vão se entrelaçar, emergindo depoimentos relacionados com a aparência e a Imagem Corporal.

Importa ressaltar que o corpo emagrecido é relatado como um “corpo novo”, que precisa ser descoberto; e tal processo é relatado como desafiador, difícil e prazeroso. Neste momento, pôde-se perceber, a partir dos relatos das entrevistadas, maior ocorrência de experiências satisfatórias e prazerosas com o próprio corpo. Junto a tais relatos, configuram-se as falas sobre o espelho, objeto temido e rejeitado antes e tão procurado atualmente pelas mulheres do grupo. Isso as leva a reafirmarem sentimentos de vaidade, os quais afloram nas diversas situações da vivência delas.

É notório que as turbulentas adaptações ficaram no passado e o olhar das entrevistadas, no momento da coleta de dados, estava voltado para o investimento em sua aparência. Ou seja, percebeu-se um alto investimento em roupas e um desejo de realização da cirurgia plástica “corretiva”, como elas próprias denominam o procedimento realizado para retirar as sobras de pele que ficam após o emagrecimento. Isso deixa clara a necessidade de retirar o excesso de pele, mas não evidencia, nesse grupo, um apelo frenético à beleza e ao corpo ideal. Talvez por se tratar de pacientes do SUS e por elas saberem que ali iniciará uma nova espera na fila por uma cirurgia plástica.

Evidencia-se que não foi objetivo deste estudo taxar ou rotular o grupo pesquisado, mas fazer levantamentos sobre a Imagem Corporal nesse contexto médico, em que há incidência de uma patologia grave, ou seja, a obesidade mórbida, para a qual a forma de tratamento mais utilizada tem sido a Cirurgia Bariátrica.

Esta pesquisa aponta para a relevância de se estudar tanto a Imagem Corporal em pessoas submetidas à Cirurgia Bariátrica quanto a importante relação entre a equipe multidisciplinar e esses pacientes, que devem ser bem conduzidos no pré e pós operatório. Sustenta-se, por conseguinte, a opinião de que se torna importante a avaliação da Imagem Corporal em intervenções de saúde. É preciso refinar o entendimento de tal constructo nesse contexto, a fim de identificar quais sujeitos sofrem ou não intervenção em sua Imagem Corporal como reação ao tratamento, pois não necessariamente todos os pacientes terão uma mesma resposta. Nesse caso, ainda não há esse tipo de avaliação, em especial na Instituição pesquisada. Objetivou-se, com este estudo, acrescentar um conhecimento a mais ao referencial teórico de profissionais da saúde que lidam direta ou indiretamente com o corpo humano, instigando-os a terem um novo olhar sobre o sujeito, não lhe concebendo apenas a patologia, mas também a condição de ser existencial que traz consigo experiências diversas. Espera-se, também, despertar um olhar questionador sobre a Imagem Corporal, no que tange à sua complexidade e aplicabilidade em contextos médicos.

Por fim, sugere-se que haja mais pesquisas sobre o assunto e a construção de um instrumento capaz de avaliar a Imagem Corporal dos indivíduos que são submetidos às mudanças corporais bruscas, como é o caso da Cirurgia Bariátrica.

Desse modo, pode-se afirmar que intervir na problemática da obesidade, em especial no pós-cirúrgico, é marcante e pode significar um salto qualitativo no tratamento de muitas outras pessoas que se submeterão a tal procedimento.

REFERÊNCIAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br>>. Acesso em: 9 maio 2008.

ADAMI, Fernando et al. Aspectos da construção e desenvolvimento da Imagem Corporal e implicações na Educação Física. **Lecturas EF y deportes**, Buenos Aires, v. 10, n. 83, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.efdesportes.com>>. Acesso em: 3 mar. 2008.

ADES, Lia; KERBAUY, Rachel Rodrigues. Obesidade: realidades e indagações. **Revista de Psicologia da USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 8 jul. 2007.

ALMEIDA, Bianca de; FERREIRA, Sandra R. G. Epidemiologia. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Coord.). **Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. p. 185-193.

ANDRADE, Daniela Elias Goulart de. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de escolas públicas e privadas do ensino fundamental da cidade de Franca-SP e alguns fatores de riscos associados**. 2006. 73 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Desnutrição na infância pode provocar obesidade**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.port.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2007.

ARASAKI, Carlos Haruo et al. Cirurgia Bariátrica para tratamento da obesidade. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Coord.). **Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade**. São Paulo: Manole Barueri, 2005. p. 287-296.

ASSMANN, H. **Paradigmas educacionais e corporeidade**. 3. ed. Piracicaba: UNIMEP, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, Sandhi Maria et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. [online]. mar. 2005, v. 14, n. 1, p. 41-68. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2008.

BARROS, D. D. Imagem Corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciência e Saúde**, Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 547-554, maio/ago. 2005.

_____. **Estudo da Imagem Corporal da mulher**: corpo (ir) real x corpo ideal. 2001.169 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, SP, Campinas.

BENEDETTI, Carmem. **De obeso a magro**: a trajetória psicológica. São Paulo: Vetor, 2003.

BLUMBERG, Jeffrey. *Preface: the global epidemic of obesity*. In: LANCHA JUNIOR, Anônio Herbert. **Obesidade**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006. p. IX-X.

BOGDAN, R.; BICKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Portugal: Porto, 1997.

BRHUNS, Heloísa. **Conversando sobre o corpo**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1989.

CABRAL, Mônica Dias. Tratamento clínico na obesidade mórbida. In: GARRIDO JÚNIOR, Arthur B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 35-44.

CARVALHO, José Eduardo Queiroz de. Risco de doenças e custos da obesidade. In: SILVA, Renato Souza da; KAWARA, Nilton Tóquio. **Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade**. Porto Alegre: AGE, 2005. p. 34-45.

CARVALHO, Maria Cláudia; MARTINS, André. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, 2004.

CASH, T. F. *The psychology of physical appearance: aesthetics, attributes, and images*. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image: development, deviance and change**. New York: Guilford Press, 1990. p. 51-79.

CASH, T. F.; STRACHAN, M. D. *Cognitive-behavioral approaches to changing body image*. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York: Guilford Press, 2002.

_____; FLEMING, E. C. *Body image and social relations*. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York: Guilford Press, 2002.

_____; PRUZINSKY, T. **Body Image: a Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York: Guilford Press, 2002.

_____. **Body Image: development, deviance and change**. New York: Guilford Press, 1990.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.766/05 (Publicada no D.O.U., 11 jul. 2005, Seção I, p. 114). Disponível em: <<http://www.scb.org.br>>. Acesso em: 8 jul. 2007.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONFED. Conselho Federal de Educação Física. Resolução CONFED nº. 090/2004 (publicada no D.O.U. nº. 245 de 22 de dezembro de 2004, Seção 1, p. 315). Disponível em: <<http://www.confef.org.br>>. Acesso em: out. 2007.

COUTINHO, W. (Coord.). Consenso Latino-Americano de Obesidade. **Arq. Bras Endocrinol Metab.**, 1999.

_____. Um panorama da obesidade no Brasil. In:_____. **Fórum Técnico de Obesidade Desafios e Perspectivas**. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, jul. 2006.

_____; BENCHIMOL, Alexander Koglin. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: GARRIDO JÚNIOR, Arthur B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 13-17.

DACOSTA, Lamartine Pereira. O papel central da cultura nas mudanças e desafios atuais da Educação Física e o desporto. In: REZENDE, H. G.; VOTRE, S. J. (Org.). **Ensaio em Educação Física, esporte e lazer: tendências e perspectivas**. Rio de Janeiro: SBDEF/UGF, 1994. p. 148-165.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DAOLIO, Jocimar. **Da cultura do corpo**. Campinas: Papirus, 1995.

DEMIOFF, Alessandra de Oliveira; PACHECO, Fernanda Gallindo; SHOLL-FRANCO, Alfredo. Membro fantasma: o que os olhos não veem, o cérebro sente. **Ciências & Cognição**, v. 12, p. 234-239, 2007. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v12/m347199.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2008.

DIXON, J. B.; DIXON, M. E.; O'BRIEN, P. E. *Body Image: Appearance Orientation and Evaluation in the Severely Obese. Changes with Weight Loss. Obesity Surgery*, **Springer**, New York, v. 12, n. 1, p. 65-71, Feb. 2002. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/3l01g51x52513206/>>. Acesso em: 5 jul. 2008.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva 2001.

EDMONDS, Alexandre. No universo da beleza: notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: GOLDENBERG, M. (Org.) **Nu & Vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

FANDIÑO, Julia et al. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 47-51. jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.com>>. Acesso em: 5 jul. 2007.

FARIAS, Fernando. Cirurgia Bariátrica: histórico. In:_____. **Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade**. Porto Alegre: AGE, 2005. p. 34-45.

FELIPPE, Flávia; SANTOS, Andréia Mendes. Novas demandas profissionais: obesidade em foco. **Revista da ADPPUCRS**, Porto Alegre, n. 5, p. 63-70, dez. 2004.

FERNANDES, Maria Helena. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FERREIRA, Pedro Peixoto. **Sociologia da Imagem Corporal**. 2003. Disponível em: <<http://www.efdesportes.com>>. Acesso em: 10 ago. 2006.

FERREIRA, Maria Elisa Caputo. **Imagem Corporal, autoestima e vaidade sob a perspectiva de deficientes visuais congênitos**. Relatório de Pós-Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FERREIRA, Maria Elisa Caputo; CASTRO, Antônio, Paulo André de; GOMES, Gisele. A obsessão masculina pelo corpo: malhado, forte e sarado. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 7-184, set. 2005.

FISCHLER, Claude. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANA, Denise Bernuzzi de. **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-80.

FONSECA, Vitor da. **Escola, escola quem és tu?** Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

FORTES, Marcos. Atividade física no tratamento da obesidade. In: NUNES, Maria Angélica et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 299-313.

FRANCISCHI, Rachel Pamfílio Prado de et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.

GEETZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: ITC, 1989.

GENOLEZE, Bruno; PAREJA, José Carlos. Cirurgia Bariátrica cura a Síndrome Metabólica? **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, Campinas, v. 50, n. 2, p. 400-407, abr. 2006.

GOLDENBERG, Mirian; RAMOS, Marcelo Silva. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, M. (Org.) **Nu & Vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 19-40.

GUZZO, Marina. Riscos de beleza e desejos de um corpo arquitetado. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 27, p. 139-152, set. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)**. Comunicação Social. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2006.

_____. **Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF)**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

IBGE. **Tábuas completas da mortalidade** – 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&>. Acesso em: 8 jan. 2008.

_____. **Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), 2002-2003**. Análise dos resultados: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/comentario.pdf>>. Acesso em: fev. 2008.

KAC, Gilberto; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S4-S5, 2003. Sup. 1.

KOFES, S. E. Sobre o corpo, não é o próprio corpo que fala? Ou o discurso desse corpo sobre o qual se fala. In: BRHUNS, H. **Conversando sobre o corpo**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1989. p. 59-65.

LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B. **Fantasmas corporais e práticas psicomotoras**. São Paulo: Manole, 1984.

LE BOULCH, Jean. **O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos 6 anos**. Trad. Ana Guardiola Brizolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

_____. **Educação psicomotora: psicocinética na idade escolar**. Trad. Jeni Wollff. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987a.

_____. **Rumo a uma ciência do movimento humano**. Trad. Jeni Wolff. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987b.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ Marly E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LOVO, Thaís Maria Albani. **Anosognosia: Imagem Corporal na hemiplegia** 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

McARDLE, W. M.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fundamentos da fisiologia do exercício**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan, 2000.

MAGNANI, J. G. C. Antropologia e Educação Física. In: CARVALHO, Y. M. de; RUBIO, Kátia. **Educação Física e Ciências Humanas**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-27.

MALHEIROS, Carlos Alberto; FREITAS JÚNIOR, Wilson Rodrigues de. **Obesidade no Brasil e no mundo**. In: GARRIDO JÚNIOR, Arthur B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 19- 23.

MALYSSE, Stéphane. Em busca dos (H) alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: GOLDENBERG, Mirian (Org.). **Nu & vestido** - dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2007. p. 79 -138.

MANCINI, Márcio C. Noções fundamentais – diagnóstico e classificação da obesidade. In: GARRIDO JÚNIOR, Arthur B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 1 -7.

MATSUDO, Sandra Maheca; MATSUDO, Victor K. R. A prescrição de atividade física no tratamento e prevenção da obesidade. In: MATSUDO, Sandra Maheca; MATSUDO, Victor K. R. **Atividade física e obesidade: prevenção e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 125-148.

_____. Benefícios da atividade física aeróbica no excesso de peso e na obesidade. In: MATSUDO, Sandra Maheca; MATSUDO, Victor K. R. **Atividade física e obesidade: prevenção e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 57-76.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; ANJOS, Luiz Antônio. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 33, p. 698-709, maio/jun. 2004.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)**. 1989. Disponível em: <<http://www.port.saude.gov.br>>. Acesso: 17 jul. 2007.

MOLINA JUNIOR, Silvio; ZANELLA, Maria Tereza. Atividade física no tratamento da obesidade. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. p. 253-258.

MONDINI, Lenise; MONTEIRO, Carlos Augusto. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudos e aplicação à população brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 28-39, 1998.

MONTEIRO, Carlos Augusto (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2. ed. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000.

MONTEIRO, Maria de Fátima; SOBRAL FILHO, Dário C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 10, n. 6, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n6/a08v10n6.pdf>>. Acesso em: jan. 2009.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2000.

NASSER, Daoud; ELIAS, Alexandre Amado. Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave. In: GARRIDO JÚNIOR, Arthur B. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 45-46.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE STATEMENT. Health Implications of Obesity. **Ann. Intern. Méd.**, n. 103, p. 147-51, Dec., 1985.

NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; SANTOS, Luciana Alves dos; FONSECA, Vera Regina da. Epidemiologia do risco cardiovascular associado à atividade física. In: NEGRÃO, Carlos Eduardo; BARRETO, Antônio Carlos Pereira. **Cardiologia do exercício do atleta ao cardiopata**. São Paulo: Manole, 2006. p. 1-24.

OLIVIER, Giovanina Gomes de Freitas. **O esquema corporal, a Imagem Corporal, a consciência corporal e a corporeidade**. Ijuí, RS: UNIJUÍ, 1999.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais (Org.); Trad. Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORLANDI, Eni Pucinelli. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2000.

ORTEGA, Francisco. *The body and medical visualization technologies: between fragmentation in the culture of the spectacle and the phenomenology of the living body*. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2008.

PEREIRA, Juliano Alves. **Avaliação das modificações metabólicas durante e após o emagrecimento em pacientes portadores de obesidade classe III, submetidos à cirurgia de gastroplastia vertical com bandagem e derivação gastro-jejunal**. 2003. 130 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PERES, Ricardo Boticcini. Prejuízos à Saúde impostos pela Obesidade. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. p. 211-218.

PETTRIBU, Kátia. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2008.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Titoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, out./dez. 2004.

POLLOCK, Michael L.; WILMORE, Jack H. ROCHA, Maurício Leal. **Exercícios na saúde e na doença**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 188-175, 1992.

PRUZINSKY, T. *Somatopsychic approaches to psychotherapy and personal growth*. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Ed.). **Body images: development, deviance, and change**. New York: The Guilford Press. p. 296-315.

_____; CASH, T. F. *Integrative themes, body images development, deviance, and change*. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Ed.). **Body images: development, deviance, and change**. New York: The Guilford Press, 1990. p. 337-349.

PRUZINSKY, T; EDGERDON, M. *Body image change in cosmetic plastic surgery*. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Ed.). **Body images: development, deviance, and change**. New York: The Guilford Press. p. 217-236.

REMOND, René. Pensar o tempo presente. In: FERREIRA, Marieta de M. (Org.) **Usos & abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996. p. 208.

REIS, Marcos. Obesidade mórbida: situações de tratamento cirúrgico. In:_____. **Fórum Técnico de Obesidade**: desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, jul. 2006. p. 71-78.

REZENDE, Antonio Muniz. **Concepção fenomenológica da Educação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1990.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

ROSCHEL, Hamilton; LANCHÁ, Luciana Oquendo Pereira; VIEIRA, Patrícia. Obesidade e atividade física. In: LANCHÁ, Juniro Antonio Hebert. **Obesidade**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 96-120.

RUSSO, Renata. Imagem Corporal: construção através da cultura do belo. Revista digital. **Movimento e Percepção**, Espírito Santo de Pinhal, SP, v. 5, n. 6, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.unipinhal.edu.br/movimentopercepcao/viewarticle.php?id=39&layout=abstract>. Acesso em: ago. 2006. p. 80-90.

SAMPAIO, Tânia Mara Vicira. **Século XXI**: a era do corpo ativo. Campinas: Papirus, 2006.

SANTOS, Eduila Maria Couto; BURGOS, Maria Goretti Pessoa de Araújo; SILVA, Sílvia Alves da. Perda ponderal após a Cirurgia Bariátrica de Fobi-Capella: realidade de um hospital universitário do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 3. p. 188-192, jun. 2006. Disponível em: http://www.sbnpe.com.br/revista/V21-3_02.pdf . Acesso em: 12 dez. 2007.

SANTOS, Francisco Carlos Gomes. **Magro. E agora?**: histórias de obesos mórbidos que se submeteram à Cirurgia Bariátrica. São Paulo: Vetor, 2005.

SAWER, David B. *Cosmetic surgery and changes in body image*. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York: Guilford Press, 2002.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. Trad. Rosane Wertman. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SCHWARTZ, M. B.; BROWNELL, K. D. Obesity and body image. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York: Guilford Press, 2002.

SEGAL, Adriano; FANDINO, Julia. *Bariatric surgery indications and contraindications*. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2007.

SILVA, Ana Márcia. **Corpo, ciência e mercado**: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade. Campinas: Autores Associados; Florianópolis: UFSC, 2001.

SILVA, Renato Souza da. Indicações cirúrgicas no tratamento da obesidade In: SILVA, Renato Souza da; KAWAHARA, Nilton Tóquio. **Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade**. Porto Alegre, RS: AGE, 2005. p. 60 - 64.

SILVA, Rita de Fátima da; VENDITTI JÚNIOR, Rubens; MILLER, Jussara. Imagem Corporal na perspectiva de Paul Schilder. Contribuições para trabalhos corporais nas áreas de Educação Física, dança e pedagogia. *Revista Digital. Lecturas EF y deportes*, Buenos Aires, v. 10, n. 68, jan. 2004. Disponível em: <<http://www.efdesportes.com>>. Acesso em: ago. 2006.

SOARES, Carmen Lúcia. **Imagens da educação no corpo**: estudo a partir da ginástica francesa no século XIX. Campinas: Autores Associados, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Programa nacional de prevenção e epidemiologia [online]. 1999. Disponível em: <<http://www.cardiol.br/epidemio.htm>>. Acesso em: 8 maio 2008.

SOEST, T. von et al. **The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems**. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1748681508004610>>. Acesso em: 5 dez. 2008.

SOUTO, Kátia Elisabete Pires. Tratamento clínico da obesidade mórbida: uso de fármacos antiobesidade. In: SILVA, Renato Souza da; KAWAHARA, Nilton Tóquio.

Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade. Porto Alegre: AGE, 2005, p. 46-49.

STOER, Stephen R; MAGALHÃES, Antonio; RODRIGUES, M. **Os lugares da exclusão social.** São Paulo: Cortez, 2004.

TARDIDO, Ana Paula; FALCÃO, Mário Cícero. *The impact of the modernization in the nutritional transition and obesity.* **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006. Disponível em: <<http://www.sbnpe.com.br/revista>>. Acesso em: 15 jul. 2007.

TAVARES, Maria da Consolação G. Cunha F. **Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento.** Barueri, SP: Manole, 2003.

_____; DUARTE, Edison. Caminhos da pesquisa em Imagem Corporal na sua relação com o movimento. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 151-166, set. 2002.

_____; CATUSSO, Renata Lobo. E a afetividade? In: TAVARES, M. Consolação G. Cunha F. (Org.). **O dinamismo da Imagem Corporal.** São Paulo: Phorte, 2007. p. 69-81.

TURTELLI, Larissa Sato. **Relações entre Imagem Corporal e qualidades de movimento:** uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica. 2003. 311 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

TROMBETTA, Ivani Credidio; SUZUKI, Paulo Hirai. Efeito do exercício físico e da dieta hipocalórica na obesidade. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 15, n. 1, p. 12-17, jan./fev. 2005.

TROMBETTA, Ivani Credidio; BATALHA, Luciana Tavares; HALPERN, Alfredo. Exercício e obesidade. In: NEGRÃO, Carlos Eduardo; BARRETO, Antônio Carlos Pereira. **Cardiologia do exercício do atleta ao cardiopata.** São Paulo: Manole, 2006. p. 154-172.

UEHARA, Marcelo Hiroshi; MARIOSIA, Lydia Sebba Souza. Etiologia e História Natural. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Coord.). **Guia de transtornos alimentares e obesidade.** Barueri, SP: Manole, 2005. p. 195-201.

WAJCHENBERG, Bernardo Leo (Org.). **Tratado de Endocrinologia Clínica**. São Paulo: Roca, 1992.

WHO. *World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity***. Genevea: World Health Organization, 1998.

_____. **Diet, physical activity and health. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope**. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: < <http://www.who.int/gb/>>. Acesso em: 10 jul. 2007.

_____. **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity**. Geneve: World Health Organization, 1997.

_____. **Global strategy on diet, physical, activity and health**. Geneva: World Health Organization 2004. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2007.

ZANELLA, Maria Teresa. Obesidade e risco cardiovascular. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Coord.). **Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. p. 219-226.

_____. Tratamento. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Coord.). **Guia de Transtornos Alimentares e Obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. p. 235-242.

ZILBERTEIN, Bruno; NETO, Manoel Galvão; RAMOS, Almino Cardoso. O papel da Cirurgia Bariátrica no tratamento da obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 4, p. 258-264. abr. 2002. Disponível em: <http://www.gastroobesocenter.com.br/goc_institucional/cientifico_01.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2007.

_____; CARREIRO, Denise Madi. **Mitos e realidades sobre obesidade e Cirurgia Bariátrica**. São Paulo, 2004.

ANEXOS

ANEXO A

PRÉ-PROJETO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

Nome do Órgão ou Entidade Conveniente: SSSDA
 DDD: 32 Fone: 36907516 Fax: 32189417 – e-mail: jgalil@terra.com.br

Programa: 1216- Atenção Especializada em Saúde

Função	Subfunção	Programa	Ação
10	302	1216	8535 *

- Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde

Projeto com indicação para Educação Permanente
 Equipamento: 127 itens, total de R\$48.345,57, sendo 10% para SSSDA, R\$4.834,55, e R\$ 43.511,02 para Ministério da Saúde.
 Custeio: total de R\$15.385,60; sendo para SSSDA R\$1.538,56, e para MS R\$13.847,04

TÍTULO: NÚCLEO SCHDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO, DIABETES E OBESIDADE (SCHDO)- SSSDA/ SUS JUIZ DE FORA/ MG

RESPONSÁVEL: ARISE GARCIA DE SIQUEIRA GALIL (Coordenadora do SCHDO)

JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO:

A hipertensão arterial (HA) é um desafio da saúde devido à sua alta morbi-mortalidade, sendo correspondente a 20 a 30% da população adulta brasileira. Tem, em sua gênese, fatores como a genética, a idade e outros, como a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, a dislipidemia e a intolerância à glicose, uso abusivo de sal, entre outras. É caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos, além dos parâmetros considerados normais (abaixo ou igual 130x85 mmHg), podendo ter índices menores de acordo com a gravidade de suas complicações. Cerca de 90% dos portadores são assintomáticos, o que não modifica as anormalidades estruturais e vasculares decorrentes da mesma, tanto maiores quanto maior for o número de fatores de risco acumulados e maior o seu descontrole. A semelhança de fatores etiológicos e complicações justifica a abordagem conjunta da HA com o *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM), mediado pela resistência à insulina, comumente associado à síndrome metabólica e à obesidade, acarretando maiores riscos de aterosclerose e de eventos cardiovasculares. O DM é responsável por 90% dos casos de *Diabetes mellitus*, tem na população brasileira uma prevalência de 7,6%, e um aumento de incidência entre crianças e adolescentes. Considera-se como diabético tipo 2 o indivíduo portador de glicose sérica acima de 200mg/dl (para medida em qualquer horário do dia), glicemia pós-prandial acima de 160 mg/dl e/ou glicemia de jejum acima de 110 mg/dl (hoje já consideramos medidas alteradas quando acima de 100 mg/dl). Quando nos deparamos com essas patologias, devemos considerar a importância do diagnóstico precoce das complicações, refletidas nas lesões em órgãos-alvo (retinopatia, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, nefropatia, doença vascular periférica, pé diabético). Estas têm como característica comum o fato de serem prevenidas através do bom controle pressórico, glicêmico e de adequado tratamento, que deve ser continuado. O tratamento se baseia num tripé com medidas conjuntas no combate efetivo aos fatores de risco cardiovasculares, controle do diabetes e obesidade, cessação do fumo, prática de atividade física regular e uso adequado de terapia medicamentosa quando esta for indicada. O custo direto (gerado

pela doença e suas complicações) e indireto (relativo às incapacitações, internações e mortes precoces) é alto.

Para quebrar este círculo vicioso, propõe-se um serviço de atendimento a hipertensos e diabéticos um modelo assistencial, através de projeto global incluindo pólo central (SCHDO, atenção secundária) e pólos-satélites (SCHDO e unidades básicas de saúde), representado pelo combate individual aos principais fatores de risco cardiovasculares e complicações da HA e DM, promoção da interação e colaboração entre os pólos de forma contínua, englobando participação desde gestores, profissionais de saúde, pacientes e familiares numa ciranda de diferentes linguagens para o mesmo tema e objetivos comuns. Cada pólo tendo objetivos gerais (uniformes para todos) e específicos (dependentes de cada especificidade profissional e equipe). O treinamento e atuação de equipes de saúde multidisciplinares seguindo protocolo uniforme de educação continuada em HA e DM, fluxograma de ações e estratégias, metas a serem alcançadas, balanços periódicos, que deverão ser seguidos obrigatoriamente. A especificidade dos pólos facilitando as ações, promovendo maior conhecimento específico para atuações efetivas e duradouras, interagindo e integrando profissionais de saúde da rede municipal, profissionais de saúde e estagiários das redes de ensino superior do município, pacientes e comunidade na cooperação para combate efetivo aos agravos secundários à HA e DM, doenças crônicas passíveis de controle, de forma ética e valorizadora de cada integrante.

Objetivos: - Detectar as complicações e os fatores agravantes na progressão da HA e DM; - Implementação de intervenções capazes de atingir níveis de prevenção primária, secundária e terciária, em setores de atenção primária e secundária;

Resultados esperados: - Redução de complicações e prevenção das incidentes, na tentativa de retardo da progressão da doença, ou seja, redução de agravos, melhoria da assistência e qualidade de vida, aliado à redução de custos. .

População do município: 460.000

População estimada beneficiada pelo projeto: 32.000

População SCHDO: 4.000 pacientes

CAPITAL / CUSTEIO:

Estimativa de consumo para 12 meses, média de 4000 (quatro mil) pacientes assistidos

Equipamentos:

Nome e especificação do equipamento	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Mesa em laminado melamínico BP texturizado na cor cinza (ou ovo) com 03 gavetas com chave. Estrutura em tubos retangulares 30 x 50 mm com tratamento antiferreujinoso para fosfatização e pintura póxi (pó) na cor cinza (ou ovo) med. 0,60 x 0,74.	10	375,00	3.750,00
Armário alto, fechado, tipo diretor, confeccionado em madeira termo estabilizada, revestimento milamínico "BP", texturizado na cor cinza, com 02 portas de abrir, com chave, 4 prateleiras, bordas laterais, com acabamento em perfil de PVC, medindo 0,90 x 0,42 x 1,60 na cor cinza (ou ovo).	04	578,66	2.314,64
Cadeiras estofadas com encosto regulável, assento e encosto com	24	209,00	5.016,00

espuma de 7 cm, na cor verde, bordas em PVC preto, estrutura tubular pintada em epóxi preto, sem braço e giratória.			
Armário de arquivo, 4 gavetas, pastas tamanho escritório, capacidade de 30 kg por gaveta, 133x 47x 57 cm.	06	360,00	2.160,00
Longarina com 4 lugares, sem braço, com assento e encosto com espuma de 7 cm, tecido na cor verde, bordas em PVC preto, estrutura tubular, pintado em epóxi fosco preto.	18	584,33	10.517,94
Ventilador de teto.	10	78,00	780,00
DATA-SHOW VPL-C57.	01	3.300,00	3.300,00
Notebook com gravador de CD e DVD, 1,66 hz, 512 Mbytes	01	5.000,00	5.000,00
Microcomputador com as seguintes características: Processador de no mínimo 2.0GHZ, Memória RAM 256, Memória externa 20GH, Placa-mãe 2,0GHZ, HD de no mínimo 20 GH, estojo com 4 baias. Que acompanha estabilizador, teclado, mouse, caixa de som e KIT multimídia, placa fax modem de no mínimo 56X de velocidade.	01	2.467,00	2.467,00
Impressora jato de tinta, com alimentação automática de folha, interface paralela, compatível com DOS/Windows, acompanhados dos cabos de dados e fonte de alimentação.	01	440,00	440,00
Aparelho telefônico.	02	32,00	64,00
Estabilizador SMS – 4 tomadas.	01	40,00	40,00
Mesa para computador com teclado central medindo 1,20 x 0,70 x 0,74.	01	297,00	297,00
Quadro de avisos.	04	50,00	200,00
Refrigerador 262l.	01	900,00	900,00
Esfigmomanômetro adulto.	10	120,00	1200,00
Esfigmomanômetro criança.	02	100,00	200,00
ESTETOSCÓPIO simples.	10	14,90	149,00
NEGATOSCÓPIO 01 corpo 110v 480.	06	210,00	1.260,00
Balança médico-hospitalar, antropométrica, com controle manual para aferição de peso em quilos e gramas separadamente, com ajuste para tará-la.	02	1.050,00	2.100,00
GLICOSÍMETRO.	10	110,00	1.100,00
ELETROCARDIOGRÁFO derivações com bateria.	12 01	4.700,00	4.700,00
CÂMARA FOTOGRÁFICA DIGITAL 1425 4,0MP 4X ZOOM.	01	389,99	389,99

Total de equipamentos	127		48.345,57
CUSTEIO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
PAPEL A4 500 F	12	12,90	154,80
CARTUCHO IMPRESSORA PRETO	12	92,00	1104,00
CARTUCHO IMPRESSORA COLORIDO	12	92,00	1104,00
DISQUETES CX 10	02	10,00	20,00
CD CAIXA	10	10,00	20,00
FITA MÉTRICA	12	1,90	22,80
FITAS GLICEMIA CAPILAR	60CX 50FITAS	116,00	6.960,00
Passagens/ estadias para trazer capacitações e educação continuada em hipertensão e diabetes para o Município.			6.000,00
Total			15.385,60

Juiz de Fora, 18 de abril de 2007.

Arise Garcia de Siqueira Galil
Coordenação SCHDO/ SSSDA

ANEXO B

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DATA:

Endereço:

CEP:

Bairro:

Área:

Entrevistador:

1. Identificação:**Nome:****Data de nascimento:****Idade:**

Estado civil:

 casada solteira divorciada viúva

Tem filhos?

 sim não

Quantos? _____

Ocupação Principal: _____

Ocupação Secundária: _____

Local de Trabalho (se tiver): _____

2. Escolaridade: alfabetizado 1º Grau incompleto 1º Grau completo 2º Grau incompleto 2º Grau completo 3º Grau incompleto 3º Grau completo Mestrado completo Doutorado completo**3. Saúde:****3.1.** Faz acompanhamento médico atualmente? Sim Não

Qual? _____

3.2. Tem algum problema de saúde atualmente? Sim Não

Qual? _____

Este tratamento (se houver) é associado à medicação? Sim Não**3.3.** Você faz uso de Sim Não Cigarro Ansiolíticos (Calmantes) Álcool Anfetaminas (Excitantes) Drogas Anorexígenos (Moderadores de apetite) Outros _____**4. Atividade Física Semanal:**

	1 vez	2 vezes	3 vezes ou mais
caminhada			
corrida			
ginástica			
natação			
hidroginástica			
vôlei			
futebol			
natação			
ciclismo			
Outros: Qual?			

1. Onde e como você viveu sua infância?
Conte um pouco de suas lembranças.
2. Onde e como você viveu sua adolescência?
Você sentiu dificuldades na adolescência? Quais você destacaria?
3. Como você se sente depois de adulto?
Como é seu relacionamento com os familiares, amigos que cercam você?
Você sente dificuldades? Quais você destacaria?
4. **ATUALMENTE...**Como você se percebe e reconhece O SEU CORPO?
Você identifica alguma situação – idade ou acontecimento – que tenha sido determinante para a percepção da obesidade?
Você se submeteu a quais tratamentos antes da Cirurgia Bariátrica? Quais?
Quando você se decidiu pela Cirurgia Bariátrica?
Como foi o seu pré e pós-cirúrgico?
O que é mais difícil para você hoje?
5. Você pratica atividade física atualmente? Qual?
6. Como você se sente, hoje, em relação a seu corpo?
7. E como você acha que as pessoas percebem você?
8. É importante a opinião das outras pessoas para você?

ANEXOC

TABELAS COM A DISCUSSÃO DOS DADOS, AS CATEGORIAS E AS SUBCATEGORIAS APRESENTADAS NO ORGANOGRAMA (FIGURA 5).

Tabela 20: Função – prejuízos com a obesidade.

Função – prejuízos com a obesidade																				Frequência		
Categorias	Sujeitos																				ABS	REL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Abaixar.		X	X						X												3	15
Andar.			X		X			X	X		X	X	X					X	X		9	45
Calçar.		X																	X		2	10
Cuidados pessoais (depilar).					X														X		2	10
Dirigir.											X										1	5
Estudar.										X											1	5
Função materna.		X										X									2	10
Função sexual.					X									X							2	10
Levantar da cama.		X																			1	5
Passar na roleta do ônibus.					X		X			X					X						4	20
Sentar na cadeira.							X											X			2	10
Serviço doméstico.		X										X	X	X				X		X	6	30
Ter mais agilidade e ânimo.												X	X			X			X		4	20
Trabalhar.	X			X				X	X								X				5	25
Não se manifestou.																						

Fonte: Adaptada pelo autor.

Tabela 21: Função – melhora após a Cirurgia Bariátrica.

Função – melhora após a Cirurgia Bariátrica																				Frequência		
Categorias	Sujeitos																				ABS	REL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Abaixar.			X																		1	5
Andar.	X		X	X			X	X		X	X		X					X	X		10	50
Calçar.																			X		1	5
Cuidados pessoais (depilar).					X		X												X		3	15
Dirigir.												X									1	5
Estudar.	X								X	X											3	15
Função materna.		X										X									2	10
Função sexual.					X										X						2	10
Levantar da cama.		X																			1	5
Passar na roleta do ônibus.					X					X					X						3	15
Sentar na cadeira.										X								X			2	10
Serviço doméstico.		X			X							X	X	X				X	X		7	35
Ter mais agilidade e ânimo.	X								X		X					X				X	5	25
Trabalhar.				X				X										X			3	15
Não se manifestou.																						

Fonte: Adaptada pelo autor.

Tabela 22: Discriminação.

Categorias	Discriminação																				Frequência	
	Sujeitos																				ABS	REL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Ao entrar em lojas de roupas.		X	X	X		X	X	X	X							X					8	40
Chacotas, apelidos.	X		X					X				X					X				5	25
Empregos.			X						X							X					3	15
Crítica sobre comida.				X	X	X			X				X			X					6	30
Escola do filho.									X									X			2	10
Não se manifestou.						X						X	X		X						4	20

Fonte: Adaptada pelo autor.

Tabela 23: A percepção do olhar do outro antes da Cirurgia Bariátrica.

Categorias	A percepção do olhar do outro antes da Cirurgia Bariátrica																				Frequência	
	Sujeitos																				ABS	REL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Não se importava.		X				X					X										3	15
Olhar crítico, como se ela fosse uma aberração.	X			X	X		X	X	X	X		X			X						9	45
Pena.														X	X			X			3	15
Ser alegre para ser aceita.		X		X								X		X							4	20
Rosto bonito.		X						X						X	X						4	20
É gordo porque quer.																	X	X			2	10
Não se manifestaram.			X	X			X						X								4	20

Fonte: Adaptada pelo autor.

Tabela 24: A percepção do olhar do outro após a Cirurgia Bariátrica.

A percepção do olhar do outro após a Cirurgia Bariátrica																				Frequência		
Categorias	Sujeitos																				ABS	REL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Não se importa.	X																				1	5
Sentem-se pessoas normais.			X	X			X		X	X	X		X					X			8	40
Liberdade para comprar qualquer roupa e ir a qualquer lugar.		X		X									X						X		4	20
Olhares de admiração.	X	X			X	X			X				X		X	X					8	40
Atração do sexo oposto.			X						X		X										3	15
Cobrança.														X					X		2	10
Não se manifestaram.							X	X				X									3	15

Fonte: Adaptada pelo autor.

Tabela 25: A percepção do corpo antes da Cirurgia Bariátrica.

A percepção do corpo antes da Cirurgia Bariátrica																				Frequência		
Categorias	Sujeitos																				ABS	REL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Viam-se diferentes de tudo: uma aberração.	X		X	X				X	X	X					X						7	35
Não se viam obesa.		X	X		X				X	X		X	X	X	X		X			X	11	55
Escondiam-se atrás da gordura.	X									X						X					3	15
Não se manifestaram.						X	X										X	X			4	20

Fonte: Adaptada pelo autor.

Tabela 26: A percepção do corpo após a Cirurgia Bariátrica.

A percepção do corpo após a Cirurgia Bariátrica																				Frequência		
Categorias	Sujeitos																				ABS	REL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Sentem-se bem e bonitas.	X			X		X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X			14	70
Não se reconheceram e ainda pensam como obesa.		X															X		X		5	25
Só se sentirão bem com a cirurgia plástica.					X																1	5
Não se manifestaram.												X	X								2	10

Fonte: Adaptada pelo autor.

Tabela 27: Espelho/vaidade/corpo novo.

Espelho/vaidade/corpo novo																				Frequência		
Categorias	Sujeitos																				ABS	REL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Não se olhavam no espelho.	X		X		X	X						X	X						X		7	35
Passaram a se olhar no espelho.	X	X			X			X	X	X			X			X			X		9	45
Investimento em roupa.	X	X		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		16	80
Desejam fazer plástica.	X		X	X						X	X			X		X					7	35
Descobrirem-se.	X			X						X	X				X				X		6	30
Autoconceito positivo.			X	X				X	X				X						X		6	30
Não se manifestaram.							X										X				2	10

Fonte: Adaptada pelo autor.

ANEXO E

Pesquisa de Referências

Esta pesquisa tem caráter bibliográfico e descritivo e pretendeu buscar o estado da arte envolvendo os temas: Obesidade, Cirurgia Bariátrica e Imagem Corporal.

Foram pesquisados artigos, dissertações de Mestrado e teses de Doutorado nas bases de dados LILACS, SCIELO, Banco de Teses da UNICAMP, Banco de Teses da USP, *Web of Science* e *Scopus*, no período de 1974 a 2008. Aceitou-se a publicação do artigo em apenas uma base de dados.

Foram pesquisados os seguintes descritores:

1. *Body image x obesity surgery*
2. *Self concept x obesity surgery*
3. *Scale x body image x obesity surgery*
4. *Questionnaire x body image x obesity surgery*
5. *Assessment x body image x obesity surgery*
6. *Evaluation x body image x obesity surgery*
7. *Psychometric scale x body image x obesity surgery*
8. *Scale x self concept x obesity surgery*
9. *Questionnaire x self concept x obesity surgery*
10. *Assessment x self concept x obesity surgery*
11. *Evaluation x self concept x obesity surgery*
12. *Psychometric scale x self concept x obesity surgery*
13. Imagem Corporal x Cirurgia Bariátrica
14. Autoconceito x Cirurgia Bariátrica

15. Escala x Imagem Corporal x Cirurgia Bariátrica
16. Questionário x Imagem Corporal x Cirurgia Bariátrica
17. Avaliação x Imagem Corporal x Cirurgia Bariátrica
18. Escalas Psicométricas x Imagem Corporal x Cirurgia Bariátrica
19. Escala x Autoconceito x Cirurgia Bariátrica
20. Questionário x Autoconceito x Cirurgia Bariátrica
21. Avaliação x Autoconceito x Cirurgia Bariátrica
22. Escalas Psicométricas x Autoconceito x Cirurgia Bariátrica

Obtiveram-se os seguintes resultados:

LILACS

Descritor 1 – 2 artigos diferentes

Descritor 2 – 2 artigos diferentes

Para os demais descritores, nenhum novo registro foi encontrado.

SCIELO

Não foi encontrado nenhum registro com os descritores selecionados.

WEB OF SCIENCE

Descritor 1 – 56 artigos diferentes

Descritor 2 – 2 artigos diferentes

Para os demais descritores, nenhum novo registro foi encontrado.

SCOPUS

Descritor 1 – 88 artigos diferentes

Descritor 2 – 9 artigos diferentes

Descritor 3 – 2 artigos diferentes

Descritor 4 – 1 artigo diferente
Descritor 5 – 2 artigos diferentes

Para os demais descritores, nenhum novo registro foi encontrado.

BANCO DE TESES DA UNICAMP

Não foi encontrado nenhum registro com os descritores selecionados.

BANCO DE TESES DA USP

Não foi encontrado nenhum registro com os descritores selecionados.

No total, foram encontrados para:

Descritor 1: *Body image x obesity surgery* – 146 artigos diferentes

Descritor 2: *Self concept x obesity surgery* – 13 artigos diferentes

Descritor 3: *Scale x body image x obesity surgery* – 2 artigos diferentes

Descritor 4: *Questionnaire x body image x obesity surgery* – 1 artigo diferente

Descritor 5: *Assessment x body image x obesity surgery* – 2 artigos diferentes