

*Este exemplar corresponde a versão final da Tese,
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas,
para obtenção do Título de Doutora em Saúde Mental,
Campinas, 2 de julho de 1995*

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

ENCONTRO COM O CORPO:

**UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA
PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM EXCESSO DE PESO**

**Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas
como requisito parcial para a obtenção do título de
Doutora em Saúde Mental**

Candidata:

SILVIA MARINA ANARUMA

Orientador:

PROF. DR. JOEL SALES GIGLIO

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS - UNICAMP

Anaruma, Silvia Marina

An14e Encontro com o corpo : um programa de intervencao psico-
logica para o atendimento de pessoas com excesso de peso /
Silvia Marina Anaruma. Campinas, SP : Is.n.1, 1995.

Orientador : Joel Sales Giglio

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Obesidade. 2. Imagem corporal. 3. Psicoterapia de
grupo. I. Giglio, Joel Sales. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciencias Medicas. III. Titulo

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A Tese


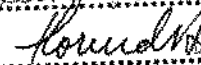
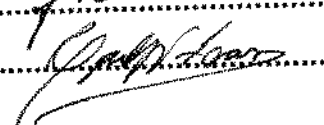
elaborada por SILVIA MARINA ANARUMA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pela Faculdade de Ciências Médicas para a obtenção do título de

DOUTORA EM SAÚDE MENTAL

Campinas, 27/07/1995.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Joel Sales Giglio : 
Prof. Dra. Teresinha Mariana Leite : Teresinha Moreira Leite
Prof. Dr. Flávio Stela : 
Prof. Dra. Jureia Barbara Intanciczy : J B Swanson
Prof. Dr. Carlos Alberto Vidal Franca : 

***Ao Mauro
que me acompanhou do começo ao fim***

***Ao Francisco, meu pai e a Amélia, minha mãe,
que estão colhendo os frutos da minha educação***

AGRADECIMENTOS

- *Ao prof. Dr. Joel Salles Giglio, meu orientador, que acreditou no meu trabalho e confiou na minha forma de trabalhar.*
- *À Dra. Lucy Penna, pelas preciosas orientações e pela insistência no desenvolvimento de um trabalho que tivesse um retorno social.*
- *Aos professores do Depto de Saúde Mental da Unicamp que completaram a minha formação.*
- *Às mulheres que participaram do grupo de pesquisa, por quem tenho uma eterna gratidão.*
- *À todos os profissionais do Posto de Atendimento Médico: Policlínica III, de Campinas, que me apoiaram no desenvolvimento da pesquisa.*
- *Aos professores e técnicos do Depto de educação da Unesp, Campus de Rio Claro, com quem pude contar durante este período de desenvolvimento da pesquisa; à Profa. Dra. Lucila Maciel dos Santos, pelas sugestões.*
- *À profa. Dra. Maria Augusta H. Ribeiro, que com muita dedicação, fez mais do que uma revisão dos originais. À Juliana Serzedello e Maria Célia Módolo pela tradução.*
- *À Profa. Dra. Maria Lúcia L. Wodewotzhi, Prof. Dr. Antônio Carlos S. Pião e especialmente ao prof. Dr. Carlos Alberto Anaruma, que me orientaram na organização dos dados quantitativos.*
- *Ao Polo Computacional, especialmente à Rejane Boschi.*
- *À CAPES pelo apoio financeiro, sem o qual não seria possível a realização da pesquisa.*
- *Ao Eduardo Anaruma, companheiro dos momentos mais difíceis.*

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRAT.....	x
INTRODUÇÃO.....	01
II - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO PROBLEMA.....	03
1. Obesidade: Conceito, Prevalência e Etiologia	03
1.1. Conceito	03
1.2. Prevalência	04
1.3. Etiologia	07
2. Aspectos Psicológicos a Obesidade	09
2.1. Distúrbios Emocionais x Obesidade	11
2.2. Ansiedade.....	13
3. A Imagem Corporal: Características, Desenvolvimento e Fatores de Influência.....	16
3.1 Distúrbios da Imagem Corporal	21
3.2. A Imagem Corporal da Mulher x a Imagem Corporal do Homem.....	26
4. Prazer e Obesidade.....	29
5. Contribuições de Wilhelm Reich para a Compreensãoentre a Imagem Corporal, o Prazer e a Obesidade.....	31
5.1. O Papel da Sexualidade no Equilíbrio Psicossomático.	31
5.2. O Papel da Couraça Caracterológica e Muscular	33
5.2.1. Couraça Caracterológica	33
5.2.2. A Couraça Muscular.....	35
5.2.3. A Ordem Segmentária dos Anéis de Blindagem.....	37
5.3. A Orgonoterapia - O Trabalho com as Emoções.....	43
5.3.1. O Papel do Sistema Nervoso Autônomo	44
5.4. A Caminho da Auto-Regulação	44

III - METODOLOGIA.....	46
1. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PESQUISA	46
1.1. Fases Metodológicas.....	46
2. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA ENCOR: Encontro com o Corpo.....	50
2.1. O Local.....	50
2.2. Os Materiais	50
2.3. Os Equipamentos	50
2.4. Os Instrumentos	50
2.4.1. Elaborados para a pesquisa	50
2.4.2. Padronizados.....	51
2.4.3. Elaborado para a Avaliação da Imagem Corporal.....	51
3. PROCEDIMENTOS.....	52
3.1. As Etapas de Aplicação do ENCOR.....	52
1ª Etapa: Escolha dos Sujeitos.....	52
Características do Grupo Estudado	52
2ª Etapa: Entrevista de Anamnese.....	55
3ª Etapa: Encontros do Grupo	56
4ª Etapa: Acompanhamento	56
3.2. Relato dos Encontros	57
3.3. Procedimento para a Análise do Material	71
3.3.1. Análise do Material Individual.....	71
3.3.2. Análise do Material do Grupo	73
IV - ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	75
1. Análise do Material Individual	75
1.1. Ada	75
1.2. Ivete	81
1.3. Iara.....	91
1.4. Lia.....	101

1.7. Nilva	123
1.8. Sara	131
1.9. Vilma	141
1.10. Zuleide	154
2. Análise do Material do Grupo	161
2.1. A Dinâmica dos Encontros	161
2.2. Interpretação das Respostas do Questionário para o Auto-Conhecimento	168
2.3. Interpretação do Roteiro de Auto-Avaliação da Imagem Corporal	174
2.4. Interpretação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	178
2.5. Resultados com Relação ao Peso	181
2.5.1. Análise da Evolução do Peso	181
2.5.2. Análise do Peso Inicial e Final de Acordo com o L.M.C	182
2.6. Correlação entre o Peso Inicial e o Peso Final	184
VI - DISCUSSÃO	185
1. Do Perfil dos Sujeitos	185
2. Da Sexualidade e do Prazer	188
3. Da Imagem Corporal	189
4. Das Mudanças	191
5. Do Tipo de Intervenção	193
5.1. O Uso das Técnicas Corporais	196
VII - CONCLUSÕES	198
ANEXOS	201
VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Modelo de Anamnese	201
ANEXO 2 - Contrato de Adesão	205
ANEXO 3 - Questionário "Exerc. para o Auto-Conhecimento"	208
ANEXO 4 - Mensagens sobre Sexualidade	209
ANEXO 5 - Certificado Final	210
ANEXO 6 - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	211
ANEXO 7 - Roteiro para Auto-Avaliação da Imagem Corporal	213

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características dos Sujeitos a Cor, Idade, Estado Civil e nº de Filhos	53
TABELA 2 - Características dos Sujeitos Segundo a Escolaridade, a Ocupação e a Renda Familiar	54
TABELA 3 - Caracterização dos Sujeitos Segundo a Altura, o Peso e o Tipo de Dieta....	55
TABELA 4 - Resultado do Questionário de Avaliação da Ansiedade Estado-Traço: IDATE - 1ª e 2ª Aplicação	178
TABELA 5 - Acompanhamento do Peso em Kg.....	181
TABELA 6 - Classificação do Peso Inicial de Acordo com o Índice de Massa Corpórea..	182
TABELA 7 - Classificação do Peso Final de Acordo com o Índice de Massa Corpórea ...	183

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Sete Segmentos Corporais	54
FIGURA 2 - Relação entre o Estado de Ansiedade Inicial e Final	179
FIGURA 3 - Relação entre o Traço de Ansiedade Inicial e Final	180
FIGURA 4 - Relação entre o Peso Inicial e o Peso Final.....	184

RESUMO

ENCONTRO COM O CORPO: UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM EXCESSO DE PESO

Este estudo refere-se à avaliação de um programa de intervenção psicológica elaborado para pessoas com problemas de excesso de peso.

Objetivos: auxiliar na mudança da auto-imagem, na diminuição da ansiedade e no processo de emagrecimento.

Metodologia: foi utilizado o modelo qualitativo de pesquisa, adotando-se como metodologia o Estudo de Caso e o Método de Pesquisa-ação, através de várias técnicas, das quais a principal foi a de Grupo Focal. A pesquisa foi realizada num posto de atendimento público, na cidade de Campinas, e teve a participação de 10 mulheres, na faixa-etária de 21 a 68 anos, em dieta hipocalórica.

Procedimento: o programa, com a duração de 6 meses, constou de 12 encontros, com periodicidade semanal e um período de acompanhamento. Foi desenvolvido em 4 etapas, tendo como fio condutor a discussão de temas acerca da problemática do obeso.

Resultados: todos melhoraram a auto-estima e a socialização, alcançaram uma maior consciência corporal, assim como uma imagem mais realista de si, diminuíram o grau de ansiedade e, oitenta por cento dos sujeitos emagreceram.

Conclusões: a elaboração psicológica é fundamental para as pessoas que estão em processo de emagrecimento porque levará não só a conscientização das causas do excesso de peso, como também servirá de apoio às mudanças bio-psico-sociais que acompanham a perda de peso. As pessoas, com problemas de excesso de peso, mostraram ter pouca consciência corporal, a qual, uma vez resgatada, torna-se um meio para a aceitação do corpo e para a liberação de emoções contidas. As técnicas em grupo foram consideradas extremamente favoráveis para a aderência à dieta e a compreensão do problema. A diminuição do peso foi acompanhada pela diminuição da ansiedade, a qual deve merecer especial atenção neste tipo de atendimento. O Encontro com o Corpo abriu possibilidades para estas mulheres se auto-conhecerem e se fortalecerem como pessoas, enxergando saídas mais satisfatórias para o seu crescimento.

ABSTRAT

THE BODY'S MEETING: A PSYCHOLOGICAL INTERVENTION PROGRAM FOR CLINICAL TREATMENT WITH OVERWEIGHT PEOPLE

This study refers to the evaluation of a psychological intervention program elaborated to people with excess weight problems.

Objectives: to aid on the self-image changing, the decrease of anxiety and the reducing weight process.

Methodology: it was applied a qualitative pattern of research, adopting as methodology the Study of Case and the Action-Research, through a variety of techniques, among them the major was the Focus Group. The research was applied in a health and care public center, in Campinas city and had the participation of ten women, around 21 and 68 years old who were in a hypocaloric diet.

Procedure: The program with the duration of 6 months had 12 weekly meetings and a follow-up period. It has developed in 4 stages, having as a leading wire the discussion on weight problem themes.

Results: all women improve their self-esteem and socialization, reached a better body awareness, as well as a more realistic image of themselves, decreased their anxiety grade and 80% of them lost weight.

Conclusions: the psychological elaboration is fundamental to the people who are in a weight reducing process, because it provides them not only a better conscientiousness about the causes of overweight but also will give them the support to the bio-psychosocial changes that come with the lose of weight. People with excess weight problems have shown low knowledge about their own body and once it is redeemed it becomes a way to acceptance of the own body and to the liberation of hidden emotion. The group techniques demonstrate to be extremely favorable to the adhesion to the diet and to the comprehension of the problem. The decrease of the weight was followed by the decrease of the anxiety, and this fact must have a special attention in this kind of intervention. The Body's Meeting has given to this women the possibility to know themselves and become stronger as people, being possible to see more satisfactory growth ways.

INTRODUÇÃO

Uma das maiores preocupações das ciências do homem é a busca de soluções para os problemas decorrentes do estilo de vida, como os ligados aos hábitos alimentares. Se de um lado temos o problema da subnutrição cada vez mais crescente, de outro caminha, em paralelo, o problema do excesso de peso.

O excesso de peso e a obesidade são ainda vistos como um distúrbio apenas ligado à ingestão alimentar, daí a justificativa para a grande quantidade de dietas, ginásticas e terapias que cada vez mais são lançadas no mundo inteiro.

A obesidade é encarada, numa visão atual, como um distúrbio psicossomático, onde interagem não só componentes somáticos, como ambientais e psicológicos. Assim, o obeso precisa, muito mais do que de uma dieta, entender a linguagem que se manifesta através do seu corpo. Há perguntas as quais a maioria dos tratamentos tradicionais não respondem: O que há subjacente ao peso que o obeso carrega? Por que chegar ao ponto de duplicar ou triplicar o tamanho normal? Que implicações o peso pode ter na sua vida?

O objetivo deste estudo é avaliar se o modelo de intervenção, do ponto de vista psicológico, elaborado para o tratamento de pessoas com excesso de peso, melhora a auto-imagem, facilita o processo de emagrecimento e diminui a ansiedade dessas pessoas.

Este modelo foi gerado a partir da constatação da dificuldade das pessoas não só para o emagrecimento como para aderir a um regime. As pesquisas atuais mostram que esta dificuldade pode ser fruto da falta de uma imagem real e positiva de si mesmas, o que faz com que as pessoas obesas não evoluam no tratamento de emagrecimento.

Pensamos também no difícil acesso a projetos que contemplem vários níveis sociais e que intervenham no processo de emagrecimento. Assim, elaboramos um modelo de intervenção para ser utilizado tanto no campo da saúde, como no da educação, para pessoas com excesso de peso.

Esta intervenção, denominada *ENCOR*, ou seja, **Encontro com o Corpo**, foi realizada em grupos de pessoas, em dieta alimentar, as quais participaram de 12 encontros semanais (e de um período de acompanhamento), com temas determinados. Os temas -

referentes a questões fundamentais para reflexão - foram concebidos através da experiência que adquirimos com pessoas obesas, durante 3 anos, antes de iniciarmos esta pesquisa. Na intervenção foram desenvolvidas diversas estratégias que pudessem estimular os vários canais de acesso ao universo bio-psíquico de cada paciente.

A importância deste estudo está no fato de poder contribuir para o conhecimento e o tratamento de uma das doenças de maior incidência na população em geral. Para termos uma idéia, estima-se que nos E.U.A., as pessoas com excesso de peso estejam na ordem de 34 milhões e há 12,4 milhões de pessoas severamente obesas (Van Itallie, 1985).

Iniciamo-lo com o esclarecimento do quadro geral da obesidade, que inclui o conceito, a etiologia e a prevalência. Dentro desse quadro, será dada ênfase aos aspectos psicológicos. Posteriormente, faremos uma reflexão sobre as bases teóricas norteadoras de nossa proposta, ou seja, os estudos sobre a imagem corporal e a teoria psicodinâmica de Wilhelm Reich, para, em seguida, passarmos aos pressupostos metodológicos da pesquisa, cujo modelo adotado foi o qualitativo.

Com base nestes alicerces, apresentaremos a nossa proposta de intervenção para, depois, descrevermos os resultados da nossa experiência.

II - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO PROBLEMA

1. OBESIDADE: CONCEITO, PREVALÊNCIA E ETIOLOGIA

1.1. CONCEITO

Segundo a conceituação médica, a obesidade é o acúmulo exagerado de gordura no tecido subcutâneo. Embora seja difícil de defini-la em termos quantitativos aceitos universalmente, vários critérios são usados para caracterizá-la, dentre eles, o que considera obesa a pessoa que está 20% acima do seu peso ideal, levando-se em conta a altura e a idade¹. Entretanto, este referencial é passível de erro, já que a massa muscular pode ser confundida com gordura. Kaplan & Kaplan (1957) explicam que cada caso deve ser considerado individualmente, levando-se em conta a constituição do corpo, ou seja, musculatura e estrutura óssea, idade, altura, hábitos de alimentação e energia dispendida, bem como tipologia.

Há uma distinção entre as definições de excesso de peso e obesidade. Segundo Brownell & Steen (1987) excesso de peso é definido como estar acima do peso ideal segundo as tabelas padronizadas. Entretanto, estes padrões não avaliam a composição corporal ou massa muscular. Por exemplo, atletas, muitas vezes, estão acima do peso normal, no entanto, não podem ser considerados gordos, em relação à quantidade de massa muscular que possuem.

Moura & Santos (1988) descrevem a obesidade como uma alteração metabólica primária que resulta em repercussões que variam de indivíduo para indivíduo e que, mais do que relacionados com o aumento de peso, estão ligadas ao grau de desconforto orgânico e psicológico que podem causar.

Belmonte (1986) fala da obesidade mais como um sintoma do que como uma doença, que envolve um grupo heterogêneo de desordens, levando-nos a pensar em

¹ Os métodos mais conhecidos, usados para a avaliação do corpo humano, podem ser vistos em: Henry C. Lukaski. *Methods for the assessment of human body composition: traditional and new*. nº46 (537-356).

"obesidades". O mesmo é defendido por Katz (1990) que vê a comida como uma metáfora, ou seja, ela simboliza a nossa maneira de encarar a vida e a forma como lidamos com nossas emoções. É por isso que muitos regimes não dão certo, pois lidam apenas com o sintoma - o peso excessivo e o comer demais - mas não lidam com a causa do problema.

Kahtalian (1992) embora não ignore o lado constitucional da pessoa, conceitua a obesidade como "expressão sintomática dos conflitos internos e externos que se realimentam como num mecanismo de feedback (p.274)".

Para esta autora, a quantidade de tecido adiposo e o tempo de sua existência, denotam o grau de dificuldade e podem revelar as possibilidades de êxito do tratamento. A obesidade de longa duração e os chamados "grandes obesos" (50% acima do peso ideal) indicam limites bem estreitos de redução ponderal, ao contrário das obesidades do tipo "reacionais", ou seja, aquelas que se instalam a partir de crises existenciais ou acidentes recentes (gravidez, processo de separação, luto, etc.).

1.2. PREVALÊNCIA

Segundo Gray (1989) a obesidade é influenciada pelo sexo, idade, raça e atividade física. Ela é maior entre as mulheres, porém nas classes sociais inferiores. A porcentagem de gordura presente no peso corpóreo geralmente tende a aumentar com a idade. Com relação à raça, é maior entre as mulheres negras.

Já com relação aos homens, Buskirk (1991) cita que na população americana, os ricos tendem a ser mais obesos que os pobres. Penick & Stunkard (1973) em sua pesquisa, realizada nos Estados Unidos, demonstraram uma relação inversa entre a prevalência da obesidade e o status sócio-econômico, ou seja, quanto mais aumenta o status social, mais diminui o índice de prevalência para a obesidade.

Hall & Havassy (1981) atribuem à mulher a maior propensão para engordar porque tendo ela o papel tradicional, na família, de cozinheira ou da responsável pela alimentação, a sua chance de acesso à comida é muito maior. O mesmo ocorre pelo seu envolvimento na escolha do menu, nas idas ao supermercado, na preparação do alimento.

Barbanti (1990) declara que a quantidade de atividade física é a mais importante diferença entre um magro e um gordo. O estilo de vida tipicamente sedentário e o envolvimento menor em atividades físicas, são fatores que interferem nesta diferença.

Halpern (1987) destaca que as pessoas classificadas como obesas apresentam um grau de morbidade e mortalidade muito maior que as de outros grupos, principalmente no tocante às doenças cardiovasculares - dentre elas a hipertensão - e ao diabetes mellitus. Buskirk (1991) acrescenta outras condições associadas à obesidade como: cirrose hepática, gota, alterações renais, alterações menstruais e ovarianas, riscos na gravidez, osteoartrite (do joelho, em mulheres), função pulmonar reduzida, fraca tolerância à anestesia, riscos maiores nas cirurgias, dentre outros.

Segundo este mesmo autor, a taxa de mortalidade, que varia com a idade, num grupo de homens muito obesos é mais alta do que a dos homens de gordura normal: mais de 11 vezes numa idade de 25 a 34 anos, mais de 5 vezes de 25 a 44 anos, três vezes dos 45 anos aos 54 e cerca de duas vezes e meia dos 55 aos 74 anos.

Em pesquisa realizada por Régo et al (1990) sobre os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis no município de São Paulo², verificou-se uma prevalência de 18% na população geral para a obesidade, sendo 50% maior no sexo feminino. Comparando-se com os dados coletados nos Estados Unidos, por Van Itallie (1985) a prevalência na população geral é menor: homens - 24,2% e mulheres - 27,1%.

Cornillot et al (1977) relata que na América Latina, de 300 milhões de habitantes, 200 são mal alimentados e morrem a cada ano, 2 milhões de crianças por desnutrição. Os outros 100 milhões têm sobre si o fantasma da obesidade, com as complicações orgânicas, psicológicas e sociais que a acompanha, e destes, 100 mil morrem ou são inutilizadas, anualmente.

Mustajoki (1987) explica que os fatores sócio-culturais são extremamente pertinentes para o estudo da prevalência da obesidade em diferentes culturas. Esta prevalência depende, principalmente, da disponibilidade do alimento e do valor que a sociedade atribui ao excesso de peso.

² As outras doenças pesquisadas e suas respectivas incidências foram: hipertensão arterial (22,3%), tabagismo (37,9%); alcoolismo (7,7%) e sedentarismo (69,3%).

A autora relata que, na época do Renascimento, as atitudes relacionadas ao excesso de peso eram mais liberais que as de hoje e a "gordura" era apreciada como um aspecto positivo, já presente na própria significação do termo: "obesus" em latim significa muito farto.

No mundo ocidental moderno, a magreza tem sido o ideal de beleza, principalmente para as mulheres. O reflexo disso é observado, por exemplo, nas medidas exigidas para Miss Universo que de ano para ano passaram a ser cada vez menores. Bonalume Neto (1993) apresenta o resultado de uma pesquisa, desenvolvida por Mustajoki, com o objetivo de analisar as bonecas e manequins de várias épocas, no qual, a autora conclui que as manequins e bonecas da década de 60 não teriam estrutura corporal para menstruarem, como, por exemplo a conhecida "Barbie". Isto é preocupante, à medida que estes modelos influenciam a percepção da mulher no seu peso ideal.

Paradoxalmente, enquanto o peso desejável da mulher tem decrescido, a prevalência da obesidade tem aumentado. As razões destes fenômenos podem estar relacionados ao fato de que, nas últimas décadas, a quantidade de calorias dos alimentos aumentou, ao mesmo tempo que as atividades físicas diminuíram, despertando o esforço para o emagrecimento. É possível também que a moda e a opinião pública influenciem somente uma parcela pequena da população, provavelmente, a das classes mais abastadas.

Rocha (1983) esclarece que hoje, a maioria dos povos encara a obesidade como um estigma. É o que nos mostra também Stake & Lauer (1987) revelando que a obesidade é considerada inatrativa na nossa sociedade.

Esta condição resulta em conseqüências sociais negativas para a pessoa obesa. Anjos (1983) relata que o obeso encontra mais dificuldade de ser aceito em empregos. Nos Estados Unidos há tabelas de peso para a aceitação dos candidatos para determinados cargos; o relacionamento social dessas pessoas também é difícil, principalmente no grupo escolar, quando são objeto de zombaria. Na prática médica "a obesidade é considerada um castigo e seu tratamento um artigo de luxo", principalmente nos serviços públicos. Brownell & Steen (1987) explicam que alguns profissionais, baseados na concepção de que a obesidade é um problema psicológico, muitas vezes, tratam o obeso, como uma pessoa anormal.

1.3. ETIOLOGIA

Belmonte (1986) relata que raramente é possível identificar uma etiologia para a obesidade. "Na maioria das vezes, os pacientes obesos não têm uma causa determinada para sua condição e são classificados como obesos de etiologia não conhecida"(p.29). Isto ocorre porque há vários distúrbios no balanço energético, que provavelmente tenham causas múltiplas, além das características próprias de cada indivíduo.

Existem dois tipos de obesidade, segundo a sua origem, apresentadas por Kaplan & Kaplan (1957): a obesidade *exógena*, simples, ou comum e a *endógena*, metabólica ou endócrina. Esta classificação pode gerar uma certa imprecisão já que ambas sempre são devidas a hiperalimentação. A obesidade exógena, tem origem em fatores externos, não envolve alguma desordem metabólica e inclui 95 a 97% dos casos; a obesidade endógena, inclui 3% do total de casos e é o resultado da hiperalimentação causada pelo distúrbio do apetite, que tem origem numa fonte endógena ou interna.

Para estes autores a obesidade é causada por diversos fatores, que eles dividem em somáticos e psicológicos. Nos fatores somáticos, estão incluídos os distúrbios endocrinológicos e do metabolismo, as lesões neurológicas, os fatores neuroendócrinos e os fatores hereditários; pertencem a estes casos aproximadamente 3% dos obesos.

Quanto aos fatores psicológicos, as pesquisas estão voltadas para a influência da cultura, ambiente, história familiar, estrutura de personalidade e o inconsciente das pessoas obesas. Estes estudos também tem contribuído para o entendimento dos fatores de personalidade que podem conduzir ou manter a obesidade. Entretanto, a exata natureza do mecanismo pelo qual alguns destes fatores resultam na obesidade, não tem sido claramente explicado.

Além dos fatores somáticos e psicológicos, os autores ainda incluem, entre as causas da obesidade, os mecanismos regulatórios da alimentação, ou seja, a fome e o apetite.

A fome é entendida como o desejo de comer, despertado por sensações fisiológicas; já o apetite tem sido descrito como o desejo de comer, que envolve a lembrança da sensação agradável de se estar satisfeito. Ele é despertado, por exemplo, pela aparência do alimento, seu cheiro, seu sabor e é a maior força psíquica na regulação da ingestão do alimento no homem.

Portanto, fome e apetite influenciam na quantidade de comida a ser ingerida. Assim, uma pessoa com fome pode comer até se sentir satisfeita, mas o apetite pode induzi-la a comer mais, o que leva muitos autores a concordarem que o obeso tem um distúrbio relacionado não com a fome, mas com o apetite.

Cormillot et al (1977) dividem os fatores desencadeantes da obesidade em três grupos: fisiológicos, psicológicos e sociais.

Os fatores fisiológicos podem atuar diretamente ou através de mecanismos psicológicos. São eles: a menarca, a menopausa, a gravidez, enfermidades, intervenções cirúrgicas, acidentes, iatrogenias medicamentosas.

Dentro dos fatores psicológicos, que também atuam com os fisiológicos, os autores citam: o nascimento dos irmãos, a separação dos pais, o início da escolaridade, a adolescência, o serviço militar, o casamento. Quanto a este último fator, o autor observa que é especialmente comum no caso das mulheres e tem muito a ver com suas atitudes estereotipadas frente à sexualidade e a vida em comum.

Entre os fatores sociais, os autores incluem: ascendência ou descendência sócio-econômica, ou seja, quanto melhor o poder aquisitivo, maior a quantidade de alimento, menor a necessidade de mover-se para adquiri-lo; crises político - militares que, por uma reação reativa à desnutrição, supervalorizam a comida (especialmente após os períodos de guerra); mudanças e migrações internas ou externas, que implicam um certo stress psicológico.

Com relação ao fator genético, Brownell & Steen (1987) relatam que os estudos de gêmeos ou crianças adotadas mostraram que não foi encontrada relação entre o peso de filhos adotados e o peso aumentado dos pais. Em compensação, foi encontrada uma forte relação entre o peso dos filhos adotados e seus pais biológicos.

Este dado é confirmado por Gurney (1936), constatando, na sua pesquisa, que 82% dos sujeitos com excesso de peso, tinham um ou ambos os pais que também apresentavam o problema, o que mostra a hereditariedade como um componente importante na etiologia da obesidade.

Entretanto, Kaplan & Kaplan (1957) esclarecem que, embora a influência hereditária exista, há a predominância do ambiente e de outros fatores exógenos, na maioria

dos casos de obesidade. Como bem diz Cormillot et al (1977) os fatores genéticos se bem existem, são controláveis em sua intensidade por meio do ambiente, que pode atenuá-los ou incrementá-los.

Para Anjos (1983) e Barbanti (1990) a obesidade pode ocorrer pelo aumento do número de células adiposas (hiperplasia); pelo aumento do tamanho dessas células (hipertrofia) ou por ambos. Ocorre que durante a infância e o princípio da adolescência, as células adiposas aumentam em número e tamanho. Na fase adulta este número se torna fixo, aumentando apenas de tamanho. Desta forma, o ideal seria prevenir o desenvolvimento inicial das células adiposas durante o período de crescimento.

2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE

Segundo Kahtalian (1992), só recentemente é que os aspectos emocionais começaram a ter importância para os profissionais que lidam com a obesidade. Na década de 30, a obesidade era incluída dentro dos "distúrbios das glândulas endócrinas" e foi só a partir das décadas de 40 e 50, que a aproximação com a questão psicológica começou a receber maior ênfase.

Quando já estabelecida a obesidade, a autora declara que o paciente passa a viver em função das dificuldades que o excesso de peso lhe traz. É nesta ocasião que uma série de aspectos ligados à gordura passam a incomodar o obeso: adinamia, dificuldades de executar o ato sexual, limitações de se expor em atividades de praia, esportivas ou sociais, sensação de vergonha, inferioridade, dificuldades de comunicação, etc.

O excesso de peso constitui-se num aleijão, em muleta quem de carregar o resto da vida. Serve o excesso de peso no corpo à função de localizar toda a angústia e toda a sorte de dificuldades existenciais. A localização (somatização), no entanto, para muitos, traz tranquilidade e paz (...) Ele não precisa mais pensar em dificuldades emocionais, e sim em controlar o peso (p.21)

Segundo Boyd (1989) o excesso de peso é uma razão socialmente reforçada para a infelicidade e depressão; é mais fácil atribuir sentimentos de frustração, raiva e inutilidade para a pessoa com excesso de peso, do que aceitar as verdadeiras origens dos seus problemas.

O autor destaca entre os efeitos psicodinâmicos do excesso de peso, a baixa-auto estima, que decorre de fato do obeso não ter um físico aceito socialmente.

Carmillot et al (1977)³ chamam a atenção para a importância de se levar em conta o estado psicológico do obeso no seu tratamento, explicando que todos os pacientes necessitam de apoio psicológico dos médicos em geral e, só em alguns casos, de um tratamento psicoterápico específico.

Eles destacam a influência da família como um fator psicológico relevante para a etiopatogenia e persistência da obesidade, principalmente da criança ou adolescente (a mesma importância é atribuída por Paiva, 1982). Os autores esclarecem que a família, ao invés de ajudar no emagrecimento, sabota o tratamento dietético.

Maio (1990) constata, no tratamento com grupos de pacientes cardiopatas obesos, a dificuldade em elaborarem psiquicamente estados emocionais de perdas e mudanças; também observou a dificuldade crônica em discriminar necessidades.

Melco (1990) num estudo fenomenológico da obesidade em 8 mulheres na faixa-etária de 35 a 45 anos, através do método de entrevista, revelou que uma das características destas mulheres era a vivência da falta de controle sobre si mesmas. Existe também, uma não-aceitação do próprio modo de ser (obesa), uma auto-desvalorização e um desencantamento consigo mesma. Elas falam do passado, mas sem atualizar suas experiências, sem modificar o seu significado, que está cristalizado. As relações interpessoais são evitadas em função do isolamento, por não desejarem aparecer volumosas. A autora conclui que a mulher obesa precisa de ajuda para reconhecer a si própria.

Striegel-Moore & Rodin (1986) esclarecem que embora existam vários estudos que tratam a obesidade sob o ponto de vista psicológico, recentemente o foco está em encará-la como determinada por múltiplas causas.

Segundo estes autores, uma das evidências destes estudos é a de que, embora a variável psicológica seja uma das causas da ingestão excessiva de alimentos, certas pessoas obesas não comem mais e nem com mais freqüência do que pessoas magras. Rodin et al (1989) relatam que a ingestão alimentar de pessoas com excesso de peso e nível de atividades

³ Os autores fazem uma revisão dos principais enfoques psicológicos da obesidade em ordem cronológica e destacam alguns estudos mais importantes na área.

idênticos, assim como idade e sexo, podem diferir em até 100%. Demonstraram que uma das diferenças encontradas entre as pessoas normais e as obesas está ligada ao sabor dos alimentos. Pessoas que estiveram recentemente em dieta parecem sentir a comida mais saborosa.

Os autores concluíram também que o padrão de ingestão alimentar pode influenciar mais do que a quantidade ingerida de alimentos, assim, é possível que as pessoas obesas comam pouco numa refeição e muito em outra, o que pode contribuir para maiores depósitos de gordura. Com relação ao ritmo de ingestão alimentar, embora os tratamentos mostrem que a diminuição ajude algumas pessoas a perder peso, não foram encontradas diferenças significativas entre pessoas com excesso de peso e as normais.

Nesta mesma direção Oliva & Halpern (1992) e Ogden (1993) argumentam que um dos motivos para uma certa percentagem de pessoas obesas comerem o mesmo número de calorias que outras e terem mais propensão para engordar, é a menor queima calórica (deficiência na calorigênese).

Na verdade, é difícil separar as causas relacionadas aos fatores psicológicos e fisiológicos, porque eles interagem entre si.

2.1. DISTÚRBIOS EMOCIONAIS

X

OBESIDADE

Existem controvérsias nas investigações, quanto a relação entre distúrbios emocionais e obesidade, pois, alguns autores defendem-na, outros a contestam.

Dentre os autores que estabeleceram esta relação, temos Morais (1991) que pesquisou os aspectos psicológicos de pacientes obesos através do Psicodiagnóstico de Rorschach, com 26 mulheres de 21 a 44 anos, de nível sócio-econômico médio-baixo, divididas em dois grupos: um grupo onde a obesidade teve início na vida adulta e outro na infância.

Os resultados revelaram que não houve diferença marcante entre os dois grupos. Os sujeitos apresentaram um funcionamento mental marcado pela baixa produtividade, características de superficialidade, não envolvimento, tentativa de não contatar

profundamente com os afetos e dificuldade para elaborá-los; busca do controle emocional; a repressão, o distanciamento e o fechamento são utilizados como tentativa de controle e aparente adaptação. A evidência destas dificuldades emocionais sugeriu a necessidade de tratamento psicológico na terapêutica dos obesos.

Para contestar a relação entre a obesidade e os distúrbios psicológicos, Mustajoki (1987) argumenta que estes estudos são feitos a partir de sujeitos que estão em tratamento ou que passam por consultas psiquiátricas. Quando os pacientes de outras especialidades da medicina e da área nutricional são estudados, este quadro se modifica. Nestas investigações, a maioria dos pacientes não apresenta doença mental e nem distúrbios emocionais. Isto leva à suspeita de que o excesso de anormalidade psicológica encontrada na amostra estudada, pode ser causado pela seleção inadequada da mesma. Resultados semelhantes foram encontrados nas pesquisas desenvolvidas por Faubel (1989), Mc Reynolds (1982) e com sujeitos da população geral, ou seja, daqueles que não vinham de atendimentos psiquiátricos.

Wadden e Stunkard (1987) compartilham com estes argumentos. Eles demonstraram no artigo sobre Psicopatologias e Obesidade, que os primeiros estudos psiquiátricos reforçavam a percepção popular de que as psicopatologias eram comuns entre os obesos e que tinham um lugar importante no desenvolvimento da obesidade. Entretanto, as investigações mais recentes têm mostrado que os distúrbios psicológicos são mais freqüentemente ligados às conseqüências da obesidade do que às causas. As dificuldades emocionais estão mais ligadas a obstáculos culturais e a preocupação constante com o emagrecimento. Isto não significa que as pessoas obesas estejam livres de problemas psicopatológicos, como qualquer outra.

Além disso, os autores esclarecem que muitas pessoas com excesso de peso podem experienciar dificuldades emocionais que não são mensuradas por testes psicológicos. Estas dificuldades estão relacionadas com questões específicas como, por exemplo, o sentimento de solidão resultante da falta de entendimento do seu problema por parte dos amigos, ou da frustração pelo excesso de peso. Este tipo de dificuldade pode engendrar distúrbios emocionais.

2.2. A ANSIEDADE

Segundo Stella (1990) há dois tipos de ansiedade: a objetiva e a neurótica. A ansiedade objetiva é desencadeada por uma situação de perigo real que tem origem no mundo exterior. Este perigo se torna ameaçador evocando reações a nível psicológico e fisiológico.

A ansiedade neurótica tem origem a partir de mecanismos internos e sua fonte geradora não é percebida conscientemente.

Para Spilberger (1981)⁴ ansiedade é um fenômeno de natureza emocional, que se manifesta de duas maneiras: 1) como *estado psicológico*, ou seja, uma condição transitória que varia de intensidade a depender das formas de reação. Estas reações envolvem manifestações subjetivas e sinais fisiológicos relacionados com alterações da taxa respiratória e da pressão arterial, manifestando-se dentre outras formas, pela postura do corpo, os tipos de respostas ao stress, a maneira de executar certas tarefas; 2) como *traço de personalidade*, a ansiedade é considerada uma tendência básica da pessoa, que a leva a estabelecer formas bem definidas de defesa.

Há uma interação dinâmica entre estado e traço de ansiedade, ou seja, a ansiedade que se manifesta "agora" e que se caracteriza como o estado, pode assumir proporções que levam a pessoa a uma ansiedade crônica, passando a ser um traço.

Os autores preocupados com esta resposta do organismo, como Clarke (1990), Halpern (1987) e Stuart & Jacobson (1990) entendem que pacientes obesos podem ser caracterizados como pessoas com distúrbios emocionais, que aprenderam a usar a hiperfagia como um meio de lidar com seus problemas psicológicos, principalmente como forma de diminuição da ansiedade. Mas há controvérsias na literatura com relação a este ponto de vista.

Kaplan & Kaplan (1957) embora não mencionem como um distúrbio emocional, relatam que a característica psicodinâmica mais comum notada nos pacientes obesos é a

⁴ Spilberger é o autor do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) traduzido e adaptado, por Angela M.B. Biaggio, Luiz Natalício e Charles Spilberg em: Desenvolvimento da forma Experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spilberger. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, nº29, p.31-44.

negação da ansiedade e da raiva que é usada como defesa. Assim, a pessoa pode aprender a comer, em resposta à ansiedade, já que a comida a diminui (citado também pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, 1993).

Abranson & Wunderlick (1972) com o objetivo de testar a hipótese de que os obesos comem para aliviar a ansiedade, elaboraram uma pesquisa com 33 sujeitos obesos e 33 sujeitos de peso normal, do sexo masculino. Ele testou o consumo de alimento, através da quantidade de bolachas consumidas durante 15 minutos. Enquanto os sujeitos esperavam, os pesquisadores deixaram um saco de bolachas na sala e anunciaram que havia a possibilidade de um experimento à base de eletrochoque (usado como estímulo para despertar medo).

Os resultados sugeriram que os sujeitos obesos foram mais reativos à ansiedade provocada pelo estímulo de que os sujeitos normais, embora a diferença de consumo alimentar não tenha sido significativa entre os dois grupos. Apesar desta atitude denotar que os obesos tendem a ter ansiedade, mostra dúvidas com relação à proposição de que a comida representa um método de controle da ansiedade, pois tratou-se de uma situação ameaçadora, onde não é possível generalizar este comportamento como um traço específico do obeso.

Em pesquisa realizada por Santos (1990) com o objetivo de verificar a ansiedade em 285 sujeitos obesos, de ambos os sexos, usando como metodologia o Inventário de Avaliação de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), constatou que as mulheres tinham a ansiedade aumentada em relação a os homens. Ele considera que a ansiedade é uma característica da pessoa obesa, sendo acentuada pela redução da ingestão alimentar, por isso a dificuldade em seguir uma dieta.

O mesmo ocorre com relação a outros distúrbios, como demonstra um estudo realizado por Stunkard (1957) no qual verificou que mais da metade dos sujeitos que estavam em dieta hipocalórica tinham experienciado depressão, tensão, fraqueza e/ou irritabilidade. Subseqüentemente constatou a presença de depressão e de outras reações emocionais, a regimes para redução de peso.

Da mesma forma, Rodin et al (1989) argumentam que as alterações negativas no estado de ânimo são causadas por graves sentimentos de privação de alimento e não pela perda de peso propriamente dita. Belmonte (1986) declara que as pessoas que usam o

alimento como forma de combater a ansiedade estão propensas a se tornarem deprimidas quando a dieta é forçada.

Pesquisa realizada por Grinker et al (1973) com 5 pacientes obesos severos hospitalizados, com início da obesidade na idade adulta, e que estavam em processo de emagrecimento, mostrou que não houve aumento de ansiedade ou depressão nos sujeitos. Estes dados foram contrastados com outros estudos de pacientes que tiveram o início da obesidade na juventude e que haviam experienciado sintomas psicológicos destes sentimentos durante e depois da redução de peso. Os autores atribuem este fato não só à idade, como ao longo tempo de privação de calorias.

Em síntese, como nos apresentam Stunkard e Rush (1974), estas reações com relação à dieta são influenciadas pelos seguintes fatores: 1) pessoas cujo problema da obesidade teve início na infância; 2) restrição severa de calorias que podem produzir mais reações emocionais; 3) quando o tratamento do paciente é realizado fora de um local onde ele possa ficar permanentemente; 4) o uso de medicação .

Secord & Jourard (1953) demonstraram na pesquisa sobre a relação entre catexis do corpo (grau de satisfação ou insatisfação com várias partes ou processos do corpo) e auto-conceito, que sentimentos negativos sobre o corpo foram associados com ansiedade, presente na excessiva preocupação com dores, doenças ou machucados.

Silverstone (1967) mostra que os fatores psicológicos não ocupam lugar privilegiado dentro do significado etiológico do quadro da obesidade. Ele realizou um estudo comparando um grupo de sujeitos normais com um grupo de sujeitos obesos sob vários aspectos ou fatores psicológicos. Participaram da amostra 344 sujeitos na faixa-etária de 20 a 60 anos, de ambos os sexos.

O único fator psicológico significativo foi encontrado no grupo de mulheres obesas: elas comiam mais quando estavam ansiosas. Com relação à quantidade de comida ingerida, a maioria dos sujeitos obesos, de ambos os sexos, negaram que comem em excesso, uma vez que se controlam com dieta.

3. A IMAGEM CORPORAL

CARACTERÍSTICAS, DESENVOLVIMENTO E FATORES DE INFLUÊNCIA

Entre as pesquisas que mostraram a influência dos aspectos psicológicos presentes na obesidade, aparece na literatura estudos da imagem corporal dos obesos que merecem destaque. A fim de esclarecermos em que consiste a sua contribuição, inicialmente, iremos apresentar o quadro conceitual deste tema para, posteriormente, relacionarmos com a obesidade.

A palavra IMAGEM, tanto na Língua Francesa, como na Portuguesa, tem um sentido de reflexo ou cópia de uma realidade. Foi partindo deste sentido que Bossu & Chalachier (1979) entenderam a imagem do nosso corpo, como uma transposição de um dado perceptivo do cotidiano.

Segundo Craig & Caterson (1990) o conceito de imagem corporal pode ser entendido sob dois pontos de vista: 1) superfície, comprimento e figura postural do corpo; 2) atitudes, emoções e reações dos indivíduos em relação aos seus corpos. Desta forma, dentro da pesquisa sobre imagem corporal há uma diferença entre pesquisa perceptual associada ao primeiro aspecto e pesquisa relativa aos processos de personalidade, associada ao segundo aspecto.

A fim de entendermos as características da imagem corporal, os fatores que a influenciam e o seu desenvolvimento, optamos por adotar como base deste item, as principais idéias de Schilder, considerado um dos autores principais dentro deste tema.

Schilder(1980), entende a imagem corporal como "a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós". Ele explica que apesar desta imagem ser adquirida através dos nossos sentidos, portanto, um componente ligado à percepção, ela não está separada das representações mentais. Isto dá um sentido psicológico à imagem corporal e um significado para o conhecimento interior do corpo. É desta forma também, que o modelo postural torna-se a base de atitudes emocionais para o nosso corpo.

Esta relação pode ser traduzida no seguinte exemplo: se nos consideramos altos, agimos como pensamos agirem as pessoas altas; se nos consideramos baixos, assumimos o jeito das pessoas baixas, conforme acreditamos que elas sejam. Se gostamos de nossa altura, ficamos satisfeitos e isto será importante, pois se não gostamos, tentaremos aumentar alguns centímetros ou faremos alguma coisa para parecermos menores. Se não aceitamos nosso corpo, há pouca chance de nos aceitar como somos (Stuart, 1978). Este ponto de vista é reforçado por Rosen & Ross (1968) mostrando que há uma relação entre atitudes sobre auto-imagem e imagem corporal.

Para Schilder (1980) a imagem corporal é constituída por três estruturas que se inter-relacionam continuamente: a fisiológica, a libidinal e a sociológica. São as estruturas libidinal e sociológica que caracterizam a dimensão humana, ou seja, aquela que é própria da nossa espécie. De acordo com Penna (1990), esta nova perspectiva amplia os pontos de vista tradicionais, além de introduzir o papel do meio ambiente na transformação contínua dos modelos posturais. Isto significa que embora exista uma experiência imediata da nossa imagem corporal, ela só se torna completa através do contato com a realidade externa. É desta forma que "movimento e ação serão necessários para este desenvolvimento (p.169)".

Fazem parte da estrutura fisiológica os aspectos orgânicos da imagem corporal, relacionados com o movimento e a ação. Na estrutura libidinal considera-se o corpo, segundo a vivência afetiva, emocional, cognitiva e erótica de cada um. Na estrutura sociológica, são considerados os aspectos sociais, ou seja, o corpo na sua relação com outros corpos, levando-se em conta os valores, os costumes e as representações.

Segundo Schilder, é difícil precisar como se dá o desenvolvimento da imagem corporal, mas se sabe que há um desenvolvimento interno mediado pela maturação e fatores internos do organismo que são relativamente independentes das experiências que determinam esta evolução. No entanto, é possível que a maturação tenha sua forma final a partir das experiências individuais, do treinamento e das atividades emocionais, que determinarão os traços mais específicos da imagem corporal. Podemos dizer, então, que o desenvolvimento da imagem corporal é determinado por funções anatômicas, fisiológicas e sobretudo psíquicas e da experiência.

A formação da imagem corporal, provavelmente, ocorra paralela ao desenvolvimento sensório-motor, ou seja, nos nossos primeiros anos. Podemos observar, nos desenhos da figura humana de crianças, que a imagem corporal não aparece como um todo, entretanto, com o passar dos anos ela vai se estruturando.

Schilder reserva, à dor, um lugar especial: "Quando sofremos uma dor orgânica, a estrutura libidinal do modelo corporal se modifica imediatamente" (p.163). Primeiro porque, neste momento, todas as energias fluem para o órgão doente, e segundo, porque modificam-se as sensações da parte dolorida, que acabam cumprindo um papel que, normalmente, pertence às zonas erógenas.

Schilder explica ainda, que as pequenas experiências cotidianas com doenças orgânicas acabam sendo utilizadas como modelo da nossa imagem corporal. Além disso, o fato de elas ocorrerem numa determinada época da vida do indivíduo, denota uma reestruturação interna; sempre que existe dor ou sofrimento, experimentamos uma mudança no modelo postural do corpo. Isto não quer dizer que toda doença física deva ser curada por métodos psicológicos, mas temos que admitir a influência do componente psíquico nelas.

Sob o ponto de vista psicanalítico, tanto a construção, como o desenvolvimento da imagem corporal se dão de acordo com as fases de desenvolvimento da libido e com as ações principalmente a nível muscular, que por sua vez são dirigidas por pulsões, tendências e desejos. Desta forma, a diferença das estruturas libidinais se reflete na estrutura do modelo postural do corpo.

Uma das características mais importantes revelada por Schilder é a de que a imagem corporal não é estática, ela está continuamente em autoconstrução e autodestruição interna; além disso, interliga-se com a imagem corporal de outros corpos; mantém com o mundo uma relação de intercâmbio, reservando à imagem corporal, um caráter social. Assim, ao mesmo tempo que percebemos nosso corpo de forma semelhante, percebemos de um modo totalmente particular também.

Existe uma tendência em estruturar o modelo postural do corpo (assim como para destruí-la), à partir de nosso estado emocional e que se revela como uma autodefesa. Isto aparece, por exemplo, no medo de operação. A retirada de um órgão ou o simples corte na

pele, também mexem com nossa imagem definida. Assim, podemos dizer que a unidade da imagem corporal reflete a tendência vital da unidade biológica.

O caráter plástico reservado à imagem corporal, pode influenciar a função na parte interna do corpo, ou seja, há uma conexão entre o externo e o interno. Isto ocorre quando modificamos as figurações (representações e percepções do mundo externo) ou alteramos alguma coisa nele. Um exemplo disso é a alteração dos nossos batimentos cardíacos: "Não podemos decidir aumentar os batimentos cardíacos do pulso, mas podemos imaginar que estamos numa situação ameaçadora e, assim, alterar a pulsação" (p. 161). Isto ocorre continuamente e possibilita influenciar indiretamente as partes internas do corpo, e uma alteração na função de um órgão interno, pode, em algum momento, alterar sua anatomia.

Estes exemplos provam duas coisas: que um pensamento é tão importante quanto uma imagem e que há uma passagem do psíquico ao orgânico. "Assim, a alteração orgânica está sempre ligada a uma modificação da imagem corporal"(p.160).

Outros componentes que contribuem para a formação da imagem corporal são os nossos contatos com o corpo: as irritações, a necessidade de limpeza e as sensações que levam ao toque. É por isso que as partes que são mais tocadas por nós se diferenciam daquelas que são menos tocadas. Estas partes acabam sendo referenciais e têm um sentido psicológico. São também importantes as partes que vemos, diferentemente daquelas que não podem ser vistas. Além disso, o contato que recebemos dos outros e o interesse que eles demonstram pelas diversas partes do nosso corpo se somam a estes outros componentes.

Confirmando a influência do toque para a formação da imagem corporal, Jourard (1966) investigou em 308 estudantes, na faixa-etária de 18 a 22 anos, de ambos os sexos, a extensão do toque permitido entre eles e os pais, e entre eles e os amigos mais íntimos. Foi utilizada como metodologia uma figura do corpo humano demarcada com algumas regiões, onde os sujeitos deveriam apontar as partes mais tocadas.

Os resultados mostraram que a maior variedade de troca de toques ocorreu entre os sujeitos e seus amigos mais íntimos do sexo oposto.

Sujeitos que avaliaram a si mesmos como sem atrativos revelaram que foram menos tocados do que aqueles que se consideravam mais atrativos. O valor dado à aparência positiva ou negativa dos sujeitos, esteve em função da forma como os pais demonstravam sua

opinião sobre a mesma; mais especificamente, a criança pode vir a gostar ou aceitar somente aquelas áreas de seus corpos que os pais tocaram, acariciaram positivamente. Presume-se que esta pessoa aceitará ou solicitará mais contato físico do que aquela que experencia seu corpo como sem atração ou feio.

Muitos aspectos, como os movimentos presentes na dança, na ginástica, etc. podem levar a uma modificação da imagem corporal a ponto de diminuir sua rigidez. Drogas ou cirurgias plásticas também levam à uma mudança da imagem corporal e, conseqüentemente, à uma mudança da atitude psíquica.

Algumas pesquisas mostraram que há uma diferença positiva na aceitação da imagem corporal entre as pessoas que fazem atividade física em comparação com as que não fazem. Este dado foi verificado por Barbanti (1990); Fletcher (1990); Freedman (1991); Joesting (1981) e Ryckman et al (1982); .

As emoções também assumem um papel importante nesta dinâmica de contínua mudança da imagem corporal; quando sentimos medo nos contraímos, quando estamos alegres nos expandimos. Este movimento está relacionado ao caráter de pulsação: contração-relaxamento de que falaremos em Reich (1972; 1975).

Assim, o modelo postural se modifica segundo circunstâncias da vida. Mesmo que formemos uma imagem corporal de acordo com nossas tendências e necessidades, ela sofre uma mudança contínua de acordo com a situação emocional do momento.

Resumidamente, a nossa imagem corporal ou a construção de um modelo postural do corpo, do ponto de vista psicológico, ocorre não só a partir de fatores internos, como também da relação com o mundo externo. Já, a nível libidinal, se constrói através do interesse que temos por nosso corpo e do interesse que os outros demonstram por ele, seja por meio de ações ou palavras e atitudes. Desta forma, esta construção se baseia não só na história individual da pessoa, como nas relações com os outros.

Por fim, este estudo nos mostrou que a imagem corporal não é apenas destruída e ameaçada pela dor, a doença, a mutilação real, como também o é por toda insatisfação profunda ou distúrbio libidinal.

3.1. DISTÚRBIOS DA IMAGEM CORPORAL

Quando se fala em distúrbios emocionais relacionados à obesidade, são definidos três tipos: comer demasiadamente, complicações na dieta e desprezo pela imagem corporal. Este último tipo vêm despertando uma atenção especial nas pesquisas e se caracteriza como um dos sintomas de distúrbios da imagem corporal.

Freedman (1991) explica que apesar de a imagem corporal ser imaginária, ela pode ser vivida como algo tão real como o corpo mesmo. Pode se converter numa fonte constante de energia ou numa causa de dor crônica. Como é uma imagem, pode sofrer distorções: ou se considera que certa parte do corpo é anormal ou se acredita que suas formas e suas medidas são inadequadas.

Para avaliar a imagem corporal e definir se existe alguma distorção, são utilizados diversos métodos: verbais, motores ou gráficos; e diversos tipos de instrumentos: desde tarefas experimentais, como o uso do espelho, do vídeo-cassete, escala de auto-avaliação, questionários, até as técnicas projetivas. Uma análise e descrição dos instrumentos mais atualizados podem ser vistos em Brodie & Slade (1988). Outros autores também fazem uma análise dos métodos mais tradicionais como: McCrea et al (1982) e Shontz (1969).

Segundo Lacey & Birtchnell (1986) há vários tipos de distúrbios da imagem corporal. No que tange às desordens alimentares, o autor inclui o caso da anorexia nervosa, que se caracteriza pela aparente inabilidade para reconhecer a própria magreza, embora não necessariamente implique na percepção errada do seu peso atual. Estas pessoas rejeitam o próprio corpo, refletindo a ênfase dada pela cultura para a magreza como sinônimo de atratividade.

A bulimia é outro distúrbio alimentar, no qual ocorre a superestimação do tamanho do corpo. Williamson et al (1985) a caracteriza pelos episódios de voracidade alimentar, seguidos por culpa e depressão por ter comido e posteriormente da auto-indução do vômito e/ou ingestão de laxantes para se livrar do que comeu; estes episódios se repetem .

Já a obesidade, por trazer alterações orgânicas, provoca sensações anormais, levando a modificações tanto com relação à figuras, quanto ao conteúdo libidinal. Este processo vai refletir nas atitudes e experiências gerais do indivíduo.

Alguns autores (Cormillot et al, 1977; Penick & Stunkard, 1973; Stunkard & Mendelson, 1973 e 1961) explicam que os distúrbios da imagem corporal não ocorrem em todas as pessoas obesas, mas naquelas que apresentam uma predisposição decorrentes dos seguintes fatores: obesidade com início na infância ou adolescência; presença de transtorno neurótico concomitante; atitude hostil e rejeitante dos pais à criança obesa; Boyd (1989) acrescenta a estes fatores, histórias de insucesso na dieta.

Stunkard ⁵ apud Weiss et al (1986) ainda aponta como indicativos de distúrbios da imagem corporal: a excessiva preocupação da pessoa por sua obesidade; o peso é o que mais lhe interessa; a dificuldade para se olhar no espelho; não se reconhecer em seu tamanho real quando engorda ou emagrece. Eles verificaram que 40 a 50% dos indivíduos obesos não têm distúrbios perceptuais ou atitudinais sobre a imagem corporal, entretanto, todos têm algum tipo de distúrbio emocional.

Weiss et al (1986) explicam que algumas pessoas cujo excesso de peso tem início na vida adulta, mantém uma imagem na memória de magras. A imagem corporal destas pessoas, fixadas na infância, aparece como imutável, apesar da realidade ser outra, a de estarem de fato obesas. Esta negação inconsciente da realidade, bloqueia o progresso na direção do emagrecimento ou de se fazer uma dieta. Além disso, o que parece motivar as pessoas para emagrecer e daí para se manterem magras está relacionado com sua habilidade em ter uma imagem real, substituindo a distorção da imagem corporal.

Segundo Freedman (1991) a adolescência também representa uma fase significativa para o desenvolvimento da imagem corporal, principalmente para a mulher. É neste período que vai haver uma mudança considerável no corpo, marcado por diversos fenômenos físicos, como a menstruação, o aparecimento dos seios e pêlos, enfim, uma modificação total no seu formato.

Para Knobel (1984) estas mudanças podem resultar num conflito muito grande entre a imagem que existia até então, ligada à infância e à de mulher que começa a apontar. O corpo se modifica, a menstruação aparece e o interesse pelo sexo oposto se torna aguçado.

⁵ A.J. Stunkard. **Obesity**. In: Kaplan et al. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1975.

Entretanto, estas três coisas relacionadas, assustam os pais, pois logo são associadas à atividade sexual. E assim, a menina-moça fica diante de uma mensagem contraditória: por um lado deve se arrumar, se tornar atraente; por outro lado, o sexo pode ser encarado como perigoso e pecaminoso.

Freedman explica que esta confusão pode levar à distorção da imagem corporal e persistir pela vida toda. É também neste período que as atitudes negativas sobre a obesidade são intensificadas (Wooley et al, 1979).

Segundo Glucksman (1972) muitos tratamentos são sabotados porque a imagem da infância, introjetada no inconsciente, é mais forte do que a nova imagem adquirida (pela perda ponderal) a qual precisa ser introduzida na realidade psíquica destes pacientes, após o tratamento de emagrecimento.

O autor explica que o corpo e a vivência do corpo fazem com que se crie uma imagem corporal que para o obeso pode adquirir múltiplos significados: às vezes se observa que a idéia de força é associada ao maior aumento corporal, outras vezes, a de gravidez, de idade adulta, etc. Ele relata que existem trabalhos mostrando que nos obesos que foram submetidos a grandes perdas corporais e que desencadearam crises psicóticas, a imagem corporal traduzia a idéia de terem se esvaziado, perdido a força, parte de si mesmos. O autor explica que a imagem corporal de pacientes com problemas de peso é em geral distorcida da realidade, porque muitas vezes ela está associada a aspectos idealizados ou patológicos que geralmente refletem dificuldades profundas em aceitar o próprio corpo. A gordura, muitas vezes, serve de proteção e isolamento.

Diante da polêmica entre as pesquisas que relacionam a obesidade aos distúrbios emocionais de um lado e aos distúrbios da imagem corporal de outro, encontramos uma pesquisa desenvolvida por Williamson et al (1985) comparando 45 sujeitos femininos, bulímicos, obesos e normais, a fim de avaliar tanto os distúrbios psicopatológicos, como a percepção da imagem corporal. Eles usaram como instrumento o teste M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), o Symptom Checklist-90 e o Beck Depression Inventory.

Para avaliar a imagem corporal os sujeitos deveriam escolher uma figura (variando do mais magro ao mais obeso) que mais se assemelhasse à sua percepção de corpo

e a figura que mais se aproximasse do seu ideal de corpo. Os resultados mostraram que os sujeitos obesos foram os que mais perceberam seus corpos como maiores do que são na realidade. Os sujeitos bulímicos se perceberam como maiores comparados aos sujeitos normais.

Com relação à imagem corporal ideal, os sujeitos bulímicos escolheram tamanhos de corpos significativamente menores que o grupo de sujeitos normais e obesos. Já com relação a avaliação psicopatológica, os resultados indicaram que os bulímicos evidenciaram substancialmente mais psicopatologias do que os sujeitos normais e obesos. Bulímicos e obesos apresentaram mais pensamentos obsessivos, preocupação, culpa e alienação. Estas características podem fazer parte destas duas desordens da alimentação. De qualquer forma, o enfraquecimento psicológico aparece num grau significativo entre os bulímicos, mas não entre os obesos.

Bell et al (1986) realizou uma pesquisa com o objetivo de comparar a percepção da imagem corporal entre 24 mulheres normais, anoréxicas e obesas na faixa-etária de 11 a 22 anos. A metodologia constou de algumas figuras que elas deveriam escolher com a silhueta de mulheres, que variavam desde a magreza extrema à obesidade severa, 1ª) a figura que mais se assemelhava a elas; 2ª) a imagem corporal ideal, ou seja, a de maior preferência. Os resultados mostraram que o distúrbio da imagem corporal apareceu nas anoréxicas e nas mulheres obesas. As anoréxicas tenderam a superestimar o tamanho do corpo e as obesas a subestimar sua aparência. Tanto as obesas, quanto as anoréxicas, se sentiam mais pesadas do que realmente eram.

Com relação à percepção de tamanho, os resultados indicaram que, embora, na realidade, estes sujeitos não tenham um tamanho normal, ajustam sua imagem à uma silhueta normal.

Glucksman & Hirsch (1969) investigaram a percepção do tamanho do corpo, um dos componentes da imagem corporal, em 6 sujeitos de ambos os sexos, na idade de 20 a 36 anos que passavam por um programa de redução do peso. Foi utilizado "Body-sizing apparatus", que consta de um projetor de slides, com algumas lentes que distorcem o tamanho das figuras; os sujeitos deveriam ajustar a imagem que mais se assemelhasse a sua percepção em três momentos: antes, durante e depois da redução do peso. Houve o

acompanhamento de um grupo controle. Os resultados mostraram que a estimativa do tamanho corporal diferiu significativamente entre os momentos. Antes da perda de peso, os obesos subestimaram o tamanho, durante o período de perda de peso houve uma superestimação do tamanho, aumentando ainda mais no período após a redução do peso.

Esta percepção pode ser encarada como o fenômeno "fantasma" tal como o verificado no acompanhamento de desenhos elaborados durante o tratamento. Os autores explicam que o fenômeno fantasma fica mais marcante durante a perda de peso, porque é uma espécie de compensação frente ao tamanho atual. Este fenômeno é mais marcante nos sujeitos obesos desde criança, época em que a "imagem do tamanho do corpo", antes da perda de peso, é relativamente fixada e não pode ser alterada tão rapidamente quanto a atual mudança na configuração do corpo.

Com o mesmo objetivo, Collins et al (1983) verificaram, em 68 mulheres, como elas percebiam sua imagem corporal antes e depois de um tratamento de redução de peso, que incluiu um acompanhamento psicológico. O procedimento utilizado constou de uma manipulação da representação do tamanho do corpo num monitor de vídeo. Eles observaram que todos os sujeitos viram a si mesmos como significativamente mais obesos do que eram, mas a tendência de erro para o aumento do tamanho foi encontrado entre os mais obesos e naqueles que abandonaram o tratamento. Os que fizeram o tratamento, tiveram uma estimativa mais realista de seus corpos. Além disso, os autores concluíram que a incapacidade para representar o corpo real, poderia ser um indício de uma neurose que reflete uma necessidade inconsciente de manter o sintoma, no caso, a obesidade.

O estudo realizado por Hoyos & Clarke (1987) com 502 adultos de Barbados, na sua maioria mulheres, teve o objetivo de verificar seus conceitos e crenças sobre a obesidade e sua relação com a auto-imagem (que reflete a imagem corporal de cada um). Somente 47,5% dos obesos consideraram-se gordos; entre pessoas de peso normal, 17,8% se vêem como magros. Assim, o autor aconselha que no tratamento com pacientes obesos, é importante que primeiramente o médico verifique como o paciente se vê. Se a auto-imagem não é clara, a evolução no tratamento não ocorre.

Em síntese, a associação entre obesidade e distúrbios da imagem corporal estabelece-se tanto pela superestimação, quanto pela subestimação da imagem corporal. Está

relacionada tanto a aspectos psicológicos, quanto a sociais, que sofrem a interferência dos padrões de beleza. Talvez por este motivo o fenômeno apareça mais entre mulheres, uma vez que delas a sociedade exige uma aparência mais perfeita.

A fase de desenvolvimento no qual tem início a obesidade também faz diferença: aqueles que eram magros e depois se tornaram gordos, tendem a manter uma imagem de seu corpo como magros; enquanto que aqueles que eram gordos desde a infância, têm dificuldade de se adaptar a uma nova imagem.

3.3. A IMAGEM CORPORAL DA MULHER X A IMAGEM CORPORAL DO HOMEM

As pesquisas nesta área nos mostram que existem diferenças na percepção do corpo entre homens e mulheres; elas passam não só pela vivência que cada um tem a partir das diferenças biológicas, como por toda influência sócio-cultural, que atua de formas diferentes em cada sexo.

Muraro (1983) demonstrou na sua pesquisa algumas destas diferenças entre a corporeidade do homem e a da mulher, e incluiu mais um componente importante nesta discussão que é a questão de classe. Ela investigou a representação do corpo de brasileiros de diversas classes sociais.

Da análise dos elementos que variam nas classes, a primeira conclusão que a autora chegou foi a de que o corpo e a sexualidade de homens e mulheres variam de acordo com a classe social. A percepção do corpo é inscrita dentro de um quadro social e econômico. O que não varia com as classes sociais é a valorização da sexualidade que, no homem, é mais centrada nos genitais, enquanto que no corpo da mulher, ela é mais difusa.

Fischer (1964) mostra numa série de estudos, os quais co-relacionam diferenças entre o homem e a mulher na percepção do corpo, que uma das principais diferenças é a de que as mulheres parecem ter um conceito de corpo mais claramente articulado e estável que os homens.

Shontz (1963), num estudo com 44 sujeitos de ambos os sexos, com o objetivo de verificar a diferença entre os sexos no julgamento das partes do corpo, através de uma escala, mostrou que as mulheres superestimaram estas partes, enquanto os homens tenderam a um

juízo mais realista. Mostrou também que a orientação a respeito do corpo tende a ser mais global para o homem, enquanto que a mulher tende a perceber mais as características somáticas do que as partes separadamente.

Stake & Lauer (1987) verificaram, na pesquisa realizada com uma amostra de 80 sujeitos de ambos os sexos, através de uma escala de juízo, que a condição de estar com excesso de peso teve um efeito mais negativo em mulheres que em homens. A relação entre as mulheres e homens é igualmente afetada de maneira negativa, por este juízo. O mesmo foi observado por Boyd (1990): mulheres obesas têm menos acesso ao status social e mais estereótipos negativos. Este efeito, entre outros, leva à perda de peso como uma verdadeira obsessão.

Craig & Caterson (1990) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a percepção do peso e da imagem corporal de uma população de obesos da Austrália. Utilizaram a técnica de modificação da distorção de câmera, com 40 homens e 50 mulheres obesos e respectivos grupos controle. Os sujeitos eram fotografados e através de lentes que alteravam o tamanho e o peso era elaborada uma série de 9 fotos. Os sujeitos deveriam escolher qual delas indicava o tamanho melhor, qual era a de sua preferência e que tamanho representava mais saúde e maior atração para o sexo oposto.

Os autores mostraram que todos os grupos, tanto controle como experimental, superestimaram o tamanho do corpo, só não houve mudanças no grupo-controle de homens.

O grupo dos homens estava satisfeito com o tamanho do corpo, o das mulheres demonstrou menos satisfação e o grupo de mulheres obesas mostrou-se totalmente insatisfeito.

Com relação à escolha da figura mais saudável e atrativa, a aceitação do padrão de tamanho normal para a mulher foi menor do que o aceito pelo homem. Homens mais velhos (tanto os obesos como os de peso normal) aceitaram tamanhos maiores para mulheres do que os homens mais jovens. Este resultado, além de mostrar que o obeso superestima seu tamanho corporal, deixa evidências de que existe uma pressão social sobre as mulheres para estarem dentro de um padrão mais magro, enquanto que para os homens este padrão é menos rígido.

O autor acrescenta, ainda, que as últimas investigações nesta área têm sugerido que homens em geral, na sociedade ocidental, têm atitudes mais positivas com relação ao tamanho maior de corpo e as mulheres, a tamanhos menores. As pesquisas têm mostrado que as mulheres são mais encorajadas a ter interesse por seus corpos do que os homens.

Um dado importante fornecido por Cash et al (1986) é o de que aumentou a insatisfação com a aparência do corpo. Em 1972 foi realizada uma pesquisa que se repetiu em 1985, cujos dados revelaram que nesse ano, aumentou o número de pessoas insatisfeitas com sua aparência.

Os mesmos pesquisadores mostraram que além das mulheres serem mais insatisfeitas que os homens quanto à aparência - exceto com a face e a altura - são também mais críticas. A explicação para isso é que os homens aprendem a olhar para o corpo diferentemente. Quando meninos, são incentivados a serem fortes e atletas, enquanto que as meninas aprendem a valorizar a beleza, particularmente o peso.

Mostraram também que o interesse pelo corpo declina com a idade, com exceção de mulheres da pesquisa acima de 60 anos que começam a ter uma maior interesse pela sua aparência.

Em outra pesquisa realizada na Austrália, por English & Bennett (1985), foi mostrado que há mais homens com excesso de peso do que mulheres, no entanto, as mulheres exibiram uma maior tendência para dieta; de 406 mulheres pesquisadas, 43% fazia tratamento para emagrecer, no entanto, 34% não estava acima do padrão normal de peso. Isto comprova o quanto o padrão social de magreza influencia as mulheres.

Diante deste problema, enfrentado por muitas mulheres, Freedman (1991) sugere que, primeiramente, é preciso compreender o problema de uma imagem corporal pobre ou distorcida. Este problema tem como uma das causas a relação equívoca feita por muitas mulheres, entre os atrativos físicos e a satisfação com a imagem corporal. Elas não percebem que não basta ser bonita dentro de um padrão aceito socialmente para estarem satisfeitas com sua imagem corporal - mulheres bonitas têm a mesma tendência a se sentirem insatisfeitas com respeito à aparência, assim como existem mulheres feias, que estão satisfeitas e que se consideram muito charmosas.

4. PRAZER E OBESIDADE

A comida já é por si um prazer. Entretanto, ela pode se converter numa substituição do prazer sexual. Alguns autores (Belmonte, 1986; Cassius, 1990; Katz, 1990) explicam que este processo se inicia na infância, quando se misturam as sensações de fome, apetite e saciação com outras sensações, como as de conforto, prazer, etc.

Segundo Katz (1990) aprendemos a associar o comer com o receber carícias físicas ou com o relacionar-se com as outras pessoas. Isto ocorre porque logo que nascemos, quando choramos, a mãe traz comida, juntamente com o carinho, o prazer, o toque. Mais tarde, quando não recebermos contato físico ou amor, tendemos a ficar com fome. E assim, podemos começar a aceitar substitutos para o que realmente necessitamos, porque interpretamos mal, erroneamente nossos sentimentos. Com o passar do tempo, perdemos o contato com nossas necessidades verdadeiras e não aprendemos a pedir diretamente aquilo de que precisamos.

Este ciclo só pode ser quebrado quando conseguimos entrar em contato com as nossas necessidades reais e, se não for possível satisfazê-las, descobrir formas mais eficazes e positivas de lidar com elas.

Especificamente relacionado ao prazer sexual, a literatura nos indica que a ingestão excessiva de alimentos: 1) pode ter a ver com uma resposta contra nossas insatisfações sexuais; 2) pode ser uma forma de esconder nossos desejos sexuais; 3) pode servir de escudo para escaparmos ao sexo (Stuart & Jacobson, 1987).

Como já comentamos, o casamento é um dos fatores que contribuem para o aumento de peso. Os autores citados relatam também que "maus casamentos são fatores muito poderosos na geração de problemas de obesidade (p.38)". É sabido que algumas mulheres continuam gordas para manter um casamento estável, já que o fato de uma mudança no seu corpo abalaria a sua estabilidade.

A perda de peso pode também estar associada com o aumento da atração sexual e isso traz um medo muito grande a algumas mulheres. E o medo de ser uma pessoa sexualmente atraente mascara o de ser uma pessoa sexualmente promíscua. "Certas mulheres dizem que tem apetites sexuais tão imensos quanto suas necessidades de comida (Stuart & Jacobson, 1990, p.46)". Outro dado importante relatado pelas mulheres é o de que o desejo

de ter sexo fora do casamento aumenta quando emagrecem. Em contrapartida, o aumento do peso diminui o desejo de procurar outro homem. O peso pode ser uma proteção contra a infidelidade, ou seja, corpo bonito poderá ser um passo para a infidelidade.

Estar com excesso de peso pode ser uma maneira de "escapar do sexo conjugal", porque, muitas vezes, a obesidade leva à diminuição do interesse sexual por parte do marido e inibe o próprio desejo sexual da mulher. O excesso de peso pode servir como controle da natalidade, uma vez que, diminuindo-se os contatos sexuais, diminuem-se as chances de engravidar.

Muitas mulheres reclamam de serem tocadas fisicamente ou de serem vistas quando gordas por seus maridos, contribuindo para a insatisfação das relações sexuais. Assim, Freedman (1991) relata que quando a mulher passa a aceitar seu corpo, há uma permissão a uma vida sexual mais saudável.

Katz (1990) atribui o comer sigiloso e compulsivamente à educação dos pais, que imprimiram atitudes em relação ao sexo e à sexualidade inadequadamente. Sexo pode ter sido associado com algo imoral e sujo; fazer algo impulsivamente como é esperado para atingir o prazer é algo errado, como o comer, que deve ser feito às escondidas.

Embora a comida seja considerada como uma fonte de prazer, Cassius (s/d) explica que quem come demais, perdeu a capacidade de sentir prazer. Isto ocorre porque cada vez mais come-se rápido e em grandes quantidades; sente-se culpado por isso; desespera-se por perder o controle; forma-se um círculo vicioso, come-se mais rápido para não se sentir culpado. A crítica que o obeso recebe por comer demais, acaba interferindo na permissão interna de sentir prazer. Isto pode, talvez, influenciar na sensação de outros tipos de prazeres.

Lowen (1979) interpreta a necessidade de comer em excesso da seguinte forma:

Nem todo mundo sexualmente frustrado come exageradamente; porém o inverso é verdade, toda pessoa que come compulsivamente e em demasia, não se encontra sexualmente satisfeita (...) O indivíduo que está em contato com o seu corpo percebe as suas verdadeiras necessidades. E age racionalmente para satisfazê-las (Lowen, 1979, p. 168).

O autor reconhece que o prazer envolve um comprometimento total com o que se está fazendo, envolve uma sensação corporal e o fluxo de sentimentos para fora (emoção); não está sujeito ao nosso controle e atua em nível inconsciente.

Quando se come demais, este fluxo fica bloqueado e, muitas vezes, não é possível perceber a relação entre esta insatisfação e a falta de prazer. A nosso ver, um dos caminhos para essa conscientização está na possibilidade de entrar em contato com estes sentimentos bloqueados, através de técnicas que envolvem a interiorização de cada um, como também em poder falar sobre eles.

5. CONTRIBUIÇÕES DE WILHELM REICH PARA A COMPREENSÃO ENTRE A IMAGEM CORPORAL, O PRAZER E A OBESIDADE

Nosso estudo teve como ponto de referência teórica o pensamento de Wilhelm Reich (1897 - 1957). Sua teoria, embora não se atenha ao problema da obesidade propriamente dita, contribuiu para o entendimento da identidade funcional entre os processos corporais e os processos mentais.

Suas reflexões nasceram dentro da Psicanálise, de onde derivam muitas das suas idéias. Entretanto, num determinado momento, há uma ruptura, tanto do ponto de vista conceitual, como do ponto de vista terapêutico.

5.1. O PAPEL DA SEXUALIDADE NO EQUILÍBRIO PSICOSSOMÁTICO

Uma das principais contribuições da teoria reichiana é a compreensão das doenças do ponto de vista psicossomático, traduzida pela seguinte proposição: " uma experiência psíquica pode provocar uma resposta somática que produz uma mudança permanente em um órgão" (Reich, 1975, p.63). Reich ampliou este conceito para todas as enfermidades orgânicas.

Assim, Reich considerava que os desequilíbrios das funções do corpo , sob qualquer forma, poderiam ser o resultado de uma perturbação geral do funcionamento vegetativo que, em outras palavras, representava uma cisão progressiva da função normalmente unitária do mecanismo vital. Este era, na época, um dos primeiros conceitos funcional-unitários da relação corpo-mente.

Reich atribuiu à sexualidade um papel fundamental para manter este equilíbrio vital do organismo. Seria como se o nosso funcionamento sexual fosse um barômetro sensível de nosso estado emocional (Conger, 1993).

A partir dessa importância, Reich estabeleceu duas atitudes básicas, as quais denominou potência e impotência orgástica.

Potência orgástica "é a capacidade de abandonar-se, livre de qualquer inibição ao fluxo de energia biológica; a capacidade de descarregar completamente a excitação sexual reprimida, por meio de involuntárias e agradáveis convulsões do corpo" (Reich, 1975, p.94). Este termo não deve ser confundido com potência eretiva ou sexual, pois nem sempre quem tem uma vida sexual intensa apresenta esta capacidade, se ela for acompanhada de desprazer, ou de nenhum prazer. Ele está relacionado com a capacidade de se "entregar" a um parceiro, a uma relação sexual de uma forma completa. A saúde psíquica depende da potência orgástica, que baseia-se na capacidade natural de amar e depende tanto das condições sociais quanto das condições psíquicas.

Impotência Orgástica, significa a incapacidade de entregar-se ao fluxo da energia biológica, devido a uma *estase*, ou seja, a um acúmulo da energia que não pode ser descarregada e que pode se converter em angústia.

Estes dois conceitos são importantes à medida que a condição de potência ou impotência é estendida para os processos da vida em geral. Há uma capacidade nas pessoas de se entregarem ou não às relações, ao trabalho, às emoções. Como bem diz Reich (1975) semelhante atitude de potência ou impotência pode exercer um efeito paralisante ou de movimento sobre a atitude total na vida.

Conseguir estabelecer a potência orgástica era a meta do trabalho de Reich e o que determinou sua técnica de análise. Considerava difícil de ser atingida porque não só estava enraizada na estrutura social, como na estrutura psíquica e, o mais importante, no próprio corpo (como veremos a diante).

Segundo Rouanet (1983) a estrutura social influencia esta capacidade porque se beneficia ao reprimir o prazer sexual. Ela se utiliza deste represamento pulsional da energia que não é descarregada normalmente na genitalidade, para consolidar a moral. Além disso,

reprimir a sexualidade é muito mais eficaz que frustrar as necessidades materiais, pois estas levam à revolta, aquela impede a revolta.

5.2. O PAPEL DA COURAÇA CARACTEROLÓGICA E MUSCULAR

5.2.1. COURAÇA CARACTEROLÓGICA

Parece haver uma barreira muito forte que impede qualquer ataque contra a energia estagnada, como uma *couraça*. Este estado enrijecido ocorre por conta do próprio caráter que resiste como um todo.

Caráter, na concepção de Reich (1972) é a soma total de todas as experiências passadas do indivíduo, que se incorpora no presente, sob forma de atitude.

O caráter, que se traduz pela couraça, compara-se a depósitos geológicos, que se constituíram como camadas da história solidificada de cada um. É o vestígio de um conflito que foi combatido em determinada idade, e que se revela como um enrijecimento de caráter. Estes conflitos antigos podem ser reavivados pela liberação dessas camadas.

Este enrijecimento funciona automaticamente e é difícil de ser eliminado por si só. A pessoa não sente como algo que faz parte dela, mas sente a presença de uma perda da espontaneidade ou uma rigidez. Gaiarsa (1992) diz que as alterações deste processo resultam na nossa própria postura e cada postura é uma atitude que é idêntica ao seu "modo de estar no mundo".

A couraça cumpre uma função, seja ela superficial ou profunda, que é a de proteger o indivíduo contra experiências desagradáveis. Entretanto, acaba por atingir também uma redução da capacidade do organismo para as experiências agradáveis. Neste ponto, o caráter relaciona-se com a genitalidade: "uma pessoa orgasticamente insatisfeita, desenvolve uma caráter artificial e um medo de perceber as suas próprias sensações vegetativas" (Reich, 1975, p. 133).

Para Baker (1980) a adiposidade pode ser encarada como uma forma de couraça. A gordura absorve energia (1 g de gordura = 9 calorias, enquanto 1 g de proteína = 4 calorias) e atua igualmente como proteção contra os estímulos.

Cassius (s/d) completa esta idéia dizendo que muitas pessoas obesas aprenderam a usar seu peso excessivo como um tipo de forro, isolante contra seus próprios sentimentos.

O autor relata que, escondido debaixo da gordura, o obeso é uma pessoa proporcional, energeticamente vigorosa; uma pessoa física e emocionalmente livre para usar suas energias a fim de conseguir tudo o que sempre quis na vida.

O caráter cumpre também um papel social, já que a sociedade o molda de acordo com as suas necessidades. Por sua vez, o caráter reproduz em massa, a ideologia social.

A estrutura do caráter é também o processo congelado de uma dada época, ou seja, a sociedade produz o caráter que lhe convém, dependendo dos seus interesses: "A vida, e com ela o impulso em direção ao prazer, não se desenrolam em um ambiente vazio, incondicional, porém sob determinantes naturais e sociais (Reich, 1975, 191)".

Reich estabeleceu duas classificações quanto ao tipo de caráter: o caráter genital ou auto-regulado e o caráter neurótico.

Uma vez restabelecida a potência orgástica do paciente, ocorre uma mudança na sua estrutura psíquica em vários sentidos. As mesmas características aparecem na pessoa livre de neurose e que Reich denominou de *caráter auto-regulado*. Este tipo de indivíduo segue as leis naturais do prazer, não se regula pela moralidade externa. Não se adapta às leis rígidas, insiste na satisfação dos seus direitos naturais. O trabalho para ele é uma atividade agradável, que faz com prazer.

A mais importante característica do caráter auto-regulado tem a ver com a sua couraça, que é flexível. O indivíduo é capaz de fazer uso dela quando precisa defender-se, e livrar-se dela quando ela não cumpre este papel. Ele tem sua própria regulação.

Já o *caráter neurótico*, ou moralista, tem um funcionamento de acordo com as obrigações impostas socialmente; pauta-se pela moral; embora adira às leis rígidas, interiormente se revolta; sua auto-confiança é artificial; sexualmente, precisa provar sua potência; não tem prazer no trabalho e geralmente o faz de uma forma mecânica.

Quanto à couraça, é extremamente inflexível, controla e restringe automaticamente todas as ações e funções e independe de situações exteriores. Não consegue se livrar dela, mesmo que queira, por isso, não pode variar suas atitudes.

O International Foundation for Biodynamic Psychology - I.F.B.P. (1983) acrescenta que "apenas quando a pessoa perde sua capacidade inerente e natural de auto-regulação é que a neurose se desenvolve (p.10)".

Assim, Reich (1975) estabeleceu que a tarefa terapêutica consistia na "transformação do caráter neurótico em caráter genital e na substituição da regulação moralista pela auto-regulação econômico-sexual (p. 160)".

5.2.2. A COURAÇA MUSCULAR

Reich observou que o conflito original da enfermidade mental estava ancorada a uma perturbação muscular. Esta perturbação se manifestava em forma de tensão muscular crônica, justamente o que impedia o fluxo da energia sexual. Por isso, toda vez que esta tensão muscular era dissolvida, aparecia uma das excitações básicas do organismo, mobilizando a corrente vegetativa: a angústia, o ódio ou a excitação sexual.

Neste ponto, junta-se o conceito de couraça de caráter ao de couraça muscular de tal forma que, na prática, uma poderia ser expressa na outra. Na verdade, elas reforçam o conceito de *Identidade Funcional*:

as atitudes musculares e as atitudes de caráter têm a mesma função do mecanismo psíquico: podem substituir-se e podem influenciar-se mutuamente; basicamente não podem separar-se São equivalentes na sua função (Reich, 1975, p.231).

Portanto, a couraça muscular representa o próprio processo de repressão, que aliás justifica a sua formação. Tallaferro (1952) relata que a couraça aparece como resultado permanente do conflito entre as exigências instintivas e o ambiente frustrante. Na tentativa de manter um equilíbrio entre essas duas forças, o organismo trata de reprimir os impulsos agressivos e sexuais, através do endurecimento do próprio corpo, impedindo que as emoções venham à tona (também citados em Boadella, 1985; Gaiarsa, 1984; Rodrigues, 1982).

Assim, esta *blindagem* de caráter, como fala Reich (1972), manifesta-se como um mecanismo de defesa contra o próprio trabalho terapêutico e tem a função de proteção, não só contra os perigos externos, como também contra os internos, por exemplo, a própria libido ou a angústia.

Assim, por exemplo, quando queremos evitar o choro, prendemos a respiração, contraímos nossos lábios, endurecemos nossos músculos da face. O mesmo ocorre quando tentamos conter um impulso sexual, retraímos os músculos da pelve, alteramos nossa respiração, etc. Inicialmente, este processo é feito de uma maneira consciente, para depois tornar-se automático, formando o padrão básico e postural de cada um.

Keleman (1992) explica que as emoções e sentimentos se comportam como água.

Quando nos retesamos para nos proteger de um choque ou de um golpe, ou quando nos endurecemos para não sentir dor, nosso estado líquido é como gelo. Quando nos derretemos com o amor ou nos dissolvemos em lágrimas, nosso estado é líquido. Nosso estado visceral dá origem a sensações de fome, vazio, anseio, desejo, seguidos de satisfação e plenitude (p.71).

Normalmente, a blindagem ou couraça caracterológica é flexível, reage sempre de acordo com o princípio de prazer ou desprazer. Talafarro (1952) compara esta característica ao comportamento da tartaruga, que expõe sua cabeça para fora do casco só quando não há perigo no exterior, refugiando-se ou defendendo-se dentro da sua carapaça diante de qualquer percepção desconhecida ou de hostilidade.

Esta flexibilidade envolve dois processos: o de *contração* em situação de desprazer e o de *expansão* em situações de prazer. A capacidade de haver estes dois movimentos de abrir-se ou fechar-se para o mundo é que diferencia uma estrutura normal de uma neurótica. Esta expressão não só é encontrada no ser humano, como em qualquer organismo vivo.

Conforme as respostas do organismo às agressões contínuas ou cumulativas, ele pode resistir ou ceder. Estas condições imprimem-se no corpo, moldando-o e criando vários tipos de estrutura. Segundo a classificação de Keleman (1992) o obeso estaria incluído no tipo denso, caracterizado pela auto-anulação, num movimento em direção a si mesmos.

A declaração emocional deste tipo de estrutura é "pegue-me"; "deixe-me chegar perto de você"; "dê-me espaço"; "empurre-me de volta para que eu tenha limite." Seu medo real é de entrar em colapso.

Esta estrutura "inchada" infla para livrar-se de necessidades ou da excitação; também para manter os outros afastados. Tenta aliviar a pressão ou evitar que as exigências a

penetrem. Ela "se joga para fora" porque lhe falta a capacidade para conter as coisas. É uma postura invasiva, à medida que tem dificuldade de conter os conteúdos; as coisas saem, mas nada entra.

Em termos anatômicos, o embolsamento excessivo do abdômen cria um estreitamento nas áreas do peito, cabeça, pescoço e pelve. Tem movimentos respiratórios curtos e fracos. "A motilidade dos órgãos é mais esparramada do que contida e, portanto, preguiçosa e não responsiva" (Keleman, 1992, p.146).

5.2.3. A ORDEM SEGMENTÁRIA DOS ANÉIS DE BLINDAGEM

Segundo Reich (1972), uma das características mais importantes da blindagem muscular é a sua ordenação em segmentos, ou seja, os bloqueios musculares não seguem um percurso de um músculo ou um nervo; eles são completamente independentes dos processos anatômicos. Por exemplo, as perturbações físicas são delimitadas por órgãos definidos, emocionalmente importantes. Esta blindagem obedece à seguinte estrutura:

- 1) Um segmento compreende aqueles órgãos e grupos de músculos que têm um contato funcional uns com os outros e que são capazes de acompanhar um movimento expressivo emocional;
- 2) Estes segmentos têm sempre uma estrutura horizontal, com exceção dos braços e pernas;
- 3) Nestes segmentos é que pode estar localizada a estase energética, ou seja, a energia que foi impedida de seguir seu fluxo normal, ficando bloqueada em algum lugar do corpo, de onde resultam os sintomas;
- 4) Os segmentos têm uma estrutura circular, ordenada em ângulos certos da espinha dorsal;
- 5) As correntes plasmáticas e as excitações emocionais que são mobilizadas, correm paralelas ao eixo do corpo, portanto, transversalmente ao fluir das correntes orgonóticas;
- 6) As correntes orgonóticas só se diluem no reflexo do orgasmo quando a sua passagem ao longo de todo organismo não está obstruída. Portanto, a vibração orgástica só funciona depois de terem-se afrouxado todos os anéis de blindagem.

Reich distingue sete segmentos da couraça, também chamados de anéis por terem uma disposição circular: ocular, oral, cervical, peitoral, diafragmático, abdominal e pélvico.

A figura 1 mostra essa distribuição:

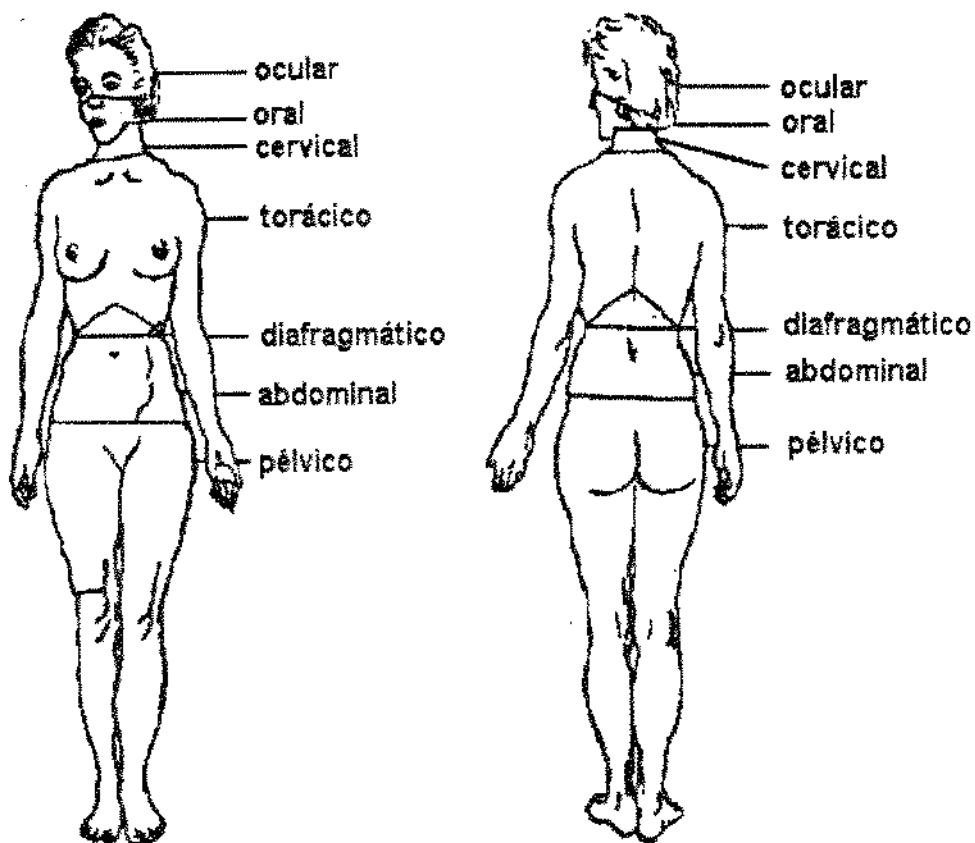


FIGURA 1 - SETE SEGMENTOS CORPORAIS ⁶

DESCRIÇÃO GERAL

ANEL OCULAR

Este anel, envolve a visão, audição e olfação. Segundo Reich (1972) a couraça abrange a contração e imobilização de todos os músculos dos globos oculares, pálpebra, testa, glândulas lacrimais e músculos na base occipital.

Para Navarro (1987), a função visual é frequentemente reprimida por um tipo de educação que proíbe ver certas coisas. Penna (1989) sugere que as disfunções visuais

⁶ Adaptado de Elsworth F. Baker. O labirinto Humano. Causas do Bloqueio da Energia Sexual, p.66 e 67.

representam o estreitamento da capacidade de ver a si e aos outros, um certo empobrecimento da linha de horizonte. É como se escolhessemos nos fechar, para não vermos o que está a nossa frente.

Os sinais desta couraça estão presentes na dificuldade de chorar, nos distúrbios visuais de origem não orgânica como a miopia, o astigmatismo; existe uma dificuldade ao flerte; acrescentaríamos a dificuldade em estabelecer o contato com o olhar. Segundo Baker (1980), um dos sintomas mais comuns desta couraça são as dores de cabeça frontais, também sintomas de tontura.

Quando este segmento não está bloqueado, os olhos transmitem um brilho, são "alegres", quando não, parecem não ter vida, são imóveis.

Além dos olhos, temos também os ouvidos, cujo sintoma de couraça podem ser as crises de vertigem; o nariz, que envolve todas as ações ligadas ao olfato, manifestando encouraçamento, na rinite alérgica, resfriados, sangramento. Segundo Penna (1989), como qualquer orifício corporal, o nariz pode ser fechado também, o que impede de nos ligarmos às experiências mais instintivas do odor.

ANEL ORAL

O segmento oral envolve a musculatura do queixo, da faringe, a musculatura occipital e os músculos ao redor da boca. Está relacionado com os segmentos ocular e cervical, de forma que a mobilização de um ou outro vai alterá-lo também.

Segundo Baker (1980), a maneira como as pessoas sorriem mostra a couraça, assim como a observação da voz, e de quanto fala, se gagueja, e as expressões faciais como um todo. Geralmente este segmento retém a raiva, o choro, os gritos, a sucção. Tem origem também no "ter que engolir goela abaixo".

Para Navarro (1987), este segmento tem um significado especial, porque é através dessa região que nos carregamos de energia pela alimentação e que nos comunicamos pela palavra.

As enfermidades da boca tem sempre a ver com a oralidade. Segundo Navarro (1987), a boca possibilita, desde o nascimento, o contato com a realidade em termos de prazer, gratificação, desprazer, frustração, rejeição.

Por associação, o alimento também assume um significado afetivo. Assim, um desmame brusco ou precoce pode estar na origem da condição de um caráter depressivo. Outros distúrbios alimentares também estão relacionados com o bloqueio desse anel: a bulimia e a anorexia.

ANEL CERVICAL

Neste segmento, incluem-se a musculatura do pescoço, o esternocleido mastóideo e a língua.

Segundo Baker (1980), a função emocional desta couraça é a da contenção da raiva ou do choro, que são engolidos literalmente, sem que se tenha consciência disso. Para Penna (1989), "a dor na nuca está relacionada com experiências agressivas fortes, sofridas pela pessoa em estado de certa submissão" (p.141). É o simbolismo de estar levando pesos antigos.

São sintomas de encouraçamento, segundo Baker (1980), o engolir com frequência, a mudança de voz, respirar com dificuldade, ter a sensação de uma bola na garganta ou sensações de sufocação.

Segundo Navarro (1987), o bloqueio do pescoço provoca uma cisão entre a cabeça (cérebro, intelecto, teoria) e o corpo (vísceras, sentimentos) tornando a pessoa mais racional e bloqueando as emoções.

ANEL PEITORAL (TORÁCICO)

Fazem parte desse anel, os músculos intercostais, os grandes músculos do peito (peitorais), os músculos dos ombros (deltóides) e o grupo muscular sobre e entre as omoplatas. Também incluem-se os braços e as mãos.

As manifestações da couraça neste anel são observadas, por exemplo, pela elevação da estrutura óssea, por uma atitude crônica de inalação, pela respiração artificial e pela motilidade do tórax.

Esta expressão pode ser acompanhada pela tendência à pressão alta, palpitação, angústia e, em casos mais agudos, problemas cardíacos. Por ser uma região onde há órgãos

tão importantes, como o coração e o pulmão, representa uma parte primordial da expressão das emoções. Podemos citar ainda como sintoma, a asma, a pneumomia e a bronquite.

É uma região especialmente importante para as mulheres, pois envolve os seios, cujo simbolismo está ligado à função nutritiva do corpo, à doçura, à segurança, à capacidade de acolher (Penna, 1986).

Uma vez que haja bloqueio nesta região, os seios podem ser acompanhados pela falta de sensibilidade dos mamilos, trazendo resultados diretos à perturbação da satisfação sexual e à aversão a amamentar.

ANEL DIAFRAGMÁTICO

Compreende os músculos do diafragma e os órgãos abaixo dele como o plexo solar, estômago, o pâncreas, o figado, a vesícula biliar, o duodeno, os rins e dois feixes musculares que correm ao longo das vértebras, incluindo as costas e a 10ª, 11ª e a 12ª vértebras torácicas.

Segundo Reich, a manifestação mais evidente deste anel de blindagem é a da lordose da coluna vertebral.

O diafragma é um dos órgãos mais importantes no processo da respiração, assim, o bloqueio neste órgão, implica numa diminuição da respiração normal. É através deste bloqueio da respiração que conseguimos impedir muitas emoções de se manifestarem. Penna (1989) explica que com o seu movimento, o diafragma massageia inúmeras vísceras e órgãos (já citados acima).

Sintomas desse anel, além dos citados são: distúrbios nervosos do estômago, náuseas mais ou menos constantes com incapacidade de vomitar, úlcera, problemas hepáticos e diabetes.

ANEL ABDOMINAL

Incluem-se neste anel, o grande músculo abdominal, o reto, os músculos abdominais transversos, os músculos das costas e dos flancos. A contração espasmódica dos dois músculos laterais podem ser apalpadados como cordões rijos e dolorosos.

Como o plexo solar também atinge esta região (entre o externo e o umbigo), Penna (1987) relata que ela é considerada um centro libidinal da maior importância. Este centro atua como um ponto de ligação entre as partes inferior e superior do corpo, influenciando tanto a passagem como o bloqueio da energia.

Os sinais de encorajamento nesta região são, por exemplo, problemas de colite, diarreia crônica, a constipação e outros.

ANEL PÉLVICO

Fazem parte desse anel os músculos da bacia, o músculo do esfíncter anal, os glúteos, a bexiga, os órgãos genitais, as pernas e os pés.

Reich (1972) explica que quando esta região está com bloqueio a expressão é de assexualidade, e, emocionalmente, não se sente quaisquer sensações ou excitações.

Os sintomas relacionados ao bloqueio são de várias ordens: prisão de ventre, lumbago, excrecências de toda espécie no reto, inflamação dos ovários, polipos no útero, tumores. Irritabilidade da bexiga, cistite, impotência masculina, frigidez, vaginismo; freqüentemente há leucorréia na mulher, acompanhada de infecções. Navarro (1987) acrescenta as hemorroidas, problemas relacionados à menstruação, dispareunia, abortos naturais; no homem, a ejaculação precoce e a impotência.

Segundo Reich (1972), na blindagem pélvica há impulsos de raiva e de angústia contidos. E como ela não permite movimentos involuntários, como no caso do orgasmo, as sensações de prazer durante o ato sexual se transformam em impulsos de raiva. Por isso as sensações de prazer na bacia só podem aparecer depois que se liberar a raiva.

Para Navarro (1987), a rigidez pélvica é um bloqueio sempre secundário, jamais sendo principal, "pois as mensagens culturais sexo-negativas passam inevitavelmente pelos primeiros níveis, que ficam então ora mais ora menos bloqueados" (p.55).

Segundo Penna (1989), esta região é a mais atingida pelos conflitos de identidade da mulher. As tensões psicológicas decorrentes da rápida mudança de valores refletem sobre as funções uterinas e ovarianas.

5.3. ORGONOTERAPIA - O TRABALHO COM AS EMOÇÕES

Na fase denominada Orgonoterapia, Reich se preocupou com a questão da emoção. Este termo explica o trabalho com o *orgone* nome reservado para a energia biológica específica que como tal governa todo o organismo; "exprime-se tanto nas emoções como nos movimentos puramente biofísicos dos órgãos" (Reich, 1972, p. 427). Quando estamos reativando as emoções, através do trabalho terapêutico, estamos mobilizando a energia orgone.

Emoção significa "movimento para fora", "expulsão". Elas aparecem em todo organismo vivo, através de dois movimentos: estímulos agradáveis provocam uma emoção do protoplasma do centro para a periferia traduzida como sensações de prazer; estímulos desagradáveis provocam uma emoção do protoplasma da periferia para o centro do organismo, traduzida como sensações de angústia. Este movimento, funcionalmente idêntico e ao mesmo tempo antagônico, é tido como o alicerce da biofísica orgone.

A característica dessa energia se traduz pelas funções de *tensão - carga - descarga - relaxamento* e que corresponde à fórmula da vida, pois ocorre em todos os nossos órgãos e nosso processo metabólico, como um movimento pulsante. É o que observamos, por exemplo, nas contrações orgásticas, na função cardíaca, na função peristáltica dos intestinos e no movimento da bexiga urinária.

Como explica Raknes (1988), quando nosso organismo está com este fluxo energético normal, estamos com um funcionamento sadio, ou seja, somos capazes de diante de um bloqueio externo que ameace esta pulsação, cuidar de libertar-nos do obstáculo, destruindo-o ou evitando-o. Quando nosso organismo não consegue impedir que o obstáculo atue por um tempo prolongado, a ponto de alterar esta pulsação, danificando ou destruindo partes do organismo, dizemos que ele está doente.

Reich, a partir dessa consideração, deu um nome particular e comum às doenças que derivam dos distúrbios dessa função básica: as *biopatias*, entre as quais se incluem, além das neuroses e psicoses, o câncer, os distúrbios cardiovasculares e outras.

O livre fluxo da potência orgástica e a possibilidade de uma concentração completa no trabalho e nas atividades pelas quais nos interessamos, depende deste equilíbrio

pulsante. Esta pulsação, na realidade, tem a função de regular a economia energética do organismo, principalmente através do Sistema Nervoso Autônomo.

5.3.1. O PAPEL DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

Entre as principais funções básicas do organismo, há os processos de expansão e contração que se manifestam através do Sistema Nervoso Autônomo. Em nível fisiológico mais profundo, a expansão corresponde ao funcionamento parassimpático e a contração ao funcionamento simpático; em nível dos fenômenos instintivos, a expansão funciona como uma excitação sexual e a contração como angústia; e em nível psíquico, a expansão biológica é experimentada como prazer e a contração como desprazer.

Reich (1975) explica que se a oscilação é perturbada em uma ou em outra direção, ou seja, se predomina a função de contração, então deve haver também a perturbação do equilíbrio biológico geral. "A persistência de um estado de expansão é indicativa de uma parassimpaticotonia geral. Inversamente, a persistência de um estado de contração angustiosa indica uma simpaticotonia". Reich (1975) inclui a obesidade como uma das enfermidades oriundas de uma simpaticotonia crônica.

A tarefa central da orgonoterapia " é destruir a blindagem, por outras palavras, restaurar a motilidade do plasma corporal. No organismo blindado, a função de pulsação de todos os órgãos é enfraquecida num maior ou menor grau" (Reich, 1972, p.435).

5.4. A CAMINHO DA AUTO-REGULAÇÃO

Belmonte (1986), que estuda a obesidade como uma questão psicológica, corporal, social e bioenergética, explica que a concepção de um mecanismo regulatório, que controla o peso corporal, mostra que o próprio organismo reajusta sua ingesta oral quando permitido (Também mencionado em Freire, 1988). Entretanto, quando o corpo humano não consegue responder às necessidades internas, significa que o mecanismo de auto-regulação está com algum distúrbio.

A autora propõe, como uma das formas de mobilizar a energia do obeso, exercícios corporais que levem à sensação de prazer e que trabalhem com as repressões

corporais; ela explica que o paciente obeso necessita querer mexer e perceber suas dificuldades para que seu metabolismo energético possa começar a acontecer.

Uma dessas formas é sugerida por Clarke (1990) que propôs um método de tratamento para obesos, que envolve, dentre outras coisas, o relaxamento e a visualização de imagens. Para o autor, o obeso não entra em contato com seus poderes naturais de auto-controle (que entendemos como auto-regulação); também entende que o obeso come ou bebe tentando aliviar sua tensão. Assim, o uso dessas técnicas são importantes para resgatar essa capacidade de auto-regulação, ao mesmo tempo em que atua no alívio da tensão.

Dentro da mesma linha, Sandor (1969) esclarece que o estado de relaxamento tem, como um dos objetivos, colaborar para a diminuição da ansiedade, o qual reflete na compulsão de comer ou beber.

Outro recurso proposto por Clarke (1990) é o de visualização de imagens, que é uma técnica que parte do princípio de que, "virtualmente tudo que pensamos, sentimos ou fazemos, tem início numa imagem mental, que em seguida analisamos e elaboramos em palavra (p.79)". Além disso, o ato de pensar nunca vem só, mas é acompanhado de sons, imagens, odores, sabores, ou o que nossa imaginação resolver criar. Um exemplo disso é o condicionamento respondente de Pavlov, que mostra que, ao ser estimulado pela visão do alimento, o animal produz salivação. Através da visualização, é possível, então, tornar nossas vontades mais concretas.

Outra possibilidade de auxiliar o obeso a entrar em contato com suas emoções, principalmente ligadas ao prazer, é através da respiração. Lowen (1984) explica que quando nos dissociamos do nosso corpo e, conseqüentemente, perdemos nossa capacidade de sentir prazer, temos dificuldade para respirar. O resultado disso é o aumento de tensão. "A incapacidade de respirar, plena e profundamente é também responsável pelo fracasso em conseguir uma satisfação sexual plena (p.33)". A dificuldade de respirar está no fato de que a respiração cria sensações e as pessoas têm medo de senti-las.

III - METODOLOGIA

1. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PESQUISA

Nesta investigação, optamos pelo modelo qualitativo de pesquisa por três motivos principais: primeiro, porque este estudo se fundamenta nas interações interpessoais, portanto, na apreensão dos motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores das pessoas; segundo, porque envolve a participação do pesquisador não apenas como mero observador, mas como alguém que interage com os sujeitos através de seu próprio sistema de valores; terceiro, porque estamos muito mais preocupados com a *significação* dos atos dos sujeitos, do que com a predição, a frequência de seus comportamentos.

Devido ao objetivo da pesquisa, foi preciso utilizar diversos métodos, cada um com sua especificidade. Foi utilizado o Estudo de Caso, quando abordamos as facetas da vida dos sujeitos envolvidos na pesquisa, através de diversas técnicas, como a de observação participante, de análise de documentos (exames médicos, cartas, fotos), de anamnese, de entrevista semi-estruturada. Entretanto, ao mesmo tempo que estes sujeitos foram considerados uma unidade, também foram vistos dentro de uma totalidade, junto com o grupo de obesos do qual faziam parte.

A pesquisa teve, outrossim, o caráter de intervenção, porque nosso objetivo não foi só o de investigar a realidade, como o de transformá-la, portanto, nosso estudo também se enquadra dentro da Metodologia de Pesquisa-ação. Este tipo de metodologia visa, ao mesmo tempo, conhecer e agir (Tiollent, 1982 e 1986). Neste sentido, utilizamos ainda várias técnicas e, dentre as já citadas, ressaltamos a formação de um grupo.

A pesquisa obedeceu a uma organização de acordo com três fases que apresentaremos a seguir.

1.1. FASES METODOLÓGICAS

Seguiremos as fases metodológicas propostas por Minayo (1994) que mostraremos a seguir:

1ª FASE - EXPLORATÓRIA

Teve o objetivo de definir o problema da pesquisa, os objetos, os instrumentos de coleta de dados e da pesquisa de campo. Esta fase teve a duração de três anos, durante os quais definimos a temática e fizemos um estágio na própria instituição onde foi realizada a pesquisa posteriormente. Foi durante esta experiência que formulamos nosso **PROBLEMA**.

a) Definição do Problema

A proposta de intervenção influencia a auto-imagem? Essa intervenção facilita o processo de emagrecimento e a diminuição da ansiedade?

b) Definição dos Pressupostos

O significado de excesso de peso deve ser entendido pela pessoa que pretende emagrecer, pois tem um sentido dentro da sua história de vida. Portanto, um tratamento eficiente, além de orientação médica, deve aliar-se não só a uma re-educação alimentar e atividade física, como a uma orientação psicológica. O modelo de intervenção psicológica propõe o encontro com o próprio corpo vivido cotidianamente, o qual, possivelmente, resultará numa mudança na auto-imagem e uma facilitação do emagrecimento.

b.1) Pontos de Partida

- * A obesidade é encarada como uma síndrome determinada por um conjunto de fatores orgânicos, psicológicos e sociais.
- * O trabalho focaliza o conjunto dos aspectos psicológicos, orgânicos e sociais que contribuem para a obesidade.
- * O propósito do trabalho está voltado para a compreensão do processo de ganho de peso e da conscientização dos bloqueios que impedem a aceitação de um novo corpo; visa também o resgate do auto-controle.
- * As pesquisas mostram que para haver sucesso num programa de emagrecimento, é preciso antes de tudo, modificar o estilo de vida, que passa pela conscientização do que está acontecendo com cada um.

* Qualquer mudança na maneira de pensar está condicionada a uma mudança do funcionamento do corpo (Lowen, 1984). Portanto, todo tratamento que vise a uma mudança corporal, como o emagrecimento, passa pelo entendimento desta relação.

* Não deve ser confundido com psicoterapia, que exige outra especificidade, mas utiliza recursos terapêuticos e educacionais.

c) Escolha das Estratégias e Técnicas da Pesquisa

c.1) Organização de grupos focais.

- A escolha desta técnica, que tem o objetivo de estudar as representações e relações dos grupos, com a presença de um animador que focaliza e aprofunda a discussão se deu por vários motivos: poder privilegiar um maior número de pessoas; tornar mais evidente a forma de se comportar de cada um; poder criar um espaço onde as pessoas pudessem vivenciar formas de comportamento para reproduzirem positivamente no seu ambiente social.

- Esta técnica assumiu o papel principal na pesquisa.

- O modelo escolhido foi o de **grupo fechado**: que uma vez formado, não há possibilidade de outras pessoas participarem.

c.2) Escolha dos temas para discussão dos grupos:

- Os temas foram estruturados de forma a apresentar desafios dos mais simples aos mais complexos, para que a pessoa pudesse confrontar-se com o desequilíbrio bio-psico-social.

- Foram elaborados através de vários tipos de comunicação para que as pessoas pudessem experienciar maneiras diferentes de atuação chegando a um contato interior, através do verbal, não-verbal, escrito, dramático, atividades em grupo, atividades individuais.

- Demos destaque as vivências corporais, técnicas que tiveram o objetivo de estimular as funções cenestésicas e auxiliar na aquisição de uma consciência corporal. São exemplos destas técnicas, os vários tipos de relaxamento, e exercícios criados para estimular os canais de expressão e impressão do corpo.

c.3) A Observação participante

- Neste tipo de observação, na qual, ao mesmo tempo que observamos e intervimos, fazemos parte do grupo, o papel do pesquisador e o objetivo do estudo foram revelados aos participantes.

- Teve o propósito de focalizar os comportamentos e as relações que ocorressem durante os encontros e não teve um Roteiro específico.

c.4) Entrevista semi-estruturada

- Este método foi realizado somente para coletar os dados da anamnese. Foi feita individualmente e teve um Roteiro a ser seguido, porém, permitindo uma certa adaptação de nossa parte.

c.5) Elaboração de um Diário de Campo

- Foi elaborado a fim de anotar o comportamento de cada pessoa e a dinâmica dos encontros.

d) Seleção da Amostra

Durante o nosso estágio, criamos alguns critérios para selecionar os sujeitos dessa pesquisa. Os critérios foram:

- idade acima de 21 anos;
- estar fazendo a dieta alimentar do Centro de Orientação;
- ser alfabetizado;
- não ter parentesco com alguma pessoa do grupo (filho ou irmão);
- ter disponibilidade para participar de todo o trabalho;
- no caso das mulheres, não estar grávida;
- não estar tomando medicação para a dieta;

Observação: não utilizamos o critério de determinação de classe social e nem de sexo.

Segundo Minayo (1994) no caso das abordagens qualitativas não é preciso de uma representatividade numérica para a escolha de uma amostra. Assim, limitamos o número de 10 sujeitos, que se mostrou ideal, dado que nas nossas experiências anteriores com grupos de obesos, trabalhamos com um número mínimo de 8 sujeitos e máximo de 12 sujeitos.

2ª FASE - TRABALHO DE CAMPO

Nesta fase, realizamos a *organização do trabalho de campo*. Definimos a metodologia, optamos pelo local da pesquisa e obtivemos a autorização das pessoas responsáveis para a sua realização; fizemos um cronograma de trabalho.

3ª FASE - ANÁLISE OU TRATAMENTO DO MATERIAL

Optamos por confrontar o que percebêssemos da mensagem que coletariamos, com o que realmente estivesse contido nela; investigamos não só os conteúdos manifestos, como os latentes; integramos as nossas descobertas a um quadro maior de referência, tentando ultrapassar o nível espontâneo das mensagens.

Dado os vários tipos de materiais coletados, cada um recebeu um tratamento específico. Fizemos também uma relação entre os materiais.

2. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA ENCOR: ENCONTRO COM O CORPO

2.1. O local ideal para a realização desse tipo de encontro deveria ser uma sala que contivesse um piso adequado para atividades no chão, cortinas para escurecer o ambiente e um aparelho de som. No entanto, na falta dessas condições, é satisfatória uma sala limpa, apenas com cadeiras.

2.2. Os materiais utilizados não implicaram alto custo e foram de fácil obtenção. Para cada atividade, utilizamos materiais específicos:

- Roteiros e questionários : pasta de cartolina para apoio, folha de papel sulfite, lápis preto e borracha.
- Aplicação do relaxamento: toalha de banho.
- Cartão de controle dos encontros: folha sulfite, papel cartão e cola.
- Papezinhos com nome de sentimentos: papel sulfite e caneta tipo hidrocor.

2.3. Os equipamentos utilizados foram: gravador e fita cassete, balança antropométrica com sistema de alavanca, lousa e quadro tipo flow-chart.

2.4. Os instrumentos que utilizamos foram de três tipos:

2.4.1. Elaborados para a pesquisa ⁷ :

- Modelo de Anamnese (**ANEXO 1**)
- Contrato de Adesão (**ANEXO 2**)
- Questionário "Exercícios para o Auto-Conhecimento" (**ANEXO 3**)

⁷ A descrição desses instrumentos está inserida no Relato dos Encontros.

- Mensagens sobre a Sexualidade (ANEXO 4)

- Certificado final (ANEXO 5)

- Ficha Controle dos dias dos encontros

2.4.2. Padronizado:

- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (ANEXO 6);

Este instrumento, elaborado por Spilberg (1981), é composto por duas escalas distintas, auto-aplicáveis, que medem dois conceitos de ansiedade: Estado de Ansiedade (IDATE I) e Traço de Ansiedade (IDATE II).

IDATE I - Estado: avalia uma situação emocional transitória do organismo, portanto, como a pessoa se encontra no momento em que responde ao inventário.

IDATE II - Traço: avalia as diferenças individuais relativamente estáveis da pessoa, ou seja, identifica se a ansiedade é uma condição constante.

Estes instrumentos foram aplicados no início e no final do trabalho.

2.4.3. Elaborado para a avaliação da imagem corporal

- Roteiro de Auto-Avaliação da Imagem Corporal⁸ (ANEXO 7)

Este instrumento tem o objetivo de levantar questões e mobilizar a pessoa para entrar em confronto com a imagem que faz de seu corpo. Toca nos aspectos bio-psico-sociais relacionados à história de vida e ao corpo. É auto-aplicável e organizado em vários temas.

O Roteiro foi aplicado em dois momentos: no início (FORMA I) e no final do trabalho (FORMA II).

Na FORMA II do Roteiro foram retiradas aquelas perguntas que eram mais ligadas aos dados pessoais, para que se evitasse a repetição (estão discriminadas no ANEXO 7).

⁸ Este roteiro foi usado na íntegra, entretanto, algumas adaptações foram necessárias para ser utilizado por estes sujeitos. O original é de autoria de Lucy Penna, da tese de doutorado: O Corpo na Individuação Feminina, 1986.

3. PROCEDIMENTOS

3.1. AS ETAPAS DE APLICAÇÃO DO ENCOR

A aplicação do ENCOR constou de quatro etapas que detalharemos a seguir: 1ª) Escolha dos Sujeitos; 2ª) Entrevista de Anamnese; 3ª) Encontros do Grupo; 4ª) Acompanhamento.

1ª ETAPA - ESCOLHA DOS SUJEITOS

A escolha dos sujeitos foi feita durante uma palestra a fim de convidar as pessoas que se encontravam em dieta alimentar a participarem do trabalho. Foi realizada no Posto de Atendimento Médico - Policlínica III, de Campinas, durante uma reunião de orientação da dieta. Esta reunião fazia parte de um acompanhamento, feito mensalmente pelos profissionais do local, os quais prescreviam a dieta às pessoas que os procuravam espontaneamente ou que lhes eram encaminhadas por especialistas da área médica. (Setor denominado Centro de Orientação Alimentar).

A finalidade da palestra foi a de esclarecer o objetivo do trabalho, explicando seus pressupostos (relatados na Fase Exploratória), os critérios para a participação das pessoas e a metodologia dos encontros.

Assim, antes das pessoas interessadas fazerem a inscrição definitiva, ressaltamos que elas deveriam refletir sobre o conteúdo da palestra que tínhamos proferido. Em seguida à inscrição, foram marcados dia e hora para uma entrevista, durante a qual faríamos uma Anamnese.

Esclarecemos que o trabalho fazia parte de uma pesquisa que vinha sendo desenvolvida junto à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ESTUDADO

Participaram efetivamente do programa 10 pessoas, cujas características estão resumidas nas tabelas 1,2 e 3.

TABELA 1

**CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS SEGUNDO A COR,
IDADE, ESTADO CIVIL E Nº DE FILHOS**

SUJEITO	COR	IDADE	EST. CIVIL	FILHOS
1- ADA	BR	21	CASADA	01
2- IVETE	NBR	33	CASADA	02
3- IARA	NBR	51	CASADA	04
4- LIA	BR	68	SOLTEIRA	00
5- ANDREA	BR	30	CASADA	02
6- NORMA	NBR	35	CASADA	02
7- NILVA	BR	34	CASADA	03
8- SARA	BR	45	CASADA	04
9- VELMA	BR	35	CASADA	03
10- ZULEIDE	BR	39	CASADA	05

LEGENDA:
BR - BRANCA
NBR - NÃO BRANCA

Todas as pessoas inscritas eram mulheres. Seus nomes verdadeiros foram alterados a fim de manter o caráter confidencial dos sujeitos.

A cor foi avaliada pela pesquisadora, considerando o tipo de cabelo e o tom da pele. Caracterizamos como não-branco, o cabelo carapinha, traços do rosto indicando ascendência que não era da raça branca e tom de pele escura.

Predominou a faixa-etária de 33 a 39 anos e as mulheres casadas (segundo autodenominação dos próprios sujeitos). Nove delas tinham filhos.

TABELA 2**CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS SEGUNDO A
ESCOLARIDADE, OCUPAÇÃO E RENDA FAMILIAR**

SUJEITO	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RENDA FAMILIAR *
1- ADA	1º GRAU INC.	DO LAR	2
2- IVETE	1º GRAU INC.	DO LAR	2
3- IARA	1º GRAU INC.	DO LAR	3
4- LIA	1º GRAU INC.	APOSENTADA	2
5- ANDREA	1º GRAU INC.	DO LAR	3
6- NORMA	1º GRAU INC.	DO LAR	7
7- NILVA	1º GRAU INC.	DO LAR	15
8- SARA	1º GRAU INC.	DO LAR	10
9- VILMA	2º GRAU COMP.	DO LAR	12
10- ZULEIDE	1º GRAU INC.	DO LAR	2

LEGENDA:

INC. - INCOMPLETO

COMP. - COMPLETO

* - EM SALÁRIO MÍNIMO

Das 10 pessoas inscritas, só uma tinha o 2º grau incompleto. Apenas uma tinha ocupação fora do lar; esta também era a pessoa que apresentara a maior renda.

TABELA 3**CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO A
ALTURA, O PESO E O TIPO DE DIETA**

SUJEITO	ALTURA (M)	PESO (Kg)	TIPO DE DIETA
1- ADA	1,52	74,500	1500
2- IVETE	1,65	113,200	1500
3- IARA	1,56	129,100	1000
4- LIA	1,50	65,500	1200
5- ANDREA	1,55	81,500	1500
6- NORMA	1,62	66,700	1500
7- NILVA	1,55	76,000	1500
8- SARA	1,58	80,000	1500
9- VILMA	1,63	115,000	1500
10- ZULEIDE	1,53	84,600	1500
x	1,57	88,610	1500

A altura variou de 1,52m a 1,65m tendo como média 1,57m; o peso esteve entre 65,500 Kg e 129,100Kg, numa média de 88,610 Kg.

As dietas variaram conforme as condições das pessoas, mas predominou a dieta de 1500 calorias. A decisão para a prescrição da quantidade de calorias foi feita de acordo com o cálculo do peso ideal, o sexo e a quantidade de atividade física realizada. Quanto mais a pessoa era sedentária, menos calorias poderia consumir.

2ª ETAPA - ENTREVISTA DE ANAMNESE

A Anamnese foi realizada, individualmente, com hora marcada, prevendo-se um período de uma hora em média, utilizando-se o modelo especialmente elaborado para este fim no qual foram anotadas as respostas das pessoas (ver ANEXO I).

O local da entrevista - uma sala de consulta com uma mesa e duas cadeiras - era onde, inicialmente, estabelecíamos um Rapport, explicávamos o objetivo da conversa e como procederíamos. Esclarecíamos ainda, que este conteúdo era confidencial.

No final da entrevista era entregue, para a pessoa, o **Contrato de Adesão**, explicando que o documento tinha o propósito de firmar um compromisso de participação no programa, uma vez que se tratava de uma pesquisa, cujos resultados dependiam de um processo com começo, meio e fim, daí a importância das pessoas assumirem um compromisso (**ANEXO 2**).

Também foi distribuída a **Ficha de Controle**, com as datas dos encontros, alertando para que a pessoa prestasse atenção nas datas, a fim de não se esquecer delas. Esta folha deveria ser trazida em todas as reuniões, para, nela, ser marcada a presença do participante.

3ª ETAPA - ENCONTROS DO GRUPO

A terceira etapa, fundamentalmente a intervenção, é, por isso, considerada como o núcleo central do trabalho. Foram realizados encontros semanais, com a duração de 2 horas, num total de 12.

Estes encontros foram do tipo semi-estruturados, ou seja, eles tinham temas determinados, mas a forma como foram conduzidos dependeu da participação de todos e da maneira como emergiram as idéias.

Os temas dos encontros foram: Avaliação da imagem corporal e da ansiedade; Fome x apetite x saciedade; vivência de sentimentos; movimento; exercícios de auto-conhecimento; sexualidade e obesidade; avaliação do trabalho e auto-avaliação.

4ª ETAPA - ACOMPANHAMENTO

Esta etapa teve a duração de três meses e pretendeu atingir os seguintes objetivos:

- 1) preparar para o desligamento definitivo das pessoas do programa;
- 2) auxiliar a evolução daquelas pessoas cuja problemática ainda vinha se manifestando;
- 3) ajudar na reintegração da pessoa na sua nova proposta de vida.

3.2. RELATO DOS ENCONTROS

1º ENCONTRO

AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E DA ANSIEDADE

Os encontros foram realizados numa sala ampla, que continha bancos coletivos, uma balança antropométrica com sistema de alavanca, uma mesa e uma lousa. Logo no 1º encontro (e assim procedemos em todos os outros), organizávamos os bancos de forma a criar uma espécie de círculo.

Esclarecemos que o mais importante nos encontros, era que o grupo aprendesse a ouvir as histórias de cada pessoa sem críticas e nem julgamentos, de forma a aceitá-la como eram.

Pedimos, então, que se apresentassem, dizendo nome, idade, estado civil, bairro onde moravam e o porquê resolveram participar do grupo. No desenrolar do encontro, focalizamos os conteúdos que tinham maior importância, refletindo sobre eles.

Num segundo momento do encontro demos início à aplicação do Roteiro de Auto-Avaliação da Imagem Corporal - A.I.C. (FORMA I), que foi respondido individualmente. Explicamos o objetivo deste instrumento e esclarecemos que não havia respostas certas ou erradas. Também dissemos que ele seria a medida para avaliarmos algumas mudanças que poderiam ocorrer após o trabalho, através de uma reaplicação do instrumento no final dos encontros.

Depois de entregue o instrumento, lemos em voz alta a parte de instruções e cada pessoa iniciou o preenchimento do seu Roteiro. À medida que as pessoas iam tendo dificuldades ou dúvidas, as auxiliávamos, individualmente.

Posteriormente, foi aplicado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), pedindo para que as pessoas respondessem às questões tentando pensar nos sentimentos e sensações que estavam ocorrendo naquele momento, e em outros que ocorressem com frequência. Explicamos que este Inventário também seria reaplicado ao final dos encontros.

2º ENCONTRO - FOME X APETITE X SACIEDADE

Esta proposta baseou-se no fato de que as pessoas não reconhecem seus sentimentos, como já dissemos, porque os confundem com sensações ligadas à fome.

Foi feita uma discussão do tema em dois momentos. No primeiro, realizamos um esclarecimento dos conceitos de fome, apetite e saciação e discutimos os seus valores simbólicos.

No segundo momento, realizado no encontro posterior, nos preocupamos em vivenciar sentimentos e sensações que se misturavam com estes termos.

Para começar o assunto, lançamos uma pergunta: **De que eu tenho fome?** Esta pergunta teve o objetivo de despertar a associação existente entre a fome e outras necessidades humanas e verificar se as pessoas conseguiam percebê-las.

Para explicar os conceitos de fome, apetite e saciação e a diferença entre eles, primeiramente estimulamos o grupo a dizer como era a sensação corporal de fome, como por exemplo: "buraco" no estômago, queimação, ansiedade...Depois, procuramos diferenciá-las daquelas sensações de quando não se percebe estes sinais, mas ainda se tem a vontade de comer, por exemplo, quando estimuladas pelo cheiro, a imagem, ou a lembrança do alimento.

Após estas explicações lançamos as questões: **"Quais nossas fomes reais? Que maneiras mais saudáveis nós podemos utilizar para lidar com estas necessidades?"** Estas perguntas tiveram o objetivo de conscientizar as pessoas das suas verdadeiras necessidades e uma vez discriminadas, auxiliá-las a refletirem para a melhor forma de satisfazê-las.

No final do encontro, foi proposto uma vivência com o objetivo de mobilizar não só o contato com estes sentimentos, como o contato com o corpo, devido à dificuldade que elas manifestavam em estabelecê-los.

Pedimos para que as pessoas se levantassem, formassem um círculo e ficassem bem perto uma das outras. Participando do exercício, verbalizamos:

fechem os olhos, respirem fundo e devagar e percebam o ar entrando nos seus corpos. Percebam todo o corpo, tentem ficar mais leves e sentir parte por parte percebam a sensação no meio do peito, fiquem com ela. Agora peguem na mão da sua companheira da direita e da esquerda...percebam o seu calor e a energia que estamos passando uma a outra. Façam carinho nas suas mãos. Continuem em silêncio, entrando em contato com as suas sensações. Aos poucos vamos soltando as mãos e abrindo devagar os olhos

A fim de que as pessoas pudessem ter contato com vários tipos de técnicas corporais e para que fôssemos, rotineiramente, estimulando a mobilização do corpo nos nossos encontros, a partir desse dia introduzimos sempre uma vivência, utilizando pelo menos os 10 minutos finais dos encontros.

3º ENCONTRO - VIVÊNCIA DE SENTIMENTOS E SENSações

Neste encontro completamos a reflexão sobre o tema, iniciada no encontro anterior.

Foi realizada uma vivência, através de uma técnica de dramatização, a fim de que os sujeitos experimentassem alguns sentimentos e sensações sugeridos por nós.

Foram distribuídos, aleatoriamente, papezinhos fechados com o nome de alguns sentimentos para cada elemento do grupo. Depois, cada pessoa tentava incorporar este sentimento e representar para o grupo, usando somente gestos ou mímica. Foi explicado que eliminaríamos a linguagem verbal porque ela é mais facilmente censurada que a não-verbal, facilitando o ocultamento das nossas intenções.

Os sentimentos e sensações sugeridos foram: fome, apetite, saciedade, tristeza, alegria, mágoa, raiva, depressão, ansiedade, saudade, medo, prazer, culpa, amor, ódio, ciúmes. Enquanto uma das pessoas representava, as outras tentavam adivinhar que sentimento ou sensação estava sendo representado.

Finalizamos o encontro, pedindo para que as pessoas permanecessem sentadas, mas de uma forma mais confortável, com as mãos soltas em cima das pernas e que fechassem os olhos. Realizamos a seguinte vivência:

Agora tentem respirar mais lentamente e com a respiração imaginar que estão levando coisas boas para dentro do corpo na inspiração e que na expiração, estão eliminando coisas ruins. Tentem levar dentro de si as coisas boas que ouviram aqui... Agora, devagar, vocês podem abrir os olhos e seguir os seus caminho.

4º ENCONTRO - O MOVIMENTO

Este tema foi tratado sob duas perspectivas a fim de contrapô-las. A primeira, do movimento enquanto condicionamento físico e a segunda enquanto caminho para a consciência corporal. Pelo condicionamento físico conseguimos o maior consumo de energia

e pela consciência corporal, conseguimos restabelecer a unidade corpo-mente que facilita o contato com as emoções.

Neste sentido, também pudemos refletir sobre a discriminação que as pessoas obesas sofrem em espaços de práticas de esportes, principalmente por não estarem enquadradas no modelo ideal de corpo. Também discutimos a falta de um plano mais individualizado das academias para as pessoas com problemas de peso.

O conceito de couraça foi introduzido neste momento de forma a deixar clara a diferença entre uma tensão saudável e uma tensão crônica ou prejudicial. Falamos das tensões presentes no nosso corpo e como cada participante as percebiam.

Para que pudessem localizar estas tensões e aprender a lidar com elas, usamos de vários recursos mais concretos, principalmente o das técnicas de relaxamento.

As pessoas foram informadas de que o relaxamento, por exigir um contato consigo mesmas, deveria ser realizado em lugar e tempo (de 10 a 20 minutos) especiais. O lugar deveria ser de preferência silencioso (depois de dominar a técnica, o relaxamento poderia ser feito em qualquer lugar, até o mais barulhento). Para realizarmos o relaxamento, elas foram orientadas a retirar do corpo tudo que poderia apertar como: travessa de cabelo, óculos, relógio, sapato.

Neste dia, escolhemos vivenciar a técnica de relaxamento de Jacobson (Mikulas, 1977), com a intenção de possibilitar a diferenciação entre as sensações de tensão e de relaxamento.

Propusemos, às pessoas, que levassem uma toalha de banho, para colocá-la no chão. Cada um podia sentar ou deitar, do jeito que lhe fosse mais conveniente.

Para experienciarmos o mecanismo da tensão em nosso corpo, propusemos o seguinte exercício, adaptado de Clarke (1990):

Façam de conta que vocês vão apagar uma vela enorme. Enchem os pulmões de ar e preparem-se para apagar. Inspirem. Esperem um segundo agora assoprem (expirem). Sintam a descarga de tensão por todo o corpo. Agora repitam o exercício, só que eu vou dizer quando vocês devem soprar. Enchem os pulmões...(seguramos o ar mais ou menos 20 segundos) agora soltem o ar.

Foi explicado que o objetivo desta vivência era mostrar a diferença entre este tipo de exercício e o outro tipo, quando experimentaríamos sensações agradáveis. Na segunda parte do exercício, o corpo iria ficar tenso, cada vez mais ansioso. Quando se soltasse o ar, sentiria um grande alívio. Este exemplo auxiliou na conscientização de como nosso corpo reage quando temos uma tensão que não foi descarregada, ela não vai embora e por isso nossos músculos ficam contraídos mais do que o necessário. Passamos a exigir mais de nossos órgãos, ficando constantemente em estado de alerta.

Assim que as pessoas se acomodaram, demos as seguintes instruções:

Fechem os olhos... descrezem as pernas, deixem os braços do lado do corpo e agora fechem o pulso e tensionem os braços, primeiro um, depois o outro, agora os dois; tensionem e relaxem; vamos passar para as pernas: flexionem os pés e os artelhos, uma perna, a outra, as duas e agora relaxem; passemos para o rosto: levantem com forças as sobrancelhas, agora soltem e relaxem; agora contraíam as sobrancelhas e relaxem; vamos passar para os olhos: contraíam os olhos, apertando as pálpebras e agora relaxem; vamos à boca: apertem um lábio contra o outro e agora relaxem; coloquem a língua sobre o palato esticando-a, sintam a tensão e relaxem. Fixem a atenção no pescoço, virem-no de um lado, sintam a tensão e relaxem; virem-no do outro lado e agora relaxem. Inclinem a cabeça para a frente, sintam a tensão e relaxem; levantem o ombro direito e o mantenham nesta posição, observem a tensão e agora relaxem; passemos para o outro ombro, contraíam e agora relaxem. Encolham a barriga, agora relaxem. Vamos agora sentir a respiração, respirem calmamente, sintam todo o corpo relaxado. Eu contarei até 3 e vocês vão abrir os olhos lentamente e espreguiçar. Não levantem de forma brusca.

Após a vivência, conversamos sobre as sensações que estavam percebendo e pedimos para que discriminassem como estava o corpo antes e depois do relaxamento.

5º ENCONTRO - EXERCÍCIOS DE AUTO-CONHECIMENTO

Foi distribuído um questionário (ANEXO 3) com o objetivo de mobilizar o problema de cada um, proporcionar um auto-conhecimento e facilitar a integração do grupo. Este questionário foi elaborado a partir de algumas questões básicas que deveriam ser refletidas: o processo de emagrecimento, auto-estima, prazer, planos, imagem corporal.

O princípio desta técnica era o de induzir a pessoa, através de frases familiares, a uma associação livre, ao mesmo tempo que mobilizaria uma elaboração do conteúdo surgido.⁹

Distribuímos, para cada pessoa, uma pasta de cartolina (para poderem apoiar a folha), um lápis, uma borracha e o questionário que continha 15 afirmações para serem completadas. Primeiro cada um respondeu individualmente, depois todos verbalizaram, ao grupo, a resposta, uma a uma, surgindo, a partir daí, uma discussão. Uma vez esgotada a discussão, passávamos para outra resposta e assim sucessivamente.

Nesta etapa, o papel do terapeuta era importante, pois se tratava do momento de focalizar um conteúdo específico, interpretar, clarear e ampliar as respostas.

Dez minutos antes de terminarmos a reunião, aplicamos outro tipo de relaxamento, para que finalizássemos o encontro de uma forma menos tensa. Esta técnica foi baseada no Treinamento Autógeno de Schultz (Sandor, 1969) voltado mais para o canal cognitivo e realizado através da auto-indução ao relaxamento, com afirmações verbais e/ou fórmulas estimuladoras.

Desta vez o relaxamento foi realizado com as pessoas sentadas. A técnica consistiu no seguinte

Sentem-se tentando diminuir qualquer tensão, principalmente nas costas. Acostumem-se a esta posição. Fechem os olhos suavemente. Prestem atenção a sua respiração; mas não alterem nada, só percebam. Deixem-na fluir... Vocês já devem estar sentindo um relaxamento, uma tranquilidade passando por todo o seu corpo. Deixem que aconteça. Notem se há alguma parte do seu corpo ainda tensa, relutando em relaxar. Se há pensamentos percorrendo sua mente, deixem que o façam. Não forcem nada, deixem que venham e vão embora... Deixem que uma palavra, um som, penetrem em sua mente de forma tranqüila, lenta e sem esforço: CALMA...CALMA...CALMA. Não se prendam à palavra, apenas fiquem vendo ou ouvindo a palavra, o som dela na mente. Pode ser que a palavra desapareça, não tem importância, voltem e continuem a pensar - calma. Deixem o som encher seu corpo inteiro... Aos poucos vão voltando, eu vou pedir para que abram o olhos e depois quero que vocês fiquem à vontade, Espreguicem, bocejem...

⁹ Devido à mobilização dos conteúdos que emergem através deste instrumento, deve-se utilizar quantos encontros forem necessários, podendo variar de dois a cinco encontros.

6º ENCONTRO

Demos continuidade aos "Exercícios de Auto-Conhecimento". O Roteiro mobilizou vários assuntos, sendo, o principal, o referente às informações científicas sobre a obesidade. As mulheres se interessaram em saber quais eram os critérios para classificar uma pessoa obesa; ou se a obesidade é considerada doença ou não.

Após discutirmos as respostas do Questionário, foi realizado um relaxamento, baseado nos princípios do Treinamento Autógeno de Schultz.

Sentem-se confortável e tranqüilamente. Agora, de forma suave, conscientizem-se de seu braço direito e deixem que a frase "Meu braço direito está pesado" penetre em sua mente. Agora concentrem sua atenção no braço esquerdo e pensem "Meu braço esquerdo está pesado". Agora pensem que seus dois braços estão pesados. Agora prestem atenção nas suas pernas e pensem "minha perna direita está pesada". Deixem que esta frase penetre em sua mente. Agora conscientizem-se de todo o seu corpo, sentindo-se relaxadas e calmas, fiquem com esta sensação. Quando estiverem prontas, prestem atenção, eu vou contar até três e vocês vão terminar este relaxamento de forma lenta e suave, vão abrir os olhos e espreguiçar, se quiserem.

7º ENCONTRO

Depois de conversarmos sobre vários assuntos continuamos a discussão do Questionário de Auto-Conhecimento, a partir da 4ª pergunta: O que eu quero para mim é ... Ela mobilizou a reflexão sobre o tema "felicidade" e também sobre o papel que cada uma assumia na sua relação conjugal.

No final, fizemos uma vivência com o intuito de movimentar as articulações do corpo e conseqüentemente, as regiões dos anéis segmentares.

Agora eu quero que vocês fiquem em pé, tirem os óculos. Mexam com todas as articulações. Deixem os pés paralelos, os joelhos levemente destravados, ou seja, semi-flexionados. Rodem o pescoço para o lado direito, bem devagar, porque isto não é ginástica. Agora do outro lado (mais ou menos 4 vezes de cada lado). Passem para os ombros: rodem os ombros para frente, bem devagar, agora para trás. Passem para os punhos: coloquem seus dois braços à frente e rodem os punhos bem devagar, para um lado e depois para o outro. Passem para a cintura e os quadris. Coloquem as mãos na cintura e façam uma volta com os quadris de 360 graus, bem devagar, de um lado e agora do outro. Mexam com os seus joelhos: coloquem as mãos sobre os joelhos, agora rodem-nos de um lado e de

outro, bem devagar. Agora soltem os pés e as pernas, joguem as pernas para frente e para trás: uma perna, e depois a outra...

Diante da dificuldade de realizar o movimento, alertávamos a pessoa, a fim de que ela tomasse consciência e facilitávamos os movimentos, auxiliando-as com nossas próprias mãos.

8º ENCONTRO

Além de terminarmos a discussão do Questionário para o Auto-Conhecimento, conversamos sobre a apresentação de uma carta escrita por uma das pessoas do grupo, Iara. Embora esta atividade não tivesse sido prevista, fazia parte do processo que vinha sendo desencadeado no caso desta mulher. Além disso, teríamos a oportunidade de elaborarmos o assunto a nível do coletivo. Procedíamos desta forma, toda vez que surgia um assunto que merecia romper com o que já estava planejado.

No final, fizemos um exercício de Relaxamento, realizado no 5º Encontro, só que acompanhado de visualização.

A vivência proposta foi a seguinte:

Agora imaginem que vocês estão com um lápis de cor, a cor de que vocês mais gostam. Comecem a fazer com ele, o contorno do seu corpo, bem devagarinho, passando um risco 1 cm. a menos: passando pela cabeça, pescoço, ombros, pernas, o contorno das pernas, o pubis, agora, no outro lado.... até completar todo o contorno. "Aos poucos vão voltando, eu contarei até três e pedirei para que abram os olhos, espreguicem...."

9º ENCONTRO - SEXUALIDADE E OBESIDADE (1ª PARTE)

Nesta 1ª parte, tivemos como objetivo contextualizar o assunto dentro da questão da obesidade com a ajuda da literatura e dar informações de alguns conceitos básicos na área sexual. Em experiências anteriores, pudemos perceber que as mulheres tinham uma informação limitada sobre o assunto.

As questões que serviram de guia para esta reflexão foram: ***O que é prazer? Como cada um encara o sexo? Qual a função da energia sexual?***

Tínhamos como objetivo, ao formularmos estas questões, mostrar que a sexualidade não estava desvinculada da nossa vida afetiva e conscientizar as pessoas, da importância do prazer.

As histórias de vida devem ser aqui valorizadas porque é através delas que vamos tendo acesso ou às percepções errôneas, preconceitos e bloqueios quanto à sexualidade ou às vivências positivas que os indivíduos têm dela.

Explicamos o significado do termo sexualidade, enquanto uma área ligada ao prazer no sentido mais amplo e lançamos as seguintes perguntas: "*O que me dá prazer? Que lugar a sexualidade ocupa na minha vida?*" Neste momento, as pessoas estavam mais preparadas para falarem sobre suas fantasias e desejos e relacionarem a sexualidade com os vários aspectos das suas vidas.

Posteriormente fizemos uma explanação sobre o papel da respiração, devido a sua importância para a obtenção não só do prazer, como da harmonia do corpo.

Por isso, nesta parte do trabalho, propusemos exercícios que possibilitassem à pessoa entrar em contato com a sua respiração. Fazendo uma adaptação dos exercícios propostos por Lowen (1984) sugerimos os seguintes passos:

a) Prestem atenção à respiração: fechem os olhos e respirem normalmente, sentindo cada vez que o ar passa pelas narinas...Agora respirem mais devagar, mais profundamente...inspirem, expirem...Agora podem abrir os olhos; se sentirem um pouco de tontura, isto é normal, pois nosso organismo pode não estar acostumado a tanto ar e acontece então uma hiperventilação

b) Agora experimentem a respiração certa a qual, pela nossa educação e nossas tensões, perdemos. Inspire e imaginem que vocês estão enchendo uma bexiga que está na barriga de cada uma...Coloquem a mão sobre a barriga e sintam o ar entrando.

Neste momento, pedíamos para que as pessoas respirassem, conforme orientação e colocávamos nossas mãos sobre o ventre de cada uma para verificar se o ar estava presente. A reação de algumas mulheres era a de tensionar partes do seu corpo, como a face. Quando a respiração não estava adequada, pedíamos para que repetissem o exercício.

c) Como nós respiramos com o corpo todo, se estamos saudáveis, vamos perceber o movimento dele quando respiramos... Fiquem de pé, tirem os óculos e os sapatos,

fiquem em círculo, com os pés paralelos e as pernas semi-flexionadas. Na inspiração a pelve se desloca para a frente. Na expiração a pelve se coloca para trás.

Quando percebíamos que alguns sujeitos não conseguiam realizar este exercício, não só pela conotação sexual do movimento, como também, pela dificuldade de fazê-lo com naturalidade, esclarecíamos a eles, que esta reação era normal, mas que deveriam tentar fazer o exercício sem constrangimento, para que houvesse um melhor efeito. O último passo foi:

d) Este exercício tem o objetivo de facilitar a percepção das pernas e pés e da respiração abdominal. Primeiramente eu irei demonstrar...Agora inclinem o corpo para a frente e toquem o chão com a ponta dos dedos. Deixem a cabeça bem solta e não deixem o peso do corpo nas mãos, mas nos pés e pernas. Se aparecer tremor nas pernas, deixem acontecer, pois é um bom sinal de mobilização de energia (ficamos nesta posição aproximadamente 3 min). Lentamente, voltem à posição inicial, deixando a cabeça por último, levantando primeiro o tronco, depois os ombros e então a cabeça...

Após estes exercícios, pudemos demonstrar com maior clareza, como os bloqueios emocionais, mais especificamente as couraças, estavam localizadas no próprio corpo, impedindo, muitas vezes, o movimento natural.

10º ENCONTRO - SEXUALIDADE E OBESIDADE (2ª PARTE)

Nesta 2ª parte tivemos oportunidade de retomar algumas das questões mais importantes da 1ª parte e de tratar de temas ainda não discutidos.

Achamos necessário aproveitar a oportunidade para mostrarmos a anatomia e fisiologia dos aparelhos genitais feminino e masculino, através de um quadro do tipo flow-chart¹⁰ com um desenho da parte externa e interna. Através deste quadro íamos apontando a função de cada parte e estabelecendo uma relação com a questão do prazer.

Comentamos sobre o tema masturbação, assim como os tabus que o acompanham. Chamamos a atenção para o seu significado enquanto uma das formas de conhecer e ter prazer com o próprio corpo, principalmente para aquelas mulheres que não o alcançavam

¹⁰ O quadro, de coordenadoria de Maria Margarita Dias e Patrícia Goodson, foi fornecido pelo CAISM/CEMICAMP - Hospital das Clínicas - Unicamp, 1989.

com seus parceiros. As mulheres mais desinibidas falaram sobre as várias formas de masturbação para chegarem ao orgasmo.

Embora, em vários momentos, a relação peso e sexualidade aparecesse, falamos mais diretamente sobre isso nesta etapa do encontro, lançando às seguintes questões:

Que lugar o peso ocupa dentro da relação conjugal? A gordura atrapalha a vida sexual? Como os maridos estão reagindo ao excesso de peso e ao emagrecimento?

Posteriormente, sintetizamos alguns pontos de discussão, através de um texto intitulado: "Mensagens sobre a Sexualidade" (ANEXO 4) cujo conteúdo baseava-se em algumas mensagens inadequadas que, muitas vezes, estão incorporadas em cada um de nós, impedindo-nos de vivenciarmos a sexualidade de uma forma mais natural.

Era solicitado que cada sujeito lesse uma frase do texto e, a partir disso, tentávamos entendê-la, dar exemplos, etc.

Este material foi distribuído para que o levassem para casa, a fim de poderem ler com mais calma e continuarem a refletir sobre ele.

No final do encontro foi repetida uma vivência corporal aplicada no 8º Encontro.

IIº ENCONTRO - ENCONTRO DE AVALIAÇÃO E AUTO - AVALIAÇÃO

Este encontro teve a finalidade de avaliar o trabalho até o momento. Foram revistos os objetivos propostos no início dos encontros, assim como os assuntos tratados em cada um deles, inclusive escrevendo-os na lousa, para facilitar a compreensão dos sujeitos. Foram discutidos os seguintes pontos: ***Os objetivos propostos foram atingidos? Que metas poderiam ser estabelecidas deste momento em diante?***

Tendo como ponto de referência estes objetivos, foi pedido para que cada pessoa fizesse uma avaliação de si própria, respondendo às seguintes questões: ***"Como me sinto hoje? O que mudou? O que falta mudar? O que falta para eu me sentir melhor? Que metas pretendo atingir daqui para frente?"***

Depois da resposta individual, foi pedido para que as pessoas do grupo se posicionassem frente àquela pessoa, no sentido de apontar que mudanças perceberam nela.

Quando todos terminaram de falar, comentamos a evolução de cada sujeito, baseada em observações feitas durante os encontros. Já que um dos objetivos da reunião era

o de pensarmos como as participantes "caminhariam pelas suas próprias pernas", também falamos sobre a condição de cada uma para o desligamento do trabalho. Para algumas delas, foi sugerido que continuassem os encontros por mais um período de tempo. Coincidentemente, essas mesmas pessoas, espontaneamente, pediram a continuação do trabalho.

Este encontro, gravado com a autorização de todas, teve o objetivo de transcrevermos o discurso dos participantes do grupo, para que pudéssemos posteriormente analisá-los.

12^o ENCONTRO

O primeiro objetivo desse encontro foi a reaplicação de dois instrumentos para posterior comparação. Para a aplicação do Roteiro A.I.C. - FORMA II (ANEXO 7), foi dada a seguinte orientação:

Vocês preencherão, novamente, aquele Roteiro A.I.C. que preencheram no começo do nosso trabalho, com o objetivo de verificarmos se houve alguma modificação na forma como vocês estão se vendo hoje. Assim, não se importem em se lembrarem do que preencheram anteriormente, pois aquelas respostas foram pensadas para aquele momento: não é a intenção do instrumento verificar se gravaram as respostas ou não. Lembrem-se também, que não existem respostas certas ou erradas, pois elas são muito pessoais. Quando tiverem dúvidas, nos consultem.

Posteriormente foi feita a reaplicação do IDATE (ANEXO 6), seguindo as orientações:

Este inventário, que vocês também já preencheram no início do trabalho, tem o objetivo de verificar o nível de ansiedade. Como no Roteiro, não importa o que vocês responderam anteriormente, pois o intuito é o de verificarmos como vocês se encontram hoje.

O segundo objetivo deste encontro foi o de entregarmos o novo calendário do trabalho, referente ao período de **ACOMPANHAMENTO**. Definimos que teríamos duas formas de encontro: os **ENCONTROS DE APOIO** para aquelas pessoas que estavam ainda em processo de elaboração de algumas questões (isto não impedia que qualquer pessoa do

grupo pudesse freqüentá-los) e os **ACOMPANHAMENTOS MENSAIS** para os quais todos eram convidados. Assim, alternaríamos num espaço de 15 dias, um e outro.

Por fim, foi dado um **Certificado** para cada uma (**ANEXO 5**) com o objetivo de simbolizar a importância do trabalho e de comprovar o comparecimento.

ENCONTROS DE APOIO

Foram realizados três Encontros de Apoio. Participaram 5 pessoas do grupo. Resumiremos os principais assuntos tratados nestes encontros.

Estes encontros não tinham um tema previamente preparado, pois atendiam mais à função de lidar com alguns conteúdos que já estavam sendo mobilizados, mas ainda não haviam sido totalmente elaborados ou esclarecidos. Esta metodologia, além de facilitar a liberdade de apresentação dos assuntos, também permitia que utilizassem o espaço dos encontros, como melhor lhes conviesse.

Conversamos sobre um artigo de França (1994) cujo conteúdo era uma reportagem que relatava a importância de fibras no cardápio. No mesmo jornal havia outra reportagem cujo título era: "Dieta brusca pode causar morte súbita". Os assuntos nos estimularam a falar um pouco sobre nutrição.

Neste período foram realizadas duas vivências. Na primeira, pedimos para que fechassem os olhos, relaxassem o corpo e prestassem atenção a nossa voz:

Pensem que todo o seu corpo está bem, que estas palavras estão entrando nele. Respirem devagar, sintam o ar passando pelos pulmões, barriga, atravessando todo o organismo de vocês. Agora mentalizem estas palavras, imaginando que elas estão entrando por todas as suas veias: CORAGEM, FORÇA, CARINHO. Aos poucos vão voltando, eu contarei até três e vocês abrirão os olhos e poderão mexer o corpo, espreguicem.

Pedimos para que repetissem este exercício quando lembrassem, durante a semana, para sentirem um efeito mais duradouro.

Outra vivência foi realizada com o objetivo de experimentar a sensibilidade, a percepção através do toque.

Em duplas, uma frente a outra (sentadas) uma de cada vez, de olhos fechados, toquem com as mãos o rosto da outra, percebendo o tipo de cabelo, a textura da

pele, o contorno das partes, as rugas, as gordurinhas; depois, quando eu pedir, vocês vão trocar, quem foi tocada vai agora tocar a outra.

Diante da dificuldade de realização desta vivência por parte de algumas pessoas, não interferíamos, justamente para que após os exercícios pudessemos, mais uma vez, apontar os seus bloqueios, manifestados através do corpo.

ACOMPANHAMENTOS MENSAIS

Estes encontros, que foram em número de três, eram mais direcionados que os *Encontros de Apoio*, tendo um planejamento a ser seguido, conforme a evolução que o grupo foi apresentando.

Num desses acompanhamentos lemos e discutimos alguns trechos da transcrição do Encontro de Avaliação e de Auto-Avaliação.

Fizemos uma avaliação destes encontros de acompanhamento, baseada nas seguintes questões:

Com relação à dieta, as pessoas estão conseguindo mantê-la? E ao peso, continua o emagrecimento? Quanto ao crescimento interior, há a percepção de melhora? Qual a trajetória do grupo deste momento em diante?

Para ajudar as respostas à essas questões, houve a nossa contribuição no sentido de mostrar alguns resultados referentes ao programa, como do IDATE e o acompanhamento do peso.

Foi realizada uma vivência, no último encontro, com o objetivo de continuarmos estimulando o contato, através do toque entre as pessoas do grupo. A vivência consistiu nos seguintes passos:

Fiquem em pé; nós formaremos dois círculos, um dentro do outro. As pessoas ficarão umas de frente para as outras. Quem estiver no círculo de fora, ficará de olhos fechados, enquanto as pessoas do círculo de dentro, tocarão as suas faces, de forma a acariciá-las, senti-las. Quando eu falar, "vamos trocar", as pessoas do círculo de dentro, passarão a acariciar a face da pessoa a sua esquerda e assim sucessivamente. As pessoas do círculo de fora continuarão de olhos fechados até o término do exercício. Depois que as pessoas que estiverem acariciando

completarem o círculo, nós trocaremos de lugar: as pessoas que estiverem fora, formarão o círculo interno, e as pessoas que estiveram dentro, formarão o círculo externo e, conseqüentemente, serão acariciadas. Para começar, vamos fazer uma breve interiorização: fechem os olhos e preparem-se para tocar o outro, dar-lhe carinho, coisa que deveria ser tão natural, mas que perdemos pelas nossas repressões. Hoje é tão difícil as pessoas se tocarem, é preciso nós estarmos aqui e propormos um minuto do nosso dia para darmos carinho a alguém. Nós precisamos de contato. Agora, comecem a tocar a colega a sua frente...

Depois de finalizada esta atividade, que durou aproximadamente 20 minutos, pedimos para que as pessoas sentassem e comentassem o que sentiram. E assim, terminamos o encontro.

Após esta etapa, ainda realizamos outros encontros, já sem o compromisso obrigatório de participarem e combinamos que manteríamos contatos eventuais.

3.3. MEDIDAS DE ROTINA

Foi feito o acompanhamento do peso das pessoas, mês a mês, pelas enfermeiras ou por nós. Fazíamos as anotações no Diário de Campo após cada encontro do grupo.

Estivemos atentas ao não-comparecimento das pessoas aos encontros mantendo, quando isso ocorria, uma comunicação através de cartas ou telefonemas a fim de incentivarmos o comparecimento e sabermos o motivo da falta.

Acompanhávamos os tratamentos médicos que, porventura, as pessoas estivessem fazendo, para estarmos informados sobre o estado de saúde geral de cada pessoa.

3.4. PROCEDIMENTO PARA A ANÁLISE DO MATERIAL

Fizemos a análise do material, seguindo a organização do próprio programa, primeiro avaliando-o, individualmente, e depois alguns dados foram reunidos para uma visão do conjunto.

3.4.1. ANÁLISE DO MATERIAL INDIVIDUAL

Analizamos os dados individuais na seguinte ordem:

a) História de Vida - Entrevista de Anamnese - Consideramos os dados mais significativos, destacando, principalmente, a identificação dos sujeitos, os fatos de sua vida pregressa e as indicações da mudança de peso.

b) Evolução do caso - Baseando-nos nas anotações feitas em cada encontro, sintetizamos os acontecimentos mais importantes ocorridos.

c) Encontro de Avaliação - Resgatamos os principais resultados apresentados no 11º encontro, referentes à avaliação do ENCOR, através da transcrição que foi feita do material gravado e que quando necessário, foram reproduzidos na análise.

d) Interpretação do Roteiro de Auto-Avaliação da Imagem Corporal - Fizemos uma análise qualitativa, a partir da leitura da FORMA I do Roteiro, comparando-o com a FORMA II do Roteiro, com o objetivo de detectarmos mudanças positivas e negativas, atitudes novas e permanência de respostas.

A análise foi feita de acordo com os temas que organizaram as questões: 1) condições de saúde; 2) queixas de problemas relacionados à saúde; 3) menstruação; 4) sono; 5) uso de bebidas alcoólicas; 6) distúrbios neurovegetativos; 7) atividade física; 8) aparência e estética; 9) sexualidade; 10) olhar; 11) hábitos de relacionamento; 12) grau de satisfação com o tamanho do corpo; 13) localização de sintomas e apreciação do corpo.

Lemos o Roteiro de forma aberta e circular, compreendendo a interligação das suas partes, conforme recomenda a autora do instrumento: Penna (1986;1989).

As Anamneses também foram aproveitadas para esclarecer informações trazidas pelo Roteiro.

e) Resultado do Inventário de Ansiedade Traço - Estado (IDATE) - Comparamos o resultado dos inventários aplicados antes e depois do ENCOR, os quais foram avaliados segundo o autor Spielberger (1981). Tomamos como referência a média esperada para a população feminina:

IDATE I - ESTADO: Média 43,64 a 53,66

IDATE II - TRAÇO: Média 45,34 a 55,22

f) Encontros de Acompanhamento - Selecionamos do material anotado, os aspectos principais de cada caso, analisando a sua evolução.

g) Evolução do Peso - Através do acompanhamento do peso durante o ENCOR, fizemos uma comparação entre o peso inicial e final, para verificar a perda deste, assim como outras associações.

Classificamos o peso dos sujeitos de acordo com o cálculo do Índice de Massa Corpórea (I.M.C), segundo a fórmula padronizada descrita a seguir:

I.M.C. = peso (kg) dividido pela altura (m) ao quadrado Os resultados foram interpretados segundo a classificação indicada por Santos (1990):

OBESIDADE O (NORMAL)	ATÉ 25 KG/M ²
OBESIDADE I (SOBREPESO)	DE 25 A 29,9 KG/M ²
OBESIDADE II (OBESO)	DE 30 A 39,9 KG/M ²
OBESIDADE III (SEVERA, MÓRBIDA)	SUPERIOR A 40 KG/M ²

h) Síntese - A síntese foi elaborada a partir da leitura de todos os dados avaliados e do cruzamento entre eles, com o objetivo de sistematizar as informações de cada sujeito.

3.4.2. ANÁLISE DO MATERIAL DO GRUPO

Foi feita uma síntese dos resultados principais dos encontros, através das anotações feitas no Diário de Campo.

Fizemos a tabulação das respostas do Questionário "Exercícios para o Auto-conhecimento", agrupando todas as respostas individuais de cada questão. Com este agrupamento fizemos uma análise de conteúdo das respostas.

Realizamos a síntese dos resultados do Roteiro A.I.C. através da verificação de alguns dados comuns do grupo, com uma preocupação mais qualitativa que quantitativa, pensando na possibilidade de dar uma visão integral dos dados.

O procedimento que adotamos para esta interpretação, começou pela leitura de Roteiro por Roteiro dos sujeitos, para depois tabular a frequência de respostas, quando estas eram fechadas, ao mesmo tempo que íamos interpretando seu conteúdo subjetivo. Consideramos, principalmente, aquelas respostas que foram dadas por 50% ou mais dos sujeitos, ou que, pelo contrário, foram respostas incomuns. Fizemos a análise, de acordo com os temas principais do Roteiro, respeitando a sua ordem.

Partimos da premissa de que as mudanças ocorridas no 2º Roteiro (FORMA II), tiveram a contribuição do nosso programa.

Reunimos o resultado individual do IDATE e comparamos a 1ª aplicação com a 2ª, adotando a Prova de Sinais.

Analisamos os resultados com relação ao peso, comparando os resultados de antes da intervenção, com os dados depois da intervenção. Também analisamos o peso do período de acompanhamento e os relacionamos com o resultado do IDATE.

IV - ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. ANÁLISE DO MATERIAL INDIVIDUAL

1.1. ADA

1.1.1. HISTÓRIA DE VIDA

Ada a mulher mais nova do grupo, tem 21 anos, casada, mora na cidade de Sumaré e tem uma filha de 1 ano e meio. Não trabalha e seu marido, de 24 anos, exerce a função de Operador de Máquinas. É católica, não praticante, e tem o 1º grau incompleto.

Tem 4 irmãos, sendo ela a mais velha. Seus pais se separaram desde os seus 2 anos de idade e sua mãe casou-se outra vez. O padrasto não foi muito aceito pelos filhos, principalmente por Ada, que foi maltratada por ele. Chorando muito, contou que quando tinha 6 anos ele tentou seduzi-la. Na sua infância e adolescência, este fato sempre a perseguiu, fazendo com que continuamente estivesse prevenida contra uma possível invasão do padrasto. Até hoje tem mágoa deste homem. Somente o marido e uma cunhada sabem. Este foi o fato mais marcante que contou durante a Entrevista, pois ela relatava como se a sedução tivesse sido concretizada (nunca mais tocou neste assunto, só no último encontro, muito discretamente). Contou também que isto influenciou a sua vida sexual, pois, quando teve sua 1ª relação com o marido, chorou muito.

Em compensação gosta muito da mãe, admira-a e tem com ela um bom relacionamento, parecendo-nos haver uma ligação muito forte entre elas, facilitada também pela proximidade, pois Ada mora nos fundos da casa de sua mãe.

Com relação a sua história alimentar, Ada foi amamentada por pouco tempo, em função de um problema que teve na língua, que a impedia de mamar ou chupar chupeta. Como na infância morava com os avós, sua alimentação era inadequada, ao invés de tomar mamadeira o avô dava-lhe pão com manteiga. Sua mãe era quem cozinhava e coisas muito gostosas. Ada tinha horário para comer e nunca foi forçada a se alimentar.

Embora na infância gostasse muito de doce, na vida adulta sua preferência mudara radicalmente, preferia os salgados. Não gostava de frutas e eram poucas as verduras que ingeria. Gostava muito de massas, mas tinha gastrite e não se sentia bem ao comê-las.

Relatou que não teve problemas de saúde na infância e que sua mãe era muito preocupada com esta questão, a qualquer sinal, logo corria para os médicos, como Ada fazia com sua filha, porque não comia quase nada.

Durante sua fase escolar, falou que tinha espírito de liderança, mas sentia-se solitária na escola; e perseguida pelos professores. Largou seus estudos e todos os seus planos de trabalho para se casar.

Sobre os dados da obesidade, verificamos que Ada foi encaminhada por um clínico geral para uma dieta, por apresentar problemas de coluna.

Sua família não apresentava problemas de obesidade; Ada começou a engordar depois da gravidez. Há quase um ano atrás fez dieta para emagrecer com o medicamento INIBEX, por conta própria, mas nem chegou a terminar uma caixa porque começou, segundo suas próprias palavras, "a ficar muito nervosa".

Durante a entrevista mostrou-se com muita culpa, pedindo desculpas por tudo que falava, mas saiu dizendo-se aliviada; seu corpo tinha uma postura encolhida, escondendo sua vergonha e timidez.

1.1.2. EVOLUÇÃO DO CASO

Nos primeiros encontros, Ada tinha o comportamento de uma pessoa bastante tímida: mal olhava para as pessoas, parecia esconder o rosto com as mãos; ficava todo o tempo muito quieta.

Foi durante as vivências que apareceram mais os seus bloqueios: tinha um comportamento infantil, ria e ficava cutucando as amigas do grupo. Quando a vivência terminava, vinha nos contar o que havia observado nas outras pessoas, enquanto faziam os exercícios, mostrando mais uma vez sua dificuldade de voltar-se para o seu interior. Este comportamento resistente ocorria nas mais diversas situações que envolvessem o movimento ou o toque. Ela também relatava que não conseguia fazer o relaxamento, durante a semana, em casa, alegando falta de tempo, esquecimento, etc.

Num dos encontros, quando falávamos da respiração abdominal e colocávamos a Mão sobre o abdômen de cada uma das pessoas, para verificar a passagem do ar, não conseguimos tocá-la, pois ela dava muita risada.

Após alguns encontros seu comportamento foi mudando: olhava para as pessoas e conseguia conversar, embora somente quando solicitada. Mesmo assim, o suficiente para terminar a fala logo.

Assumia o papel de "mascote", apelido que o próprio grupo criou porque, além de ser a mais nova, apresentava comportamentos, ora de criança, ora de adulta.

1.1.3. ENCONTRO DE AVALIAÇÃO

Ada comportou-se diferentemente do habitual, falou bastante, deu conselhos, valorizou o grupo. Apresentou dados da sua vida sobre os quais nunca havia falado.

Em síntese, relatou que o grupo a ajudou bastante na questão da timidez; disse também que muita coisa mudou na sua mente, pela convivência com pessoas de várias faixas-etárias, principalmente com as mais velhas. Reconhecia que é uma criança que, muitas vezes, não consegue expressar o que sente.

Falou mais sobre a sua relação com a família. Relatou que quando era solteira sua mãe falava: "Você não vai casar nunca, porque você é burra, uma ignorante, você não sabe conversar". Ada concordava com esta opinião, embora achasse que não era verdade. Contou que a mãe e o padrasto a prendiam muito, principalmente na sua adolescência, entretanto, este comportamento parecia não ter adiantado; a primeira vez que saiu, a contragosto dos pais, conheceu seu atual marido.

Num certo momento, mostrou-se extremamente sensibilizada com o problema do filho drogadito de Sara, e começou a analisar a situação. Percebemos que ela se identificava com o caso, pois lembrava da sua adolescência e do irmão que também era revoltado. Frizava que o menino precisava de um pai que lhe desse atenção, saísse com ele, tivesse um amigo. Este comentário fez-nos perceber que ela provavelmente falava justamente do pai que desejava ter tido.

Também relatou que seu pai não dava dinheiro para o sustento dos filhos, embora o tivesse; desta forma, a mãe trabalhava na roça para sustentá-los. Como se vê, Ada teve um modelo muito negativo de homem, primeiro o próprio pai, depois o padrasto.

Com relação às suas metas, disse que gostaria de melhorar sua convivência com as pessoas, saber conversar, dialogar e ser mais meiga.

1.1.4. ROTEIRO DE AUTO - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Com relação à sua saúde, observamos que no 2º Roteiro Ada relatou que estava fazendo um tratamento odontológico. Apareceram novas queixas de problemas localizados na vista, nos cabelos, nos ouvidos, no útero e nos órgãos genitais, estes últimos possivelmente indicando inflamações que deveriam ser objeto de exames clínicos.

Continuaram as queixas de problemas no nariz, garganta, costas e estômago. Relatou que já usara medicamentos para emagrecer no passado.

Com relação à menstruação, apareceram sinais incoerentes nas respostas. Ela mencionou a percepção de desejo sexual antes da menstruação e no 2º Roteiro se referiu ao desejo sexual depois do período menstrual. Esta mudança revela talvez, falta de atenção ao responder à questão.

De "quase sempre regular" o ciclo menstrual mudou para "sempre regular". Há dúvidas se o período do ENCOR foi suficiente para trazer este tipo de mudança.

Ada relatou ter dificuldade para adormecer, e sono agitado, que não se modificou no 2º Roteiro.

Com relação aos distúrbios neurovegetativos, observamos que as queixas não mudaram de frequência, mas de qualidade, ou seja, embora elas não tivessem aumentado, desapareceram umas e apareceram outras. Desapareceram algumas queixas como: dores musculares, tontura e rinite alérgica. Apareceram as queixa de resfriados constantes, o comportamento de roer unha e a gagueira que não tinha sido notada por nós durante o trabalho. Provavelmente o que ela chame de gagueira, seja mais uma excitação nervosa.

Continuaram as queixas de reações alérgicas a picadas, azia no estômago e tremedeira.

Ada não praticava nenhuma atividade física; observamos que passou a praticar e a atribuir maior importância aos exercícios físicos, o que é muito positivo.

Ada cuidava da sua aparência e atribuía qualidades positivas a si mesma; isto não se modificou na 2ª aplicação do Roteiro.

Já com relação a uma cirurgia plástica, antes revelara o desejo de mudar o abdômen, e depois, o nariz. É importante lembrar que num outro momento do Roteiro

apareceu a queixa de sangramento do nariz, que se junta à rinite e às gripes, o que indica o comprometimento do anel ocular.

Questões ligadas ao olhar mostraram que houve uma mudança. Com relação à percepção do que as pessoas repararam nela, anteriormente deu respostas como pernas e roupas, mas depois ela disse que as pessoas reparavam no fato de ela andar com a cabeça abaixada, que é um dado mais específico, uma auto-percepção mais apurada. Essa resposta é favorável e pode mostrar que ela aprendeu, durante o ENCOR, a se observar mais.

Sobre aspectos ligados à sexualidade, apareceram duas constatações: ela se soltou mais, principalmente nas perguntas sobre orgasmo; há contradições, sinais de incoerência nas respostas (tem orgasmo, não tem orgasmo). Durante o ENCOR, ela não manifestou problemas de ordem sexual.

Sobre as questões de hábitos de relacionamento, é importante salientar que, anteriormente, ela não respondeu a nenhuma pergunta, o que se modificou depois, demonstrando, possivelmente, que agora ela esteja conseguindo falar mais sobre si.

Sobre o grau de satisfação com relação ao corpo, apareceu uma certa confusão no preenchimento do 1º, que desapareceu no 2º Roteiro; ela cita que gostaria de ter menos peso, menor comprimento do nariz, menor tamanho das mãos, do busto e da cintura.

No gráfico de sintomas, continuaram aparecendo a dor no estômago (coerente com a azia que já havia mencionado) e na coluna, portanto, não houve mudanças neste sentido.

Em termos de localização de corações, percebemos que há sinais de comprometimento no anel diafragmático, que atinge também o estômago. A suposta gagueira também pode estar relacionada a este anel, por causa do papel do diafragma que interfere no processo da respiração. Além disso, o excesso de peso, muitas vezes, leva ao deslocamento do diafragma. A dor nas costas mencionada por ela, está na mesma altura do abdômen, caracterizando a localização no anel abdominal. Embora ela não aponte nenhum problema no anel pélvico, mencionou em outros momentos do Roteiro, dores no útero e na região genital e uma certa confusão ao responder os dados sobre menstruação e orgasmo, podendo haver o comprometimento deste anel.

Finalmente, a interpretação dos Roteiros demonstrou que Ada tem sinais de incoerência decorrentes provavelmente de conflitos emocionais na área afetiva e sexual. Ela não teve dificuldades na compreensão das perguntas, mas pelas suas respostas percebemos a falta de atenção. De modo geral, mudou algumas atitudes em relação ao corpo, mas parece não tê-las posto em prática completamente.

1.1.5. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO (IDATE)

1ª APLICAÇÃO: Estado - 45 Traço - 31

2ª APLICAÇÃO: Estado - 46 Traço - 33

Estes resultados estão indicando que na primeira aplicação, Ada estava com um Estado de ansiedade considerado dentro da média, aumentando sutilmente na 2ª aplicação; ocorrendo o mesmo com o Traço de ansiedade.

1.1.6. ENCONTROS DE ACOMPANHAMENTO

Ada não compareceu a nenhum dos três encontros, embora tenha sido avisada através de recados e carta.

1.1.7. EVOLUÇÃO DO PESO

Ada começou a dieta pesando 77,400 kg. Na última avaliação do peso, verificamos que se encontrava com 69,300 kg, perdendo no total 8,100 kg., continuando na classificação de OBESA, considerando o I.M.C. 30,0.

1.1.8. SÍNTESE

Ada no começo parecia muito necessitada de orientação, mas, com o decorrer dos encontros, nunca se manifestou sobre seus problemas. Sempre a incentivávamos a participar das reuniões, faltara várias vezes.

Houve passagens na sua vida que mereceriam destaque, como a estrutura familiar, marcada por modelos negativos de homem, os quais parecem ter afetado a sua relação com as pessoas. Ada era bastante tímida e insegura. Afetaram também sua sexualidade, à medida

que relatou alguns problemas somáticos relacionados com a mesma. Relatou-nos também o trauma que ficou por ocasião da sedução do padrasto.

O bloqueio do anel diafragmático, representado pela gagueira que diz ter, a dificuldade de relaxar, e de fazer a respiração abdominal, são outros sinais que justificam a sua dificuldade no relacionamento social e o contato deficiente com o seu próprio corpo.

O grupo cumpriu a função, no seu caso, de possibilitar trocas, relações e outros modelos de comportamento. Embora ainda mostrasse uma defesa forte contra esses contatos, e contra a diminuição de sua rigidez, apresentou um certo progresso, neste sentido, que ela mesma relatou.

Durante o ENCOR conseguiu perder peso. Seu grau de ansiedade aumentou no final do programa, indicando que possivelmente seja um traço seu, ou seja, uma maneira de responder às situações.

No seu caso, concluímos que falta ainda um amadurecimento para lidar com algumas questões que o grupo mobilizou. Entretanto, a sua melhora em termos de comunicação lhe deu alicerce para poder seguir sem uma ajuda técnica, pelo menos por enquanto.

1.2.IVETE

1.2.1. HISTÓRIA DE VIDA

Ivete, 33 anos, mora em Campinas, num bairro da periferia; casada e mãe de dois filhos adolescentes: uma garota de 14 anos e um rapaz de 16 anos. Os filhos não eram do seu marido, cada um, pertencia a um parceiro. Ela não trabalha e seu marido, de 38 anos, tem a profissão de tapeceiro autônomo. Não tem religião e cursou até a 5ª série, portanto tem o 1º grau incompleto.

Ivete veio de uma família com 5 filhos, três mulheres, Ela é a penúltima filha. Conta que desde a gestação sua vida já era complicada. A mãe tinha problemas de dinheiro, por isso passou fome durante sua gravidez. Seu parto foi normal e a mãe lhe à luz sozinha, pois não teve tempo de chamar a parteira. Seu pai faleceu quando ela tinha 11 anos.

Foi amamentada até um ano. Quanto à alimentação, na sua infância, disse que quase não tinha o que comer, por isso, hoje não tem do que não goste. Quem cozinhava era a

mãe, até seus 11 anos, quando ela passou a cozinhar. Não tinha horários rígidos e nem era obrigada a comer qualquer alimento.

Atualmente, tem o hábito de comer bastante, usa a expressão: "eu adoro comer". Costuma almoçar e dormir em seguida.

Os problemas de saúde não foram poucos e por várias vezes precisou ser internada: tinha bronquite (desde a infância até 2 anos atrás), apendicite (na infância), operou de "mamilo hemorroidário"(há 2 anos atrás) , teve caroços nas nádegas que precisaram ser cauterizados. Já fez tratamento com um psiquiatra durante 6 meses.

O seu problema de saúde mais grave era cardíaco, diagnosticado como "estenose mitral", descoberto há 12 anos atrás. Por conta disso, já fez cateterismo duas vezes: em 1984 e 1992; os médicos falam que se ela emagrecer o próximo exame poderá demorar um pouco mais. Há suspeita - segundo as próprias palavras de Ivete - que uma das causas possa ter sido o fato de ter apanhado muito da mãe quando criança, não podendo chorar. Por conta desse problema, tomava dois tipos de remédios, um deles diurético.

Quanto a sua história escolar, recorda-se que era boa aluna, gostava de estudar e tinha uma "memória de computador", mas a mãe a tirou da escola porque desconfiou que estava namorando um rapaz. Lembra-se de que fazia Educação Física, mas não jogava porque nunca era escolhida, era rejeitada pelas colegas.

Na adolescência iniciou sua experiência sexual, aos 9 anos de idade, com o irmão, mantendo relações com ele até os 11. Logo que saiu da escola, sua mãe a mandou para uma fazenda para morar com a irmã casada. Começou a manter relações com o cunhado aos 12 anos. Depois de algumas confusões entre os parentes, Ivete voltou a morar com a mãe, e depois com um namorado. Chegou a se prostituir num bairro conhecido de Campinas.

Ao longo da sua vida amasiou-se com vários homens, mas sempre mantivera um sonho: casar. Quando falava sobre isso com os parceiros e eles se recusavam a fazê-lo, ela se separava. Fazia 10 anos que estava com o mesmo parceiro. Queixou-se de que ele já tentara abusar da sua filha, quando esta tinha três anos, mas a história apresentou algumas contradições.

Quanto à história de sua obesidade, verificamos que Ivete foi encaminhada por um cardiologista para a dieta, pois tinha que emagrecer para o controle de seu problema

cardíaco; além disso não podia tomar medicamento para emagrecer. Mesmo assim, já tinha feito outros regimes com fórmulas, chás, Inibex, mas não os tomava como devia, não obtendo, por isso, resultado. Ela começou a engordar depois do segundo filho. Há casos de obesidade na família: irmã e mãe que chegam a passar fome para emagrecer.

Não tem o hábito de praticar atividade física, mas as vezes caminha e brinca de bola com as crianças na rua.

Durante a entrevista observamos que Ivete era uma mulher que chamava a atenção, pelo seu tamanho, desembaraço e sinceridade ao falar. Não teve dificuldades em responder às perguntas, mas parecia se colocar no lugar de vítima. Disse, durante a Entrevista, a frase: "As coisas não começaram bem prá mim, eu sou revoltada, nunca nada que eu quis deu certo".

1.2.2. EVOLUÇÃO DO CASO

Ivete não tinha problema de comunicação no grupo, sempre foi uma das que mais falava e era justamente isto que a prejudicava, pois tentava manipular o grupo de forma a se tornar o centro das atenções. Mostrava-se muito ansiosa e com um discurso confuso; algumas vezes conversava particularmente conosco e pedia a solução para os seus problemas, que sempre estavam relacionados à família.

Ivete mostrou-se bastante comprometida do ponto de vista psicológico. Tinha um comportamento muito instável, era agressiva, com um pessimismo exacerbado e apresentava muita resistência à mudança. Distorcia a realidade, chegando a nos confundir sobre alguns fatos. Parecia ter a intenção de chocar o grupo, só contava fatos relacionados à violência. Apresentava situações de perigo, sem saída, parecendo ter a intenção de testar nossos limites. Com isso, garantia nossa atenção e, ao mesmo tempo, justificava suas limitações. A culpa dos seus problemas estava sempre fora dela: no marido, nos filhos, no problema cardíaco, no bairro, nos vizinhos. Não tinha controle sobre suas emoções e dificuldade de aceitar limites.

Outro comportamento, que apresentava no grupo era o de relatar situações já comentadas pelas mulheres, com algumas modificações, como se o caso fosse seu.

Com relação à família, Ivete mostrava uma insatisfação muito grande. Não se sentia mãe e nem tinha amor pelos filhos. Sentia-os como irmãos. Sua relação com eles era também tumultuada. Era agressiva e se descontrolava a ponto de bater neles; ao mesmo tempo, queria dar-lhes carinho, mas não conseguia.

Os filhos apresentavam problemas. A filha, por exemplo, tinha obsessão por ser modelo e, por conta disso, entrava em confronto direto com a mãe, que não tinha condições financeiras para pagar um curso; apresentava sintoma de anorexia. O filho parara de estudar e parecia revoltado; dizia que ia ser traficante; tinha começado a andar com travestis do bairro. Apesar desses problemas, ela sempre passou a imagem de que seus filhos eram muito carinhosos com ela.

Sua relação com o marido também era conturbada. Todo o tempo ela manifestava o desejo de se separar, sempre o menosprezava e passava-nos uma imagem dele como passivo na relação. Contava que ele estava a fim de se suicidar, por causa da situação financeira em que se encontraram.

Ivete reclamava muito da falta de dinheiro, mas quando surgia a possibilidade de trabalhar, logo arrumava desculpas e impedimentos, principalmente usando o seu problema cardíaco.

Reclamava também do bairro onde morava, principalmente por causa da violência. Ao mesmo tempo, parecia estar bem integrada nele, exercendo uma espécie de liderança, principalmente entre as mulheres do local.

Ivete era uma das pessoas que mais facilitava a conversa quando o assunto era sexualidade, falando abertamente sobre ele. Relatava que não tinha dificuldade de obter prazer, atingindo o orgasmo, sem problemas. Disse que o sentia nos lugares mais variados, durante o dia e sem manipulação. Sabemos que a probabilidade disso ocorrer é pequena, portanto, pareceu-nos ser mais uma das situações na qual, Ivete, confunde a realidade com sua fantasia.

Num dos encontros, Ivete disse-nos que, depois do emagrecimento, estava sentindo mais desejo sexual do que antes, por isso, tinha medo de emagrecer e não conseguir se controlar.

1.2.3. ENCONTRO DE AVALIAÇÃO

Ivete teve uma participação ativa neste encontro, só que, ao contrário das outras vezes, com uma postura diferente, estava com uma clareza de raciocínio surpreendente.

Com relação à alimentação, contou que não estava mais conseguindo comer a mesma quantidade de costume, mesmo não seguindo a dieta "à risca". Este poderia ser um sinal de que ela não estava mais precisando descarregar a sua ansiedade na comida.

Ivete confessou que das estratégias usadas com o grupo que mais funcionaram para ela foram aquelas em que se sentia repreendida. Citou, como exemplo, a vez em que nós lhe dissemos que não havia solução para os seus problemas, diante de sua constante resistência. Essa estratégia foi usada propositadamente, tendo surtido o efeito esperado, porque ela mesma, então, se conscientizou da necessidade de encontrar uma possível solução para eles.

Tem vezes que uma repreensão é uma ajuda prá gente, é uma prova, um sinaleiro, cuidado, perigo, curva (...) eu tenho reparado uma coisa também, parece assim, um ferimento, antes de ser cuidado, ele tem que ser mexido, ser sangrado, às vezes até sangrado prá colocar o remédio certo. Então, às vezes não é só assim palavra tentando encobrir, porque às vezes o que ela tá precisando mesmo é de uma pessoa prá falar umas coisa mais clara prá ela, prá curar essa, essa ferida que ela tá. Ela põe um remedinho, um mercúrio e tal, mas está machucado. Um problema que está sendo atingido é preciso de sangrar, de mexer com... Você passa um mercúrio, por fora sara logo, mas lá por dentro, a ferida tá aberta, mexeu ali, abriu as gavetas, puxou, feriu, ele sangrou, aí coloca um remédio (...) Então, mas essa palavra que você falou que me ajudou! Foi um tipo de terapia, porque quando você disse assim: não tem jeito mesmo eu sai daqui e falei assim: como não tem jeito? (...) Lembra que eu expliquei: faltava ferir, machucar.

Para nós, esse conteúdo foi muito profundo e mostrou, em palavras simples, a busca de auxílio, o caminho tortuoso para suas descobertas.

Ivete estava sentindo-se diferente, com vontade de viver e lutar. Reconheceu que, muitas vezes, tentava se esconder, fingir e mentir para si mesma:

Então aqui eu descobri que não adianta tentar ficar me enganando ou fingindo ou escondendo, porque não vai me levar a lugar nenhum. Então, se eu quero alguma coisa, eu tenho que lutar por aquilo que eu quero e por outras mais. Sempre prá melhor né (...) O que falta é mais coragem prá poder enfrentar mais, mais e mais, é

como eu tô explicando, prá melhor ir mudando. Porque eu aprendi a conviver bastante com meus problema, com a minha vida, um tipo de...de convivência mesmo. Então eu quero aprender mais, eu quero emagrecer, quero enfim...porque mesmo hoje, passando lá na médica, ela falou: "se depender dos seus órgãos, rins, figado, você vai viver uns trezentos anos. Você é super sadia, mas não adianta, se a mente está doente..." E a minha mente estava doente. Eu não posso dizer assim que está completamente curada, mas eu garanto que uns 80% já está curada. Eu pretendo continuar me esforçando.

Ela confirmou nossa suspeita de que, às vezes, se fazia de vítima para conseguir piedade. Justificou este comportamento como uma forma de conseguir uma orientação, uma direção para a sua vida.

Valorizou muito o ENCOR dizendo que ela estava servindo de referência no seu bairro, reunindo, em alguns momentos, as mulheres para contar-lhes o que havia aprendido nestes encontros.

Sua relação com as pessoas também mudara. Disse que antes queria resolver o problema de todo mundo, inclusive tomando-o como dela, mas agora estava conseguindo envolver-se menos com os problemas alheios, cuidando dos que lhe diziam respeito.

Esta frase resume a importância que atribuiu ao nosso trabalho:

Eu aprendi muito, eu aprendi bastante. Eu tomei uma vacina aqui e esta vacina está fazendo efeito no meu corpo todo e dentro da minha casa também.

Mudou sua atitude com os filhos, disse que pela primeira vez estava assumindo o papel de mãe, que antes não aceitava; estava conseguindo perceber o carinho deles e devolvê-lo, ainda que fosse com dificuldade.

Contou que, pelo seu jeito estúpido, as pessoas tinham medo dela no seu bairro, mas ela sentia um pouco de prazer com isso. Nós conversamos sobre a hipótese de ela estar usando seu peso como forma de intimidar as pessoas.

Reconheceu também que não queria mais mudar de bairro, considerando que o problema estava dentro dela mesma.

11.2.4. ROTEIRO PARA A AUTO - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Com relação à sua saúde, Ivete percebia-se muito melhor agora. Isto é confirmado por várias respostas suas. Continuava fazendo tratamento cardiológico e endocrinológico.

Com relação às suas queixas, relacionadas a problemas de saúde, pudemos perceber que mudara a sua percepção sobre algumas sensações. Além disso, das vinte e uma queixas, referia-se, apenas a 6 delas. Embora muitas, como por exemplo: estrias, unha encravada, infecção, não desaparecessem de uma hora para outra, provavelmente, não a incomodassem mais. Isto podia ter ocorrido como resultado da mudança de percepção do seu corpo. Ela também deixou de se utilizar de alguns medicamentos.

O seu ciclo menstrual permaneceu irregular (provavelmente como resultado de um distúrbio hormonal), mas os sintomas desagradáveis, oriundos do período pré e pós-menstrual desapareceram, continuando apenas a indicação de desejo sexual.

Com relação ao sono, apresentava mudanças positivas: sentia-se mais disposta e não se queixava tanto de comportamentos desagradáveis durante o sono.

As mudanças também ocorreram, positivamente, quanto aos distúrbios neurovegetativos. Dessas queixas, pudemos notar que havia indicativos da presença da couraça abdominal, uma vez que elas estavam localizadas na região do abdômen e do aparelho digestivo. É importante notar, neste item, que Ivete deixara de se queixar de ansiedade, tensão localizada e angústia.

Quanto aos itens relacionados a atividade física, pudemos observar que apareceram mudanças positivas. Ela percebia, agora, a importância da atividade física, em vários níveis.

As respostas relacionadas à opinião sobre a aparência, indicaram que sua auto-apreciação mudou positivamente; reconheceu que ainda estava gorda. O comentário numa das questões: "eu mesma cuido de mim", tem um significado importante, quando comparada a uma percepção anterior, bastante negativa de si mesma.

As respostas relacionadas aos cuidados com a estética, revelaram um aumento na diversidade de cosméticos, o que nos parece ser reflexo de uma maior auto-valorização.

Apareceu também um aumento na quantidade de adornos no corpo, que pode estar relacionado a uma necessidade de alterar sua imagem corporal.

Quanto aos aspectos relacionados à sexualidade, observamos que houve uma mudança conceitual, pois ela atribuía pouco valor, agora, atribui um valor importante a esta área. Admitiu aumento do desejo sexual.

Quando questionada a respeito do olhar do outro sobre ela, percebemos uma mudança na sua percepção deste olhar: passou da simbolização do olhar como status social para a do olhar como estímulo sexual ou auto-aprovação.

Quanto aos hábitos de relacionamento, observamos que Ivete elaborou mais suas respostas, as quais demonstravam uma maior importância dada à questão. Observamos também que não fez mais menção à áreas do corpo que ela não queria que fossem tocadas, demonstrando tendência a aceitar o contato do outro com mais naturalidade. Esta mudança também reflete maior aceitação do seu corpo.

Quanto ao gráfico de sintomas e de apreciação do próprio corpo, os desenhos indicaram um bloqueio localizado no anel peitoral e pélvico.

1.2.5. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO (IDATE)

1ª APLICAÇÃO: Estado - 53 Traço - 46

2ª APLICAÇÃO: Estado - 45 Traço - 40

Os resultados indicam que na 1ª aplicação, Ivete estava num estado de ansiedade muito alto, quase ultrapassando a média, diminuindo consideravelmente na 2ª. Já com relação ao traço de ansiedade, o resultado de 1ª aplicação indica que estava dentro da média, diminuindo na 2ª aplicação.

1.2.6. ENCONTROS DE ACOMPANHAMENTO

Ivete foi aconselhada a participar desses encontros, por demonstrar que ainda precisaríamos de um tempo para continuarmos lidando com as questões que emergiram durante o ENCOR. Durante este período, notamos que reapareceu o padrão antigo de comportamento, voltando a repetir as mesmas queixas.

Como fato positivo, contou-nos do retorno ao cardiologista, quando ficou constatado, através de exames, que sua válvula mitral voltara ao tamanho normal, melhorando seu estado de saúde.

Neste período achava que estava grávida. Falou particularmente que não sabia se era do marido ou de um homem com o qual tivera uma aventura. Passado um tempo, não tocou mais no assunto e quando lhe perguntamos sobre o mesmo, disse que ainda não tinha o resultado do exame. Mais uma vez apareceu a distorção da realidade.

Reconheceu que, depois do período de acompanhamento, tornou-se mais corajosa, sentindo-se mais mulher, mais feminina. Disse que estava percebendo que atraía mais os homens. Conseguia aceitar melhor o seu corpo: anteriormente não se trocava na frente da filha, agora isso já não acontece. Continua sem ter a fome que tinha antes.

Na última reunião de acompanhamento, estava com uma aparência bastante séria, de quem sentia muita raiva. Nas vivências que exigiam o toque, Ivete foi elogiada pela maciez das suas mãos e foi só depois disso que melhorou seu humor.

1.2.7. EVOLUÇÃO DO PESO

Ivete começou a dieta pesando 113,200 kg e no 3º acompanhamento estava pesando 99,400 kg, portanto, teve uma perda de 13,800 kg. Seu I.M.C. diminuiu para 36,5 e sua classificação passou de OBESIDADE SEVERA (ou mórbida) para OBESA.

1.2.8. SÍNTESE

Ivete tem uma história de vida marcada por situações difíceis, que refletiram de uma forma negativa na sua formação. Elas deixaram marcas no seu corpo, reveladas através das várias doenças que adquiriu em todo este período de vida, a mais grave localizada no coração, agravada pelo excesso de peso.

Lowen (1990) mostrou num dos seus estudos, justamente como os fatores emocionais influenciam as doenças cardíacas e o quanto estão relacionadas ao sofrimento por um "amor partido" e à repressão de alguns sentimentos, principalmente os de raiva e hostilidade. As pessoas, com tais problemas, criam, concretamente pela rigidez dos músculos peitorais uma proteção simbólica para o coração, com a finalidade de que ninguém o atinja,

não podendo assim, metaforicamente, machucá-las. Esta proteção, no entanto, se as resguarda, as impede não só de amar, como diminui-lhes a capacidade de sentir. É justamente este o ponto central do problema de Ivete que tinha um choro contido desde a sua infância, quando apanhava e não podia chorar e um amor do passado que não dera certo, mas que até então estava dentro dela.

Isto explica a dificuldade de amar os filhos, o marido, a sua casa, a si mesma. Entretanto, esta proteção não lhe bastou, foi preciso redobrá-la, engordando e, assim, aumentando-a.

Ficam explicados também o comprometimento dos anéis peitoral e pélvico. Embora a sua capacidade de ter orgasmo esteja preservada, ela vem desconectada da sua capacidade de amar, é como se praticasse sexo e não o vivenciasse. Coração e sexo estão desconectados.

O caráter de Ivete se caracteriza pela insegurança, descontrole das suas emoções, distorção da realidade e dificuldade de lidar com limites. Apesar de ser uma pessoa comunicativa, desembaraçada, todo o seu potencial parece que se anestesia quando esbarra na sua defesa, tão forte que não lhe permite abandonar os traços mais negativos. Quando esta tentativa ocorre, Ivete reage colocando a culpa de seus problemas fora de si, livrando-se da responsabilidade de atacá-los.

O grupo a acolheu, apesar das inúmeras vezes em que tentou mostrar que não merecia essa acolhida: seu bairro era o mais violento, sua família não prestava, ela possuía mais problemas do que os outros e nunca tinha saída para eles. O grupo conseguiu também impor-lhe alguns limites, coisa que era difícil aceitar na sua vida.

Ivete apresentou alguns progressos: sua ansiedade diminuiu, o problema cardíaco estava sob controle, assim como outras queixas ligadas a sua saúde; a percepção de si mesma aumentara; teve maior aceitação do seu corpo; aumentou sua libido e diminuiu seu peso, conseguindo emagrecer este tempo todo. Conseqüentemente, parece que houve alguma mobilização das suas defesas.

A comida para Ivete teve o papel de diminuição da sua ansiedade e preenchimento de alguns vazios: a falta de um trabalho, de um casamento sonhado, a carência de afeto. O peso, poderia não só estar simbolizando o poder, como intimidando as pessoas.

Provavelmente também cumprisse o papel de ocultar a sua sexualidade. Observamos - ela confirmou com seu depoimento - que com a diminuição do peso houve um aumento do seu desejo sexual. Com isso, aumentou também a sua ansiedade, seu descontrole, ou seja, seu padrão antigo de comportamento. Isto deve ter ocorrido, possivelmente, com o objetivo de esconder um profundo medo de seduzir, de deixar fluir a sua capacidade de amar.

Achamos significativo o fato de Ivete ter tido alguns "insights" no momento final de uma etapa do trabalho (o encontro de avaliação). Deduzimos que suas defesas "afrouxaram" em função de querer mostrar a eficácia do programa e em função de ter ficado um tempo maior longe do grupo. Apesar disso, ela continuava a emagrecer, mostrando que as mudanças internas estavam ocorrendo.

Em vista deste quadro, achamos viável que fosse encaminhada para uma psicoterapia, na qual seu caso pudesse ser tratado num tempo maior e mais profundamente.

1.3. IARA

1.3.1. HISTÓRIA DE VIDA

Iara 52 anos, casada e tem 4 filhos, dois homens e duas mulheres (3 deles casados). Mora na cidade de Hortolândia, próxima de Campinas. Ela não trabalha e seu marido, de 60 anos, é pedreiro. Pertence à religião Adventista do 7º dia, como praticante. Frequentou a escola, tendo o 1º grau incompleto.

Iara é a mais velha de uma família de três irmãs. Seus pais se separaram na sua infância e logo o pai foi preso. Não sabe se ele ainda está vivo.

Iara nasceu de parto normal, mas difícil, pois estava sentada. Acha que foi amamentada na infância e tem a lembrança vaga de uma alimentação racionada, sua mãe insinuava que passaram fome. Como a alimentação era controlada, nem sempre tinha refeição; quando tinha, mesmo que não gostasse do alimento, a mãe a obrigava a comer. Para completar a alimentação, tomava emulsão de Scott e Biotônico Fontoura. Atualmente, relata que não come muito, mas se estiver nervosa, come imediatamente.

Sobre a sua vida escolar, Iara fala com uma certa mágoa que os pais a tiraram da escola quando repetiu de ano, porque não achavam importante. O que mais a marcou, neste período escolar, foi o fato de sentir-se discriminada por ser negra. Sentia-se inibida por isso,

não gostava de que a professora a chamasse para ir à lousa; sabia responder às perguntas, mas ficava "travada", como ela diz. Atualmente, quando freqüenta a sua igreja, sente o mesmo, tenta pensar que é igual aos outros mas não adianta, sente que as pessoas a discriminam.

Com relação à saúde, relatou que há oito anos atrás, fez uma cirurgia na tireóide, pois tinha bócio; tem hipertensão há mais ou menos 4 anos. Quando emagrece, o problema melhora.

Seus hábitos de evacuação estão normais embora, às vezes, seu intestino seja preso; urina freqüentemente, primeiro porque estava com infecção, segundo porque toma um diurético, por causa da sua hipertensão.

Sobre os dados da obesidade, verificamos que Lara foi encaminhada, para a dieta, por uma endocrinologista; de tão gorda, ela não conseguia nem trabalhar em casa, só queria ficar sentada. Por recomendação da médica começou a caminhar.

Lara tem pessoas obesas na sua família - a mãe e as tias - mas não são tão gordas quanto ela. Começou a engordar, depois da gravidez do 3º filho, quando tinha 20 anos. Lembra-se de que, nesta época, não estava bem, tanto de saúde, quanto financeiramente, tendo que racionar a comida. Depois, que melhorou a sua situação, disse que começou a "se esbaldar", fazia todas as receitas que tinha vontade.

Lara já fez várias dietas, com medicamento e sem medicamento. Já chegou a perder 14 kilos, mas depois engordou tudo. Esta condição se repetia a cada regime, por isso, desanimou e parou de fazer dietas. Ela relata:

Eu tô me achando inútil, achando que vou morrer. Mas não vou morrer, ainda se fosse...

Na entrevista Lara falou de alguns traços seus, disse que não consegue expressar a raiva, quando o faz, sente-se pior. Tem dia que não quer falar com ninguém, fica só dentro de casa. Realmente, observamos uma atitude resignada e introvertida de Lara durante a entrevista, que no começo não nos olhava. Quando falava, continuamente caía uma lágrima dos seus olhos, mas não parecia que estivesse chorando.

1.3.2. EVOLUÇÃO DO CASO

Nos primeiros encontros, Iara era bastante introvertida, falava apenas quando solicitada, mas observávamos que estava sempre atenta. Na primeira vivência que tivemos, Iara chorou e foi a partir daí que começou a se soltar mais.

Com algumas reuniões já começou a apresentar melhora no seu comportamento; ela mesma dizia que antes estava esperando a morte e que não fazia nada para melhorar, por isso, nunca se preocupou com o corpo. Sentia que estava renascendo. "Se as pessoas podem ser feliz, porque eu não posso?" Além disso, relatou que desconhecia o que era obesidade, só foi aprender através das orientações da dieta.

Aos poucos foi se "abrindo" e mostrando as suas dificuldades. Iara tinha um forte complexo de inferioridade, sentindo-se rejeitada, tendo como uma das causas o fato de ser negra. Esta dificuldade apareceu em vários momentos do ENCOR. Um dia nos escreveu uma carta, da qual transcrevemos um trecho que consideramos como principal:

Saudações Prezada doutora Marina venho por meio desta lhe pedir um grande favor, será que a senhora poderia me explicar que ficou meio vago, não pude entender e acho que talvez através de sua explicação encontro o fio da meada que está perdido dentro de mim. Quando a senhora falou sobre obesos, disse também que os negros tem maior tendência a serem obesos daí a pergunta, por que?

Para Iara a explicação estava no fato de os negros sofrerem mais pressão no dia-a-dia e isso aumentara a probabilidade de eles engordarem, o que na verdade não procede.

Aproveitamos para, com sua permissão, levar o assunto ao grupo e esclarecê-lo. Junto com este conteúdo, ela dizia que estava passando este "racismo" para a filha, que não queria casar com negros, para que os netos não fossem negros. Era confusa sua percepção sobre isso. Dizia: "Eu que sou racista ou eu sou assim porque o mundo que é racista comigo?".

Esta sua não-aceitação de si, refletia-se de vários modos na sua vida e, literalmente, criou uma camisa de força para se proteger. Entrava em depressão porque não conseguia fazer amizade com os vizinhos, por se sentir rejeitada. A gordura em excesso também corroborava para esta rejeição, pois achava que as pessoas não gostavam dela por causa da gordura e porque era feia.

Tinha dificuldade em expressar seus sentimentos e quando os expressava, principalmente os de raiva, seus olhos enchiam-se de lágrima como se estivesse chorando e sua face tremia. Com o tempo, começou a enfrentar estas reações e conseguia expor um pouco mais seus sentimentos. Relatava que tinha medo de parecer uma fera se os extravasasse. Dizia, também, que carregava uma culpa muito grande e se achava culpada de tudo de errado que acontecia.

Ela apresentava um comportamento, no início, que serviu como medida das suas mudanças. Ficava, durante os encontros, segurando uma bolsa no colo, exercendo uma tensão desnecessária. Até para fazer as vivências, precisávamos pedir para deixar a bolsa de lado. Esta reação simbolizava uma atitude de defesa; com a bolsa, escondia parte do seu corpo e se protegia do contato com as pessoas. Mais ou menos na metade do trabalho, ela foi deixando a bolsa de lado, espontaneamente, ao mesmo tempo que foi confiando mais no grupo e tendo mudanças de atitude e de valores.

Sua relação com o marido era muito afetuosa, apesar de se sentir inferiorizada perante ele e carregar uma mágoa que ocorreu quando tinha 21 anos - durante uma relação sexual, seu marido se lembrou da irmã dela.

Iara mantém uma vida sexual regular com o marido, mas tinha vergonha de assumir; atingia o orgasmo, sem dificuldade.

A igreja era uma das suas principais referências. No decorrer do nosso trabalho, foi se questionando com relação a ela, as suas regras e repressões.

Com relação às vivências, Iara conseguiu, apenas depois de um tempo, praticar exercícios de relaxamento, em casa, identificando-se mais com os modelos baseados no Treinamento Autógeno. Numa das ocasiões, antes de conhecer as vivências com mentalização, nos disse que estava fazendo relaxamento pensando nas seguintes frases: "Eu vou emagrecer, eu vou emagrecer!" Isto, para nós, foi considerado como um avanço.

Durante as vivências, nas quais movimentávamos as articulações, especialmente na rotação do pescoço, Iara tinha um movimento automatizado de balançar a cabeça sem conseguir o círculo completo, parecendo ter uma tensão localizada, que não deixava o movimento fluir com naturalidade. Iara tinha dificuldade de fazer qualquer movimento lento.

1.3.3. ENCONTRO DE AVALIAÇÃO

Iara estava mais quieta do que de costume. Teve uma participação pequena no grupo. Ela reconheceu que teve uma recaída, talvez pela falta que já vinha sentindo do grupo:

Mas é que nem ela falou, talvez eu sinta muita falta né? Como é que eu vou andar sozinha, agora? Vocês eram a minha muleta (ri). (...) Ah, mas foi bom eu mudi bastante, né! Ah! Eu acho que eu não mudei muito não (...) porque a gente pensa né: o que eu vou fazer agora, entrar noutra grupinho, falar, não aprender coisa prá mim ganhar (dinheiro), mas pra mim ficar lá, me ajudando, assim, prá preencher meu vazio. Porque a gente pensa: "e agora, o que eu vou fazer né, tem que encher né, mas não assim na comida, foi aquilo que eu pensei.

Ela fez uma auto-avaliação, dizendo que mudara em vários sentidos: de não se importar mais com o que os outros pensavam dela (mas logo voltou a falar das vizinhas que a perseguiam, do marido que queria mandar nela, etc.), estava mais calma, comendo menos, continuando a caminhar, sua hipertensão estava controlada, diminuindo a frequência dos medicamentos e seu intestino estava funcionando melhor.

Seu discurso estava superficial, pulava de um assunto para outro, parecendo mais estar falando por obrigação. Talvez fosse uma reação à sensação de perda do contato com o grupo. Expressou uma dificuldade grande em aceitar a sua solidão, embora sempre falasse que gostava de ficar sozinha. Não ficou claro, para nós, se isso lhe dava prazer ou se era uma forma de se defender da dificuldade de se relacionar com as pessoas.

O grupo também reconheceu suas mudanças, perceberam que ela estava falando mais e expressando os seus sentimentos.

1.3.4. ROTEIRO PARA A AUTO - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

A primeira coisa que nos chama atenção na análise do seu Roteiro é a força que faz para escrever, revelada pela pressão do lápis quase furando o papel. Consideramos este comportamento como um sinal de tensão.

Com relação à saúde, notamos que Iara apresentou uma melhora: não está usando mais medicamento para hipertensão arterial. Considerou o ENCOR uma psicoterapia, dado que aparece no 2º Roteiro.

As queixas quanto à saúde, verificamos que algumas delas continuaram; é o caso de problema na vista (pouca visão), queda de cabelos, inchaço nas pernas e dores nos tornozelos. Não citou mais problemas relacionados aos dentes e aos joelhos. Declarou, na 2ª aplicação do Roteiro, o problema de dores na coluna ou rins (o local talvez esteja incerto) e nos pés. Pelos locais que apontou, as dores podiam estar ligadas ao excesso de peso.

Citou que, no passado, já fez uso de anticoncepcionais, diuréticos, laxantes e remédios para emagrecer.

Quanto à menstruação, não há comentários porque já passou pela menopausa.

Com relação ao sono, notamos uma diferença de duas ordens: positiva, de um lado, porque desapareceu o sono agitado; negativa, do outro, porque antes relatou que levantava bem disposta, depois que estava levantando mal disposta.

Não tem o hábito de tomar bebidas alcoólicas e nem de fumar.

Quanto aos distúrbios neurovegetativos, percebemos que houve uma mudança, principalmente ligada a sinais de ansiedade. Desapareceram as queixas de aperto sufocante no peito e tremedeira. Continuaram as queixas de aumento da ingestão alimentar, quando nervosa, e do sentir-se angustiada. Deixou de apresentar a queixa de dores musculares.

Nas questões relacionadas às atividades físicas, não apareceram mudanças significativas; apesar das dores que citou na região das pernas e pés lara continuou fazendo caminhada e considerando o exercício físico como importante.

As respostas às questões relacionadas à aparência, mostraram uma coerência entre si e não houve modificações: ela não se considerou atraente, nem bonita; não se enfeita, nem se arruma. Continuou se achando gorda, e quanto a cor da pele, chamou-nos a atenção o fato de ser negra e, no entanto, se classificar como "mulata".

Continuou manifestando o desejo de fazer uma cirurgia plástica, embora passando de uma parte específica - a diminuição dos seios - para algo mais generalizado a retirada da "banha".

Houve uma mudança com relação à percepção das pessoas sobre a sua aparência: antes ela achava que reparavam na sua gordura, agora também, só que, positivamente, pois achava que notavam que estava emagrecendo.

Quanto à sua sexualidade, mostrou uma mudança positiva: se antes considerava que a sexualidade tinha pouca importância para sua vida, passou a considerá-la de muita importância, inclusive escrevendo uma observação " faz parte da nossa vida conjugal." Ela tinha orgasmo e, com relação a esta questão, pareceu-nos ter se "aberto" mais no 2º Roteiro.

Sobre o olhar, Ivete reconheceu a sua importância - muito mais evidente no 2º Roteiro - mas continuou mostrando uma certa dificuldade em olhar as pessoas.

Quanto ao ato de chorar, percebemos que ela parece que "se trancou" mais no 2º Roteiro. Se antes chorava quando sentia necessidade, agora não chora se estiver em público (isto demonstra que ela podia não estar tendo consciência do seu choro constante, quando conversava).

Nos hábitos de relacionamento, principalmente nos que dizem respeito ao contato, percebemos uma maior abertura no 2º Roteiro, embora ainda apareçam sinais de dificuldade.

Aumentou o grau de satisfação com relação às proporções do corpo. No gráfico de sintomas, notamos uma incoerência entre as regiões das queixas e aquelas apontadas no desenho. O mesmo ocorreu com a apreciação do corpo, pois ela omitiu as insatisfações no 2º Roteiro, embora tenha revelado não estar satisfeita com a sua aparência. Esta incoerência, no entanto, não tem a ver com o seu nível de compreensão que nos pareceu ser bom.

No 1º Roteiro apareceram as queixas de insatisfação quanto ao nariz, busto, pés e quadris, estando, estas regiões, relacionadas aos anéis: oral, peitoral e pélvico.

1.3.5. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO (IDATE)

1ª APLICAÇÃO: Estado - 53 Traço - 51

2ª APLICAÇÃO: Estado - 43 Traço - 40

Os resultados indicam que, na 1ª aplicação, seu estado de ansiedade estava bastante alto, no limite médio esperado para o teste, sendo que, na 2ª aplicação, este resultado diminuiu consideravelmente, quase passando para o limite mínimo da média, o mesmo ocorrendo com o traço de ansiedade. Isto significa que a ansiedade não é uma característica constante de Iara.

1.3.6. ENCONTROS DE ACOMPANHAMENTO

O que notamos nestes encontros foi uma espécie de recaída de Iara. Por exemplo: sua bolsa voltou a ficar no colo e ela nos pareceu bastante revoltada. Numa das reuniões não quis falar, mas nos entregou uma carta com o seguinte conteúdo:

*Hortolândia. Eu acho que não tenho jeito quando estou melhorando vem algo que me atrapalha como carro sem freio começo a comer a ficar nervosa sem controle briguenta. Acho que não tenho jeito mesmo sou o complexo dos complexos se falo algo com alguém no outro dia quero fugir sou fraca e tenho medo de ser louca ou estar eu não me acho assim mas de tanto dizerem endireitamente ou diretamente estou quase acreditando estou sempre começando meu regime(grifo seu) ainda não encontrei o porque tenho vergonha dos outros me acho inferior não digo isto para obter piedade porisso escrevo ninguém me compreende eu acho. Eu acho que melhorei uns 10% por cento não quero para de andar e só o que estou conseguindo manter eu quero ser eu deixar de pensar o que os outros acham de mim eu gosto de criticar as vezes mas nem sempre quero ouvir critica e só por hoje. Iara PB Hoje não quero falar só ouvir se eu conseguir espero que sim. Sou muito amarga acho que é a vida que me fez assim. Obs: As vezes antecipo a cousa sem esperar o resultado delas. **descupe-me***

Conversamos, a sós, com Iara, a respeito desta carta e ela chorava dizendo que não viria mais ao grupo, pois algumas pessoas não gostavam dela (isto mais parecia uma necessidade de atenção). Não compareceu ao encontro posterior a este, sendo sua primeira falta.

No encontro seguinte, Iara estava diferente, tendo comportamentos que a colocavam em evidência, como levantar toda hora, fazer alguma gozação. Era algo saudável, ela estava alegre.

Sobre a avaliação deste período, relatou progressos: disse que agora consegue lembrar que não é para comer, referindo-se ao comportamento compulsivo que tinha, quando comia sem perceber que o estava fazendo. Além disso, estava se sentindo ótima e o que era mais importante para ela: perdoara ao marido (referia-se àquela atitude que tinha há muito tempo, quando o marido a chamara pelo nome da irmã, durante uma relação sexual). Disse que tirara um peso das costas. Sentia-se mais calma.

Finalmente, contou que teve um sonho, que ela mesma analisou durante a sua fala. Estavam num veículo duas Iaras: uma magra, nova e outra gorda, mais velha. A magra

tentava se esconder da gorda de quem caçoava. Ela disse que a Iara magra era a jovem a quem ela estava dando tchau, a qual, finalmente, ela estava abandonando.

Durante as vivências de contato, realizadas num dos Encontros de Apoio, apareceu mais uma vez essa sua dificuldade, entretanto, no último encontro, saiu-se bem melhor. Embora estivesse tensa, conseguiu fazer o exercício até o fim, permitindo ser tocada e tocar o outro.

1.3.7. EVOLUÇÃO DO PESO

Iara começou a dieta pesando 129,100 kg. O seu último peso foi de 117,100 kg, perdendo neste tempo 12 kg. Seu I.M.C. atual corresponde a 48,1 continuando na classificação de OBESIDADE SEVERA (ou mórbida).

1.3.8. SÍNTESE

Dois conteúdos principais emergiram, durante o trabalho, que foram fundamentais para entendermos a história de Iara: a não aceitação da sua cor e um sentimento de raiva contida.

Iara carregava uma culpa grande por ser negra, agravada por ela não a manifestar. Quando falamos que a raça negra, em relação à branca, tinha maior prevalência para a obesidade, ela entendeu que a sua cor estava associada a qualidades negativas. A partir daí começamos a compreender, por exemplo, porque ela se classificava como mulata no Roteiro e porque achava que as pessoas a rejeitavam. Depois que falamos sobre esta questão racial, Iara começou a manifestar-se mais no grupo e a apresentar mudanças positivas.

Ao mesmo tempo, Iara cultivava uma raiva interior que não conseguia colocar para fora, daí a hipertensão, o bóssio, o excesso de peso. A partir das vivências, Iara foi podendo soltar a sua raiva, que, de tão contida, não conseguia mais controlar, por isso falava chorando. Esta é uma reação às contrações musculares de uma área encouraçada, onde a energia ficou estagnada por muito tempo, e começava a ser mobilizada. Com este afrouxamento das suas defesas (couraças), as emoções que estavam nelas contidas começaram a vir à tona, como a culpa. Baker (1980) explica que por trás da culpa sempre há uma raiva escondida. Reich (1972) também relata que as contrações involuntárias da musculatura são frutos de uma excitação vegetativa.

É importante comentar o seu medo diante da expressão dos seus sentimentos, ela dizia que tinha medo de parecer uma fera. É comum este tipo de fantasia de perda de controle nas pessoas que estão altamente reprimidas, elas temem que isto as levem a uma catástrofe. Reich (1972) explica:

Não é só o colapso da blindagem de carácter que é considerado e temido como uma catástrofe; o medo de perder o autodomínio junta-se a este e faz com que o desejo e o receio simultâneo se transformem numa resistência típica (p.399).

Sua imagem corporal refletia o que estava acontecendo no seu interior: se achava feia, não se arrumava, não aceitava a sua cor, era uma imagem tão negativa que fazia de si mesma que quase a levou a desistir de viver. Além disso, sua imagem de mulher era bastante depreciativa. Ela dizia: "a mulher é a privada do homem".

A comida servia como uma forma de preencher um vazio interior e como uma maneira de autopunição; como compensação - por lhe ter faltado em vários momentos da sua vida; como forma de amenizar sua mágoa - por não se aceitar como mulher e por não se achar aceita pelo outro.

As suas mudanças foram visíveis durante e depois da intervenção. Começou a perceber as fontes de repressão na sua vida, como a Igreja, que embora continuasse freqüentando, pôde ter um consciência do lado bom e do lado ruim da instituição; suas queixas começaram, também, a diminuir, como à relacionadas à hipertensão; a comunicação, dentro do grupo, aumentou; conseguiu realizar o relaxamento fora dos encontros e começou a se entregar, um pouco mais, nas vivências; a ansiedade diminuiu. Estes fatores influenciaram na perda de peso que vinha ocorrendo.

O que surpreendia, em Iara, era a sua perseverança, ela nunca faltava às reuniões (apenas a um encontro de apoio) e sempre estava muito atenta; até quando não queria falar, arrumava uma forma de se comunicar, escrevendo, por exemplo. Isto foi uma prova da sua necessidade de se fazer ouvir.

No final, Iara apresentou uma reação que ela chamou de "recaída", não sei se entendemos desta forma, mas talvez como uma maneira de demonstrar o medo do abandono. Logo que houve essa ameaça, voltaram suas defesas. Felizmente, aos poucos, Iara foi

ganhando confiança novamente e teve uma evolução (graças às reuniões de Acompanhamento).

Como Iara mesmo sugeriu, precisava continuar participando de grupos que facilitassem seu entrosamento e de um trabalho corporal que continuasse sendo um canal de expressão das suas emoções.

1.4. LIA

1.4.1. HISTÓRIA DE VIDA

Lia, 68 anos, mora em Campinas, solteira e aposentada do ofício de costureira. É espírita. Mora sozinha, nos fundos da casa de um de seus irmãos.

Seu pai já falecera e perdera a mãe, com quem morava, há 4 meses. Tem 11 irmãos, sendo três falecidos (uma irmã era esquizofrênica). Os irmãos são todos casados, sendo 5 mulheres e 3 homens. É a mais velha de todos.

A sua gestação não apresentou problemas; o parto foi normal, realizado em casa, com um médico espírita e foi um pouco demorado.

Passou a sua infância na roça e não teve nenhum problema de desenvolvimento. Foi amamentada, por pouco tempo, porque sua mãe não tinha muito leite em todos os períodos de amamentação dos filhos. Não teve problemas com a alimentação, que, era rica em nutrientes, embora não tivessem tanta opção como na cidade (Lia fala com muito carinho da mãe, que era analfabeta, muito inibida, mas cuidadosa com os filhos).

Agora tem que evitar alguns alimentos por conta de cálculo na vesícula (o médico acha que não deve operar). Como tinha começo de osteoporose, deveria consumir derivados de leite. Não costumava jantar.

Não tinha problemas intestinais, seu intestino funcionava todos os dias; não conseguia vomitar. Quanto à micção teve por 4 anos cistite, mas os exames não detectavam infecção.

Teve outros problemas de saúde: perdeu uma vista devido a um derrame (à época, usava óculos); teve um problema de descamação nas mãos e debaixo dos braços e, por conta disso, não pode usar desodorante; tirou o útero com 39 anos, por causa de miomas; operou das amídalas, com 42 anos; tinha pressão baixa; quando sua mãe ficou doente, adquiriu uma

alergia no rosto que lhe causava descamação, e, por isso, não pode usar pintura; há 10 anos atrás, começou a sentir um barulho, acompanhado de um calor dentro da cabeça, que foi detectado como um problema relacionado à circulação periférica, e estava sob o controle de medicamentos.

Quanto à escolaridade, como Lia morou na roça durante a sua infância, só pôde frequentar a escola durante 4 meses. Mudou do sítio quando tinha 26 anos para que os "meninos" (irmãos) pudessem estudar. Não se referiu a sua adolescência.

Lia foi encaminhada para a dieta, por um clínico geral, porque, embora as taxas de glicose e colesterol estivessem baixas, o médico achou melhor prevenir com uma alimentação mais controlada; também teve esta indicação devido a problemas de coluna.

Não tem antecedentes de pessoas obesas na família. Já fez uma dieta alimentar, há 4 anos atrás, com acompanhamento médico. Começou a engordar depois que sua mãe ficou doente, pois ela não saía mais de casa porque precisava cuidar da mãe. Até os 30 anos era magra, pesava 40-42 kg, quando a mãe faleceu estava com 71 kg.

Faz loga há três anos e caminha todos os dias de manhã.

Lia é extrovertida e desembaraçada, fala bastante e dá impressão de ser uma pessoa afetuosa.

1.4.2. EVOLUÇÃO DO CASO

Lia é uma pessoa bastante espontânea. Pelo seu temperamento alegre, em muitos momentos, serviu de exemplo para as outras mulheres do grupo. Lia nunca chegava mal-humorada no grupo, não reclamava da vida, conversava com todas e era a mais afetuosa. Era otimista e ativa.

Apesar de ser a mais velha do grupo, era a mais animada. Não era nem um pouco materialista, não tinha vaidade e percebíamos que se preocupava muito com seu lado espiritual.

Tinha uma boa aceitação da sua imagem corporal, nunca atribuiu defeito ao seu corpo, posição bem diferente das demais mulheres. Não se sentia nem gorda e nem feia.

Uma atitude característica sua era a fala excessiva; em toda reunião começava a falar e perdia um pouco o limite, precisando, muitas vezes, ser interrompida. Sempre dizia que estava tudo bem e contava fatos ou lembranças de sua família.

Nós percebíamos a diferença da sua educação com a das outras mulheres. Vinha de uma família que parecia se relacionar muito bem e seus pais sempre haviam se preocupado com o bem-estar dos filhos. Entretanto, não tinham o hábito do contato físico. Lia demonstrava esta carência de contato dentro do grupo, pois, sempre que tinha oportunidade, abraçava as pessoas e beijava a coordenadora do grupo.

Durante os exercícios de interiorização (vivências) era uma das que tinha mais facilidade em vivenciá-los, talvez porque já estivesse acostumada com uma certa concentração e relaxamento na Ioga.

Por ser solteira e sem filhos, se diferenciava do grupo, mas não tinha aquela imagem de "solteirona frustrada". Lia usufruía do lado bom desta condição: viajava, passeava, deixava de fazer seus afazeres domésticos quando queria, enfim, não tinha nenhuma rigidez nos seus hábitos diários.

Lia contava que sua vida tivera uma grande mudança depois que os pais tinham morrido, porque então ela começou a sair mais e fazer as coisas que eram possíveis, nesta fase da 3ª idade; mas a sua vida era a vida da família, era ela a sua referência.

Sobre a sua sexualidade, Lia apesar de já ter sido noiva, não tinha tido nenhuma experiência sexual, era virgem e assumia este fato como natural. Numa das discussões sobre sexualidade Lia esqueceu-se de vir ao encontro, sendo que nunca faltara.

1.4.3. ENCONTRO DE AVALIAÇÃO

Lia relatou que se sentia diferente depois do ENCOR; citou que estava bem da saúde, o chiado na cabeça passara, e diminuíra o uso de medicamentos. Relatou que, apesar da idade avançada, estava satisfeita com sua vida, frisando que a sua felicidade era a felicidade da sua família.

Lia disse que desde os 10 anos ajudara a mãe a criar os filhos, talvez por isso, não tenha se casado; ela assumiu o papel de mãe.

As pessoas do grupo a viam como um exemplo de vida, uma pessoa evoluída, independente e jovem, que fazia com que as outras se sentissem mais velhas que a própria Lia.

Ela mostrou que encarava os problemas da vida como situações que nos foram dadas para nossa evolução; encarava o sofrimento como algo que faz parte da vida: "Ai de quem não tivesse a dor, não sabia o que é felicidade". Estas idéias parecem resultantes da sua prática na religião espírita.

1.4.4. ROTEIRO PARA A AUTO - AVALLIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Com relação a sua saúde, Lia declarou que estava satisfeita com ela, apesar de fazer tratamento médico reumatológico e neurológico. As queixas diminuíram consideravelmente no 2º Roteiro, demonstrando uma percepção mais positiva do corpo. Dentre outras queixas, deixou de ter dores musculares, enxaqueca, transpiração, falta de ar, cistite e cansaço. O aperto sufocante no peito continuou, assim como as sensações de angústia.

Quanto ao seu sono, Lia declarou, no 1º Roteiro, que se levantava bem disposta: já, no 2º Roteiro, queixou-se de insônia no meio da noite, lembrando-se, raramente, de seus sonhos.

Lia não tinha o hábito de ingestão alcoólica e nem de fumar.

Já fez uso, no passado, várias vezes, de estimulantes, calmantes e tranquilizantes, além de remédios para emagrecer.

Quanto às reações neurovegetativas, apareceram as seguintes queixas: ataques de riso ou choro sem motivo aparente, reações alérgicas, renite, azia no estômago, transpiração, tonturas, impressão de que há uma bola na garganta, e resfriado com freqüência.

Sobre as questões ligadas à atividade física, Lia mostrou ter consciência de sua importância, tanto que pratica Ioga há vários anos.

Quanto às respostas sobre a sua aparência, notamos que Lia tem uma boa aceitação dela, embora demonstrasse não ser nenhum pouco vaidosa. Não se achava atraente (percepção que aparece no 2º Roteiro) não usava adornos e não tinha nenhum tipo especial

de atenção com a estética. Se antes se via como tendendo para o gordo, atualmente se vê como normal, possivelmente porque já perdeu um pouco de peso.

Reforçando a auto-aceitação de sua aparência, relatou que não faria cirurgia plástica.

Quanto aos aspectos relacionados à sexualidade, Lia não atribuiu nenhum valor. As suas respostas confirmaram-nos a suposição de que não experimentara a sensação do orgasmo e não se masturbava. Também relatou que não costumava pensar em questões desta natureza.

Estas ocorrências demonstraram o bloqueio da área sexual, que pode estar relacionado a outros dados como: ficar constrangida quando a olham, nunca notar que o olhar pode transmitir alguma emoção, ter vontade de chorar, mas não conseguir, não gostar de que a toquem. A presença de várias queixas de dores e sensações negativas - relacionadas ao avanço da idade, onde diversos processos se acumularam - pode indicar uma energia bloqueada. Esta energia, talvez, nem fosse, a esta altura, tão genital. As respostas do Roteiro, estão bastante coerentes, no seguinte sentido: não disfarça seus sentimentos e deixa-nos perceber que Lia está "fechada" do começo até o fim.

Estes sinais contribuem para mostrar que a sua afetividade ficou bloqueada, empobrecendo todo o seu relacionamento.

Outro dado que relacionamos com este aspecto é o da prática de exercícios físicos. Como já dissemos, ela pratica Ioga há alguns anos mas, apesar disso, os sinais de ansiedade estão presentes, provavelmente porque ela não consiga dar vazão a sua necessidade afetiva.

Quanto ao grau de satisfação com o próprio corpo, percebemos que diminuíram as queixas de insatisfação; praticamente no 2º Roteiro só apareceu a insatisfação com o peso e com o tamanho do busto. Estas respostas continuaram confirmando a aceitação que tem do seu corpo.

No gráfico de sintomas, Lia mencionara, anteriormente, sinais de dor na garganta, no peito e no abdômen. No 2º Roteiro, continuou mencionando a dor de garganta, mas desapareceu a queixa das dores no peito e na barriga. Apareceram queixas de dores na vesícula e na coluna. Estes locais estão relacionados aos anéis: cervical, peitoral e abdominal.

No gráfico de apreciação do corpo, aparecem mudanças: Lia não se queixou mais do pescoço, seios e cintura grossa e não mencionou qualquer insatisfação, pelo contrário, escreveu uma observação: "Estou satisfeita com o meu corpo".

1.4.5. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO (IDATE)

1ª APLICAÇÃO: Estado - 49 Traço - 42

2ª APLICAÇÃO: Estado - 36 Traço - 34

Os resultados indicam que, na 1ª aplicação, Lia apresentava um estado de ansiedade dentro da média, diminuindo na 2ª aplicação. O mesmo ocorreu na avaliação do traço. Lia teve um resultado abaixo da média esperada para o inventário, em ambas as aplicações. A ansiedade não é um traço característico de Lia.

1.4.6. ENCONTROS DE ACOMPANHAMENTO

Embora Lia não precisasse vir aos Encontros de Apoio, ela escolheu participar deles. Nestes encontros, Lia se apresentou da mesma forma, sempre fazendo gentilezas.

Num desse encontros mencionou a sua insegurança por ser sozinha e morar na casa do irmão. Apareceu novamente seu lado sensível, de quem tem uma preocupação mais espiritual; contou-nos que é uma pessoa que medita, mentaliza coisas boas a toda hora.

Lia mostrou uma certa resistência à vivência apresentada num dos Encontros de Apoio (quando deveria tocar o outro), que não havia aparecido antes.

No nosso último encontro, trouxe a queixa de dores de cabeça freqüentes, mas as atribuiu à mudança dos óculos. Disse também que o grupo era muito importante para ela e que não "larga dele por nada". Engordou e atribuiu esse aumento de peso à diminuição da atividade física.

1.4.7. EVOLUÇÃO DO PESO

Lia pesava antes do nosso trabalho 65,500 kg, sendo que seu último peso, após o trabalho foi 65,600 kg, aumentando 100 g. Seu I.M.C. continua na classificação SOBREPESO. Durante o trabalho ela conseguiu perder peso, voltando a engordar depois.

1.4.8. SÍNTESE

Apesar de ter características tão diferentes das outras mulheres do grupo, o papel de Lia foi fundamental. Primeiro porque ela quebrava o padrão esperado para uma mulher de 68 anos, porque era solteira e virgem e lidava razoavelmente bem com isso. Segundo, porque em muitos momentos, era mais vitalizada que as pessoas novas do grupo. Era comum, quando as pessoas falavam que não podiam fazer mais nada na vida, nós recorrermos a troca de papéis, ou seja, pediamos para Lia se colocar na posição daquela pessoa e nos falar o que faria se tivesse aquela idade. Este recurso foi muito positivo.

Seu problema não estava relacionado diretamente ao excesso de peso, pelo menos no momento, pois já tinha estado mais gorda antes de começar o ENCOR, ou seja, no período em que a mãe morreu. Também a sua queixa não era essa, ela sempre demonstrou estar satisfeita com o seu corpo, tanto que não pareceu ter feito muito esforço para emagrecer. Praticamente seu peso se manteve, ela teve um ganho de apenas 100 g.

O problema de Lia estava relacionado com a afetividade bloqueada. Sua história sempre foi uma história dos outros, ela teve que abafar uma parte da sua afetividade para poder servir, poder assumir o papel da mãe na família.

As doenças que apareceram ao longo da sua vida, foram o produto deste bloqueio. Por algum lugar esta energia mal empregada tinha que se manifestar. Foram as doenças a resposta que o seu corpo deu para a repressão dos seus impulsos mais vitais.

A maior manifestação deste bloqueio deu-se na área sexual, basicamente na região que denominamos anel pélvico. À recusa inconsciente da sexualidade genital, o corpo reagiu. A queixa de cistite é uma das manifestações mais comuns deste bloqueio. Segundo Navarro (1987) ela é uma somatização ligada a um sentimento de culpa ou ainda a conflitos com a sexualidade genital:

Os distúrbios funcionais da micção são então desencadeados por fatores emocionais: a micção serve para esvaziar periodicamente a urina, função que pode adquirir um significado psicológico, como eliminar o "mal" (p. 59).

A retirada do útero pode ser vista como uma reação do organismo a uma energia estagnada. O útero tem um significado simbólico extremamente importante para a mulher. Não sabemos o que representou, na época, para ela, esta perda.

Lia apresentava outro sinal de que seu fluxo energético estava bloqueado: a sua impossibilidade de vomitar. Para Reich (1972) este ato é um movimento expressivo biológico, cuja função é justamente a de expulsar, convulsivamente, algum conteúdo do corpo, de uma importância fundamental para a dissolução de certos bloqueios energéticos. Sua impossibilidade é oriunda do bloqueio do diafragma que não consegue realizar este movimento.

Lia precisou do grupo para receber um tipo especial de contato, que lhe permitiu ampliar seus relacionamentos e trabalhar sua identidade feminina. O grupo serviu-lhe de continente. Lia não se enquadrava no estereótipo de velho, apresentando características de uma pessoa mais jovem, como a vivacidade, o otimismo, o dinamismo. Características, talvez, advindas do desenvolvimento da sua espiritualidade, a qual lhe permitia irradiar sensações, tão boas como às que sentíamos quando estávamos ao seu lado.

O caminho para Lia deverá estar relacionado com atividades - como a massagem e a dança - que lhe possibilitem o toque e o contato.

1.5. ANDRÉIA

1.5.1. HISTÓRIA DE VIDA

Andréia, 30 anos, mora em Nova Aparecidinha, distrito de Campinas; casada e mãe de dois filhos, um com 7 anos e outro com 5. É atendente de enfermagem, mas não exerce a profissão. Seu companheiro, de 43 anos é motorista de uma firma. Ela tem o 1º grau incompleto e estudou até a 6ª série; é da religião católica, mas não praticante.

Seus pais estavam vivos e Andréia é a filha mais velha de 8 irmãos. Na sua gestação não houve problemas e seu parto foi normal. Depois do nascimento, até um ano de idade, apresentou uma diarreia muito forte. Chegou a ser desenganada pelos médicos, mas foi curada por um farmacêutico. Foi amamentada mas acha que por pouco tempo, porque, logo que nasceu, sua mãe ficou grávida novamente.

Não teve problemas no seu desenvolvimento. Na sua infância morava na roça e se lembra que quem trabalhava era a mãe, pois seu pai bebia muito, o que não o impedia de ser muito amoroso com os seus filhos, especialmente com ela.

Quanto aos hábitos alimentares, lembrava-se que só não gostava de macarrão. Andréia adorava a comida da mãe; como, às vezes, não tinha alimentos em casa, vivia comendo na casa dos outros. Sua mãe dava dinheiro para o pai comprar comida, no sábado, e ele só voltava na segunda-feira e sem nenhum alimento.

Lembrava que com 12 anos começou a fazer um regime, pois era gordinha; colocava comida no prato e depois, escondido, jogava fora. Até que a mãe descobriu.

Quanto as funções uro-gastro-intestinais, Andréia acha que quando criança, tinha intestino preso, talvez por ter os hábitos de higiene precários, pois evacuava no mato; atualmente tem dores do lado do abdômen e fica até uma semana sem ir ao banheiro. Quanto à micção, urina bastante, desde quando teve infecção no canal urinário.

Não teve problemas sérios de saúde na infância.

Andréia gostava muito de estudar. Tirava notas boas nas matérias ligadas às humanidades. Lembra que não tinha dinheiro para comprar caderno e, por isso, às vezes, escrevia as lições na carteira escolar, para decorá-las depois. Era bastante dinâmica na escola.

Na sua adolescência ficou gostando do dono da fazenda onde morava, o patrão (de quem gosta até hoje), mas a mãe descobriu e a mandou para a casa dos avós em Minas, mas não deu certo porque um tio, 3 anos mais velho, se apaixonou por ela. Mudou-se para a casa de uma tia.

Com 17 anos foi estuprada por um colega. Andréia disse que ele colocou um lenço embebido em alguma coisa no seu nariz e a levou para um motel. Falava assim: "Você é a 22ª que eu tiro o cabacinho!"

Depois disso veio trabalhar em Campinas e foi levada para o Jardim Itatinga, a zona de prostituição da cidade, onde ficou durante 9 meses, depois voltou para a casa dos pais. Retornou à "zona" onde conheceu o marido e foi viver com ele numa vila de Campinas. Conta que nessa vila morava um homem que a conheceu na Zona e começou a fazer chantagem com eles dizendo que iria espalhar que a conhecia de lá. Eles venderam a casa e foram para Goiás.

Andréia conta que sonha até hoje com o estupro e a 1ª noite na "zona".

Sobre os dados da obesidade, Andréia relata que veio fazer a dieta espontaneamente, não foi encaminhada. Fez dieta apenas uma vez, há dois anos atrás, com medicamento (Inibex); sentia seu corpo gelado e só bebia água, perdeu 15 kilos, engordou depois.

Não tinha problema de obesidade na família, suas irmãs, ao contrário dela, comem bem pouco.

Sempre teve excesso de peso. Quando criança, chamavam-na de "gordinha". Depois que teve o 1º filho, não voltou mais ao peso de antes. Na gravidez engordou 30 kg.

Faz caminhada todos os dias.

Andréia estava muito tensa no dia da entrevista, chorou em vários momentos e disse que nunca tinha contado a ninguém que já tinha estado na "zona". Parecia sentir-se muito culpada por ter se prostituído.

1.5.2. EVOLUÇÃO DO CASO

Andréia passava por uma crise no seu casamento, por isso, nos primeiros encontros, estava bastante deprimida, pois desconfiava que seu marido a traía. Contou que tiveram uma briga durante a qual se bateram na frente dos filhos, porque ela queria saber, dele, a verdade. Apesar da negação, passados uns dias, a própria amante lhe telefonou e lhe contou a verdade.

Depois desta revelação, mudou completamente de atitude, ficando mais tranqüila. O marido largou da amante e também mudou de comportamento. No começo ela dizia que ia se separar porque, na verdade, nunca gostara dele, mas ele não queria, e as coisas foram se acomodando desta forma. Diante da possibilidade da separação, o marido ameaçara contar, para os pais de Andréia, que ela morara na "zona."

Durante este período de crise, Andréia não conseguiu fazer a dieta direito, mas começou a praticar o relaxamento, o qual a ajudou na diminuição da sua angústia e a fez sentir-se mais disposta. Depois de tudo resolvido, ela voltou à dieta.

Ela não participava, ativamente, no grupo, era mais quieta; quando tinha menos pessoas, ela falava mais.

Com relação às vivências, percebemos que, durante o relaxamento, principalmente deitada, ela relaxava parte do corpo e tensionava pernas e pés; conscientizada disso, falou que era nesta região que sentia mais tensão.

Durante os Exercícios de Auto-Conhecimento, duas respostas chamaram-nos a atenção. 1) "**Meu corpo é enorme, mas eu não me sinto gorda**"; Andréia falava mesmo que tinha uma grande agilidade, andava de bicicleta, subia em árvore, seu peso não a atrapalhava. 2) "**O que eu quero para mim é atenção, ter com quem falar**". Esta resposta mostra como devia estar sendo importante para ela ter um grupo de pessoas para poder conversar.

Num dos encontros, falamos sobre suicídio e Andréia contou que na família da mãe, todos seus irmãos tentaram se suicidar. Indagada, sobre a razão disso, Andréia achava que o motivo eram seus avós que foram muito rigorosos na educação dos filhos.

1.5.3. ENCONTRO DE AVALIAÇÃO

Andréia declarou que mudou bastante:

Ah, tô bem. Bem mesmo porque aqui me mostrou que ninguém pode fazer nada por mim, eu mesmo posso fazer por mim né. Igual eu emagrecer, ninguém vai tirar comida da minha boca eu tenho que tirar. Então me mostrou que só eu mesmo que posso fazer (...) só de tá enxergando isso já é uma grande mudança.

Disse também que sua comunicação melhorara, conversava mais com as pessoas, estava saindo mais e começara a vender roupa em casa. Apontou, também, como contribuição do ENCOR, a aquisição do controle sobre si mesma para conseguir fazer uma dieta.

1.5.4. ROTEIRO PARA A AUTO - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Andréia estava satisfeita com a sua saúde e, realmente, o Roteiro demonstrou que ela não apresentou um comprometimento neste nível. Pudemos verificar, por exemplo, que as suas queixas se resumiram em dores nas costas e intestino preso, desaparecendo no 2º Roteiro.

Andréia não apresentou nenhum problema de menstruação.

Apareceram dificuldades com relação ao sono, que não se modificaram no 2º Roteiro, como insônia no meio da noite e dificuldade para adormecer. Pareceu lidar bem com seus sonhos, pois se lembrava deles e os usava para o auto-conhecimento. Estas características são importantes, à medida que o sonho representa mais um canal de vasão de nossa energia psíquica.

Não tomava bebidas alcoólicas e nem fumava. Estes aspectos não se modificaram no 2º Roteiro.

Andréia fez uso de pílulas anticoncepcionais e remédios para emagrecer; com relação a drogas, se "abriu" mais no 2º Roteiro, relatando que já experimentara, no passado, maconha e cocaína (a única do grupo).

Com relação aos distúrbios neurovegetativos, observamos que houve uma modificação de algumas queixas. Desapareceram no 2º Roteiro: Dores de cabeça, dormência nos pés, ver manchas pretas ao levantar, sentir falta de ar, quando nervosa; continuaram as queixas de corar com facilidade, azia no estômago e diarreia. Apareceram algumas queixas novas como: comer mais quando fica nervosa; prisão de ventre e a impressão de ter uma bola na garganta. Ela citou várias queixas ligadas ao aparelho digestivo, denotando um certo desequilíbrio e reações de ansiedade e angústia.

Atribuiu grande importância à atividade física, aumentando ainda mais o seu valor no 2º Roteiro. Isto também se confirma quando verificamos que ela começou a praticar outros tipos de atividade física.

Sobre a aparência, notamos que ela tem uma boa aceitação do seu corpo, a qual não se modificou no 2º Roteiro. Revelou ter uma certa preocupação com sua estética, tendo determinados cuidados e realçando seus traços. Somente com relação à cor, apareceu uma ligeira modificação: anteriormente ela se qualificara como branca e depois como morena, talvez como fruto das nossas discussões sobre condição racial.

Ela manifestou o desejo de fazer uma cirurgia plástica nos seios; no 2º Roteiro, alterou para o abdômen, mostrando uma mudança na percepção de seu corpo.

Ela demonstrou uma certa confusão quando respondeu sobre seu estado civil, primeiramente escreveu que era casada e depois apagou e escreveu que não era (apesar de conviver com um companheiro há 11 anos). Já no 2º Roteiro ela respondeu que não era

casada. Tal atitude revela que talvez ela não se considere casada, pois não o é judicialmente. Também, pode ter sido fruto da crise pela qual passou durante o ENCOR, no casamento, e que quase a levou à separação.

Com relação aos aspectos ligados à sexualidade, observamos que apesar de não ter tido uma boa experiência inicial e ter passado por vários parceiros, isto parece que não comprometeu a sua vivência sexual, no sentido de que mantém relações freqüentes e tem orgasmo, sem dificuldade. Entretanto, cita durante o trabalho, um vazio muito grande após as relações sexuais, a ponto de chorar.

Quanto ao olhar, pudemos perceber que ela tinha uma certa dificuldade de encarar as pessoas, que não se modificou no 2º Roteiro, no entanto, reconheceu seu grau de importância. Mostrou-se mais frágil no 2º Roteiro, respondendo às questões com afirmativas mais ligadas ao seu íntimo. Se antes achava que as mulheres, quando a olhavam, observavam a sua gordura, na 2ª aplicação do Roteiro declarou que quando a olhavam se sentia envergonhada. Não tinha dificuldade de expressar suas emoções através do choro.

Quanto aos hábitos de relacionamento, se expôs mais no 2º Roteiro, e mostrou algumas resistências ao toque na intimidade.

Sobre o grau de satisfação com as proporções do corpo, demonstrou insatisfação com relação a algumas partes, que se modificaram muito pouco no 2º Roteiro.

Com relação ao grau de satisfação do próprio corpo, não aparece grandes modificações, apresentando dores nas costas e pernas, desaparecendo as dores de cabeça. Suas queixas relacionaram-se com os anéis ocular, diafragmático e pélvico. Sobre sua apreciação, da mesma forma, não ocorreram modificações, continuaram as insatisfações com o tamanho dos seios, abdômen e quadris.

1.5.5. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO IDATE

1ª APLICAÇÃO: Estado - 59 Traço - 49

2ª APLICAÇÃO: Estado - 44 Traço - 37

Na 1ª aplicação o estado de ansiedade de Andréia estava bastante alto, considerado acima da média esperada. Na 2ª aplicação, tanto o Estado, quanto o Traço, se alteraram positivamente, diminuindo e se mantendo então na média.

1.5.6. ENCONTROS DE ACOMPANHAMENTO

Embora Andréia tenha declarado que, de uma maneira geral, estava muito bem, saiu um pouco da dieta, porque tinha tido muita vontade de comer doce, ainda mais que seu marido costumava comprá-los em grande quantidade. O mesmo ocorreu com as atividades físicas, com as quais ela também havia parado. Ela só retomou a dieta quando começou a ver o aumento do peso na balança. Apesar disso, sua aparência era boa durante este período, parecia que estava se cuidando mais.

No último encontro, contou sobre a morte da sua avó, ataque cardíaco, que se deu, justamente, no dia em que ela foi visitar os parentes em Goiás (a avó morava com seus pais). Ela se surpreendeu porque não conseguiu chorar. Nós comentamos que, às vezes, nossas emoções ficam contidas e podem aparecer num outro momento, ou ainda se manifestarem de outra forma.

1.5.7. EVOLUÇÃO DO PESO

Andréia começou a dieta pesando 81,500 kg, sendo que o último peso avaliado foi de 72,900 kg, tendo uma perda de 8,100 kg. Seu I.M.C. alterou-se para 30,3 continuando na classificação de OBESA. Ela havia perdido mais peso anteriormente.

1.5.8. SÍNTESE

Andréia teve uma história de vida que lhe deixara algumas cicatrizes, principalmente porque fatos significativos aconteceram numa fase tão importante: a sua adolescência.

Com 12 anos sai de casa, à contra-gosto, mora um pouco em cada lugar. Com 17 anos é estuprada, depois se prostitui. Estes fatos foram tão marcantes que sonha com eles até agora, o que significa que ainda têm um peso grande para Andréia.

Teve um modelo de homem bastante negativo, seu pai era ausente, quem dominava a família era a mãe. A figura era composta por sentimentos contraditórios: quando alcoolizado a abandonava, quando não, dava-lhe carinho.

Andréia foi uma pessoa que teve uma experiência rica de vida, mas não estava preparada para ela. Continuou sendo a mesma menina ingênua que saiu da fazenda, que carregava uma culpa muito grande por ter se prostituído no passado.

A sua história se manifestava no corpo de várias formas. A culpa e a repressão que sofreu estão localizados no anel pélvico: intestino preso, infecção no canal da urina, tensão nas pernas e pés, resistência ao toque e sensação de vazio nas relações sexuais. O anel abdominal também estava comprometido, pela indicação de dores nas costas.

Quanto ao seu excesso de peso, parece que a comida teve para ela um significado de diminuir a sua ansiedade, por exemplo, as dificuldades na dieta apareciam nos momentos em que se sentia mais ansiosa, como durante a crise que atravessava no casamento; também se relaciona com um distúrbio da imagem corporal: quando criança já não aceitava sua imagem corporal, e, com 12 anos, fazia regime escondido. Apesar disso, hoje ela a valoriza, se arrumando, se pintando, etc.

O grupo teve para ela o papel de continente, um interlocutor. Embora ela não tivesse tido um destaque no grupo, quase não faltou aos encontros e quando falava trazia sempre um progresso que estava ocorrendo interiormente. Reservada, nunca falou para o grupo sobre o seu passado.

Andréia, apesar de ser uma morena com traços muito bonitos, transmitia uma tristeza permanente. As vezes lhe perguntávamos se estava tudo bem, ela respondia honestamente que sim, embora não parecesse.

Seus progressos foram em vários sentidos: ela começou a trabalhar, ainda que em casa, caminhar, fazer relaxamento e emagrecer, o que mostra que o trabalho teve um reflexo positivo.

Provavelmente, Andréia esteja mais preservada do ponto de vista da saúde. Ela não tem tantas queixas corporais, ou a nível de aparência, e nem se refere a dores profundas como as outras. O que ela apresenta é um sofrimento interno, existencial.

Ela foi estimulada a continuar emagrecendo e se cuidando, e a rever seu plano de vida; um trabalho seria importante, pois se sentiria mais útil e ampliaria suas amizades. Ela mostrou que tem estrutura para aproveitar as energias que ainda estão preservadas.

1.6. NORMA

1.6.1. HISTÓRIA DE VIDA

Norma, 35 anos, mora num bairro de Campinas; casada, tem dois filhos, um de 11 anos e outro de 3; teve um filho que faleceu com 3 dias. Seu marido tem 40 anos e é gesseiro. Ela não trabalha e é da religião católica, praticante. Coursou até a 5ª série do 1º grau.

Seus pais estão vivos e ela é a 2ª filha de uma família de 7 irmãos, 4 mulheres e 3 homens. Não só na sua gravidez, como na dos outros irmãos, a mãe passava muito mal, ficando os nove meses na cama. Ficava anêmica porque amamentava todos os filhos. Ela mesma foi amamentada até os 5 anos de idade. Seu parto foi normal.

Não teve problemas de desenvolvimento na infância; no que diz respeito à alimentação, quase não comia nada, só mistura; era bem magrinha; começou a ter uma alimentação normal, depois dos 10-12 anos (o seu filho tem este mesmo comportamento). Não tinha horário rígido e nem era obrigada a comer. Não tinha restrição quanto a nenhum alimento.

Não tinha uma relação boa com os pais, sentia-se renegada e reclamava que a maltratavam. Os meus pais sempre pisaram em mim.. Desde os 9 anos teve que trabalhar, tendo inclusive que comprar sua própria comida - não era o que ocorria com os outros irmãos que tinham de tudo. Os pais eram muito críticos em relação ao seu comportamento, principalmente o pai que achava que porque fumava era maconheira; gostava de beber, dançar e o pai falava que ela não prestava. Ele gostava de bater nos filhos, mas ela nunca permitiu que batesse nela. Norma reagia fazendo o contrário do que o pai queria.

Ela chegou a pensar que não era filha deles. O pai era autoritário e a mãe muito submissa, "não tinha boca para nada", por mais que Norma a defendesse, acabava dando razão para o pai.

Quando Norma se casou, não quis que o pai entrasse com ela na igreja; entrou com um de seus irmãos. Depois que casou, os pais mudaram completamente o tratamento com ela. Hoje tem, com eles, uma relação amigável.

Quanto às funções uro-gastro-intestinais, Norma relata que tinha o intestino preso, melhorou depois que começou a fazer a dieta. Antes tomava quase toda semana o laxante Lactopurga. Não tem problemas relacionados ao aparelho urinário.

Quanto a sua vida escolar, Norma diz que gostava de estudar, só não continuou por falta de condições financeiras. Não teve problemas na escola.

Sobre os dados da obesidade, relata que veio fazer a dieta espontaneamente. Ela começou a engordar, depois que teve o primeiro filho.

Já havia feito várias dietas: a primeira vez, foi em 1984, com medicamento; emagreceu 17 kilos, desistiu porque o tratamento estava ficando muito caro. Só voltou a engordar porque ficou grávida de novo. Depois que nasceu o filho, fez regime com um médico de Bragança Paulista e emagreceu novamente. Tomava Diazepan, mas na manutenção do peso voltou a engordar devido a sua ansiedade. Ficou um ano sem remédio. Neste período, seu marido começou a apresentar sintomas de hipocondria.

Havia casos de obesidade na família de Norma: seu pai, embora não seja obeso, tem muita barriga; sua mãe engordou depois que operou a úlcera; a irmã pesa mais de 100 kg. Tanto o pai, quanto a irmã, apresentam sintomas de bulimia.

Com relação à atividade física, acompanhava ginástica pela televisão.

1.6.2. EVOLUÇÃO DO CASO

Norma nos encontros iniciais não era bem aceita pelas outras mulheres do grupo, porque não a consideravam gorda; ela estava com apenas 4 kg. fora de seu peso ideal. Elas se sentiam agredidas por isso, mas, com o tempo, foram aceitando-na e entendendo porque queria pertencer ao grupo. O motivo que a levou a participar do ENCOR foi o fato de se sentir obesa e ser uma pessoa muito ansiosa (embora não o demonstrasse); queixava-se que antes da dieta, comia o dia inteiro, tinha dificuldade para chorar e era muito grosseira. Em casa, era exigente com os filhos e o marido e tinha o hábito exagerado de limpeza; por isso, ninguém ficava à vontade.

Norma demonstrava, no início, sua inquietude por não entender porque era tão ansiosa; era feliz no casamento, e não lhe faltava nada. Perguntava-nos se a causa não estaria no passado.

Uma das coisas que a deixava muito nervosa, eram os sintomas hipocondríacos do marido. No entanto, a tratava muito bem, era extremamente atencioso, nunca falou sobre a sua gordura e tinham uma relação muito boa. Norma era quem dominava a relação, dizia que a única coisa que ele administrava era o dinheiro, porque era muito mais econômico do que ela.

O contrário acontecia na relação de seus pais. Dizia que nunca havia visto uma pessoa tão submissa como a sua mãe, seu pai teve amante, por exemplo, ela sabia e não tomou nenhuma atitude. Hoje ela é totalmente apática. Norma achava que o pai queria que ela fosse como a mãe. Comentou que não sabia como tiveram sete filhos, pois eles dormiam em quartos separados.

À partir do momento em que introduzimos o relaxamento no programa, ela imediatamente incorporou-o no seu dia-a-dia e, daí em diante, começou melhorar cada vez mais. Dizia que preferia a técnica de Jacobson. No primeiro dia desta técnica foi a única que dormiu. Num dos últimos encontros, relatou que a tensão que sentia no seu maxilar havia passado depois que começou a praticar o relaxamento.

Na metade do trabalho, Norma já percebia uma mudança grande no seu comportamento, principalmente porque estava se sentindo bem mais calma. Falava que estava adorando o trabalho.

1.6.3. ENCONTRO DE AVALIAÇÃO

Para Norma o ENCOR valeu a pena. Sentiu uma mudança na sua relação com o marido e reconheceu que isto afetou positivamente o problema dele, pois suas queixas sobre doenças desapareceram. Mais uma vez atribuiu o problema do marido ao jeito rígido como o tratava, a ele e aos filhos. Estabeleceu como meta melhorar cada vez mais sua relação com a família.

1.6.4. ROTEIRO PARA A AUTO - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Norma mudou a percepção da sua saúde positivamente no 2º Roteiro e não apresentou mais as queixas de alergia nas mãos, dores nas costas e intestino preso, o que mostra que realmente a sua saúde parece estar sendo preservada.

Embora seu ciclo menstrual fosse normal, observamos, no 2º Roteiro, que ela se queixas de sensações antes do período menstrual, talvez devido a uma maior abertura interna para percebê-las.

Com relação ao sono, desapareceram, no 2º Roteiro, as queixas de insônia no meio da noite e a dificuldade de adormecer. Quanto aos sonhos houve uma mudança de intensidade, se antes ela se lembrava, de vez em quando, dos sonhos, atualmente se lembra deles com frequência. Isto é positivo, pois ela está podendo dar vazão aos conteúdos internos através deste canal.

Norma não fazia uso de bebidas alcoólicas e nem de cigarro, não tendo alterado seu comportamento, no 2º Roteiro.

Já fez uso no passado de vários medicamentos: anticoncepcionais, calmantes, vitaminas, diuréticos, laxantes, remédios para emagrecer e estimulantes do apetite, o que indica que teve problemas relacionados ao peso.

Com relação aos distúrbios neurovegetativos, observamos que desapareceram, no 2º Roteiro, as queixas quanto à transpiração, a comer mais quando nervosa e à prisão de ventre; também desapareceram a tensão e a insensibilidade da pele. Estas mudanças são positivas e demonstram um resgate de seu equilíbrio bio-psíquico.

Sobre a atividade física, percebemos que ela praticava exercícios reconhecendo essa prática como de fundamental importância; este item não apresentou mudanças no 2º Roteiro.

Quanto à sua aparência, percebemos que ela se via positivamente, e se reconheceu, no 2º Roteiro, como magra. Era bastante vaidosa, tendo cuidado com a estética e realçando seus traços através de cosméticos e adornos.

Houve uma mudança quando questionada sobre a possibilidade de fazer uma cirurgia plástica, ela respondeu anteriormente que faria uma, e no 2º Roteiro, que não faria. Isto pode ser um bom sinal de aceitação da sua imagem corporal.

Com relação à sexualidade, mudou sua opinião sobre o comportamento homossexual, antes o considerava doentio, e, no 2º Roteiro, passou a considerá-lo normal, revelando, tal atitude, que ela pôde lidar com um preconceito já estabelecido.

Percebemos também que a sexualidade ocupava um lugar de importância na sua vida; tinha uma vida sexual ativa sem problemas com relação ao orgasmo.

Com relação ao olhar, notamos que ela não se incomodava com a observação dos outros, embora tivesse dificuldades de olhar para as pessoas, percepção que se modificou, positivamente, no 2º Roteiro. Aumentou o grau de importância atribuída ao olhar no 2º Roteiro e notamos uma maior abertura interior, mais sensibilidade. Por exemplo: antes ela não gostava que a vissem quando estava com creme no rosto, depois modificou a resposta para "não gosto que me vejam quando estou chorando".

Norma mostrou dificuldade em expressar suas emoções através do choro, o que pode revelar uma certa contenção das emoções.

Quanto aos hábitos de relacionamento, notamos que ela não apresentou nenhum problema, principalmente no que diz respeito ao toque.

Já sobre o grau de satisfação com o corpo, ela apontou, no desenho, algumas áreas em que tem insatisfação, ocorrendo uma mudança positiva, no 2º Roteiro, na qual não apontou nenhuma área.

O mesmo ocorreu com relação ao gráfico de sintomas e apreciação do próprio corpo, no qual, antes apontou dores na região das costas e insatisfação com a região abdominal; atualmente todas estas queixas desapareceram.

1.6.5. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)

1ª APLICAÇÃO: Estado - 49 Traço - 40

2ª APLICAÇÃO: Estado - 38 Traço - 31

Pudemos observar que, na 1ª aplicação, Norma estava com um grau elevado de ansiedade, embora dentro da média; diminuiu este grau na 2ª aplicação, ficando abaixo da média, tanto com relação ao Traço, como com relação ao Estado.

1.6.6. ENCONTROS DE ACOMPANHAMENTO

Num dos encontros, Norma relatou que engordou neste período. Atribuiu o fato à preocupação com o pai que estava com problemas de saúde. O mais importante foi que Norma reconheceu a relação entre os fatos, isto foi um avanço.

Falando mais da sua história, Norma achava que quando as pessoas se casavam, não namoravam mais. Seu marido lhe fazia carinho e ela o rejeitava, inclusive sendo estúpida com ele; hoje acredita que estava enganada e mudou, está conseguindo trocar carícias com o marido.

Nos questionou se o homem ficava com mais desejo sexual depois dos 40 anos, pois era o que estava acontecendo com seu marido. Respondemos que isso variava de homem para homem, no seu caso, poderia estar havendo uma reação positiva do marido às suas mudanças. Ela acrescentou que estava com mais desejo sexual também e que antes fazia "igual a um galo", porque achava que era natural agir dessa forma. No decorrer do ENCOR esta atitude mudou, pois ela acha que está mais carinhosa.

Num dos encontros revelou o desejo de fazer laqueadura, provavelmente como resultado da elaboração que estava havendo de sua sexualidade.

Quanto à questão do peso, não se conformava de ter engordado, pois além de ter retomado a dieta começara a fazer caminhada. Entretanto, disse que mudara sua percepção com respeito a esta questão. Reconheceu que, quando começou nosso trabalho, tinha uma preocupação excessiva com o peso, e que agora já o aceitava mais.

1.6.7. EVOLUÇÃO DO PESO

Norma pesava, no início do trabalho, 66,700 kg. O último peso avaliado foi de 68,800 kg, tendo um ganho de 2,100 kg. Seu I.M.C. passou para 26,2 continuando na classificação de SOBREPESO. Seu peso oscilou durante o trabalho, engordando e emagrecendo.

1.6.8. SÍNTESE

A análise da relação de Norma com os pais é de fundamental importância para o entendimento do seu caso, por isso iniciaremos esta síntese por este caminho.

Norma teve um modelo familiar caracterizado por uma mãe submissa e um pai autoritário. A mãe foi totalmente "castrada" pelo pai, reagiu a isso, retardando o desmame dos filhos (Norma mamou até os 5 anos de idade) desenvolveu uma úlcera, ficou anêmica e tornou-se uma mulher totalmente omissa. O pai, por sua vez, tinha sintomas de bulimia (um dos distúrbios alimentares que mais se relacionava com a imagem corporal).

Norma sofreu uma rejeição dos pais na sua infância, mas ao invés de submeter-se, rebelou-se (como por exemplo, não ter entrado com o pai na igreja quando foi se casar) reagiu contra o pai, endurecendo, e esta reação refletiu-se nas suas relações afetivas, impedindo a entrega.

Analisando a própria família atual, observamos algumas relações com a família de origem. Norma, ao contrário da mãe, desenvolveu uma reação de dominância, de rigidez na relação com o marido e os filhos; ela reage exatamente da forma como reagia com seus pais. Sua rigidez aparece na frieza, na dificuldade de chorar, na estupidez. Ela não aceitava carinho, tinha a percepção de que as pessoas casadas não namoravam mais. O modelo que ela recebeu dos pais foi justamente este, eles nem dormiam juntos, ela dizia. O marido reage a isso com sintomas de ansiedade (está com problemas nas cordas vocais por falar muito alto) e hipocondríacos, que desaparecem com as mudanças de Norma.

A questão alimentar sempre foi uma preocupação para Norma. No começo da sua adolescência, já tinha que cuidar da sua alimentação. Esta falta do alimento também simboliza a falta de nutrição de amor, de proteção, que Norma não recebeu. A comida pode ter sido associada à situação de rejeição dos pais.

Norma passa por dois momentos: o primeiro, quando seu corpo era bem magro, porque não se alimentava bem. O segundo, já adulta, quando começa a engordar. Observamos que sempre ela teve uma preocupação excessiva com o corpo. Histórias de várias dietas, e a intenção de entrar no grupo para manter o peso, parecem esconder um grande medo de engordar. O trabalho mostrou o quanto a sua percepção distorcida do corpo estava resultando numa não aceitação do mesmo.

No seu corpo também apareciam outros sinais da repressão e do endurecimento: o intestino preso, a tensão no maxilar e a alergia e o nosso trabalho começou a surtir efeito quando lidamos com este endurecimento corporal. Ao iniciar a prática do relaxamento, os efeitos foram aparecendo. Norma teve uma evolução sob vários aspectos: uma abertura interna a ponto de sensibilizar-se mais; mudança a nível de valores; diminuição da ansiedade; estava conseguindo dar e receber carícias; melhorou o sono e se lembrava dos sonhos (abria mais um canal interno). E, principalmente, muda sua imagem corporal: se vê como magra, sentindo-se satisfeita como é.

O desejo de fazer uma laqueadura mas, ao mesmo tempo, ter medo de engordar, apareceu, provavelmente, como resposta as mudanças que poderiam estar ocorrendo, principalmente com relação à sua sexualidade. O conflito surgiu porque atribuía maior importância à questão do peso do que a sua liberdade sexual. De qualquer forma, esta reação é positiva, pois demonstra que está havendo uma necessidade de mudar e reflete sua capacidade de expansão.

Quando relata que a sua meta é se "abrir" mais para a família, entendemos que isto significa mobilizar a capacidade de entregar-se mais, que é justamente o contrário do endurecimento.

Norma teve o papel de manter o equilíbrio do grupo. E para ela, o grupo pode ter tido a função de assegurar que ela era mais "normal" do que pensava, além de auxiliá-la no aumento da sua auto-confiança. Representou para ela um reassuramento da auto-estima.

1.7. NILVA

1.7.1. HISTÓRIA DE VIDA

Nilva 34 anos, mora em Sumaré, próximo a Campinas, casada, tem 3 filhos: um rapaz de 18 anos, uma garota de 17 e um garoto de 15 anos. Comerciante, dona de uma sorveteria, juntamente com o marido, de 36 anos. É Evangélica. Coursou até a 4ª série do 1º grau.

A mãe de Nilva teve 4 filhos, (1 faleceu) sendo ela a mais velha. Ela se casou com 12 anos, por vontade da avó, mas o casamento não durou nem 1 ano. Com 14 anos juntou-se com outro homem do qual ficou grávida de Nilva. Conta que a gravidez da mãe não deve ter

sido tranqüila, seu pai era casado, tinha outra família e a avó era muito brava. Seu parto foi normal, mas a mãe sofreu bastante.

Logo que nasceu, foi morar com a avó. Até os 5 anos Nilva teve contato com a mãe. Depois, mudou-se com a avó para o Mato Grosso e a mãe foi para o Paraná. Foi vê-la só depois dos 28 anos em São Paulo, onde mora com duas filhas e o marido. Considera como sua mãe, a avó.

Não teve problemas de desenvolvimento. Quanto à alimentação, Nilva não foi amamentada porque foi separada da mãe logo que nasceu.

Tinha dificuldades com alguns alimentos na infância, recordando-se de que quando a avó a forçara a comer pele de frango, ela acabou vomitando e até hoje não come esse alimento.

Sobre as funções uro-gastro-intestinais, quando criança tinha problema de prisão de ventre, atualmente tem o intestino normal. Não tinha problemas de micção.

Com relação à escolaridade, gostava muito de estudar, era dinâmica e brincava bastante na escola. Quando perguntamos se lembrava de alguma professora, ela tirou uma foto da carteira e mostrou, disse que era uma pessoa muito dedicada, a quem ela se apegara.

Parou de estudar para casar. Na época ela namorava escondido porque a avó não queria o namoro, mas com 15 anos ela ficou grávida, foi um escândalo para a época.

Sobre os dados relativos à obesidade, Nilva veio espontaneamente para a dieta. Já tinha feito vários regimes com medicamentos do tipo "faixa-preta", mas não tinha passado bem. Parou porque assistiu a programas de televisão que alertavam para o perigo de se tomar tais medicamentos.

Há mais ou menos 13 anos começou a engordar, depois de ter o último filho. Não havia pessoas obesas na sua família.

1.7.2. EVOLUÇÃO DO CASO

Nilva era uma pessoa muito simpática, extrovertida e extremamente esforçada. Ela contava que antigamente a família era pobre, ela administrava o dinheiro da casa e com o tempo começou a fazer sorvete. Depois abriu uma sorveteria, comprou casa, terrenos,

telefones e ficou tão bem que puderam assumir seu próprio negócio. No entanto, é uma pessoa muito simples.

Embora tivesse uma relação muito boa com os filhos, queixava-se principalmente do relacionamento com o marido. Por volta do 4º encontro, Nilva nos disse, particularmente, que ele já a havia traído e que sua vida sexual não era boa, pois ela não tinha prazer e, quando o solicitava ao marido, chegou a ouvir dele que quem quer prazer na cama é "puta". Uma época eles tentaram fazer uma orientação sexual, mas mesmo assim não adiantou. Um dia desses, Nilva o flagrou marcando um encontro com uma mulher, por telefone, e lhe pediu para sair de casa; estava decidida a se separar.

Depois desse episódio, Nilva foi ficando mais quieta do que de costume e sempre vinha à tona o assunto da sua relação. O marido voltou para casa, com a promessa de mudar seu comportamento, mas ela não conseguiu superar o que tinha acontecido. Quando mantinha relações com ele, ficava imaginando que estava com o pensamento em outras mulheres.

Embora achasse que já tinha conseguido tudo na vida, sua maior frustração era a de não ter conseguido manter um bom relacionamento no seu casamento. Pensava em separar-se, mas o impecilho era a partilha dos bens que tinham adquirido.

Era uma pessoa muito sensata, decidida, mas quando se tratava de questão emocional, sua fragilidade aparecia. Queixava-se de sentir-se tensa, ansiosa, sem ter um motivo aparente.

Durante as vivências, Nilva apresentava um pouco de dificuldade de concentração e nunca conseguiu praticar o relaxamento em casa.

1.7.3. ENCONTRO DE AVALIAÇÃO

Nilva disse que gostou muito de ter participado do grupo e sentia que tinha mudado bastante. No seu trabalho, ficava lembrando de cada uma das mulheres do grupo e de tudo que vinha aprendendo. Achava, no entanto, que não estava preparada para "andar sozinha" e gostaria de que os encontros não terminassem.

Mudou seu relacionamento com o marido, já conseguia enfrentá-lo, verbalmente, sem medo, e o mais importante, estava " Descarregando" as coisas, ao invés de guardá-las.

Contou que o marido cobrava, dela, que fosse mais feminina. Dizia que ela era muito machista.

O grupo comentou que ela passava a imagem de uma pessoa bem realista, que sabia o que queria e que serviu de exemplo pelo fato de ter começado do zero e ter conseguido vencer.

1.7.4. ROTEIRO DE AUTO - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Apesar de ocorrer uma ligeira melhora na sua percepção quanto à saúde, percebemos problemas nesta área, através de suas queixas. Desapareceram algumas queixas como as dores nas costas e joelho, possivelmente pela perda do peso. Entretanto, quando recorremos à análise dos distúrbios neurovegetativos, observamos que aumentaram as queixas no 2º Roteiro (de 7 para 13 quisitos), demonstrando problemas de saúde não diagnosticados, que estão encobertos, ligados a problemas circulatórios e respiratórios; foi observado também tremores leves na escrita e pelo conjunto de sinais, existe algum desequilíbrio no sistema nervoso autônomo que predispõe para um processo de pressão arterial.

Com relação à menstruação, observamos a presença de várias queixas ligadas não só ao período pré-menstrual como durante e após a menstruação. Além disso, apresentou um ciclo menstrual irregular. Estas queixas não se modificaram no 2º Roteiro. Embora elas sejam consideradas normais, dentro do história de vida dessa mulher, poderíamos inferir que ela está somatizando as tensões psicológicas através deste canal.

Quanto ao sono, observamos que ela apresentou uma ligeira mudança, desaparecendo no 2º Roteiro a queixa de sono agitado. Entretanto, além de continuar a dificuldade em adormecer, apareceu a insônia no meio da noite. Estes sinais poderiam ser decorrentes das situações, pelas quais ela vinha passando neste período do programa.

Nilva tinha o hábito de tomar aperitivos de vez em quando e isto se manteve no 2º Roteiro. Ela não tinha o hábito de fumar.

Nilva já fez uso de medicamentos no passado como: anticoncepcionais, vitaminas, laxantes e remédios para emagrecer.

Com relação à atividade física, observamos uma modificação positiva: passou a caminhar.

Quanto à aparência, modificou sua percepção com relação ao peso, parecendo mais real; antes ela se via como "tendendo para o gordo", atualmente como "tendendo para o normal". Demonstrou também um certo cuidado com a imagem corporal, usando adornos e cosméticos.

Continuou manifestando o desejo de fazer uma cirurgia plástica nos seios.

Com relação à sexualidade, observamos que, embora ela lhe atribuisse muita importância e tivesse uma vida sexual ativa, tinha dificuldades para atingir o prazer. Como vimos, já chegara a fazer orientações - insuficientes, contudo - nesta área. Notamos que, no 2º Roteiro, ela se "abriu" muito mais, fornecendo outras informações sobre o que estava acontecendo e revelando, uma consciência maior do seu problema.

Sobre o olhar, notamos que ela reconheceu a sua importância como meio de comunicação, não tendo dificuldade para encarar as pessoas e demonstrou maior sensibilidade e abertura, no 2º Roteiro, com relação à observação das outras pessoas. Por exemplo: ela descreveu que sentia medo do olhar dos homens e depois acrescentou "depende do homem". Se antes não gostava de que a vissem brava, atualmente não gosta de que a vejam chorando.

Com relação ao choro, embora não tenha dificuldade para chorar, no 2º Roteiro se expôs mais, relatando que se contém se estiver em público.

Quanto aos hábitos de relacionamento, Nilva declarou, no 2º Roteiro, ter alguma inibição ao toque, principalmente na intimidade. Este é mais um dado que vem se juntar a sua dificuldade sexual.

Sobre o grau de satisfação com o tamanho do corpo, notamos que ela apontou algumas áreas de insatisfação, que diminuíram no 2º Roteiro.

Com relação aos sintomas e apreciação do próprio corpo, notamos que, praticamente, não se modificaram as queixas de dores na cabeça, na coluna e nas pernas. O mesmo ocorreu com a apreciação do corpo: ela continuou indicando insatisfação na região dos seios e das nádegas e parecendo mais crítica, acrescentou, no 2º Roteiro, a insatisfação com a cintura grossa. Estas regiões indicam comprometimento dos anéis peitoral e pélvico.

1.7.5. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO (IDATE)

1ª APLICAÇÃO: Estado - 55 Traço - 49

2ª APLICAÇÃO: Estado - 46 Traço - 38

Na 1ª aplicação, Nilva estava com um grau de ansiedade muito elevado, acima da média padronizada, tanto com relação ao estado, quanto com relação ao traço. Na 2ª aplicação este resultado diminuiu, sendo que o estado de ansiedade passa a estar dentro da média e o resultado do traço fica abaixo da média.

1.7.6. ENCONTROS DE ACOMPANHAMENTO

Nilva voltou de suas férias no Mato Grosso e trouxe fotos da viagem, para mostrar ao grupo, demonstrando com isso que existia uma relação de afeto estabelecida com as mulheres. Comentou que mesmo diante das tentações das comidas neste período, ela conseguiu resistir e se manteve na dieta.

Sua relação com o marido estava instável, ora falava que queriam se separar, ora falava que não tinha jeito de se separarem. Procuraram um advogado neste meio tempo. Passaram a dormir em quartos separados, por um período.

Conversamos um pouco sobre a queixa do marido de ser ela muito machista, precisando ser mais feminina. Quando a questionamos sobre o que era ser mais feminina, não soube responder. A partir daí, observamos que precisaríamos trabalhar no sentido de construir este conceito com ela.

Foi encaminhada para um exame clínico completo e até o momento, o único resultado que tínhamos era o de desgaste do osso do joelho, o que lhe dava dores quando caminhava, precisando parar com esta atividade. Explicamos que há um processo de compensação do corpo para manter-se em equilíbrio, o que, provavelmente tenha ocorrido no seu caso. Também não poderíamos deixar de falar novamente que essa postura era fruto de sua história. Qualquer tentativa de mudança deveria ser vista com muito cuidado, pois seria apenas uma forma mecânica de tratar o problema.

Com relação às vivências propostas num dos Encontros de Apoio, notamos que no começo Nilva mostrou-se resistente. Disse que gostara mais de ser tocada do que de tocar e

que tinha uma necessidade muito grande de carinho, de toque. Contou que o marido não lhe dava carinho, embora ela lho desse. Às vezes pedia para os filhos procurarem piolho na sua cabeça, como uma forma de ser acariciada.

1.7.7. EVOLUÇÃO DO PESO

O primeiro peso de Nilva antes do programa era de 76 kg e o último foi de 65,200 kg havendo uma perda de 10,800 kg, mudando seu I.M.C. para 27,1 alterando sua classificação de OBESA para a de SOBREPESO.

1.7.8. SÍNTESE

Alguns fatos importantes marcaram a história pregressa de Nilva, como a separação da mãe (embora não tenha sentido como uma rejeição) e a educação repressora da avó, além de se casar cedo (17 anos) e grávida.

Sua vida girou em torno da busca de uma situação melhor, que conseguiu graças a seu esforço, pois tinha a decisão e o dinamismo a seu favor. A sua racionalidade era bastante desenvolvida. Em compensação, a parte afetiva não teve um amadurecimento na mesma proporção. Nilva não conseguia conciliar o papel de "empresária" com o de mulher.

Nilva é o que costumamos falar, na linguagem popular, o "homem da casa", só que até então os papéis estavam equilibrados, o marido era conivente com esta posição; o desequilíbrio surgiu no relacionamento sexual, no qual, a inversão destes papéis pareceu estar gerando conflito.

A sexualidade de Nilva estava bloqueada, apesar de ter um ponto a seu favor, ela sentia sua capacidade sexual e tinha disposição de mudar. Este bloqueio provavelmente teve suas origens na infância: Nilva foi fruto de uma relação proibida, cujo preço foi a separação da mãe. Depois, na sua adolescência, inicia uma vida sexual "às escondidas", sem informação e fica grávida. Por trás da repressão que sofreu, houve uma culpa que podia estar ainda atuando. Por outro lado, o marido, que também devia ter tido pouca experiência, pois casara-se muito cedo, começa a trai-la. Nilva o aceita de novo, depois da traição mas, no fundo, estava ferida e se sentia humilhada: na verdade estava em conflito com seus sentimentos. Todos estes fatores impediram que Nilva se entregasse, totalmente, na relação.

As regiões do corpo onde o fluxo energético estava bloqueado, envolviam o anel diafragmático e o anel pélvico. Seria preciso que Nilva lidasse um pouco mais com os conflitos que apareceram na nossa análise, para deixar esta energia seguir seu curso. O relaxamento poderia ter ajudado para facilitar uma maior soltura, mas ela não estava conseguindo se concentrar.

Estava apresentando problemas de saúde que, possivelmente, estejam relacionados à circulação e à respiração. Apresentava queixas decorrentes do desequilíbrio do Sistema Nervoso Autônomo, ou seja, "efeitos antitéticos de expansão parassimpática e da contração simpática" (Baker, 1980) onde ordens contraditórias estão ocorrendo, resultando por exemplo na tremedeira das mãos, taquicardia e tontura.

Nilva respondeu ao trabalho positivamente: começou a dar valor à atividade física; melhorou a percepção de si e se via com o peso dentro do normal; reconheceu o valor da sexualidade e aumentou o grau de consciência quanto as suas sensações; emagreceu e está conseguindo controlar-se.

Por ser a única que trabalhava efetivamente, ocupava o lugar no grupo da mulher bem sucedida; ela tinha o que algumas achavam que não conseguiriam: a independência financeira.

A sua presença foi indispensável para o grupo, pois serviu de exemplo às demais mulheres. Ela era um caso concreto de que é possível ter uma família e lutar pela sua independência também. Nilva estava num outro nível de necessidades comparado com o daquelas mulheres.

Finalmente, sua história demonstrou que a fome que sentia era de amor, carinho, que tentava saciar com a comida. À medida que estas necessidades vão se tornando conscientes, cessa a substituição delas pelo alimento. A partir daí, inicia-se a busca de uma solução para a satisfação da necessidade real. É por isso que, paralelamente, está emagrecendo.

Nilva precisará entrar mais em contato com os seus sentimentos, através de uma trabalho corporal, por exemplo, para poder resolver o conflito na sua relação, o que envolveria um pouco mais de tempo, além do nosso programa.

1.8. SARA

1.8.1. HISTORIA DE VIDA

Sara 45 anos, mora num bairro de Campinas; casada e mãe de 4 filhos, com as seguintes idades: 26 anos, 24 anos, 17 anos e 15 anos. Ela não trabalha e seu marido, de 52 anos é motorista de caminhão. É católica, mas não praticante. Com relação à escolaridade, tem o 1º grau incompleto.

Quanto a sua família de origem, os pais se separaram quando ela tinha 13 anos. Seu pai morava com outra mulher, mas tinha contato com ela. O pai foi assassinado quando ela tinha 17 anos, por causa de uma discussão com um cliente. Sua mãe não tinha muito tempo para dar atenção aos filhos porque trabalhava como costureira. Eram em 4 irmãos, duas mulheres e dois homens, ela é a segunda filha por ordem de nascimento. Não tem informações sobre a gravidez da mãe e seu parto foi normal.

Sobre a sua alimentação, foi amamentada mas não sabe por quanto tempo; na infância comia de tudo. Tinha horário certo para comer, pois além de ter que ir à escola, seu avô, que morava com sua família, era rígido, tanto no horário, quanto na disciplina. Durante as refeições, por exemplo, o avô não deixava conversarem.

Atualmente não tem o hábito de comer toda hora e nem é de experimentar a comida quando faz. Seus horários de refeição não são rígidos.

Quanto as funções uro-gastro-intestinais, não lembra de ter tido problemas intestinais e nem urinários na infância. Atualmente relata uma diarreia crônica, que vem ocorrendo há alguns anos, com uma frequência semanal. Os exames laboratoriais não acusaram nada.

Quanto às doenças de infância, Sara lembra que tinha muito verme, ficava com vontade de tudo. Com 7 anos não podia ver a mãe amamentar que queria mamar no seu seio; tinha muita vontade de doce. Nesta idade, foi hospitalizada para operar da amígdala e deu muito trabalho.

Sobre a sua vida escolar, Sara deu destaque ao período em que estudou numa escola industrial. Para continuar os estudos tinha que viajar para Jundiaí ou São Paulo, mas passava mal na viagem, vomitava e por isso teve que parar de estudar.

Sara lembra que, nessa época, tinha um grupo de amigas, mas não era de brincar, preferia ficar lendo, estudando, bordando ou cozinhando. Ela já cozinhava quando criança.

Toma muito remédio para dor de cabeça, de 3 a 4 vezes por semana. Esta dor vem há 30 anos. Já fez vários tratamentos sem resultado positivo. Apareceu depois da 1ª menstruação. No período menstrual aumenta a freqüência, é estimulada por um cheiro, por exemplo de esmalte, permanente, perfume. as vezes, sem motivo, ocorre durante a madrugada. Fez tomografia e foi constatado "taenia solium" na cabeça. Na verdade, o que ocorre é que os ovos circulam na corrente sangüínea ficando depositados no cérebro e quando morrem é que aparecem os problemas (provavelmente ela tenha uma crise parcial simples sensorial); não foi achado tumor.

Sobre os dados da obesidade, Sara veio espontaneamente para a dieta porque não podia tomar remédio para emagrecer. Já havia feito outras dietas, a última foi há dois anos atrás com medicamento e com acompanhamento médico. Perdeu 10 kg, mas parou porque o remédio provocou uma labirintite, e ela acabou engordando 15 kg. Sua fórmula continha entre os elementos, ramicida. Há dois meses atrás fez a dieta do México (cada dia é um tipo de alimento, emagreceu 4 kg).

Começou a engordar mais , depois que os filhos foram para o Japão. Quando nos contou começou a chorar e disse: "é horrível prá mim", principalmente porque a filha iria embarcar nos próximos 15 dias.

1.8.2. EVOLUÇÃO DO CASO

Sara, nas primeiras reuniões, não participava, mas era uma das que chegava mais cedo e sempre estava muito atenta. Era uma pessoa bonita, mas não tinha expressão. Nos primeiros encontros ficava difícil avaliar o que estava sentindo, pois ela não demonstrava, mas com o tempo foi se expondo mais.

No primeiro encontro Sara já apresentou a queixa de endurecimento no corpo; num certo período, relatou que sua nuca doía tanto que teve que fazer fisioterapia para melhorar. Foi a partir desta queixa que comentamos sobre a relação existente entre os processos corporais e os processos mentais e assim fomos mostrando que não se tratava apenas uma dor orgânica, por isso, não bastava um tratamento mecânico.

Um aspecto positivo do trabalho, foi o de que, Sara, após ter aprendido fazer o relaxamento incorporou-o para o seu dia-a-dia. A partir daí (por volta do 5º encontro), notamos que começou a se arrumar e a participar mais nos encontros.

No começo do trabalho ela também falava sobre a ida dos filhos para o Japão e chorava de saudades. Nestas ocasiões, nós a incentivávamos a que entrasse em contato com seus sentimentos e tentasse expressá-los de alguma forma.

Ao mesmo tempo, sentíamos uma certa alienação em relação a esta situação. Contava sobre seus filhos e sobre condições desfavoráveis em que trabalhavam, com uma naturalidade que não combinava. Sua filha, depois de dois meses que estava lá, ficou doente e precisou ser internada; a suspeita era de intoxicação. Depois ficou com uma dor de cabeça contínua, Sara mandava caixas de remédio pra ela. Mesmo diante dessas dificuldades, Sara não pedia para a filha voltar, alegando que iria esperar mais um tempo.

Os problemas da sua relação familiar eram complexos. Os três filhos tinham adquirido a cidadania japonesa (o pai é japonês) e tinham ido morar no Japão, ficando, com ela, somente o filho mais novo. Isto ocorrera no prazo de três anos.

O marido (obeso, diabético e hipertenso) era caminhoneiro, ficava praticamente a semana inteira viajando, o que já dificultava seu envolvimento com a família. Além disso, segundo Sara, não tomava atitude para nada e não assumia o papel de pai. Ela dizia que praticamente era mãe e pai ao mesmo tempo.

Não era feliz no casamento e seu relacionamento sexual era muito ruim, desde que se casou não tinha prazer. Apesar de todos os defeitos que atribuía ao marido, dizia que gostava dele e alegava que não se separava por causa do filho mais novo, que já tinha 15 anos. Ela dizia: "se eu me separar alguém morre, meu filho."

O filho, que ficou no Brasil, começou a usar drogas. Não aceitava a ajuda dos pais. Numa das suas crises Sara o levou para a casa de uma irmã em Bragança Paulista, porque achava que, longe dos amigos, ele teria mais chance de se recuperar.

No começo, Sara apresentava uma angústia muito grande, praticamente chorava durante todos os encontros. Não conseguia tomar nenhuma solução.

Sara queixava-se também de que lutava muito para ter as coisas, mas tudo que adquiria, era logo perdido, nada dava certo. Quando se casou, o marido comprou um

caminhão, mas o acabou perdendo por causa de uma dívida; depois vários carros que compraram foram roubados; queriam uma casa, pois a deles era muito pequena, os filhos mandaram o dinheiro do Japão e eles compraram uma enorme, não conseguiram se mudar porque achavam que era longe e o marido dizia que a casa era "mal assombrada."

1.8.3. ENCONTRO DE AVALIAÇÃO

Sara chorou praticamente durante todo o tempo, estava bastante deprimida por causa do filho, por isso, o encontro girou em torno dela: as pessoas queriam confortá-la e a conversa, muitas vezes, voltava para a questão da droga.

Embora tenha falado pouco, pois na verdade, mais ouvia, Sara disse que a coisa mais importante proporcionada pelo ENCOR, para ela, tinha sido a oportunidade de falar:

Eu tive oportunidade de falar. que nem, sobre sexo, eu nunca tinha conversado com ninguém, nem com médico, nunca tinha tido coragem de falar. Hoje faz 27 anos de casado. Você vê, tudo este tempo, todos estes anos eu nunca me abri com ninguém. Como acontecia, ficava e acabou! Achava que tava certo, que era daquele jeito. Eu não tinha coragem de falar...

As mulheres do grupo falavam que ela era uma pessoa especial, muito carente, que precisava de amigas. Elas diziam que tinham vontade de resolver o problema dela. Outras falavam que o caso do seu filho era devido a algum espírito que deveria estar perturbando, enfim, parece que cada uma se colocava no seu lugar e tentava arrumar uma explicação para aquele sofrimento.

Sara não estava conseguindo ver uma saída por causa da angústia que sentia, mas pôde receber apoio nesse dia. Dizíamos, como um alerta, para ela encarar o seu problema de frente e para repensar a sua realidade, principalmente a familiar.

1.8.4. ROTEIRO DE AUTO - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Sara percebeu sua condição de saúde como razoável, entretanto, alguns indicadores mostraram que existiam queixas que comprometiam o seu quadro geral.

No caso das queixas quanto a problemas de saúde, por exemplo, Sara continuou, apresentando, no 2º Roteiro, problema na garganta e nas costas; desaparecera o problema de queda de cabelo e da vista; apareceram outras queixas ligadas ao aparelho reprodutor - no útero e nos ovários, consequência do processo de pré-menopausa - e ao período menstrual, que não se modificaram no 2º Roteiro; sua menstruação estava irregular e chamou a atenção seu comentário diante da menarca: "achei horrível".

Com relação ao sono, observamos sinais de desequilíbrio; embora a queixa de pesadelo tenha desaparecido no 2º Roteiro, continuou tendo insônia no meio da noite e dificuldade para adormecer. Além disso, apareceu uma queixa nova: a da fala em voz alta durante o sono. Pontos positivos foram as lembranças dos seus sonhos e a utilização deles dentro da sua vida.

Sara introduz no 2º Roteiro o uso eventual de bebidas alcoólicas, em especial o chope e a cerveja. Isto pode ser positivo, se considerarmos como uma possibilidade de lazer ou permissão.

Quanto ao uso de medicamentos, observamos que ela já fez uso no passado de anticoncepcionais, diuréticos, laxantes e remédios para emagrecer.

Quanto aos sinais de distúrbios neurovegetativos, percebemos que ela apresentou muitas queixas, pois, de 31 itens assinala 16 no 1º Roteiro e 14 no 2º Roteiro, praticamente não mudando o quadro. As queixas revelaram um desequilíbrio do Sistema Nervoso Autônomo (cora com facilidade, dormência nos pés e nas mãos, coração dispara sem motivo, tonturas, tremedeira) e também sinais de angústia e tensão (dores musculares, impressão de uma bola na garganta, aperto sufocante no peito, habitualmente tensa).

Além disso, apresentou dores de cabeça e enxaquecas, diarréia e azia no estômago. Percebemos um desequilíbrio no organismo como um todo.

Um fato positivo foi a atribuição de importância à atividade física e sua diversificação no 2º Roteiro: além da caminhada, passou a fazer ginástica. Quanto à justificativa sobre atividade física, no 2º Roteiro, ela assinala todas as alternativas, parecendo querer reforçar a sua importância.

Quanto à sua aparência, percebemos que ela se reconheceu diferentemente no 2º Roteiro: via-se como gorda e atualmente se vê como tendendo para o normal, o que é

esperado já que está em processo de emagrecimento. Um dado novo foi o fato de ter mudado a cor dos cabelos. Ela está alterando sua imagem corporal: usando pintura, cosméticos e adornos. Também teve uma mudança quanto à apreciação dos outros sobre si, com um conteúdo mais positivo, por exemplo: antes ela achava que as pessoas reparavam que estava gorda, atualmente acha que reparam no seu corpo e no seu rosto. Parece que está podendo perceber mais a sua imagem corporal.

Relatou o desejo de passar por uma cirurgia plástica que não se modificou no 2º Roteiro.

Com relação a sua sexualidade, notamos um bloqueio muito grande; a começar que atribuiu pouca importância para a sexualidade dentro da sua vida, apesar de manter relações sexuais com frequência com seu parceiro.

Apareceram algumas mudanças no 2º Roteiro, ficando evidente que ela se sensibilizou para as suas dificuldades e conseguiu se expor mais. Declarou que tinha relações sexuais com pouca frequência; ela não experimentou o orgasmo, entretanto, no 2º Roteiro relatou que gostaria de se soltar mais.

É importante o comentário que faz diante da questão: "Descreva o que tem sido mais importante para você nas suas relações afetivas e sexuais". No 1º Roteiro ela respondeu: "Não tem nada de importante, é normal". No 2º Roteiro: "Eu acho que está faltando muita coisa nessas duas relações, mas espero ainda um dia chegar lá". Observamos que ela começa a viabilizar uma mudança na sua vida e no meio de tanto sofrimento, isto é algo muito positivo.

Quanto ao olhar, ela mostrou um certo bloqueio, não quer que a vejam nua, se envergonha quando a olham e acha que o olhar transmite a emoção apenas de vez em quando.

Mostrou resistência ao toque das pessoas sobre si, revelando mais uma vez que está "fechada" emocionalmente.

Com relação ao grau de satisfação com o tamanho do corpo, observamos que ela assinala algumas áreas de insatisfação que praticamente não se modificaram no 2º Roteiro.

No gráfico de sintomas, Sara indicou dores ligadas à região frontal do cérebro, coluna e região do baixo ventre. Estas regiões estão localizadas no anel pélvico, diafragmático e ocular. No 2º Roteiro, desapareceu a queixa de dores na cabeça.

Já no gráfico de apreciação do corpo, apareceu como regiões de insatisfação: os seios, o abdômen (ela aponta a região do baixo ventre, mas identifica como sendo o abdômen) e as coxas. No 2º Roteiro, desaparece a indicação da região abdominal. Estas regiões indicam um comprometimento do anel peitoral e novamente do anel pélvico.

1.8.5. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO (IDATE)

1ª APLICAÇÃO: Estado - 46 Traço - 50

2ª APLICAÇÃO: Estado - 38 Traço - 40

Pelos resultados, pudemos verificar que o estado de ansiedade diminuiu na 2ª aplicação, estando ambos dentro do padrão normal. Quanto ao traço, ocorreu o mesmo processo, portanto, depois da intervenção, a ansiedade de Sara diminuiu.

1.8.6. ENCONTROS DE ACOMPANHAMENTO

Sara veio a todos os encontros e percebemos uma certa melhora tanto dos seus problemas, como do seu comportamento. O nível de ansiedade diminuiu, e ela estava podendo enfrentar melhor a situação, buscando outras saídas.

Sara começou a freqüentar reuniões coordenadas por um padre de Campinas que tem um trabalho conhecido de comunidade terapêutica com drogaditos (sem o marido que não teve interesse em participar).

Várias idéias surgiram (de Sara e do marido) para tentarem resolver o problema do filho: pensaram em mudar de cidade, ou mudar para o Japão, mas nada havia se concretizado até o momento.

O filho começou a dar problemas para a irmã e voltou para Campinas. Fez uma viagem de caminhão, com o pai, que levou a uma aproximação dos dois, mas depois o pai desistiu de levá-lo outras vezes. Sara também não insistiu em continuar buscando orientação para lidar com o filho. Desistiu de ir às reuniões para familiares de drogaditos, alegando a

omissão do marido. Mais uma vez a passividade de Sara foi mais forte e esta omissão do marido se mostrava cada vez mais conveniente para ela.

Depois que Sara conseguiu sair da sua angústia e se fortalecer um pouco, voltaram as suas defesas e diante do problema do filho, teve uma análise reacionária, dizendo que ele usava drogas não por causa da desestruturação familiar que estava ocorrendo, como nós apontávamos, mas por "sem-vergonhice".

Ao mesmo tempo, Sara estava fazendo cursinhos de culinária e de relaxamento, demonstrando um certo movimento que não havia aparecido.

Não falou mais nos defeitos do marido e parecia que estava se reerguendo.

Foram durante esses encontros que começaram a aparecer atitudes que não haviam se manifestado, como a agressividade. Por exemplo: em vários momentos, notamos que ela apontava defeitos das outras pessoas do grupo; também apareceu uma atitude um pouco destrutiva diante das coisas, quando o grupo propunha alguma novidade, que não tinha a sua iniciativa, ela logo dizia que não daria certo.

Durante nosso último encontro de acompanhamento, Sara relatou que com relação à alimentação, diminuiu muito seu apetite, pois não conseguia mais comer como antes. Acha também que hoje está melhor porque aceita mais as coisas, pois sabe que elas não vão mudar mesmo. Alertamos para que reconhecesse o comodismo presente nesta sua afirmação.

Disse ainda, que não sabia até quando iria continuar freqüentando o grupo, porque havia escrito uma carta para seu filho, que estava no Japão, contando tudo o que estava ocorrendo aqui, com a expectativa de que decidisse sobre a mudança dela para lá. Chamamos a atenção para o fato de como ela colocava a decisão da sua vida na mão do outro.

No último contato que tivemos com Sara, ela nos disse que ela e o marido resolveram mandar o filho para o Japão.

1.8.7. EVOLUÇÃO DO PESO

Sara iniciou a dieta pesando 80 kg, seu último peso foi 72,000 kg, tendo uma perda de 8 kg. Seu I.M.C foi para 28,8 alterando sua classificação de OBESA para SOBREPESO.

1.8.8. SÍNTESE

Sara não teve um modelo positivo de família: pais separados desde o início da sua puberdade; o pai morre assassinado durante a sua adolescência; foi educada pelos avós que eram autoritários; sua mãe não podia lhe dar a atenção necessária, porque trabalhava.

Era uma pessoa reservada e aparentava no início do trabalho uma certa frieza e impessoalidade diante de tudo.

Quando Sara começou a se soltar mais no grupo, veio à tona uma angústia muito profunda ligada principalmente à desestrutura familiar que estava ocorrendo.

Estava totalmente insatisfeita com seu casamento. Assumia, na relação, uma atitude passiva, ao mesmo tempo que o marido tinha uma atitude omissa. Ambos apresentavam processos auto-destrutivos, manifestados por um desequilíbrio neurovegetativo e bloqueios em vários níveis.

Os filhos foram embora do Brasil e apesar do motivo aparente ter sido a busca de condições melhores, acreditamos que este fato pudesse também estar relacionado com a desestruturação familiar que já vinha ocorrendo. Possivelmente este tenha sido o fato que desencadeou a crise que era latente no casal.

O único filho que ficou e que parecia ter a função de segurar a relação, era o mais novo. Tinha um relacionamento muito ruim com os pais: não mantinha um diálogo, não respeitava os limites, os pais não exerciam autoridade sobre ele. Apresentava também um comportamento auto-destrutivo, fazendo uso de drogas.

Os pais se omitiam da responsabilidade do problema e não conseguiam perceber a relação entre a crise do casamento e a reação dos filhos. Em especial o filho, que estava fugindo da realidade, através do uso de drogas¹¹.

A primeira reação de Sara, nesta situação, foi a de afastar o problema da sua frente: mandou o filho para casa da irmã, quando talvez fosse o período em que ele mais precisasse dos pais.

A adaptação a esta nova estrutura - o marido, Sara e o filho - estava sendo muito difícil, pois não era mais possível diluir a deteriorização da relação.

¹¹ Vários autores entendem que há um depositário de patologia da família, que acaba denunciando aspectos disfuncionais no grupo familiar (Rezende, 1994).

Esta deteriorização refletia-se em outros níveis: eles tinham possibilidades de ter uma vida melhor, mas não conseguiam; não só por ignorância, como também por não saberem tirar proveito dos seus erros. Desta forma, nada nas suas vidas acabava dando certo.

Diante deste quadro, Sara reagia durante os encontros, assumindo o papel de vítima. Atribuía toda a culpa da situação ao seu marido. Com isso, ela conseguia desviar a atenção da sua pessoa, livrando-se também de assumir uma posição. Apesar de reclamar muito do marido, não se libertava da situação.

O conflito de Sara manifestou-se no seu corpo sob várias formas: sintomas que se mantiveram, durante anos, reforçando uma atitude de endurecimento crônico, a qual bloqueava sua possibilidade de expansão.

Uma das manifestações mais importantes desta atitude foi o bloqueio da sexualidade: não tinha prazer e nunca atingiu o orgasmo. Sabemos que o orgasmo é um dos canais mais importantes para a descarga da energia, entretanto, só ocorre quando o fluxo energético está normal, ou seja, quando não encontra obstrução dos anéis musculares. Sua atitude de frieza é que a protegia contra as experiências desagradáveis que vinha passando desde a sua infância, só que também lhe privava de experiências mais gratificantes. Perdeu a capacidade de sentir as emoções, diminuindo, com isso, a percepção do seu corpo.

Apesar de todo este quadro, observamos algumas mudanças positivas: Sara lembrava-se mais dos seus sonhos agora, o que significava estar conseguindo dar vazão aos conteúdos internos, por meio de um canal mais adequado. Começou a praticar relaxamento, uma das técnicas fundamentais para lidar com as suas tensões. Melhorou sua imagem corporal, está se vestindo mais jovialmente, tingiu os cabelos. Ganhou confiança para se "abrir" com o grupo, conseguindo, além de dividir seu sofrimento, encará-lo de frente e enxergar outras saídas. Pôde ver outras referências de vida. Teve maior abertura do olhar, já pode enxergar o outro e está prestando mais atenção ao seu corpo. Algumas queixas crônicas diminuíram de freqüência, como a diarreia, as dores de cabeça e as dores no corpo.

Sara teve um papel no grupo, mais de quem pede ajuda do que de quem pode oferecê-la. Houve momentos em que a sua realidade era tão "dolorosa" que nós achávamos que não teria estrutura para continuar no ENCOR, no entanto, estava conseguindo encarar este sofrimento e este era o primeiro passo para uma mudança.

A comida, no seu caso, teve como função, preencher o vazio que os filhos haviam deixaram. Servia, ao mesmo tempo, para reforçar mais a proteção que desenvolvera em torno de si. Com a mobilização da sua problemática, o emagrecimento vem ocorrendo, o que podia estar significando, também, um afrouxamento das suas defesas.

Sara precisará de um acompanhamento psicológico de maior profundidade e por mais tempo.

1.9. VILMA

1.9.1. HISTÓRIA DE VIDA

Vilma 35 anos, casada, morava num bairro de Campinas e tem 3 filhos: uma menina de 14 anos, outra de 12, e um garoto de 10. Seu marido tem 38 anos, é cronanalista. Ela não trabalha e, tem o segundo grau completo. Era católica, mas não praticante.

Sua família é bastante numerosa: a mãe viúva: são 11 irmãos, 5 homens e 6 mulheres, sendo dois falecidos. Ela ocupa a 7ª posição na ordem de nascimento.

Vilma presume que sua gravidez não tenha sido tranqüila para a mãe, pois eram pobres e já tinham muitos filhos. Não achou parteira, por isso, teve-a sozinha.

Não apresentou problemas de desenvolvimento. Teve as doenças normais de infância, e se lembra que tinha muitos furúnculos nas pernas que lhe deixaram marcas.

Sobre a alimentação, Vilma foi amamentada, mas não sabe por quanto tempo. Na infância não gostava de alguns alimentos como: jiló, carne de porco, carne de sol, introduzidos, na alimentação, pelo seu pai, que tinha vindo do sul da Bahia. Preferia comer frutas. Quando adulta, continua não gostando dos mesmos alimentos; gosta muito de massas e tem o costume de "beliscar" sempre, principalmente depois que termina o serviço de casa.

Com 7 anos ela já cozinhava, a mãe só tinha tempo de cozinhar nos finais de semana, por isso, todos a ajudavam. Os horários das refeições eram rígidos e a família era tão grande que eles comiam em grupos. Os pais forçaram-na a comer, porque era muito magra e não comia bem; eles também lhe davam muita vitamina.

Quanto as funções uro-gastro-intestinais, Vilma não apresentava problemas de intestino; a mãe tinha o hábito de dar, todo mês, laxante para os filhos tomarem. Agora seu

intestino continua normal, sua urina também (mas no Roteiro A.I.C. apresentou a queixa de prisão de ventre).

A sua relação com os pais era muito boa, apesar de não terem tido tempo de agradá-la. Também não se lembra de ter precisado da proteção deles.

Sobre sua vida escolar, Vilma considerou-se uma aluna média. Sempre gostou muito de ler e tem facilidade para se concentrar. Dois motivos fizeram-na parar de estudar: o nascimento dos filhos e o investimento nos estudos do marido.

Gostava de participar de competições e de jogar basquete na escola. Destacava-se na Educação Física porque era alta, mas Vilma não gostava porque chamava muito a atenção. Lembrava-se de que era tímida.

Sobre a obesidade, Vilma veio espontaneamente para a dieta. Já fez outros tratamentos para emagrecer: com acupuntura perdeu 15 kg, mas o tratamento foi encarecendo e ela acabou parando. Fez aproximadamente três regimes com medicamentos, mas não se sentia bem, tinha palpitação e insônia.

Neste período da Anamnese fazia acompanhamento com um médico que verificava suas condições de saúde: coração, hormônios, sangue, que estavam em condições normais. Não tinha hipertensão e só tinha preocupação com as juntas do corpo. Diz que a gordura não a incomodava, pois consegue fazer tudo. Veio para a Instituição só por causa do nosso trabalho.

Em outro momento se contradiz, dizendo que hoje o peso já está incomodando. Entrou num processo de destruição. Ficava deprimida, não saía, não conversava, era agressiva verbalmente. Achava que precisava cuidar da sua auto-estima e de uma sensação de vazio que a acompanhavam. Esta percepção não lhe era consciente, só se tornou quando começou a se sentir encomodada.

Alguns fatos colaboraram para que Vilma começasse a engordar. Há 8 anos atrás, perdeu um irmão de 22 anos assassinado, quando estava começando a deixar de se drogar. Ao mesmo tempo, teve que parar de trabalhar, porque não tinha com quem deixar os filhos. As duas situações foram terríveis para ela, pois além de perder o irmão, perdeu também seu "ponto de apoio" que era o emprego. Ela diz que foi como perder sua identidade, pois sempre

foi independente, trabalhava e estudava. Pesava 62 kg., num prazo de meses engordou 10 kg. Há 4 anos estabilizou no mesmo peso.

Na família, a mãe é a única com problema de excesso de peso que se apresenta dependendo do período em que ela se encontra; por exemplo, também engordou depois que o filho faleceu.

Vilma, durante a entrevista, demonstrou um raciocínio muito claro, e nos pareceu ser uma pessoa desembaraçada. Quando terminamos, Vilma perguntou, desconfiada, se o nome das pessoas não iria aparecer na tese.

1.9.2. EVOLUÇÃO DO CASO

Vilma era uma das pessoas que mais participava no grupo, e tinha uma boa capacidade de compreensão. Sua função intelectual era bastante desenvolvida. Ao mesmo tempo parecia ser muito sensível. Todas as atividades que eram propostas durante o programa ela as fazia com dedicação, mostrando seriedade para com suas coisas.

Apesar de ser uma das mulheres mais animadas para iniciar o trabalho, não compareceu ao 1º encontro. Por contato telefônico, contou-nos que, naquela noite, havia tido uma dor nos rins, muito forte, urinando a toda hora. Essa dor passou de repente e os exames médicos realizados não acusaram nenhum problema.

Depois que começou a freqüentar os encontros, passou a assumir uma posição de liderança que, muitas vezes, se confundia com a nossa. Ela tinha facilidade de enxergar muito à frente das outras e isso a levava, algumas vezes, a ficar impaciente com as conversas do grupo. Sempre emitia um comentário: "Eu não estou atrapalhando? Eu falei demais?" No fundo, parecia que tinha orgulho em mostrar seu entendimento.

Durante os encontros contava casos sobre as discriminações das pessoas com relação ao obeso. Estes casos estimulavam o grupo também a contar suas experiências e assim podiam falar com mais naturalidade e humor sobre o assunto. Dizia que, durante a sua infância e adolescência, ela tinha sido muito magra, então, quando encontrava com as pessoas que a conheceram naquela época, a primeira reação delas é a de observar o seu excesso de peso e isso a incomodava muito. Algumas falavam: "eu não acredito, não

acredito!. Sua reação, nestas situações, era a de apontar algum defeito da pessoa. Já tinha ficado presa na roleta do ônibus e contava como era constrangedor.

Ficou constrangida também nas aulas de ginástica, as quais achou mecânicas demais; as pessoas ficavam observando-a, por isso, foi procurar outro tipo de atividade. Organizou um grupo de mulheres e começou a fazer Karatê com o professor de seus filhos. Disse que isso ocorreu porque resolveu sair, ver o mundo e se aceitar.

Incorporou, também, o relaxamento, ao seu dia-a-dia e percebeu que, depois disso, melhorou sua insônia, pois o praticava antes de dormir. Ao entrar em relaxamento, nós percebíamos que, a sua maior zona de tensão, eram os pés.

Durante nossas vivências, observamos que Vilma não apresentava resistências, a não ser quando fazíamos a dramatização dos sentimentos, nas quais deveria representar o "PRAZER". Ela ficava constrangida e não conseguia, porque associava o seu significado somente ao prazer sexual.

Sobre os fatos da sua vida, Vilma contou que a família era numerosa e pobre, o pai fazia questão que os filhos comessem muito bem, "para não dar a impressão de que tinha botado filho no mundo para passar fome". Daí acabava forçando-a a comer, ela chorava e não satisfazia a vontade do pai.

Lembrou que, durante sua adolescência, tinha um "corpão de mulher" e que quando saía à rua, não havia um homem que não a olhasse, ou até lhe passava a mão. Quando ia procurar emprego, logo os patrões vinham com cantadas; dizia que os homens ficavam interessados nela só para tirar uma "casquinha". Então, quando engordou foi um alívio, porque os homens já não a assediavam, olhavam para o seu rosto, mas para o corpo não, porque já era um "corpo de senhora".

Sobre a sua família, contou que a mãe havia sido uma pessoa muito submissa ao pai e que ela, ao contrário, era quem dominava a sua relação. Ela dizia que manipulava, principalmente, o marido. Só que havia uma contradição nesta sua afirmação, pois, ao mesmo tempo, abria mão de algumas coisas importantes na sua vida, por ele, e demonstrava muita mágoa quanto a isso. Achava que ele tinha a obrigação de fazê-la feliz. Atualmente, já pensa diferente, pois acredita que cada um deve buscar a sua própria felicidade e não a colocar na mão do outro.

Antes, Vilma se sentia muito mal, principalmente porque não aceitava seu papel de dona de casa, agora está mudando. Sua relação com os filhos também mudou, principalmente porque tinha necessidade de controlar tudo, assumia os problemas e queria resolvê-los, principalmente antes de dormir (por isso a insônia). Atualmente achava que precisava ter um tempo maior para si e conscientizou-se de que os problemas nem sempre podem ser resolvidos.

Mudou também sua forma de se relacionar com o mundo, antes era complexada e "se fechava", tinha vergonha, se sentia rejeitada por causa da sua aparência, o que não ocorre mais.

1.9.3. ENCONTRO DE AVALIAÇÃO

Vilma foi uma das pessoas que mais falou neste encontro. Deu conselhos às companheiras, como sempre o fazia, coisas muito importantes.

Com relação à mudança que percebeu em si, Vilma relatou que ao entrar para o grupo, já estava "aberta" para mudanças, por isso elas foram possíveis. Achou que se expressava, agora, sem tanta ansiedade e agressividade. Reconheceu que era muito severa consigo mesma.

Sobre a questão "o que falta mudar", Vilma disse que faltava se perdoar. Por enquanto deixara de se acusar: "Tem uma série de coisas que eu programei prá mim, não as atingi e me puni por causa disso". Relatou que faltava também continuar com este trabalho, porque ainda não se considerava firme para caminhar sozinha.

Quanto a sua meta, deu um bonito depoimento:

(...) assumir mais um outro lado que eu tenho e que ficou guardadinho (...) é sair pró mundo. Deixar aflorar uma série de coisas que antes eu tinha guardada, tanto é que o curso de pintura prá mim foi assim, como se eu tivesse assumido uma coisa que tava guardadinha lá no fundo, eu achava que nunca ia colocar em prática, eu nunca me dei a oportunidade de colocar meus sonhos em prática, por quê? Porque eu era mãe, eu era esposa, então eu tinha que fazer o papel de mãe e esposa e não, dentro de mim eu tenho uma artista, eu tenho uma pessoa que ama a vida, ama as pessoas, eu gosto muito desse contato com gente, né? E eu tava assim guardando tudo isso, eu achava que pelo fato de tar em casa e eu ser dona de casa eu não ia ter oportunidade de colocar isso em prática. E a partir desse contato que eu tive com vocês eu vi que eu ainda tenho bastante coisa prá colocar

para fora. Não sei ainda que caminhos eu vou escolher, se eu vou voltar estudar novamente, fazer uma profissão assim que eu tenha contato com pessoas, ou se eu vou trabalhar, eu ainda não decidi, mas já tá assim havendo uma mudança; eu não sou mais a dona de casa só, porque isso nunca me satisfez... porque eu acho que vou sair, eu vou me assumir cada vez mais, a tendência...o que eu gostei mais de todo este trabalho foi isso: coragem de se assumir a nós mesmos, coragem de se assumir quem eu sou, e não aquilo que as pessoas estão esperando de mim, porque até hoje foi assim: eu fiquei grávida, eu tive os bebês, então o que uma mãe é? Então eu era guiada por aquele tipo que a gente tinha, né... quem é a mãe, o que a mãe deve fazer, o que a mãe deve sentir, que roupa a mãe deve usar, entendeu? E de repente eu tô vendo assim, que tudo isso é uma tremenda de uma besteira; você pode ser mãe, pode ser amiga, você pode ser um monte de coisa ao mesmo tempo, e não ficar lá limpando a casa. É isso aí.

Como o assunto sobre drogas estava bastante presente neste encontro, Vilma pôde falar sobre os seus sentimentos em relação ao irmão que havia falecido. Primeiramente, declarou que no dia da Entrevista de Anamnese não conseguia falar sobre o caso, ficou revoltada quando nós perguntamos.

Ela fez várias associações entre o problema da droga e a obesidade:

Ah gente, uma coisa que eu observei no gordo. O gordo tem muito carinho, muito amor prá dar, muito; ele tem mais do que as outras pessoas. Mas ele se bloqueia tanto, ele se limita tanto, que isso vai impludindo dentro dele (...) Eu chamo a atenção engordando, outro chama bebendo, o outro chama se drogando, o outro chama traindo, tendo vários casos amorosos e cada pessoa escolhe de uma maneira né. Umás são mais escandalosas, outras são mais, como os gordos, são mais egoístas (ri), os outros fazem estardalhaço, prejudicam todo mundo, né? Ele bagunça tudo, até uma hora ele morre (ri) então ele é o mais egoísta de todos. Ele não quer repartir nada dele com ninguém.

A contribuição de Vilma, neste encontro, foi muito significativa, ela teve uma posição realista diante da problemática de drogaditos, não demonstrou preconceito e nem se portou como vítima da situação.

Vilma também comentou que Nilva (um dos membros do grupo) foi um exemplo importante para ela, porque era uma mulher bem sucedida. Através da sua história, pôde ver que ela também seria capaz de conseguir fazer o que sempre quis e a partir daí, como estava fazendo corte e costura, começou a pegar costuras de encomenda; iria fazer 12 uniformes de

garçon (isto mostra a importância da experiência de outras pessoas para o movimento do grupo).

1.9.4. ROTEIRO DE AUTO - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Com relação ao estado de saúde de Vilma, notamos que ela modificou sua percepção no 2º Roteiro: de "razoavelmente satisfeita" para "bastante satisfeita."

As queixas quanto a problemas de saúde, na 1ª aplicação do Roteiro, Vilma assinalou poucas: manchas no rosto, dores e queimação nos rins (que pode estar associada com a postura ou algum sintoma recorrente) e acúmulo de gordura nos tornozelos; todas estas queixas desapareceram no 2º Roteiro. Este resultado, pode não ser real, mas deixou de ter a importância que tinha anteriormente.

Com relação à menstruação, Vilma apresentou queixas de sensações antes e depois do período menstrual que não se modificaram; o que modificou, no 2º Roteiro, foi a regularidade do seu ciclo menstrual: antes era quase regular e atualmente está regular.

Quanto ao seu ritmo de sono, percebemos que Vilma não dormia bem, levantava mal disposta, tinha sono agitado, desaparecendo, no entanto, no 2º Roteiro, a insônia no meio da noite. Ela se lembrava dos seus sonhos e os utilizava como inspiração artística e auto-conhecimento.

Vilma tomava bebidas alcoólicas, eventualmente, o que não se modificou no 2º Roteiro.

Quanto ao uso de medicamentos, observamos que ela se abriu mais no 2º Roteiro, indicando outras marcas de produtos e aumento da frequência de uso. Ela já tomou no passado: vitaminas, anticoncepcionais, calmantes, tranquilizantes, laxantes, remédios para emagrecer e diuréticos.

Com relação aos distúrbios neurovegetativos, praticamente as queixas não se modificaram no 2º Roteiro. São elas: náuseas, comer quando fica nervosa, prisão de ventre, sentir-se angustiada. Desapareceu a alergia à picadas de inseto, e apareceu, como nova queixa, a impressão de ter uma bola na garganta. Suas respostas indicam um aumento de sua sensibilidade para as sensações mais íntimas.

Sobre aspectos ligados à atividade física, observamos que ela atribuiu maior importância à atividade física, no 2º Roteiro, além disso, um detalhe importante foi a sua prática de karatê. Fez uma observação: " a mulher deve saber quanto e quando ser agressiva". O karatê a deve estar ajudando na questão da agressividade, ou seja, está sendo uma forma de canalizá-la.

Quanto a sua aparência, pudemos observar muitas mudanças: ela passou da percepção de levemente atraente e bonita para a de muito atraente e bonita, talvez como fruto de uma valorização da sua auto-imagem e auto-estima.

Quanto à percepção do peso, continua se achando gorda, isto está coerente, uma vez que ela ainda perdeu pouco em relação ao que ainda precisaria perder de peso.

Mostrou-se uma pessoa vaidosa, que se preocupa com a aparência, usando cosméticos, pinturas e adornos. Este comportamento não se alterou no 2º Roteiro.

Vilma faria uma cirurgia plástica para diminuir seus seios, opinião que não se modificou no 2º Roteiro.

Quando se tratava da percepção das outras pessoas com relação a sua aparência, percebemos uma certa mudança no 2º Roteiro. Parece que seu senso crítico ficou mais brando: antes ela relatou que os homens reparavam na sua gordura, atualmente, no seu rosto.

Quanto à sexualidade, se "abriu" mais no 2º Roteiro. Notamos que Vilma atribuía muita importância a esta área dentro da sua vida. Ela mantém relações regularmente com seu parceiro, tem orgasmo, embora relate que seja difícil de ser alcançado. Fez uma observação que mostrou a evolução de sua sensibilidade e interiorização: considerou mais importante, nas suas relações sexuais e afetivas, " o auto-conhecimento - o prazer que alcanço geralmente se reflete no dia-a-dia".

Sua opinião com relação ao comportamento homossexual se modificou no 2º Roteiro: antes Vilma achava aceitável, mas desajustado, atualmente o considera apenas aceitável. Isto reflete uma mudança de valores.

Quanto às perguntas sobre o olhar, demonstrou que está com este canal aberto, tanto no 1º, quanto no 2º Roteiro.

Sobre o grau de satisfação com o tamanho do corpo, não houve modificação no 2º Roteiro; indicou insatisfação com o peso, a largura dos braços, busto, cintura, quadris e coxas, justamente as partes que estão mais aumentadas pela gordura.

No gráfico de sintomas, primeiramente aponta as regiões dos rins como problemática, desaparecendo no 2º Roteiro; ela não sombreou mais nenhum local de dor e declarou não ter mais nenhum problema no corpo.

Quanto ao gráfico de apreciação do corpo, apareceram as mesmas regiões de insatisfação no 2º Roteiro: busto, coxas, abdômen e quadris, indicando possível comprometimento nos anéis: peitoral, pélvico e abdominal.

1.9.5. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO (IDATE)

1ª APLICAÇÃO: Estado - 51 Traço - 44

2ª APLICAÇÃO: Estado - 37 Traço - 30

Vilma, na 1ª aplicação do inventário, estava com um grau alto de ansiedade, que diminuiu consideravelmente na 2ª aplicação, estando abaixo do padrão médio esperado, o mesmo ocorrendo com o traço.

1.9.6. ENCONTROS DE ACOMPANHAMENTO

Coisas muito significativas ocorreram neste período de acompanhamento, no caso de Vilma. A primeira delas foi que ela se havia inscrito para passar por uma cirurgia plástica no abdômen há cerca de um ano atrás, através de um convênio médico e foi chamada. Sua dúvida era se realizava ou não a cirurgia. Havia um outro agravante, ela precisaria emagrecer ainda 20 kilos no prazo de 2 meses. Ela nos perguntava o que deveria fazer, pois só conseguiria emagrecer essa quantidade através de remédios.

Analisamos alguns pontos dessa proposta e refletimos sobre a "plástica que ela estava fazendo interiormente" e que um regime, com medicamento, neste momento, interromperia um processo seu de elaboração que já vinha acontecendo.

Além disso, precisaríamos ser bem realistas, ela não conseguiria perder essa quantidade de peso (20 kg) num curto período de tempo, a menos que fosse por meios mais

drásticos. Pedimos que refletisse sobre o que havíamos conversado e depois nos trouxesse a sua decisão.

Estavam em jogo nesta situação posições importantes de Vilma com relação ao ENCOR. Sabíamos que sua decisão, dependeria do quanto assimilara de nossa proposta. Tínhamos uma preocupação, sua decisão envolvia também uma mudança brusca da sua imagem corporal, da qual não compartilhávamos.

Finalmente, Vilma decidiu que não era o momento de pensar na cirurgia plástica e que ia seguir no caminho que já estava, ou seja, cuidar das questões internas que estavam surgindo. Este fato parece que fez aumentar a motivação para perder peso, disse que ia conseguir emagrecer para futuramente fazer uma plástica.

Outro assunto importante que ela trouxe para as nossas discussões foi a menarca de sua filha de 13 anos. Vilma não estava preparada, por isso, esta situação mexeu muito com ela, principalmente porque lembrou da sua adolescência, de quando veio a sua menstruação, que além de não saber o que era, sua mãe apenas lhe deu um "paninho" e pediu-lhe para que o usasse.

Noutra ocasião, Vilma disse que queria contar um caso que havia acontecido com ela sobre o qual nunca tinha conseguido falar com ninguém. Fez um pouco de suspense, parecendo que era uma coisa muito grave. Disse que, quando era criança, conviveu com um senhor, amigo da família, que cuidava de vez em quando dos irmãos. Quando tinha 9 anos de idade ele passou a mão na sua vagina. Não contou para a mãe porque ficou com medo e culpa ao mesmo tempo. Este fato ficou gravado e atrapalhou nos seus relacionamentos; se seus namorados tentassem alguma carícia mais ousada, ela se separava deles. Lamentava quando namoravam ter demorado 5 anos para "transar" com seu marido.

Contou-nos também que estava com um comportamento muito esquisito; sua casa estava em reformas e, por conta disso, havia um pedreiro trabalhando diariamente. Este fato estava incomodando-a, trancava todas as portas e tinha medo de ficar sozinha com ele. Gostaria de saber o porquê deste comportamento.

Por detrás dessa situação, parecia ter um medo muito grande de perder o controle, não só nesta situação - que lhe representava promiscuidade e traição - como em outras situações.

Mais uma vez falou da sua relação com o marido. Queixava-se de que eles eram muito amigos, mas que, às vezes, ela não queria um amigo, mas um homem. Achava que o problema deles era sexual.

Estava confusa porque tinha um desejo sexual muito grande, o qual não era correspondido pelo marido. Disse que serrou a cama e o colchão, e mandou-o dormir no quarto com as crianças: "com ele ou sem ele era a mesma coisa". Fez isso também porque queria pensar um pouco.

Depois de um tempo, ela chegou à conclusão de que a sua reação com o marido simbolizara um rompimento que havia ocorrido dentro dela. Vilma não se conformava de ser dependente dele, achava que tinha deixado de ser ela para ser ele. Então rompeu para poder se sentir independente e achar o seu espaço.

A situação afetou as crianças, que naqueles meses, pioraram o rendimento na escola (ela tem uma boa capacidade de associação e entende a relação entre as coisas).

Depois deste período, Vilma dizia que estava tentando canalizar sua energia para coisas nas quais ela precisasse se expor mais, pois embora a costura já a estivesse ajudando, via que não era o suficiente. Então, resolveu entrar como voluntária no Instituto Boldrin.

No último encontro, falou sobre a sua mudança mais atual: pela primeira vez, depois de muito tempo, havia conseguido olhar seu corpo no espelho. Antes só conseguia olhar seu rosto. E dizia: "olha você aí, que bom, olha que bonita". Esta atitude é muito positiva, ela revela que Vilma está começando a aceitar sua imagem corporal.

1.9.7. EVOLUÇÃO DO PESO

O peso inicial de Vilma era 115 kg, sendo seu último peso, 105,600 kg, tendo uma perda de 9,400 kg. Seu I.M.C. corresponde atualmente a 39,7 cuja classificação alterou-se de OBESIDADE SEVERA para OBESA.

1.9.8. SÍNTESE

Passando pela história progressiva de Vilma, observamos que veio de uma família numerosa, por isso recebia um carinho mais indireto do que direto, entretanto, percebemos que eram unidos e havia uma relação de afeto entre eles. Esta circunstância possibilitou que

fosse criada com uma certa autonomia. Vilma, com 7 anos, já assumia os afazeres de casa; sempre trabalhou e estudou.

Chamou-nos a atenção um período de sua infância; Vilma era muito magra e seus pais tinham uma atitude de forçá-la a comer, para que engordasse. Esta situação é importante porque envolvia a formação da sua imagem corporal.

Já na sua adolescência, outras situações revelam como lidava com sua imagem corporal. Ela tinha vergonha do seu corpo, porque chamava a atenção, principalmente dos homens. Por isso, ela mesma confessa que engordar foi um alívio, pois a livrou do assédio dos homens.

Outro marco, na sua vida, foi o casamento. Vilma deixou de ocupar a posição de mulher independente para ocupar a posição de esposa e mãe. Este fato levou-a a uma crise de identidade, na qual os papéis que assumiu começaram a entrar em choque. Isto se refletiu no plano afetivo e sexual.

No plano afetivo, esta situação incidiu na sua auto-estima, porque deixou de se valorizar, perdendo suas referências, ao diminuir suas relações sociais, abafando também, todo seu potencial criador.

No plano sexual, porque o casamento fez aflorar uma série de dificuldades que já existiam nesta área. Na sua infância, mostra a presença de culpa, medo e vergonha, com o episódio do velho que lhe passou a mão. Havia uma repressão muito forte de sua sexualidade, que na sua adolescência, continua ocorrendo. Paralelamente, a presença de um desejo sexual intenso. Em nossos encontros, isto ficava muito evidente. Podemos citar alguns exemplos: a sua dificuldade em representar a palavra PRAZER; o medo de ficar com o pedreiro sozinha na sua casa; a reação à menarca da filha e todas às vezes em que, literalmente, dizia que seu marido não correspondia a sua necessidade sexual. A comida passa a ter a função de substituir a satisfação sexual e, ao mesmo tempo, a função de afastá-la do desejo.

A mudança da sua realidade por causa do casamento veio acompanhada de uma culpa muito grande por não ter conseguido realizar seus planos. A forma que "escolheu" para mostrar sua insatisfação foi através da sua imagem corporal.

As perdas que lhe ocorreram - do irmão, do trabalho, da vida de solteira - parecem ter desencadeado o aumento excessivo do seu peso, além do comprometimento da sua imagem corporal. A comida passou a preencher o vazio deixado por estas perdas.

O resgate da sua identidade está ocorrendo, por isso, está recuperando as coisas que havia perdido, como o trabalho.- medida que foi avaliando o passado, Vilma começou a se encontrar, graças também a algumas características de sua personalidade: ser bastante inteligente, demonstrando ter um senso crítico muito bom, ser dinâmica e ter uma capacidade de liderança visível. Estas qualidades auxiliaram-na muito em suas descobertas.

Vilma era uma pessoa bastante sensível, desde o começo, percebemos, pelas suas faltas aos encontros, o quanto devia estar sendo difícil para ela permitir-se este diálogo consigo mesma.

Apesar do lado positivo, observamos também seu lado negativo; dominadora, exercia um controle sobre si mesma, que implicava um esforço mental, que levava a uma supervalorização desta função.

Na dinâmica dos encontros, por ter mais conhecimento que as outras, assumia um papel de mediadora entre nós e o grupo. Ela traduzia o que o grupo queria dizer, porque tinha uma capacidade de abstração mais rápida.

O grupo, por sua vez, pôde servir, como já observamos, para algumas pessoas, de apoio; Vilma pôde se sentir aceita, como se deduz de sua frase: "só obeso entende obeso".

As mudanças que pudemos sentir e das quais ela mesmo nos falava se deram em vários níveis. Com sua família, passou a ser menos controladora e rígida. Está elaborando a mágoa que tem do marido por ter aberto mão de algumas coisas, na vida, por ele, e recuperou sua identidade que parecia perdida. Está podendo enxergar a mulher que estava oculta por trás do papel de mãe e de esposa.

Abriu-se para o mundo, está descobrindo seus potenciais e conseguindo colocá-los em prática. O seu complexo de inferioridade, por ser obesa, parece ter diminuído, por isso se expõe mais. Está conseguindo ver as situações por uma ótica mais ampla. Ampliou seus horizontes, diminuiu seus preconceitos.

Teve a oportunidade de entender e de elaborar um pouco mais a perda do irmão e as outras perdas também.

Valoriza sua imagem corporal, aceita-se, acha-se atraente. Póde chegar perto da sua sexualidade, isto porque também teve contato com suas emoções. Percebe melhor seu estado de saúde. Melhorou sua ansiedade e sua agressividade.

1.10. ZULEIDE

1.10.1. HISTÓRIA DE VIDA

Zuleide 39 anos, viúva, mora em um bairro de Campinas. Tem 5 filhos, a mais velha com 21 anos (casada), a segunda com 19, o terceiro com 14, o quarto com 11 e o quinto com 10. Sua profissão é servente de limpeza, mas, não está trabalhando; é Evangélica mas não praticante. Quanto a sua escolaridade, Zuleide tem o 1º grau incompleto.

O marido de Zuleide morreu há 8 anos, de parada cardíaca. Vivia com seu companheiro de 43 anos, cuja profissão era a de pedreiro.

Da sua família de origem, tem só o pai, sua mãe já faleceu. É a 4ª filha de uma família de 6 irmãos (o primeiro falecido).

Não sabia informações sobre a gestação de sua mãe, disse que ela nunca comentou; seu parto foi normal. Não teve problemas de desenvolvimento.

Quanto a sua alimentação, Zuleide não soube dizer se foi ou não amamentada; não teve dificuldade com nenhum alimento na sua infância, embora sempre tivesse tido preferência pelos salgados. Lembra-se de que havia um rodízio na cozinha, uma semana uma irmã cozinhava e a outra limpava a casa, na outra semana, elas trocavam; a mãe cuidava da roupa. Tinha horário rígido para comer e enquanto a comida não era colocada na mesa ninguém mexia.

Zuleide conta que, numa certa ocasião, ela queria uma jaboticaba antes do almoço, a mãe não a deixou comer e ela desmaiou na hora. Hoje ela faz o contrário com os filhos, não os deixa passar vontade: quando eles pedem alguma comida dá na hora porque tem medo que eles desmaiem.

Quanto as funções uro-gastro-intestinais, Zuleide não se lembra de ter tido problemas de intestino na infância. Sua evacuação atualmente é normal e também não tem problemas de micção.

Teve as doenças normais da infância e nunca precisou ser hospitalizada.

Sobre a sua vida escolar, relata que apesar de gostar de estudar, seu pai dizia que mulher tinha é que cuidar de casa, por isso, acabou tendo que parar os estudos.

Com relação aos dados da obesidade, Zuleide engordou depois que teve os filhos. Quando criança, era magra. Ela veio espontaneamente para a dieta; ficou interessada porque já havia feito vários regimes com medicamentos, mas depois engordava o dobro.

Tem na sua família, antecedentes de obesidade: a mãe, que tinha também problemas de diabete e hipertensão; as irmãs e o filho de 11 anos.

Zuleide foi bem objetiva na entrevista, falou pouco, não expressou nenhum sentimento e teve uma atitude de quem estava se sentindo ameaçada.

1.10.2. EVOLUÇÃO DO CASO

Zuleide falava pouco no grupo, mas quando se colocava era de uma forma objetiva e decidida.

Era uma mulher bastante independente; ela não abre mão do seu espaço. Gosta muito de sair, principalmente, de ir a bailes.

Esta sua maneira de viver refletia-se também nas suas formas de relacionamento e na maneira como educava os filhos, sempre pensando na independência deles.

O fato de o marido ter falecido e de ela ter educado os filhos sozinha, parece ter-lhe estimulado esta sua característica. Como ela dizia, não podia contar com ninguém, só com ela mesma, por isso, soube valorizar o seu espaço.

Falava sempre do seu marido, mas de uma forma terna; dizia que teve uma relação feliz com ele, que além de ser um companheiro, tinha-lhe possibilitado fazer tudo de que gostava. Sexualmente, conheceram o prazer juntos, por isso, não tinha tido problemas, nesse nível, com ele.

Já tinha tido outros namorados e, atualmente, morava com seu parceiro, em sua casa, porque assim, se não desse certo ela rompia no momento que quizesse. Nesta relação nenhum dos dois dominava e tinha sido assim com seu marido também.

Nas vivências, Zuleide não apresentou dificuldades e conseguiu incorporar o relaxamento no seu dia-a-dia.

Nos encontros nunca trouxe problemas seus para serem discutidos, mas sempre dava opiniões sensatas para os problemas das outras mulheres. Somente fez um comentário, num dos encontros, de que não aceitava a sua idade, e estava muito ansiosa porque ia fazer 40 anos. Quando os netos nasceram, queria que a chamassem de tia, mas quando os carrega no colo fala sem querer: "Vem com a vovó!"

Não aceitava o seu peso e não se pesava na frente dos filhos, porque a cobrança, para que emagrecesse era grande.

1.10.3. ENCONTRO DE AVALIAÇÃO

Quanto à avaliação do ENCOR, Zuleide disse que o seu objetivo era o de emagrecer, pois não tinha um problema a ser resolvido, "meu problema é a gordura". Ela gostava de vir aos encontros porque dizia que se desligava, ouvia o caso das outras pessoas e podia até ajudá-las. Ela achava que o programa a ajudara na manutenção do peso, já que esta era uma das suas maiores dificuldades nos regimes que fazia com medicamento. A sua meta era chegar ao peso que considerava ideal.

As mulheres do grupo a viam como uma pessoa positiva e definida, que encarava a vida com naturalidade.

É, a gente aprende com a vida, que nem eu tô viúva faz 8 anos, então eu tenho que saber o que eu quero, né. Porque não é só eu, tem eu e meus filhos em volta de mim, que precisava de mim, né.

1.10.4. ROTEIRO PARA AUTO - AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Zuleide estava razoavelmente satisfeita com sua saúde, embora houvesse suspeitas de problemas, através de suas queixas.

Considerou o ENCOR como uma psicoterapia (num dos nossos encontros ela disse que a coisa mais importante para ela era participar das reuniões).

Quanto a sua percepção das queixas relacionadas a problemas de saúde, ela relatou dores na coluna e problemas no coração, desaparecendo no 2º Roteiro, mas se nos remetermos ao gráfico de sintomas a dor na coluna continua aparecendo.

Com relação a sua menstruação, verificamos que ela não apresentou problemas, embora a sua menarca tenha sido acompanhada de medo e muita dor. Sua menstruação era regular, e, durante ela, Zuleide, modificava seus hábitos diários, como não lavar a cabeça, por exemplo; apresentou desejo sexual depois do período menstrual.

Não declarou queixas do período em que dorme, levantava-se bem disposta. Acrescentou, no 2º Roteiro, o fato de demorar para adormecer, entretanto, pelo conjunto de sintomas, parece ser algo mais circunstancial. Antes, ela raramente lembrava-se dos sonhos e não utilizava seu conteúdo para nenhum fim. No 2º Roteiro, ela declarou que se lembrava deles, de vez em quando, e já os utilizava para o auto-conhecimento.

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, percebemos que ela apontou outros tipos de bebida no 2º Roteiro, talvez porque tenha tido mais liberdade para se colocar.

Com relação ao uso de medicamentos, percebemos que Zuleide tomou, no passado, anticoncepcionais e remédios para emagrecer. Um detalhe: ela apenas citou que toma anticoncepcional, no presente, no 2º Roteiro.

Quanto aos sinais de distúrbios neurovegetativos, observamos, que no 2º Roteiro, continuaram aparecendo como queixas a transpiração, o tremor das mãos e a angústia; desapareceu "corar com facilidade" e apareceu como uma queixa nova, a umidade dos pés e mãos. Estas queixas estavam indicando um certo desequilíbrio do Sistema Nervoso Autônomo.

Sobre atividade física, embora continuasse atribuindo uma importância fundamental, parara de caminhar.

Quanto a sua aparência, achava-se levemente atraente e bonita e continuou com esta opinião no 2º Roteiro. Quanto ao peso, ela continuou se percebendo como tendendo para o gordo e esta resposta estava coerente com o peso que tinha.

Ela se mostrou como uma pessoa vaidosa, cuidando da sua aparência através de cosméticos e adornos, o que significa que se preocupava com a auto-imagem.

Continuou apresentando o desejo de fazer uma cirurgia plástica no abdômen.

Com relação à área da sexualidade, atribuiu-lhe uma importância "decisiva" na sua vida, enquanto que, no 2º Roteiro, considerou de "muita importância". Ela tem uma vida sexual regular; quanto a sua percepção sobre o orgasmo, apareceram algumas contradições

nos dois Roteiros: ao mesmo tempo que indicou ocorrer raramente, relatou que ocorre quase sempre. Parece que se expôs mais no 1º Roteiro. Durante os encontros, porém, ela não revelou problemas nesta área, o que nos levou a deduzir que talvez não tenha entendido a questão.

Quanto ao olhar, observamos que, embora Zuleide reconheça sua importância, tem uma certa dificuldade: ela omite, nos dois Roteiros, a resposta à pergunta "em que situação não gosta de que a vejam"; ela se sente envergonhada quando os homens a observam e evita o olhar quando está conversando. Este canal de comunicação está um pouco fechado.

Interessante sua mudança de percepção com relação ao choro. Ela havia respondido que não tinha vontade de chorar e, no 2º Roteiro, que tinha vontade de chorar, mas não conseguia. Isto mostra mais uma vez um certo "fechamento", revela também uma contenção das emoções.

Quanto à questões sobre os hábitos de relacionamento, pareceu-nos que ela não entendeu as questões, pois as respostas estavam incoerentes. Ela também apagou, no 2º Roteiro, um comentário sobre o toque, na intimidade, talvez por não querer se expor, ou por receio de estar errando.

Com relação ao grau de satisfação com o tamanho atual das partes do corpo, de uma maneira geral, estava satisfeita, menos com seu peso.

O gráfico de sintomas mostrou a coluna como um local de dor; esta atitude estava coerente com as queixas que relatara anteriormente, e que não desapareceram no 2º Roteiro. Esta dor poderia estar relacionada ao sobrepeso e ao comprometimento do anel diafragmático.

No gráfico de apreciação do corpo, continuou apontando a região do abdômen como local que não aprecia.

1.10.5. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO (IDATE)

1ª APLICAÇÃO - Estado - 49 Traço - 47

2ª APLICAÇÃO - Estado - 32 Traço - 32

Os resultados indicam que, na 1ª aplicação, Zuleide estava com um grau mais elevado de ansiedade do que na 2ª, que diminuiu tanto com relação ao Estado, como com relação ao Traço.

1.10.6. ENCONTROS DE ACOMPANHAMENTO

Nestes encontros, o que mais veio à tona foram os problemas de saúde de Zuleide, pois disse que sua pressão havia subido demais neste período. Nós observamos, através do Roteiro A.I.C., que tinha uma série de problemas, mas que até o momento, nunca havia apresentado estas queixas.

Três queixas apareceram como graves: tinha hipertensão desde o nascimento de seu último filho, há 13 anos atrás, mas nunca se cuidou; tinha um problema também de disritmia no coração que fora diagnosticado há, aproximadamente, 4 anos; tomava pilula há 13 anos, sem acompanhamento médico. Por estes motivos, foi aconselhada a procurar imediatamente um médico.

No último encontro, Zuleide já havia consultado um médico e estava em tratamento. Os exames acusaram "gota" e ácido úrico. Também começou a tomar medicamentos para a hipertensão. O único médico que não havia consultado ainda era um ginecologista, alegando que já estava indo a muitos médicos (mas esqueceu de falar que tomava pílula).

Durante a vivência do último encontro, todos perceberam a umidade das suas mãos, situação que provocou nossa explicação sobre as manifestações do Sistema Nervoso Autônomo.

1.10.7. EVOLUÇÃO DO PESO

Zuleide iniciou a dieta pesando 84,600 kg e seu último peso foi de 81,200 kg, sendo que a perda foi de 3,400 kg. Seu I.M.C. passou para 34,6, continuando na classificação de OBESA.

1.10.8. SÍNTESE

Zuleide não apresentou nenhum problema que fosse significativo na sua infância, apenas chamou-nos a atenção o fato de não saber referenciais importantes: se foi ou não

amentada ou como foi sua gestação. Sua família, mantinha na educação dos filhos, uma disciplina rigorosa, todos eles tinham funções determinadas, a rotina era controlada. Entretanto, não percebemos uma afetividade quando se referiu à infância, pais, irmãos, etc.

Sua característica mais marcante era a independência, o que a diferenciava no grupo; em várias situações mostrou que preservava o seu espaço, conservava a sua liberdade; talvez, por isso, tivesse uma auto-estima tão boa.

A sexualidade de Zuleide parecia estar preservada, era uma pessoa vitalizada, ia a bailes, tinha namorados e uma vida sexual ativa.

Apesar da pouca cultura, Zuleide era uma pessoa que tinha visão das coisas. Na educação dos filhos, seguia uma linha liberal. Ela não educava com repressão, e nem reproduzia os estereótipos de papéis sexuais; também não aceitava a dominação dos homens, achava que tinha os mesmos direitos (princípio que não era muito colocado em prática pelas outras mulheres do grupo).

Tudo indicava que Zuleide tinha uma imagem corporal positiva: ela se arrumava, se enfeitava, se achava levemente atraente e estava satisfeita com o corpo que tinha (se não fosse a gordura).

O que mais preocupava, no seu caso, eram os problemas de saúde que estavam camuflados durante o programa. Ela sempre dizia que estava se sentindo bem, somente depois dos encontros terem terminado é que Zuleide se expôs, mesmo assim porque a estimulamos. Provavelmente a duração do ENCOR não tenha sido suficiente para que ela se "abrisse", pois foi num período maior, o dos acompanhamentos que ela se posicionou um pouco mais.

Nos perguntamos se esta negação não seria uma forma de não ter que assumir estes problemas para não mudar seu estilo de vida.

Há outras condições que ela também parece não aceitar: a idade, o fato de ser avó, o peso. Quem estava preocupada apenas em emagrecer, estaria fazendo uma atividade física, não tomava bebida alcoólica e podia ter perdido mais peso. Talvez perder o peso implique algumas privações que ela não esteja com disposição de fazer.

Os desequilíbrios ligados ao Sistema Nervoso Autônomo, a dificuldade relacionada ao olhar e a contenção do choro podem revelar um certo "endurecimento", que

talvez tivesse se desenvolvido em função do falecimento do marido, quando teve que assumir mais responsabilidades. Foi como se seu corpo dissesse: "Você não pode amolecer, seus filhos precisam de você". Possivelmente, uma das regiões que esteja sendo mais atingida por este endurecimento seja o anel diafragmático. O anel peitoral também vem sendo atingido, pois relatou problemas cardíacos.

2. ANALISE DO MATERIAL DO GRUPO

2.1. A DINÂMICA DOS ENCONTROS

Na escolha dos sujeitos, ou seja, no encontro no qual foi realizado o convite para a participação do programa, observamos que as pessoas ficaram muito entusiasmadas e quiseram fazer a inscrição imediatamente. Das 25 pessoas presentes, inscreveram-se para o grupo 14, para 12 vagas.

Quanto a **Anamnese**, foram realizadas 12 entrevistas, com um tempo variando de 1 hora a 1 hora e meia cada uma. Durante esta etapa, já foi possível ter uma idéia de alguns aspectos de cada pessoa, principalmente daquelas que se expressaram mais facilmente. Foi uma etapa fundamental para estabelecermos um vínculo. Voltaram para os encontros 11 pessoas, havendo uma desistência após alguns encontros.

No **1º Encontro** as atitudes relatadas por algumas pessoas eram comuns: não conseguiam chorar ou porque achavam que era um sinal de fraqueza ou por sentirem um bloqueio que as impedia de se manifestarem. Sentiam, muitas vezes, o corpo sem mobilidade, como se estivesse travado. Nós explicamos, então, o efeito, no nosso corpo, dos bloqueios, através das couraças.

Quanto à aplicação dos instrumentos previstos, observamos dificuldades com relação ao entendimento de algumas palavras do Roteiro A.I.C., que foram esclarecidas assim que surgiram. Já quanto ao IDATE, as dificuldades estavam relacionadas com a distribuição dos números e frases, que deveriam ser entendidas concomitantemente, criando uma certa confusão, a qual também foi esclarecida por nós.

No **2º Encontro**, as questões apresentadas, suscitaram respostas ricas no grupo, possibilitando momentos de muita interação. As mulheres começaram a dar opiniões sobre o

relato de cada companheira. Surgiram respostas como: "Eu tenho fome de carinho, de contato físico"; "É como se eu quisesse engolir o mundo". Eu tenho fome de trabalho, gostaria de trabalhar"; "Eu tenho fome de espaço, eu queria mudar do lugar que eu moro..." O assunto acabou mobilizando lembranças da infância que foram associadas a atitudes presentes.

Neste encontro, realizamos também, pela primeira vez, a vivência (citada no 2º encontro do procedimento) e notamos reações diversas: algumas pessoas pareceram ter conseguido vivenciar o exercício, outras, numa forma de defesa contra a possibilidade de contato interior riam ou beliscavam a pessoa que estava ao lado. Algumas pessoas choraram, o que pode indicar que a vivência tenha trazido, à tona, alguma emoção contida.

No 3º Encontro, próximo a um feriado prolongado de Páscoa, pareceu-nos haver um certo desânimo no cumprimento da dieta. Algumas mulheres comentaram que tinham engordado e estavam fazendo planos de como perder peso, pois, na semana posterior, ao nosso encontro, iam ter outro retorno com a enfermeira (responsável pelo acompanhamento do peso e da dieta). Este procedimento as motivava a seguir o regime. Elas já começavam a ter consciência de porque comiam e de que não deveriam ficar com culpa por isso.

Entre os assuntos apresentados por elas, neste encontro, destacamos uma discussão entre as diferenças da vida de casada com as da vida de solteira. Percebemos que a vida delas havia mudado bastante em função do casamento, embora tivéssemos discutido que elas poderiam modificar esta situação positivamente.

A atividade de dramatização, realizada neste encontro, mobilizou um maior entrosamento e liberou a afetividade dentro do grupo. Observamos também que alguns elementos soltaram-se mais através das representações.

Depois das representações, houve um comentário de uma das pessoas (Vilma) sobre como tinha sido mais fácil para o grupo representar sentimentos negativos (tristeza) do que positivos (prazer). Isto pode ter sido por causa da própria dificuldade das pessoas em vivenciarem sensações ligadas ao prazer, à alegria, em síntese, à expansão. Tal dificuldade talvez seja fruto dos bloqueios, durante anos, das emoções.

No **4º Encontro**, a experiência do relaxamento conseguiu mobilizar, mais uma vez, os bloqueios corporais de cada pessoa do grupo. Algumas estavam fazendo o relaxamento pela primeira vez.

Os comentários sobre atividades físicas demonstraram que apenas três pessoas do grupo já haviam ido a uma academia de ginástica, mas precisaram parar por vários motivos: sentiam-se discriminadas pelo excesso de peso; não podiam mais pagar; tinham que cuidar dos filhos. As outras falaram que nunca haviam ido porque não podiam pagar ou porque não tinham uma academia no seu bairro.

Elas desconheciam a importância do movimento para auxiliar na circulação do fluxo energético. Percebiam-no apenas como um benefício estético. Por isso a nossa preocupação em informá-las de que um organismo que se movimenta está estimulando a respiração, a circulação, processos vitais. O contrário ocorre com a pessoa que não exerce nenhuma atividade e que cada vez mais perde o contato com o seu corpo.

À partir desse encontro, notamos que várias pessoas adotaram o relaxamento no seu dia-a-dia. Das 10 pessoas do grupo, 4 praticaram-no todos os dias e se sentiram muito bem, o restante disse não ter tido tempo, não ter tido oportunidade.

A partir do **5º Encontro** até o **8º**, trabalhamos com as respostas do Questionário Exercícios de auto-conhecimento. Este instrumento mostrou-se extremamente útil para estimular as discussões e auxiliar no resgate da identidade dessas mulheres. Por isso, sua importância superou o próprio conteúdo das respostas (que poderão ser conhecidas ao longo da análise).

Falaremos, agora, sobre a dinâmica desses encontros. Durante o **5º Encontro**, resgatando o conteúdo da própria fala do grupo, começamos a perguntar se costumavam sair de casa ou não. Elas disseram que, depois que iniciaram o ENCOR, começaram a sair mais de casa.

Deste assunto, surgiu a conversa sobre as suas vizinhanças e as histórias que apareceram foram sobre as relações afetivas fora do convencional, por exemplo, um homem que vive com duas mulheres, a filha que mantém relação com o pai, os casais homossexuais; embora elas estivessem buscando um parâmetro de normalidade, baseado na reação do grupo diante destes casos, puderam ver que este padrão era muito difícil de ser alcançado.

O mais importante destas conversas foram as elaborações pelas mulheres de suas representações, e conseqüente exposição das mesmas, obtendo, elas, nesse processo, outras informações.

Durante o **6º Encontro** houve um problema de greve de ônibus na cidade e foi interessante como o grupo reagiu a isso. Elas arrumaram formas alternativas para comparecer ao encontro; arriscaram a vir, mesmo não sabendo como iriam voltar. Entendemos que esta situação demonstra a importância que estavam atribuindo ao programa.

Continuamos a discutir as respostas do Questionário e dentre os assuntos que surgiram, uma das pessoas (Iara) perguntou o que exatamente queria dizer obesidade. Com sua indagação, percebemos que nem todas as pessoas tinham este conceito claro e que desconheciam informações básicas a este respeito.

Neste encontro começaram aparecer sinais evidentes de mudança nas pessoas em termos de atitude. Foi também a partir desse encontro que a problemática de cada um ficou mais clara para nós; elas também tinham mais segurança em se expor, pois o "terreno" já era conhecido.

No **7º encontro**, foi preciso esclarecer o procedimento de coordenação dos encontros, porque uma pessoa do grupo ofendeu-se quando interrompemos a sua fala. Isto demonstrou que a metodologia adotada para a direção dos encontros interferia na forma como as pessoas lidavam com seus limites internos e que refletia nas relações. Por exemplo, nem todas suportavam dividir o tempo com as outras, ou mesmo ouvir o outro.

Durante a vivência deste encontro, percebíamos as tensões musculares localizadas em certas regiões do corpo, quando mobilizávamos determinados músculos do corpo.

Estas tensões indicava-nos os bloqueios, manifestados pela dificuldade em realizarem um movimento harmônico ou pela necessidade de arrumarem meios de não realizarem o movimento, por exemplo, dando risadas, dizendo que não conseguiam fazê-lo, etc.

No **8º encontro**, lemos a carta escrita por Iara, cujo conteúdo era, basicamente, sobre um conflito ligado à questão racial. Foi importante termos discutido sobre o assunto, porque a situação tornou-se mais natural e Iara foi aceita pelo grupo. Além disso, falar da cor da pele é falar da imagem corporal.

Outro tema debatido neste encontro foi o da infidelidade, suscitado pela traição que Andrea estava vivenciando com o marido. Pudemos verificar que outras pessoas do grupo já haviam passado por essa experiência, mas sempre era uma traição do marido (houve apenas uma pessoa do grupo que mantinha relações extra-conjugais eventuais, o que foi relatado no Roteiro A.I.C., mas não foi exposto para o grupo).

Neste encontro, chamou-nos a atenção uma atitude que já estava ficando constante: algumas pessoas pediam para serem pesadas, pois na sala havia uma balança. Como havíamos determinado que só as pesariamos uma vez por mês, recusávamo-nos a pesá-las e explicávamos a elas que esta atitude só aumentaria a ansiedade; entretanto, não as impedíamos de fazê-lo.

Quanto ao tema tratado no 9º e no 10º Encontro - **SEXUALIDADE** - tivemos confissões muito importantes de algumas mulheres, principalmente daquelas que não tinham prazer. O contrário também ocorreu, ou seja, tivemos o depoimento de mulheres que julgavam ter muita necessidade sexual e se assustavam com isso. Houve casos também em que elas sentiram que o emagrecimento estava levando a um aumento do desejo sexual e isso as assustava, porque associavam sensualidade à promiscuidade.

Para a maior parte delas, a gordura não atrapalhava o relacionamento com o parceiro, o que atrapalhava eram os bloqueios que já existiam. Elas também diziam que seus maridos não reclamavam dos seus corpos, do fato de estarem gordas.

O grau de informação de algumas mulheres, sobre este tema, era sofrível. Elas desconheciam aspectos da anatomia e fisiologia do aparelho genital. As que não tinham prazer, acreditavam que devia ser natural. A masturbação não era conhecida por algumas mulheres do grupo. Desconheciam o papel do orgasmo enquanto fonte de descarga do fluxo energético, e a sua relação com o funcionamento equilibrado do corpo como um todo.

Foi interessante também, o caso de uma das mulheres (Lia) que era virgem, com 68 anos. Ela nunca havia faltado aos encontros, justamente no dia em que continuaríamos a discutir sobre o tema Sexualidade, ela não compareceu e nos disse que havia se esquecido completamente.

Outro assunto discutido foi o dos papéis sexuais. As mulheres tinham a representação estereotipada de que o homem é que deveria tomar a iniciativa e dominar a

relação. No entanto, havia mulheres que tinham uma relação de igualdade com seus parceiros e isto ajudou as outras a perceberem que os papéis não eram estáticos como pensavam.

Do 11º Encontro resultou um conteúdo denso de informações, transcrito após gravação. Fizemos uma análise deste material, separando a fala de cada pessoa e a situando, no caso, como um todo, como pode ser visto na Análise Individual dos Resultados. Através deste conteúdo, pudemos ter um prognóstico da condição de cada pessoa e definir a direção que tomaríamos daquele momento em diante.

Com relação aos *Acompanhamentos*, ocorreram situações muito importantes no grupo. Estes encontros foram indispensáveis para o entendimento do movimento destas pessoas. Observamos que durante este período, algumas delas retornaram a padrões antigos de comportamento, por outro lado, seus traços de caráter tornaram-se mais evidentes. A preocupação com a dieta também havia diminuído. Alguns conteúdos, que não apareceram durante o ENCOR (2ª etapa), apareceram neste período, merecendo, alguns deles, um maior aprofundamento.

Com relação à dieta, depois deste período de três meses, das nove pessoas que freqüentaram os acompanhamentos, três engordaram, ou seja, 27%. Fazendo uma análise junto com essas pessoas, percebíamos uma certa frustração, pois diziam que relaxaram um pouco na dieta, mas que tinham retomado há algumas semanas, inclusive as atividades físicas, por isso, não esperavam que tivessem engordado. Por outro lado, percebíamos que o mecanismo de auto-regulação de cada uma estava entrando em ação, ou seja, elas mesmas reconheciam o que estava acontecendo e, embora saíssem da rotina da dieta, conseguiam voltar.

Ainda na análise do peso, percebemos que a primeira reação da maioria das mulheres quando constatavam que não tinham emagrecido ou que não tinham emagrecido tanto quanto esperavam, era falar: "Eu não emagreci", ao invés de mudar a forma desta resposta para: "Eu não engordei". Diante das dificuldades do emagrecimento, surgiram propostas milagrosas do grupo, que depois de uma reflexão sobre a legitimidade delas, logo eram descartadas. Ivete chegou a trazer, para vender, brincos de pressão "acumpressão" cujo objetivo era o emagrecimento (sic!), ou seja, dizia-se que era uma espécie de acupuntura auricular pressionando um ponto da orelha relacionado ao controle do peso. Algumas

compraram, o que demonstra que apesar de saberem que era um método cuja eficácia era duvidosa, parece haver uma espécie de tentação em adotar qualquer método que forneça a esperança do emagrecimento.

Observamos que as pessoas que tiveram dificuldade nas vivências anteriores, soltavam-se mais durante aquelas que sugeriam o toque, embora com uma certa vergonha de estar tocando o outro; o fato de serem todas mulheres mobilizava um certo preconceito. A vivência possibilitou várias associações e foi uma forma de se conhecerem mais: elas tentavam discriminar a mão mais macia, a pele mais gostosa, as sensações de tensão do outro e assim por diante. Sentiam-se bastante relaxadas no final e diziam: "Agora vamos pesar? Acho que eu emagreci uns 10 kg."

Devido à metodologia desta etapa ser mais livre, sem um planejamento rígido, algumas situações inesperadas ocorreram, que mostraram um certo retorno pelo nosso trabalho: em um destes encontros, nos foi entregue, uma placa de placa, pelos componentes do grupo, com a intenção de que nunca mais nos esquecêssemos deles. Na placa estava gravada uma mensagem e o nome de todos. Outro presente oferecido, numa ocasião posterior, foi um bolo feito por Norma, em comum acordo com os outros elementos do grupo, para comemorar o meu aniversário. O conteúdo gravado na placa era:

Silvia Marina Anaruma. Viva a cada dia de hoje com muita fé, paz, alegria, amor, carinho, ternura, harmonia, satisfação, coragem, prosperidade, porque para você viver amanhã, precisará viver hoje Ada, Iara, Ivete, Lia, Andréia, Norma, Nilva, Sara, Vilma, Zuleide.

Mais importante do que o presente em si, foi o processo que ocorreu para que esta atividade tivesse sido concretizada: elas tiveram que se relacionar, planejar, tomar decisões, dividir, enfim, envolverem-se num relação em grupo, o que, a nosso ver, foi um exercício muito importante naquele momento.

Um dos temas importantes que surgiram foi o dos estereótipos e papéis sexuais. Mais uma vez, observamos que estas pessoas tiveram muita dificuldade em diferenciar o papel da mulher do homem e em conceituar o feminino. Elas limitavam o papel da mulher a cuidar da casa e dos filhos.

Voltamos a falar sobre questões ligadas à sexualidade. As mulheres tiveram interesse em obter informações sobre a potência sexual e métodos anticoncepcionais, como a laqueadura.

Todas disseram que se sentiam bem melhores, do que no começo do trabalho e que este período de acompanhamento serviu para auxiliá-las nas mudanças que vinham ocorrendo. Essas mudanças foram, principalmente do estado de ansiedade (confirmadas pelo IDATE), da aceitação da imagem corporal e do cumprimento da dieta. Também percebemos que elas estavam tendo um cuidado maior com relação à saúde. Colaborou para isso, o fato de, neste período, termos reservado maior atenção a estes aspectos. Algumas delas, mais comprometidas, foram encaminhadas a especialistas e iniciaram alguns tratamentos.

2.2. INTERPRETAÇÃO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO PARA O AUTO-CONHECIMENTO¹²

1. Emagrecer significa para mim

ADA - mais saúde e ser elegante
IVETE - alegria e saúde
IARA - tudo
LIA - saúde
ANDRÉIA - ficar bonita e mim sentir bem
NORMA - beleza, disposição e saúde
NILVA - quase tudo
SARA - ficar mais leve, com mais agilidade, mais bonita
VILMA - estar de bem comigo mesma
ZULEIDE - uma boa idéia

As respostas mostraram que o emagrecimento, além de estar relacionado com a saúde, ou seja, ao aspecto físico, também foi reconhecido como bem estar geral.

2. Eu era.....Eu sou.....

ADA - chata / melhor

¹² O texto das mulheres foi transcrito tal como elas o escreveram, por isso, algumas respostas podem apresentar uma certa incoerência ou por não terem entendido ou por não saberem se expressar corretamente.

IVETE - alegre / triste
LIA - chata / muito ativa
ANDRÉIA - magra / gorda
NILVA - revoltada / razoável
SARA - rígida, dura / mais maleável, mais leve, mais ágil
VILMA - muito gorda / eu sou um pouco mais magra
ZULEIDE - magra / eu sou mais ou menos

As respostas nos indicaram que as pessoas falam de mudanças de características mais negativas do que positivas; quatro pessoas mudaram de características positivas para negativas e uma pessoa não mostrou mudança. Quatro pessoas abordaram a questão da gordura, como se já a tivessem incorporado como um traço seu.

3. Eu tentei.....mas.....

ADA - emagrecer / não consigo
IVETE - ser feliz / fracassei
IARA - regimes / não consegui volta tudo
LIA - e consegui / estou muito contente
ANDRÉIA - parar com o café / não consegui
NORMA - emagrecer / engordava de novo
NILVA - mudar / estou conseguindo
SARA - fazer outros regimes / depois volta tudo bem rápido
VILMA - fazer o regime / por indisciplina não consegui
ZULEIDE - mas não consegui / agora estou conseguindo

Seis pessoas falaram explicitamente sobre o emagrecimento, demonstrando as dificuldades deste processo. Quatro pessoas falaram de tentativas que foram bem sucedidas, quer relacionadas ao regime, quer a outras situações.

4. O que eu quero para mim é.....

ADA - ser feliz
IVETE - trabalho
IARA - melhorar tudo dentro e fora
LIA - tranquilidade
ANDRÉIA - ser feliz, realizada e independente
NORMA - um corpo sadio e mente sadia
NILVA - o de melhor
SARA - ser mais amável, menos nervosa
VILMA - ser feliz

ZULEIDE - fazer o que é bom para mim

Observamos respostas generalizadas, como por exemplo, ser feliz, o de melhor, respostas concretas: trabalho, mais amável. Mas todas indicaram suas expectativas de mudança.

5. Tenho que comer quando.....

ADA - posso

IVETE - sinto fome

IARA - sentir fome

LIA - sinto fome

ANDRÉIA - sinto fome, medo e angústia

NORMA - chegar a hora certa

NILVA - tenho fome

SARA - almoço e janta porque saco vazio não para de pé

VILMA - tiver fome

ZULEIDE - estou com fome

As respostas mostraram a influência da orientação relativa às sensações ligadas à fome (2º Encontro) e demonstraram que assimilaram este conhecimento: sete pessoas responderam que devem comer quando têm fome. Andréia demonstrou que já tem consciência de que come por outras necessidades: " Tenho que comer quando sinto fome, medo e angústia".

6. No futuro eu.....

ADA - serei magra e tranqüila

IVETE - quero ser magra

IARA - quero estar educada quanto ao comer

LIA - quero ser magra

ANDRÉIA - quero ser diferente

NORMA - serei uma pessoa norma

INILVA - comia porque gostava de comer

SARA - pretendo ficar bem comigo mesma

VILMA - terei mais disciplina

ZULEIDE - vou conseguir o que sempre desejei

Nestas respostas, 4 pessoas atribuíram importância ao processo de emagrecimento. As outras pessoas falaram um pouco dos seus descontentamentos pessoais.

7. Meu corpo é.....

ADA - gordinho
IVETE - feio
IARA - importante para mim
LIA - bom
ANDRÉIA - enorme, mais não me sinto pesada
NORMA - feio
NILVA - razoável
ISARA - gordo com gorduras localizadas e duro
VILMA - um templo que deve ser cuidado
ZULEIDE - bom

As respostas indicaram que quando se fala em corpo, algumas pessoas (três) logo a associaram ao peso. Duas pessoas atribuíram literalmente um valor negativo ao corpo. Quatro pessoas atribuíram valores positivos. Elas estão falando sobre sua imagem corporal.

8. A parte mais tensa do meu corpo é.....

ADA - as costas
IVETE - na coluna
IARA - minha cabeça
LIA - peito
ANDRÉIA - a testa
NORMA - o maxilar
NILVA - ombros
SARA - a nuca
VILMA - o pescoço
ZULEIDE - meu peito

As tensões estão localizadas em algumas partes específicas do corpo: duas pessoas apontam as costas; três, a cabeça; duas, o pescoço; duas, o peito e uma pessoa, o ombro (estas respostas apareceram em outros momentos do trabalho).

9. Para não ficar com raiva eu.....

ADA - canto
IVETE - procuro não ouvir conversa
IARA - choro
LIA - vou caminhar
ANDRÉIA - procuro esquecer

NORMA - penso e relaxo
NILVA - converso, saio
SARA - xingo bastante e desabafo
VILMA - vou andar
ZULEIDE - converso

As pessoas parecem que elaboram a raiva fugindo dela (quatro pessoas): canto, caminho, saio; ou vivenciando-a (cinco pessoas): converso, xingo, choro.

10. A parte do meu corpo de que eu mais gosto é.....

ADA - as pernas
IVETE - rosto
IARA - meu coração
LIA - peito
ANDRÉIA - o rosto
NORMA - meu rosto
NILVA - o rosto
SARA - no momento não estou gostando de nada
VILMA - minhas mãos
ZULEIDE - meu rosto

Metade do grupo, ou seja, cinco mulheres, tiveram preferência pelo rosto. Não é a primeira vez que vemos esta opinião; ela se relaciona com as dificuldades delas "olharem" o corpo que está gordo. Apareceu esta dificuldade de outras formas, nas respostas: gostar do coração, das mãos.

11. A parte do meu corpo de que eu menos gosto é.....

ADA - meus quadris
IVETE - nádega
IARA - o busto e o nariz
LIA - barriga
ANDRÉIA - barriga, busto e quadris
NORMA - a barriga
NILVA - o bumbum
SARA - todo
VILMA - as pernas
ZULEIDE - minha barriga

Já quando falamos de aspectos negativos, as pessoas passaram a nomear mais as partes. As mais citadas foram: os quadris e nádegas (quatro pessoas); o abdômen (quatro pessoas); o busto (duas pessoas); o nariz (uma pessoa) e as pernas (uma pessoa).

Sara, mais uma vez, confirma sua insatisfação com o corpo como um todo. Estas insatisfações também apareceram em outros momentos do trabalho.

12. Eu tenho medo de

ADA - altura

IVETE - morrer sem ter Deus

IARA - não conseguir emagrecer

LIA - ficar doente

ANDRÉIA - solidão, e não conseguir o que eu desejo

NORMA - engordar mais

NILVA - morrer

SARA - ficar assim para sempre, não conseguir voltar

VILMA - ficar doente

ZULEIDE - não chegar o peso que eu quero

O medo também está relacionado ao peso: quatro mulheres tem medo de não emagrecer ou de ficarem mais gordas. As outras respostas estão associadas ao medo da morte, da doença e da solidão.

13. Prazer para mim é.....

ADA - ficar com a minha família

IVETE - felicidade

IARA - comer

LIA - viajar

ANDRÉIA - ouvir música, dançar, cantar, estar feliz

NORMA - estar de bem comigo mesmo

NILVA - alegria

SARA - quando a família está tudo bem e certa

VILMA - estar consciente de mim mesma

ZULEIDE - conversar com os amigos

A maioria das respostas indicam que o prazer é voltado para fora do corpo. A única resposta que envolve uma sensação mais corporal é "comer".

14. A coisa mais importante para mim é.....

ADA - minha família

IVETE - ir para Minas Gerais

IARA - minha saúde

LIA - amizade

ANDRÉIA - os meus filhos

NORMA - ser feliz

NILVA - a vida

SARA - quando meus filhos e o resto da minha família está tudo bem

VILMA - minha família

ZULEIDE - participar destas reuniões

Percebemos o grau de importância da família na vida de quatro mulheres. As outras respostas foram variadas, algumas subjetivas. Uma resposta demonstra a importância do ENCOR.

15. O que falta para mim é.....

ADA - ser menos tímida

IVETE - dinheiro

IARA - mais fé para alcançar o emagrecimento, fé em mim mesmo

LIA - de ordem financeira

ANDRÉIA - atenção com quem falar e alguém para ouvir

NORMA - emagrecer mais

NILVA - felicidade

SARA - a responsabilidade do meu marido, quando ele acordar para a vida e resolver tomar alguma atitude e repartir as dificuldades comigo

VILMA - soltar toda criatividade que tenho dentro de mim

ZULEIDE - chegar no meu peso normal

Apareceram mais uma vez, respostas ligadas ao peso (três pessoas), a fatores externos: dinheiro, marido, alguém para conversar (quatro pessoas) ou a características individuais: timidez, soltar a criatividade (duas pessoas). Uma resposta foi mais subjetiva: felicidade.

2.3. INTERPRETAÇÃO DO ROTEIRO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Com relação às *condições orgânicas*, percebemos que seis pessoas estavam satisfeitas com a sua saúde, aumentando a frequência no 2º Roteiro, para oito pessoas.

Quanto às *queixas sobre os problemas gerais de saúde*, verificamos que a maior parte delas estava localizada no anel diafragmático, seguido do pélvico e, posteriormente, do ocular. Todas as queixas diminuíram, consideravelmente, na 2ª Aplicação.

Sobre a *menstruação*, verificamos que das dez mulheres, duas não menstruavam mais. As mulheres que menstruavam declararam ter antes, durante ou depois do período menstrual, sinais de irritabilidade ou tensão, quase na mesma proporção das dores de cabeça, do corpo e do desejo sexual. As dores de cabeça e do corpo diminuíram após a intervenção.

Quanto ao *sono*, observamos as mais variadas queixas, mas notamos que grande parte das mulheres levantavam-se bem dispostas e tinham um sono bom, mantendo este resultado na 2ª aplicação. Elas também declararam ter dificuldades para adormecer, não modificando este resultado depois da intervenção.

Quanto ao *consumo de medicamentos e drogas*, verificamos que aumentou a declaração do consumo de bebidas alcoólicas na 2ª aplicação. Não podemos afirmar se aumentou o consumo ou se as mulheres estavam mais à vontade para declarar este hábito. Apenas uma pessoa do grupo fumava, e uma relatou ter experimentado cocaína e maconha. Este resultado não se modificou depois da intervenção. A pílula anticoncepcional e os remédios para emagrecer tinham sido usados por nove pessoas do grupo.

Sobre a *labilidade neurovegetativa*, a declaração mais comum foi a de dores de cabeça, dormência nos pés e nas mãos, dores musculares, azia no estômago, tonturas, aperto no peito, tremedeira nas mãos e angústia. Diminuiu a frequência de mulheres com estas queixas depois da intervenção.

Quanto à *atividade física*, notamos que oito das dez mulheres praticavam, principalmente, a caminhada. Foram relatadas outras, como: ginástica pela televisão, o karatê e a ioga. As pessoas que praticavam alguma atividade física consideraram-na fundamental. Quanto as afirmações sobre a importância do assunto, as respostas mais comuns foram: "Mente sadia, corpo sadio., movimentar-se é uma forma de conhecimento" (estas duas opiniões aumentaram a frequência na 2ª aplicação) e "ginástica modeladora é importante".

Nas questões ligadas à *aparência*, as mulheres consideraram-se atraentes, levemente bonitas; quanto ao peso, classificaram-se em: tendendo para gordo(a) e gordo(a); apenas uma pessoa se considerou magra após a intervenção.

Sobre os *cuidados com a aparência*, notamos que nem todas tinham o costume de ir ao cabelereiro; quatro das mulheres do grupo nunca haviam ido; oito delas nunca haviam pintado seus cabelos. Este dado diminuiu na 2ª aplicação para seis pessoas. Das dez pessoas, nove usavam pintura para realçar o rosto, cremes, adornos para o corpo, permanecendo este dado após a intervenção.

A possibilidade de uma *cirurgia plástica* foi aceita por nove das dez mulheres do grupo. Na 2ª aplicação este número cai para sete mulheres. As partes do corpo que mais desejariam modificar foram (em ordem de frequência): os seios e o abdômen, aumentando para outros locais na 2ª aplicação, parecendo que as mulheres ficaram mais rigorosas na crítica ao corpo.

Quanto ao tema *sexualidade*, observamos: 1) seis das dez pessoas atribuíram muita importância a esta área dentro das suas vidas; três, pouca importância e uma, nenhuma importância; depois da intervenção oito pessoas atribuíram muita importância; 2) sete pessoas mantinham relações regularmente com uma mesma pessoa; uma mantinha relações eventualmente com outras pessoas e três não estavam mantendo relações regularmente, dentre elas uma pessoa era solteira e nunca tinha tido nenhuma relação sexual; estes números não se modificaram depois da intervenção; 3) o relacionamento sexual das pessoas casadas foi iniciado com seus maridos (com exceção de duas) variando a idade de 12 a 21 anos.

Com relação ao *orgasmo* observamos que cinco pessoas atingiam-no, normalmente; este dado diminuiu para quatro depois da intervenção. Observamos que, na 2ª aplicação, aumentaram os posicionamentos diante da questão; as mulheres demonstraram estarem mais "abertas" e conseguiram expor os seus desejos e dificuldades.

Nas questões relativas ao *olhar*, nove pessoas declararam-se sensibilizadas com o olhar e acreditavam que ele transmitia emoção. Mesmo assim, seis pessoas evitavam-no, mostrando dificuldades de contato. O mesmo ocorreu no tocante ao olhar do outro sobre si; sete pessoas declararam um fechamento tanto para com as pessoas do sexo masculino, como para com as do feminino, ou seja, elas não estavam "abertas" ao contato ("me sinto

envergonhada", "tenho medo", "me inibo"). Este quadro modificou-se, positivamente, depois da intervenção. As pessoas tornaram-se mais receptivas ao olhar, principalmente do sexo masculino; passaram a não evitá-lo.

Quando se tratava de expressar a emoção através do *choro*, sete mulheres declararam que costumavam chorar quando tinham necessidade e duas que não conseguiam chorar. Na 2ª aplicação o número de pessoas que tinham o costume de chorar diminuiu para cinco.

O gráfico de *localização das queixas*, foi interpretado de acordo com os anéis segmentares de Reich. Queixas localizadas no anel diafragmático aparecem em todas as mulheres, seguidas, com menos frequência, de queixas no anel pélvico e peitoral. Na 2ª aplicação este quadro modificou-se: uma pessoa deixa de apresentar queixas no anel diafragmático e no anel pélvico; duas deixaram de apontar qualquer queixa.

Já com relação ao gráfico de *críticas das partes do corpo*, observamos a localização de outros anéis. Todas as mulheres localizaram suas críticas no anel abdominal; em menor frequência, algumas, no pélvico e outras no peitoral. Na 2ª aplicação as críticas diminuíram em todos os anéis apontados anteriormente; duas pessoas não relataram mais nenhum desapontamento com o corpo.

De um modo geral, a 2ª aplicação do Roteiro revelou que as mulheres tiveram uma maior compreensão e disponibilidade para falar sobre si. Verificamos que muitas percepções, atitudes e valores se modificaram com relação ao 1º Roteiro. Possivelmente este resultado se deva ao aumento da confiança e da descontração das mulheres para conosco. A convivência no grupo também pode ter permitido que elas se "soltassem" mais.

Outro fator a ser considerado seria o da tendência das pessoas em querer nos agradar, pois elas estavam informadas de que este instrumento avaliaria algumas mudanças que poderiam ser decorrentes da intervenção. Entretanto, como a análise não se baseia apenas neste instrumento, outros dados serão levados em consideração na avaliação das mudanças.

2.4. INTERPRETAÇÃO DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO IDATE I E II

TABELA 4 - RESULTADO DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE

TRAÇO - ESTADO: IDATE: 1ª E 2ª APLICAÇÃO

SUJEITO	IDATE I - ESTADO			IDATE II - TRAÇO		
	1	2	3	1	2	3
1- ADA	45	46	+	31	33	-
2- IVETE	53	43	-	51	40	-
3- IARA	53	45	-	46	40	-
4- LIA	49	36	-	42	34	-
5- ANDREA	59	44	-	49	37	-
6- NORMA	49	38	-	40	31	-
7- NILVA	55	46	-	49	38	-
8- SARA	46	38	-	50	40	-
9- VILMA	51	37	-	44	30	-
10- ZULEIDE	49	32	-	47	32	-
x	59.9	40.5	-	44.9	35.5	

IDATE I - ESTADO: MEDIDA 43,64 A 53,66

IDATE II - TRACO: MEDIDA 45,34 A 55,22

Para facilitar a leitura da Tabela 4 convencionamos que os dados constantes na coluna de nº 1, referem-se ao resultado da avaliação da ansiedade, antes da intervenção. Os dados na coluna de nº 2, referem-se ao resultado da avaliação da ansiedade depois da intervenção, tanto para o estado como para o traço de ansiedade.

A coluna de nº 3, refere-se a Prova dos Sinais (P.SINAL) usada dentro da Estatística não paramétrica (Siegel, 1975) para determinar se duas condições são diferentes. Ela foi utilizada por nós para avaliarmos as mudanças ocorridas no grau de ansiedade. O sinal positivo (+) indica que houve diferença de acréscimo entre uma aplicação e a outra e o sinal negativo (-), de que houve diferença de diminuição. Os resultados indicaram que:

a) **IDATE I** - estado de ansiedade.

Na 1ª aplicação duas mulheres ultrapassaram a média esperada para a população feminina (Andréia e Nilva). O restante das mulheres se enquadrou na média.

Comparando-se com a 2ª aplicação, observamos que 90% (9 pessoas) do grupo diminuiu o estado de ansiedade, ficando abaixo da média esperada para a população.

A figura 2 demonstra a relação entre os resultados da 1ª e da 2ª aplicação:

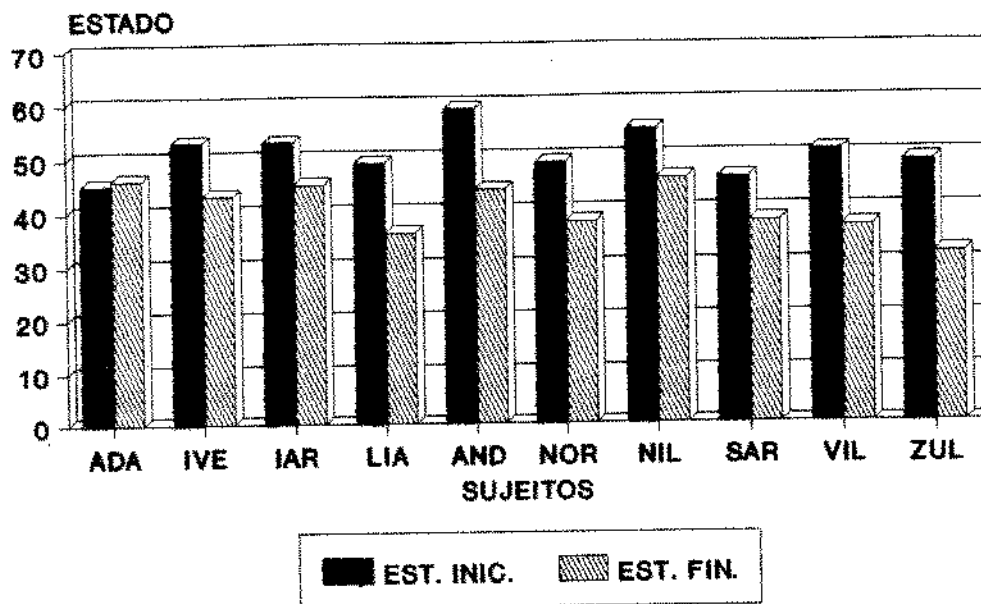


FIGURA 2 - RELAÇÃO ENTRE O ESTADO DE ANSIEDADE INICIAL E FINAL

b) **IDATE II** - traço de ansiedade.

60% da nossa população está dentro da média esperada, enquanto que 40% está abaixo da média.

Na 2ª aplicação, verificamos que 90% do grupo diminuiu o grau de ansiedade. Somente uma pessoa (Ada) aumentou o grau de ansiedade em relação ao início do trabalho.

A FIGURA 3 demonstra estas observações mais claramente:

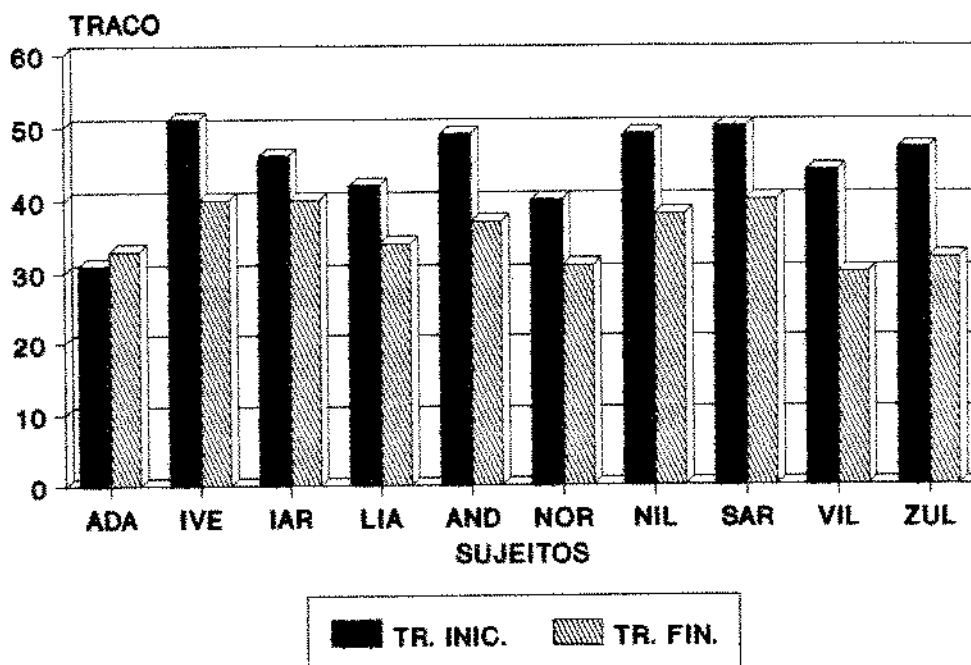


FIGURA 3 - RELAÇÃO ENTRE O TRAÇO DE ANSIEDADE INICIAL E FINAL

De acordo com esses resultados, verificamos que tanto com relação ao estado, como com relação ao traço, houve uma diminuição da ansiedade depois do programa, o que pode indicar que a nossa proposta interferiu positivamente nesta questão.

2.5. RESULTADOS COM RELAÇÃO AO PESO

2.5.1. ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO PESO

TABELA 5 - ACOMPANHAMENTO DO PESO EM KG.

SUJEITO	FEVER	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	AGOSTO	SETEM.	OUTUB	PERDA	GANHO
	PESO INC.	1º PESO	2º PESO	3º PESO	4º PESO	1º ACOMP.	2º ACOMP.	3º ACOMP.		
1. ADA	74,400	74,000	71,000	69,900	69,300	-	-	-	8,100	-
2. IVETE	113,200	110,00	106,800	106,000	106,000	102,200	101,300	99,400	13,600	-
3. IARA	129,100	122,900	122,400	119,800	118,000	119,000	117,300	117,100	12,000	-
4. LIA	65,500	65,500	64,200	63,500	64,400	64,100	64,900	65,600	-	0,100
5. ANDREA	81,500	80,400	75,700	71,500	71,000	70,400	71,200	72,900	8,600	-
6. NORMA	66,700	66,000	68,600	65,200	65,000	66,300	68,800	68,800	-	2,100
7. NILVA	76,000	73,600	70,700	70,200	69,000	67,000	65,700	65,200	10,800	-
8. SARA	80,000	78,200	75,500	74,600	74,200	74,100	72,100	72,000	8,000	-
9. VILMA	115,000	110,000	110,600	108,700	108,600	107,800	106,100	105,600	9,400	-
10. ZULEIDE	84,600	84,600	80,300	81,000	82,000	80,000	79,800	81,200	3,400	-

Através da Tabela 5, verificamos que 100% do grupo emagreceu até o final da 3ª Etapa, ou seja, de fevereiro a julho. A perda de peso esteve entre 3,400 kg a 13,600 kg.

Este resultado alterou-se durante o período de Acompanhamento (4ª etapa), que correspondeu aos meses de agosto a outubro, havendo aumento de peso de cinco pessoas do grupo (Iara, Lia, Andréia, Norma e Zuleide). Entretanto, no último mês de acompanhamento - outubro - observamos que conseguiram retomar o processo de emagrecimento, com exceção de duas pessoas (Lia e Norma) que ganharam peso.

2.5.2. ANÁLISE DO PESO INICIAL E FINAL DE ACORDO COM O I.M.C.

TABELA 6 - CLASSIFICAÇÃO DO PESO INICIAL DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

SUJEITO	ALTURA	PESO INIC.	I. M. C.	CLASSIFICAÇÃO
1. ADA	1,52	74.500	32,2	OBESA
2. IVETE	1,65	113.200	41,6	OBESA SERV.
3. IARA	1,56	129.100	53,0	OBESA SERV.
4. LIA	1,50	65.500	29,1	SOBREPESO
5. ANDREA	1,55	81.500	33,9	OBESA
6. NORMA	1,62	66.700	25,4	SOBREPESO
7. NILVA	1,55	76.000	31,6	OBESA
8. SARA	1,58	80.000	32,0	OBESA
9. VILMA	1,63	115.000	43,,	OBESA SERV.
10. ZULEIDE	1,53	84.600	36,,	OBESA
x	1,57	88.610	32,6	

A Tabela 6, analisa a classificação do peso do grupo, antes de dar início a dieta, de acordo com o I.M.C. Partindo-se desse referencial, o grupo encontrava-se assim distribuído: 20% (duas pessoas) foram consideradas dentro do Grau I de Obesidade, ou seja, **Sobrepeso**; 50% (cinco pessoas) estavam no Grau II de Obesidade, que se denomina **Obeso**; e 30% (três pessoas) estavam no Grau III de Obesidade, ou seja, **Obesidade Severa ou Mórbita**.

TABELA 7 - CLASSIFICAÇÃO DO PESO FINAL DE ACORDO

COM O ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

SUJEITO	ALTURA	PESO FINAL.	I. M. C.	CLASSIFICAÇÃO
1. ADA	1,52	69.300	30,0	OBESA
2. IVETE	1,65	99.400	36,5	OBESA
3. IARA	1,56	117.100	48,1	OBESA SERV.
4. LIA	1,50	65.600	29,1	SOBREPESO
5. ANDREA	1,55	72.900	30,0	OBESA
6. NORMA	1,62	68.800	26,2	SOBREPESO
7. NILVA	1,55	65.200	27,1	SOBREPESO
8. SARA	1,58	72.000	28,8	SOBREPESO
9. VILMA	1,63	105.600	39,7	OBESA.
10. ZULEIDE	1,53	81.200	34,6	OBESA
x	1,57	81.710	33,0	

A TABELA 7 analisa a classificação do peso das pessoas do grupo, mensurado no final do trabalho.

Observamos que o I.M.C. diminuiu para 80% das mulheres, embora a classificação de alguma delas tenha se mantido. Quanto à classificação, verificamos que 40% das mulheres diminuiu o grau de Obesidade, e 60% continuou dentro do mesmo grau. Das mulheres que diminuíram o seu peso, tivemos um dado que consideramos muito importante: Ivete e Vilma, regrediram do Grau III - **Obesidade Mórvida**, para o Grau II - **Obeso**, o que significa que diminuíram também o risco de morbidade e mortalidade.

A FIGURA 4 indica a relação entre o peso inicial e o final, reforçando os dados apontados:

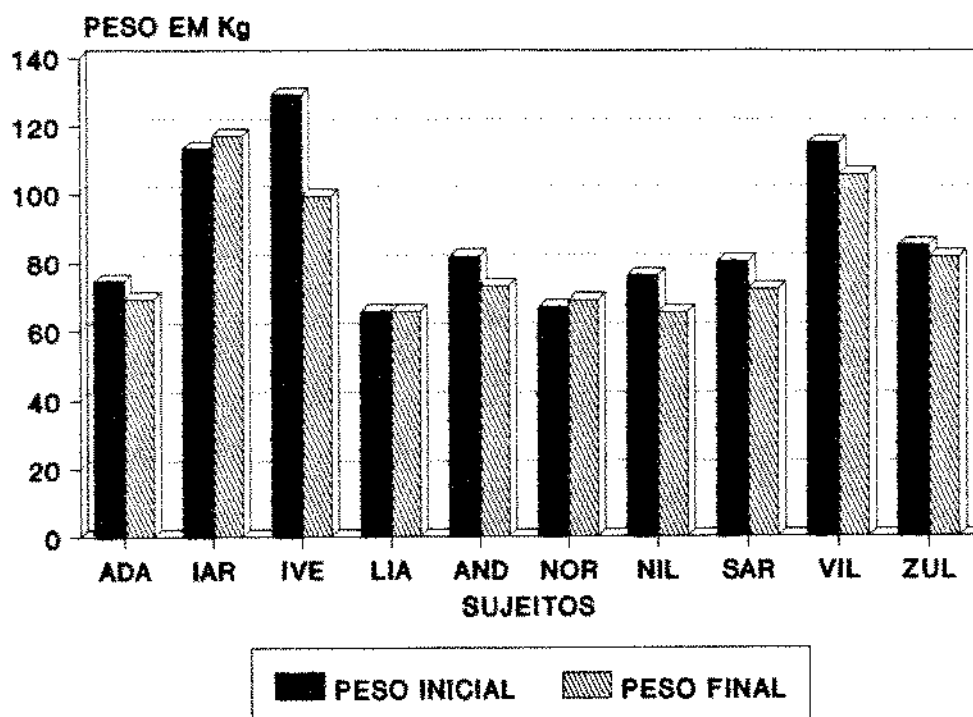


FIGURA 4 - RELAÇÃO ENTRE O PESO INICIAL E O PESO FINAL

2.6. CORRELAÇÃO ENTRE PESO X ANSIEDADE

Através da comparação entre o peso final e o resultado da 2ª aplicação do Inventário de Ansiedade Idate I e II verificamos que:

a) **IDATE I - ESTADO:** Tanto as pessoas que emagreceram (8 pessoas) como as que engordaram (duas pessoas) **diminuíram** o índice de ansiedade, com exceção de uma pessoa (Ada) que apesar de ter emagrecido, **aumentou** o índice levemente; os dois sujeitos que engordaram, **diminuíram** a ansiedade. Portanto, 90% dos sujeitos **diminuíram** o estado de ansiedade independente do ganho ou da perda de peso.

b) **IDATE II - TRAÇO:** Tanto aqueles que emagreceram (oito) como aqueles que engordaram (dois), **diminuíram** o índice de ansiedade, ou seja, 100% dos sujeitos.

VI - DISCUSSÃO

1. DO PERFIL DOS SUJEITOS

A história de vida das pessoas, coletada através da *Anamnese*, revelou, com relação à estrutura familiar, o predomínio do modelo alternativo de família (termo sugerido em Gomes, 1988) que, neste caso, se caracterizou pela ausência de um dos pais na residência, por causa de separação. E, quando a família nuclear estava completa, a figura paterna exercia, normalmente, um papel dominador. Predominou, ainda, com relação à posição das mulheres, na ordem de nascimento, o 1º e o 2º lugar.

Levando-se, em consideração, o papel da família na formação da personalidade, estes dados sugerem que a estrutura familiar pode ter interferido na maneira de lidar com o corpo e na formação da auto-imagem; pode ser também que estas pessoas tenham aprendido, desde cedo, a suprir perdas, ou ainda a lidar com as mudanças através da comida.

Estes dados são, em parte, congruentes com os estudos sobre a família do obeso, de Cormillot et al (1977), que confirmam a influência do modelo familiar na etiologia da obesidade, especialmente como resultado da separação dos pais.

Com relação ao predomínio da família alternativa, nossos dados confirmaram os estudos dos mesmos autores: eles mostraram que a constelação tradicional da família do obeso é a de mãe dominante e pai ausente, ou fraco, nós também verificamos a presença da figura paterna assumindo o papel dominador dentro da família, quando se tratava do modelo nuclear.

Já com relação à ordem de nascimento, acreditamos que o predomínio da 1ª ou da 2ª posição tenha interferido na etiologia da obesidade, se considerarmos que os pais têm uma preocupação maior com a alimentação do primeiro filho. Entretanto, Cormillot et al (1977), embora reconheçam que a ordem de nascimento influencie na prevalência da obesidade, descrevem que, geralmente, os obesos são filhos únicos e têm uma situação privilegiada na família.

Com relação à história alimentar, chamou-nos a atenção a privação que algumas mulheres passaram na sua infância, a qual resultou em uma carência alimentar. Esta privação pôde ter feito com que as mulheres comessem em excesso, como uma espécie de

compensação, no presente pela falta de alimento que tinham tido no passado. Não percebemos diferenças entre as mulheres que foram amamentadas e as que não foram.

Na infância, algumas mulheres foram forçadas pelos pais a comerem, comportamento este que também foi observado por Katz (1990) em seus estudos. Isto de fato ocorre em algumas famílias, porque existe uma crença de que criança gorda é sinônimo de saúde, e criança magra é sinônimo de doença. A comida pode também ser usada pelos pais para suprir certas carências ou para impedir que alguns conflitos venham à tona - enquanto a criança come, as necessidades ficam sob controle.

Diante da evidência da importância da família na problemática do obeso, sugerimos que o tema seja mais explorado em outras pesquisas.

Com relação à família construída pelos próprios sujeitos, verificamos que predominou o modelo nuclear, entretanto, marcado por crises na relação entre os cônjuges. Estas crises pareceram se agravar, no decorrer da intervenção, sendo que, ao final, algumas pessoas conseguiram caminhar para uma reconciliação.

Sobre este aspecto, os dados confirmam as pesquisas de Stuart & Jacobson (1987) que sugerem que o excesso de peso pode ser uma resposta a um mal casamento. Também indicam que as relações afetivas são importantes fatores que contribuem para a ingestão excessiva de alimento, levando ao peso excessivo. E, finalmente, que a obesidade dessas pessoas, ocultava conflitos conjugais que, uma vez descobertos e elaborados, facilitaram o controle alimentar.

Sobre a ocupação destas mulheres, verificamos que 90% não trabalhava fora. Este resultado pode ter sido facilitado porque o ENCOR foi oferecido durante o período matutino, impossibilitando a participação de pessoas que trabalhavam.

Entretanto, a condição de dona-de-casa traz uma série de conseqüências: o universo destas mulheres pode ficar empobrecido em função da rotina que envolve a vida familiar. As possibilidades de desenvolverem seu potencial criador e intelectual, podem estar diminuídas. A mulher que fica, a maior parte do seu tempo, voltada para os afazeres do lar, acaba tendo que se preocupar, principalmente, com a organização e elaboração do cardápio alimentar, o que as pode levar a comer mais, devido ao maior acesso à comida. Esta constatação está de acordo com os dados encontrados em Hall & Havassi (1981).

Seria interessante que pesquisas futuras verificassem as diferenças entre pessoas obesas que trabalham e pessoas obesas que não trabalham.

Houve uma procura exclusiva de mulheres pela intervenção, embora ela tenha sido aberta para ambos os sexos. A causa deste resultado provavelmente esteja relacionada com a prevalência da obesidade, que é maior entre as mulheres, mas também pode estar relacionada com o maior interesse delas pela perda de peso, em comparação com os homens (como nos indicaram as pesquisas de Stake & Lauer, 1987 e Craig e Caterson, 1990) tendo como um das causas a pressão social para atingir o modelo ideal de corpo.

Apenas uma pessoa do grupo apresentava sinais de distúrbios emocionais. Portanto, na nossa amostra, não houve uma relação entre obesidade e este tipo de distúrbio. Os dados vem corroborar os achados de Mc Reynolds (1982) e Wadden e Stunkard (1987), Mustajoki (1987), Faubel (1989), que não concordam que pessoas obesas, necessariamente, tenham distúrbios emocionais.

Quanto à etiologia da obesidade, verificamos que 90% das mulheres adquiriram o excesso de peso durante a vida adulta, principalmente depois da gravidez dos filhos. Realmente esta tendência existe, devido à mudança do metabolismo da mulher, além da gordura que vai sendo acumulada a cada gravidez. O excesso de peso, como resultado de uma gravidez, foi apontado por Cormillot et al (1977), como uma combinação de fatores psicológicos e endocrinológicos. Apesar disso, este processo poderia ser evitado se as mulheres tivessem tido uma orientação sobre a alimentação mais adequada durante e após a gravidez.

Estas mulheres já haviam passado por vários regimes, com e sem medicamento, atitude muito comum nos dias de hoje como demonstraram algumas pesquisas de English & Bennett (1988) que, mais uma vez, revelam a grande preocupação do sexo feminino com o peso.

Quanto ao uso de remédios para o emagrecimento, é importante ressaltar que eles foram utilizados, porque prometiam uma perda de peso mais rápida e com menos esforço, no entanto, desencadearam conseqüências negativas para a saúde, relatadas pelas próprias mulheres. Lefréve (1991) explica que o medicamento, além de ser um agente quimioterápico e uma mercadoria, é também um símbolo, materializado numa pilula, que representa a saúde.

Já London & Schereiber (1966) explicam que alguns pacientes respondem, favoravelmente, à droga para o emagrecimento. Entretanto, por impedir a permanente mudança de hábitos alimentares no tratamento da obesidade, pode servir como "muleta", quando o paciente tiver medo de assumir uma mudança alimentar, apoiando-se, então, no medicamento.

A repetição de várias dietas sugere que elas não foram bem sucedidas; nós acreditamos que faltou informação sobre o mecanismo que desencadeia o excesso de peso e o entendimento da sua relação com o estilo de vida de cada uma. Além disso, alguns estudos indicam que, toda vez que uma pessoa ganha peso após a dieta, há um aumento das placas arteriais e do tamanho das células gordurosas, engordando ainda mais (Barbanti, 1990). Outros autores também mostram que dietas repetidas podem levar a permanentes alterações metabólicas e fisiológicas, as quais promovem ganho de peso, tornando a sua perda mais difícil (Brownell & Steen, 1987; Blackburn et al, 1989).

2. DA SEXUALIDADE E DO PRAZER

Os relatos sobre o tema sexualidade confirmaram os achados apresentados na literatura em Stuart e Jacobson (1990): 1) as mulheres obesas têm dificuldade em lidar com o prazer, 2) a obesidade pode ser uma forma de substituição do prazer sexual.

Observamos características de impotência orgástica, ou seja, a incapacidade de entregar-se ao fluxo de energia biológica e às relações, conforme a definição de Reich (1975).

Esta impotência manifestou-se em vários níveis, como o celibato, a disfunção orgástica primária e secundária e o vazio decorrente das relações sexuais. Também foram constatadas experiências de iniciação sexual bastante negativas dessas mulheres.

Acreditamos que com a intervenção, as mulheres caminharam em direção à potência orgástica, uma vez que elas puderam mobilizar o fluxo energético, através de experiências do contato com os sentimentos que estavam bloqueados e que aos poucos, foram vindo à tona.

Outro aspecto observado nesta área, foi o de que o aumento do peso levou à diminuição do desejo sexual das mulheres e o emagrecimento levou ao aumento desse desejo. Este dado é consistente com as pesquisas de Stuart e Jacobson (1990). Também ficou

confirmado que o funcionamento sexual é uma referência de como estamos emocionalmente, conforme o que nos diz Conger (1993).

Cornillot (1977) relata que a interferência da obesidade na área sexual ocorre por outros motivos também: as dificuldades físicas para a execução do ato sexual e as dificuldades psicológicas advindas das inibições com relação ao sexo oposto e da vergonha do próprio corpo. Por isso, o emagrecimento pode ajudar a superar estas dificuldades.

O Roteiro de Auto-Avaliação da Imagem Corporal confirmou um dado importante e que vem de encontro às observações que realizamos, que é o da falta de uma respiração completa e plena dessas mulheres. Como vimos em Lowen (1984) Lowen & Lowen (1985), Reich (1975) a respiração é um importante componente para o alcance do prazer.

Apareceram vários bloqueios ligados ao anel diafragmático. Além de serem uma consequência do excesso de peso, estes bloqueios estão ligados às tensões musculares crônicas, que distorcem e limitam a respiração e que são resultados de conflitos emocionais que foram reprimidos durante o desenvolvimento. Os bloqueios dos anéis cervical e peitoral se relacionam, da mesma forma, com a respiração, uma vez que abafamos sentimentos e sensações através dessas regiões.

O Roteiro apontou, ainda, o comprometimento do anel pélvico, em várias mulheres. Isto ocorre, como vimos em Reich (1975), devido à energia sexual que, impedida de fluir naturalmente, se reflete em vários sintomas de ordem sexual. Por isso, observando a sexualidade destas mulheres, entendemos-lhes, mais claramente, os bloqueios presentes no corpo.

A parte do programa referente à informação sexual foi bastante positiva e deve continuar sendo adotada, pois verificamos que este conhecimento auxiliou na liberação do discurso dessas mulheres, principalmente as que estavam sexualmente insatisfeitas.

3. DA IMAGEM CORPORAL

Conforme os critérios de Weiss (1986), verificamos indicações de distúrbios da imagem corporal em quase todas as mulheres: dificuldade em se olhar no espelho, não reconhecimento do tamanho real, relevância do peso. Estas características foram amenizadas após a intervenção, como pôde demonstrar os seus depoimentos e o Roteiro A.I.C.

Após a 3ª etapa do ENCOR, as mulheres diziam que estavam conseguindo trocar de roupa na frente de outra pessoa da família, se olharem no espelho, se arrumarem. Algumas mulheres, por exemplo, tingiram seus cabelos pela primeira vez. Houve uma relação entre a aceitação do corpo e a aceitação da auto-imagem, como também foi verificado por Stuart (1978) e Rosen & Ross (1968).

O caso de uma das mulheres (Vilma) retrata a influência da adolescência sobre a imagem corporal, como descrevem Wooley et al (1979), Knobel (1984) e Freedman (1991). Durante sua adolescência, ela apresentava dificuldade em aceitar a imagem corporal de mulher que vinha apontando e confessou que com o excesso de peso, sentia um alívio por não ser mais atraente. Este caso ilustra, mais uma vez, a dificuldade de lidar com a sexualidade que aparece nestas mulheres.

Outro significado da imagem corporal que apareceu numa das mulheres, verificado também na literatura por Glucksman (1972) foi a de força. Ivete dizia que intimidava as pessoas com o seu tamanho.

O fenômeno fantasma, ou seja, a sensação de que mesmo depois do emagrecimento a pessoa continua se sentindo gorda, foi apresentado por algumas mulheres, confirmando as explicações apresentadas por Glucksman & Hirsh (1969) e Schilder (1980).

A pressão social para se enquadrar num modelo de magreza destas mulheres e a discriminação pelo corpo, apareceram em vários momentos e acabaram refletindo na imagem corporal de cada uma, principalmente, no que tange a sua aceitação.

No nosso grupo, predominaram as pessoas cujo excesso de peso teve início na vida adulta, contrariando a tendência apontada por alguns autores, como Cormillot et al (1977), Penick & Stunkard (1973); Stunkard & Mendelson (1961 e 1973), descritos à pg. 22 que demonstraram uma tendência, das pessoas que tiveram a obesidade com início na infância, apresentarem distúrbios da imagem corporal. No nosso caso, provavelmente, o distúrbio tivesse aparecido em decorrência da imagem de magras que estas mulheres carregavam na memória e que atrapalhava a nova imagem de obesa. Estes dados são congruentes aos achados de Glucksman (1972), Wise & Wise (1985) e Weiss et al (1986).

4. DAS MUDANÇAS

Através das *observações* realizadas durante os encontros verificamos que todas tiveram uma evolução em vários aspectos: aumento da sociabilidade, controle da agressividade, diminuição da ansiedade, aceitação de limites, estabelecimento de limites menos rígidos; aumento da expressão de sentimentos e emoções, da auto-aceitação, da auto-estima, da clareza dos conflitos, da atividade física, da preocupação com o corpo em termos estéticos e da saúde como um todo e aumento do controle alimentar. O *Encontro de Avaliação*, quando as próprias pessoas se manifestaram com relação ao resultado do programa, confirmaram estes dados.

O *Roteiro de Auto-Avaliação da Imagem Corporal (FORMA II)* aplicado como um dos parâmetros para verificarmos as mudanças que ocorreram nos sujeitos após a intervenção, nos indicou que: de uma forma geral, houve uma melhora na percepção da saúde, uma maior receptividade através do olhar, uma maior sinceridade nos conteúdos relacionados à área sexual e um aumento da importância da sexualidade; houve, também, uma maior valorização das atividades físicas; um aumento dos cuidados com a aparência e das críticas com relação às partes do corpo. Por outro lado, o instrumento demonstrou que diminuíram as queixas de dores no corpo e as ligadas ao sistema neurovegetativo, os sintomas pré-menstruais e o desejo de fazer uma cirurgia plástica. Verificamos que estas mudanças apontadas pelas mulheres, também foram observadas por nós com o decorrer do trabalho.

O período de *Acompanhamento* mostrou uma diferença em relação às demais fases, possivelmente em decorrência de mudança de metodologia, pois os encontros não tinham temas pré-determinados, permitindo uma maior liberdade de atuação das mulheres.

Esta diferença foi verificada nos sinais de evolução que não haviam aparecido em algumas mulheres, até então e, por outro lado, na regressão a padrões antigos de comportamento, em outras. Acreditamos que isto se deu por dois motivos: o aumento de tempo entre os encontros e a reação esperada de adaptação a uma nova realidade, sem o grupo.

Diante das várias discussões que ocorreram, nesta 4ª etapa, uma nos chamou a atenção: a discussão sobre "papéis sexuais". Verificamos que, para a maioria destas pessoas,

o papel da mulher se restringia ao de procriadora, educadora dos filhos e administradora das funções domésticas, fruto da realidade que cada uma vive. Por isso, acreditamos que este tema deva ser acrescentado a um programa futuro, já que interfere na imagem que cada um faz de si.

Quanto aos resultados do *Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*, verificamos que a ansiedade diminuiu após a intervenção, o que sugere que esta diminuição tenha facilitado o processo de emagrecimento. A ansiedade, enquanto um fator que concorre para o aumento da ingestão alimentar, foi também encontrada por Kaplan & Kaplan (1957) e Abranson & Wunderlick (1972). Entretanto, nossos achados não corresponderam aos apresentados por Santos (1990), que verificou que a ansiedade é acentuada pela redução da ingestão alimentar.

Quando analisamos a relação entre peso e ansiedade, observamos que tanto as pessoas que engordaram, quanto as que emagreceram, ao final da intervenção, diminuíram seu grau de ansiedade. Isto sugere que, para algumas pessoas, a ansiedade pode não ter sido uma resposta apenas ao excesso de peso, porque, se assim fosse, as pessoas que não emagreceram, teriam mantido o grau de ansiedade inicial.

Sobre a *evolução do peso*, os dados sugerem que o programa interferiu no emagrecimento. O fato de algumas mulheres terem engordado quando os encontros se tornaram espaçados (durante os acompanhamentos) mostra que, provavelmente, o grupo e a avaliação do peso, realizada por nós, auxiliavam no seu controle. Ressaltamos que tivemos a diminuição do grau de obesidade em duas mulheres que estavam na categoria de obesidade mórbida, o que é muito positivo, porque estes são casos em que a pessoa está correndo riscos sérios de saúde. Esta justificativa é confirmada, em reportagem de Bouer (1993), por vários especialistas do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, os quais também acreditam que o apoio psicológico é importante neste tipo de complicação.

Segundo os depoimentos de algumas pessoas do grupo, mesmo parando com a dieta alimentar, elas continuaram emagrecendo, porque perderam a vontade de comer. Esta atitude demonstra que, possivelmente, tenha sido o apetite dessas pessoas que diminuiu, ao terem aprendido a distinguir sensações de fome das de apetite e, a discriminar que

necessidades poderiam estar tentando substituir pela comida. Este dado confirma as pesquisas realizadas por Kaplan & Kaplan (1957); Stuart (1978); Oliva e Halpern (1992).

Houve uma mudança na consciência das mulheres sobre a importância da atividade física. Este resultado é positivo, à medida que a atividade física, além de ajudar no controle do peso, interfere na percepção da imagem corporal, como vimos em Rocha (1983), Barbanti (1990), Buskirk (1991) e outros autores indicados à pg. 20. Entretanto, esta necessidade ficou limitada pela dificuldade delas poderem exercer um esporte, seja pela falta de opção nos bairros onde residiam, seja pela falta de condições financeiras.

5. DO TIPO DE INTERVENÇÃO

Como a técnica psicológica utilizada no ENCOR, está dentro das chamadas técnicas grupais, discutiremos este tipo de metodologia, tomando-se como ponto de partida, o confronto entre o programa elaborado por nós, e outros trabalhos que adotaram este tipo de procedimento.

Assim como na nossa pesquisa, a importância da organização de grupos de obesos, também foi valorizada por Ulman et al (1989). Eles demonstraram que este tipo de método têm produzido benefícios em relação aos métodos tradicionais, principalmente aqueles que têm tido um baixo índice de recuperação em determinados pacientes. London & Schreiber (1966) também argumentaram que um programa de redução de peso com uma dieta nutricional e grupo de discussão proporcionam maior suporte para a dieta. Kahtalian (1992) acrescenta que este tipo de metodologia em grupo é a forma mais adequada nas instituições hospitalares.

Fazendo uma comparação com os estudos de Kurlander (1953), Holt & Winick (1973), Ulman et al (1989) e Barros (1994), que elaboraram trabalhos com grupos de obesos, verificamos algumas diferenças com relação ao ENCOR: os grupos eram abertos e a coordenação feita em regime de co-terapia - ou um psiquiatra e um médico nutrologista ou dois psiquiatras de sexo diferentes; quanto ao conteúdo de discussão, não tinham temas previamente determinados.

Dos pontos em comum, observamos semelhanças quanto à periodicidade das reuniões, que eram semanais, variando o tempo, de 6 meses há dois anos; todos os

participantes eram do sexo feminino, variando de 5 a 20 elementos. Os autores citam o envolvimento de nutricionistas ou de orientação dietética na intervenção, mas não falam em dieta hipocalórica.

Um dado que nos chamou a atenção, foi o de que, no trabalho de Barros, não eram aceitos pacientes com obesidade mórbida, por considerarem que eles apresentavam uma evolução atípica. Entretanto, o ENCOR pareceu eficaz no auxílio de pessoas enquadradas nesta categoria.

Quanto ao resultado e às conclusões destes trabalhos verificamos que: houve redução do peso na maioria dos sujeitos, como ocorreu no nosso trabalho; houve uma evolução da espontaneidade das manifestações verbais; continuidade da manutenção do peso a longo prazo; aumento da adesão ao tratamento. Apenas Barros observa a perda de controle alimentar como resposta à ansiedade, portanto, parece não haver, nestes trabalhos, uma preocupação explícita com esta reação.

Semelhante ao ENCOR foi o trabalho desenvolvido por Boyd (1989): as reuniões tinham temas previamente levantados, com um grupo de mulheres e tinham uma seqüência estruturada. A intervenção estava voltada muito mais para a clarificação de crenças, do que para o emagrecimento propriamente dito. Vários temas foram semelhantes ao nosso, como: imagem corporal, dieta, exercícios físicos, auto-imagem. Apesar de o procedimento envolver discussões e não ter tido vivências corporais, foram usados alguns recursos semelhantes, como a visualização e perguntas para serem respondidas em forma de associação livre, como as que elaboramos no questionário .Exercícios para o Auto-Conhecimento.. Dentre os textos pesquisados, este foi o único trabalho que adotou este tipo de procedimento, que para nós foi o que mais contribuiu para a mobilização da problemática das pessoas. Também foi um dos únicos que mencionou um trabalho específico com a imagem corporal.

Os resultados do programa mostraram que houve uma melhora da auto-estima, as mulheres tiveram uma imagem mais realista do corpo e se sentiram mais confortáveis com ele. Estas constatações também foram encontradas após a intervenção do nosso programa.

Uma outra categoria de trabalhos com grupos são os denominados *grupos de auto-ajuda*, como, por exemplo, os Vigilantes do Peso e que segundo Cormillot et al (1977) são os que maior êxito têm tido em relação ao emagrecimento e ao controle dos obesos. As

características comuns a estes grupos são: 1) a semelhança da metodologia dos Alcoólatras Anônimos; 2) não há a coordenação de profissionais; 3) tratam de muito mais pacientes do que qualquer instituição; 4) seus métodos e resultados não estão bem documentados. Principalmente por esta última característica, é difícil discutirmos seus resultados. Há outros trabalhos que adaptaram alguns destes princípios, como o apresentado por Cormillot et al (1977) denominado ALCO (Anônimos Lutadores contra a Obesidade).

Com relação ao nosso programa, há poucas semelhanças. Eles partem da premissa de que o comer é uma adição como qualquer outra e que a forma de tratá-la é dominando-a. Nós preferimos conscientizar a pessoa com excesso de peso de que a falta de controle alimentar está relacionada a fatores subjacentes ao peso, que devem ser descobertos; este processo é que influenciará no controle de peso, de uma forma natural.

A falta de coordenação de profissionais, se de um lado, auxilia na identificação das pessoas por se tratarem de obesos recuperados, por outro lado, perde a possibilidade de trabalhar através do vínculo criado entre terapeuta e pessoa, que é fundamental para criar a confiança no tratamento. Esta opinião também foi apoiada por Kahtalian (1992) quando relata que, muitas vezes, o paciente procura um vínculo com o profissional e não uma dieta.

A ênfase é dada na perda de peso, não na conscientização dele. Neste sentido, é possível que a pessoa com excesso de peso não perceba que a obesidade faz parte dela, que não é algo externo, o qual pode ser facilmente eliminado, apenas com uma dieta.

Quanto ao fato de atraírem um grande número de pessoas, isto, possivelmente, reflita o desejo das pessoas em quererem métodos rápidos, informações fáceis de serem assimiladas (coisa que, muitas vezes, o médico nutrologista não fornece) e um controle externo que incentive a perda de peso. Nosso programa, neste ponto, tem o tempo suficiente para despertar a consciência de cada uma das pessoas que procuram auxílio. O ENCOR favorece o auto-conhecimento, para a partir dele cada um optar pelas várias possibilidades de lidarmos com o peso, desde as dietas mais tradicionais à escolha pelo não emagrecimento.

O tratamento, dentro da abordagem comportamental, foi outra categoria encontrada em muitos programas para grupos de obesos, por isso, achamos importante falarmos a respeito. Eles visam, segundo Ogden (1993), a modificação de hábitos e costumes diários. Incluem, desde a conduta alimentar, o apoio social, exercícios, atitudes e

motivação. Sua premissa básica é a de recompensar as condutas benéficas e desencorajar as prejudiciais. Embora a literatura mostre bons resultados destes trabalhos, fica difícil fazermos uma comparação entre linhas teóricas diferentes. Entretanto, pensamos que, apesar de serem eficazes com relação à modificação dos hábitos, acabam resolvendo apenas uma parte do problema, porque ainda ficam restritos ao tratamento dos sintomas. Talvez deixem a desejar, quanto ao trabalho com as causas da obesidade, que envolve um aprofundamento num nível mais inconsciente do psiquismo. Além disso, são baseados em passos mais ou menos rígidos e que acabam impossibilitando o aparecimento de conteúdos mais espontâneos, mas de uma riqueza muito grande. Exemplos desses passos podem ser vistos em Stuart (1978), Stunkard (1987) e Heller (1990). Esta rigidez tira a liberdade da pessoa achar o seu caminho próprio para perder o peso.

5.1. O USO DAS TÉCNICAS CORPORAIS

Quanto as técnicas corporais aplicadas durante nossos encontros, observamos que, à medida que as mulheres foram tendo contato com o seu corpo através da interiorização e do relaxamento e com o do outro, através do toque, as suas defesas foram cedendo, dando lugar ao aparecimento das emoções contidas. Talvez, isto não surgisse, tão concretamente, a não ser desta forma. Isto ocorreu também, quando a comida passou a ter o seu valor real e não mais foi usada como barreira à manifestação dos conflitos e sentimentos. Chama-nos a atenção, neste processo, o fato de que, mesmo tendo que enfrentarem estes conflitos, o emagrecimento delas continuou ocorrendo.

Estas vivências também facilitaram uma maior disponibilidade das pessoas à troca, ao contato, que são importantes tanto para o desenvolvimento da afetividade, quanto para a formação da imagem corporal e da imagem mais positiva de si mesma como nos indicaram as pesquisas de Jourard (1966) e Schilder (1980).

Esta frase: "Agora vamos pesar, acho que eu emagreci uns 10 kg", dita por uma das mulheres, após uma vivência que envolvia o toque entre elas, comprova que houve uma interferência positiva na percepção da imagem corporal.

Através das vivências, observamos, mais concretamente, as couraças destas mulheres, que se manifestavam pela dificuldade de realizarem os exercícios. Ao mesmo

tempo, foi possível acompanhar a evolução que elas estavam tendo em direção ao caráter auto-regulado, ou seja, as suas couraças estavam se tornando mais flexíveis, significando que elas estavam podendo se entregar aos sentimentos, às sensações. Como decorrência deste processo, o emagrecimento vinha ocorrendo.

O uso de técnicas corporais, como importantes recursos para a mobilização das couraças, foi apontado por Reich (1975), Bossu & Chalanguier (1979), Wahba (1982), Gaiarsa (1984), Belmonte (1986), Navarro (1987) e Freire (1988).

Encontramos dois estudos, nos quais também foram utilizadas técnicas corporais para fins terapêuticos, em trabalhos com grupos de obesos. Holt e Winick (1973) mantinham a disposição dos sujeitos do seu grupo, um massagista e um terapeuta que aplicava o relaxamento. Entretanto, verificaram que a intervenção não aumentou o interesse pela procura dos recursos que estes profissionais podiam oferecer. Já os nossos achados revelaram que houve não só a prática do relaxamento fora dos encontros e o aumento do interesse pela prática de exercícios físicos, em alguns sujeitos, como a procura por outros profissionais que trabalhavam com relaxamento (foi o caso de uma pessoa do grupo).

Observamos, ainda, que as mulheres que adotaram o relaxamento em casa, tiveram uma melhora mais rápida, em relação às que não o adotaram, principalmente ao que se relaciona com o estado de ansiedade. Isto se deve ao fato deste tipo de técnica ter melhores resultados quando feito constantemente.

O estudo chamado *Moviment Therapies*, desenvolvido por Wise e Wise (1985), aproxima-se do nosso, no que diz respeito à utilização de vivências corporais e da linha teórica. Seu princípio baseia-se na utilização da energia através do movimento, como na dança, por exemplo, impedindo, assim, que ela seja descarregada através da comida; visa a trabalhar com a imagem corporal e a alcançar do inconsciente dessas pessoas. Aproxima-se também quanto à discussão de temas que fazem parte do repertório das pessoas com excesso de peso. Os resultados foram congruentes aos encontrados no nosso trabalho: o conhecimento dos problemas das pessoas auxiliou na descoberta de novas soluções; a vivência do movimento, criou um vital sentimento sobre as partes do corpo; a consciência corporal foi aumentada e novos feedbacks e informações puderam ser integrados à auto-imagem.

VII - CONCLUSÕES

Conforme demonstramos ao longo da nossa pesquisa, o modelo de intervenção, para ser utilizado no atendimento de pessoas com excesso de peso e obesas, alcançou seus objetivos, tais como, os de melhorar a auto-imagem dos sujeitos, facilitar o processo de emagrecimento e interferir, positivamente, na ansiedade, diminuindo-a.

Uma das principais contribuições deste programa foi a de criar outra opção no tratamento deste problema, além daquela oferecida pelos métodos tradicionais, dentre os quais o da dieta alimentar é um dos mais comuns. Na verdade, consideramos a dieta uma forma externa de controle, que não lida com os fatores internos, como as razões emocionais que levam ao comer excessivamente.

Existe uma parcela de pessoas, com problemas de peso, que têm informação sobre o que devem ou não comer, no entanto, isto não é suficiente. Falta-lhes entender o porquê da supervalorização da comida, em detrimento de outras necessidades, tão importantes quanto ela, que os leva ao descontrole alimentar.

É preciso, pois, ressaltar que a dieta, separada de uma elaboração psicológica, tende a falhar, porque, se de um lado existe a vontade de emagrecer, de outro, há uma tendência para perpetuar a imagem corporal tal qual é. O emagrecimento envolve o abandono de uma imagem que, embora indesejável, é conhecida e está sob o controle de cada um; o abandoná-la, implica rever hábitos, valores, e idéias pré-concebidas. Por isso, muitos regimes servem apenas como paliativo do problema.

Além disso, para que o emagrecimento se dê é fundamental que lidemos com a ansiedade dessas pessoas, que pode aumentar com uma expectativa exagerada para emagrecer. O profissional deve estar atento, também, para não criar uma ansiedade iatrogênica quando se lida com este tipo de problema. Por exemplo, ao enfatizar o relaxamento, o profissional pode aumentar ainda mais o estado de ansiedade da pessoa, se insistir na necessidade do mesmo.

Por ser um trabalho em grupo, pode ser estendido a um número maior de pessoas, já que a demanda para este tipo de atendimento é bastante grande. Além disso, a experiência com este grupo nos ensinou que, uma pessoa aprende com a outra, o que torna a proposta

muito mais dinâmica e rica. Entretanto, um trabalho desse tipo, implicará uma maior diversificação, tanto de idéias e valores, como de hábitos, tornando-o ainda mais complexo e, exigindo, do profissional que o coordena, muita habilidade.

Este modelo de intervenção tem toda a potencialidade para ser implantado em hospitais, postos de saúde, ou em instituições que tenham a preocupação, não só com o emagrecimento, mas com a conscientização das pessoas que não estão satisfeitas com o seu corpo. Pode ser utilizado, ainda, como parte complementar de um projeto, ou como técnica principal.

Seria desejável que não só o psicólogo, como outros profissionais pudessem participar, em conjunto, de sua execução, já que a obesidade, por envolver múltiplas causas, esbarra em diversas inter-faces do conhecimento.

Mais uma vez, enfatizamos a importância do movimento para essas pessoas. Não só porque canaliza as emoções e sentimentos, mas porque também mobiliza uma energia que está estagnada ou que pode estar sendo mal utilizada na atividade compulsiva de comer.

Neste sentido, sugerimos, aos órgãos competentes, que dêem mais atenção à atividade física e facilitem o seu acesso às pessoas - principalmente, àquelas que, delas, realmente necessitem, como as obesas - seja através dos centros comunitários, seja através das escolas e postos de saúde. Falamos não só da prática de esportes, ou ginástica, mas de atividades como Ioga, Biodança, Tai Chi Chuan, Alongamento, Relaxamento, Dança ou outras que trabalhem, principalmente, a consciência corporal.

Esta proposta também poderá ser aproveitada em âmbito educacional, para a conscientização dos especialistas da saúde, como médicos, psicólogos, enfermeiros e nutricionistas. Como resultado, teríamos uma população melhor informada sobre a obesidade e, conseqüentemente, aumentaríamos a sua prevenção. E também, a diminuição do estigma que existe em torno da pessoa obesa.

Entendemos que programas desse tipo ajudam, às pessoas com excesso de peso, compreender o significado da linguagem do corpo, cujos significantes são os sintomas apreendidos. Esta compreensão pode possibilitar a volta ao peso normal, ser um caminho para o auto-conhecimento, ao invés de um sacrifício para a perda de peso, como aquele proposto por algumas dietas para o emagrecimento.

Sugerimos que nossos achados possam ser ampliados em pesquisas futuras, como também, o programa possa se multiplicar, para que tenhamos resultados de um número maior de sujeitos.

Esta pesquisa abre caminho não só para novas investigações, a partir das já coletadas com esta população, mas também abrange outras possibilidades, como a da aplicação desta metodologia em pessoas que, embora com excesso de peso, não fazem uma dieta alimentar. Possivelmente, teríamos um resultado positivo.

Finalmente, salientamos que o ENCOR foi desenvolvido com a intenção de que a pessoa, ao se apropriar do seu corpo, fique melhor preparada para aderir a uma re-educação alimentar, caso seja realmente necessária, ou até para criar seu próprio método de controle.

ANEXOS

ANEXO 1

ESTREVISTA DE ANAMNESE

Informante..... Data.....

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome.....
2. Data de Nascimento..... Idade.....
3. Endereço..... Bairro..... Cidade.....
Telefone..... Para Recados.....
4. Côr..... Nacionalidade.....
5. Religião..... Praticante sim () Não ()
6. Escolaridade 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Incompleto ()
7. Profissão.....
8. Estado Civil.....
9. Filhos () Sim () Não
Quantos?.....
- Sexo.....
- Idade.....
10. Conjuge
Idade..... Profissão.....
11. Quem mora na casa?.....
12. Renda Familiar (em salário mínimo).....

II - ANTECEDENTES FAMILIARES

1. FAMÍLIA

1.1. Idade dos pais hoje:

Mãe:.....viva() Pai:.....vivo ()

Número de Irmãos e ordem de nascimento:

1.2. Gestação

Você sabe, ouviu falar se sua mãe passou bem durante a gestação?-----

1.3. Parto

Como foi seu parto?-----

III - DESENVOLVIMENTO INFANTIL ATÉ A ADOLECÊNCIA

1. Desenvolvimento Motor

Você sabe:

1.1. Quando começou a andar.....

1.2. Você engatinhou?.....

1.3. Quando começou a falar.....

2. Alimentação

2.1. Foi amamentada? () sim () não

2.2. Quanto tempo aproximadamente?.....

2.3. Você teve dificuldade com algum alimento na sua infância? Quais?.....

2.4. Que alimentos não gostava?.....

2.5. Que alimentos preferia?.....

2.6. Hoje continua a mesma coisa? Como são seus hábitos? Come demais, toda hora?

2.7. Quem cozinhava na sua casa? A comida era gostosa? Você tinha horários rígidos? Era obrigada a comer algum alimento?.....

2.8. A família fazia as refeições?.....

3. Controle Esfincteriano

3.1. Evacuação

Você teve prisão de ventre quando criança?.....

Você tinha diarreia com frequência?.....

Hoje - Quantas vezes vai ao banheiro por dia? Por semana?

Tem dores?

3.2. Micção

Com que frequência você urina?.....

4. Doenças na Infância e adolescência

4.1. Teve: Sarampo() Catapora ()Coqueluche () Vermes ()-

Bronquite () Asma () Alergia ()

4.2. Gripava com frequência?.....

4.3. Outras doenças.....

4.4. Foi hospitalizada?

4.5. Como era a sua relação com os pais durante as doenças?.....

5. Escolaridade

5.1. Como foi sua vida escolar? Gostava de estudar? Por quê parou?.....

5.2. Quais as matérias que você mais gostava?

Por que?.....

5.3. Quais as que não gostava?.....

Por que?.....

5.4. Você lembra de alguma professora?

5.6. Levava lanche na escola?

5.7. Sua escola tinha atividades de esportes, competições, teatro? Você participava?

.....

5.8. Você lembra de algum amigo ou amiga dessa época de primário e ginásio?.

III - DADOS SOBRE A OBESIDADE

1. Usa alguma medicação? Qual?

2. Foi encaminhada para a dieta? sim () não ()

Por que?.....

Por quem?.....

3. Peso Atual.....Altura.....(tirar da ficha do acompanhamento da dieta)

I.M.C. =

Regime decalorias

4. Tratamentos

4.1. Já fez dieta para emagrecer?.....

Quando?.....

Quais?.....

Qual foi o resultado?.....

5. Dados Familiares

5.1. Há pessoas obesas na família? Quem?.....

5.2. Problema de Anorexia?.....

Problema de bulimia?.....

6. Dados Pessoais

(Breve história da obesidade)

6.1. Desde quando é obeso?.....

6.2. Qual era a média de seu peso antes de engordar?

6.3. Peso..... Altura.....

6.4. Qual o peso que considera ideal para você?.....

7. Atividade Física

7.1. Pratica alguma atividade física? Qual? Por que?.....

ANEXO 2

POLICLÍNICA III - CENTRO DE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR - CAMPINAS ***ENCOR CONTRATO DE ADESÃO***

Você está se propondo a participar do ENCOR, que tem como objetivo auxiliá-la (o) a reavaliar aspectos da sua vida, da sua história, principalmente da história do seu corpo.

Será uma grande oportunidade para que você discuta, com outras pessoas, questões para as quais não tenha ainda conseguido uma resposta.

Por ser um trabalho com começo, meio e fim, só conseguiremos um resultado se houver um compromisso de cada um em assumi-lo até o seu término.

Nós temos a certeza de que valerá a pena, porque serão duas horas da semana reservadas, exclusivamente, para você.

REGRAS DE FUNCIONAMENTO DO GRUPO

Leia com atenção:

1. O encontro terá a duração de duas horas, num total de 12 reuniões, todas as **QUINTAS-FEIRAS**, com início às **9 horas** e término às **11 horas**.
2. Sabendo disso, as pessoas devem organizar seus compromissos para não ter que atrasar ou sair mais cedo. O tempo de espera para o início é de 10 minutos.
3. A ausência deverá ser avisada com antecedência por recados ou pelo telefone, para a enfermeira ou algum elemento do grupo (por uma questão de consideração ao grupo). Duas faltas consecutivas implica desligamento. Casos especiais serão estudados.
4. Todos deverão ter espaço no grupo, por isso, os que querem falar deverão procurar seu espaço, mas com bom senso, para que todos possam participar. (Ninguém será pressionado a falar).
5. Tudo o que for dito no grupo terá um caráter confidencial.
6. Nós vamos aprender a escutar e a falar sem julgamentos, nem críticas. Devemos estar cientes de que ninguém resolverá todos os seus problemas numa reunião.
7. Quando o grupo não estiver bem, podemos dar uma parada e rever os objetivos.
8. Cada participante do grupo receberá um Certificado de Participação, se freqüentar 80% das reuniões, ou seja, no mínimo 8.

TERMO DE COMPROMISSO

EU.....ME COMPROMETO A PARTICIPAR ATÉ O FINAL DO ENCOR, PARA O MEU PRÓPRIO BEM ESTAR E O DO GRUPO. TAMBÉM ESTOU CIENTE DAS REGRAS DE FUNCIONAMENTO E PROCURAREI RESPEITÁ-LAS.

.....
ASSINATURA DO PARTICIPANTE

CAMPINAS, DE DE 1994

ANEXO 3

Exercícios de Auto-Conhecimento

Nome.....Data.....

Este exercício tem como objetivo ajudá-la a fazer uma reflexão sobre você mesma, principalmente para auxiliá-la a se auto-conhecer. Tem também o objetivo de ajudá-la a perceber como está se sentindo durante este período da dieta. Por isso, abrindo seu "coração", responda sinceramente:

1. Emagrecer significa para mim.....
2. Eu era.....Eu sou
3. Eu tentei.....mas
4. O que eu quero para mim é.....
5. Tenho que comer quando.
6. No futuro eu
7. Meu corpo é
8. A parte mais tensa do meu corpo é
9. Para não ficar com raiva eu.
10. A parte do meu corpo de que eu mais gosto é.....
11. A parte do meu corpo de que eu menos gosto é.....
12. Eu tenho medo de
13. Prazer para mim é
14. A coisa mais importante para mim é
15. O que falta para mim é.....

ANEXO 4

MENSAGEM SOBRE A SEXUALIDADE¹³

MENSAGEM ANTIGA	A VERDADE	NOVA MENSAGEM
Se eu for sexual, serei promiscuo (a)	Você sempre fará aquilo que realmente tiver vontade de fazer. A sua educação não permitiria agir de outra maneira.	Eu posso confiar em mim mesmo para só fazer o que tiver vontade de fazer.
Eu não posso recusar sexo porque magoarei o meu parceiro (a)	Você tem o direito de decidir o que fazer com seu corpo. O seu parceiro tem que aprender a suportar o seu não.	Eu posso ser honesto (a) e dizer o que quero.
Se eu for sexual, serei tratado (a) como um objeto sexual.	Você só é tratado (a) como objeto sexual quando deixa alguém usar seu corpo sem o seu consentimento.	Eu não quero ser privado (a) da minha sexualidade. Eu ainda posso estabelecer os limites.
Meu cônjuge será ameaçado se eu for sexy.	O seu cônjuge ficará satisfeito se os outros lhe acharem atraente, desde que ele (a) tenha certeza de seus sentimentos.	Eu posso mostrar o melhor de mim e ter um relacionamento melhor com o meu cônjuge.
(Para mulheres) Eu não devo tomar iniciativas sexuais com homens.	Você tem direito a esses impulsos.	Eu sou igual aos homens
Eu não devo ser ameaça para as outras mulheres.	Você pode não obter a aprovação delas se o for, mas se sentirá bem consigo mesma se for tudo o que puder ser.	Você não pode se preocupar com o que os outros pensam. Você tem que ser tudo o que pode ser. Você não tem que ser amada por todos.

¹³ Fonte: Alice Katz, *Vencendo a Gulodice*, p.56.

ANEXO 5

CERTIFICADO FINAL

Certifico para os devidos fins que.....
participou do Encontro com o Corpo, na Policlínica III - Campinas, no período
deà.....de 1994 frequentando.....Reuniões.

Campinas, de 1994.

SILVIA MARINA ANARUMA

Psicóloga Colaboradora do Centro de Orientação Alimentar
e Professora da UNESP - Câmpus de Rio Claro

ANEXO 6

MODELO DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE IDATE I E II¹⁴

I - ESTADO

INSTRUÇÕES: A seguir são dadas algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não há respostas certas e erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

Muitíssimo	4	Um pouco	2		
Bastante	3	Absolutamente não	1		
				Não	
				Absolutamente	
				Um pouco	
				Bastante	
				Muitíssimo	
01. Sinto-me calmo (a)				1	2 3 4
02. Sinto-me seguro (a)				1	2 3 4
03. Estou tenso(a)				1	2 3 4
04. Estou arrependido(a)				1	2 3 4
05. Sinto-me à vontade				1	2 3 4
06. Sinto-me perturbado (a)				1	2 3 4
07. Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios				1	2 3 4
08. Sinto-me descansado (a)				1	2 3 4
09. Sinto-me ansioso (a)				1	2 3 4
10. Sinto-me em "casa"				1	2 3 4
11. Sinto-me confiante				1	2 3 4
12. Sinto-me nervoso(a)				1	2 3 4
13. Estou agitado (a)				1	2 3 4
14. Sinto-me uma pilha de nervos				1	2 3 4
15. Estou descontrado (a)				1	2 3 4
16. Sinto-me satisfeito (a)				1	2 3 4
17. Estou preocupado (a)				1	2 3 4
18. Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a)				1	2 3 4
19. Sinto-me alegre				1	2 3 4
20. Sinto-me bem				1	2 3 4

¹⁴ Fonte: Marilda E. Novaes Lipp. Stress e suas Implicações. *Estudos de Psicologia*, v.1 nº3 e 4.

II - TRAÇO

QUASE SEMPRE 4	ÀS VEZES 2				
FREQÜENTEMENTE . . . 3	QUASE NUNCA 1	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
01. Sinto-me bem		1	2	3	4
02. Canso-me facilmente		1	2	3	4
03. Tenho vontade de chorar		1	2	3	4
04. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser		1	2	3	4
05. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente		1	2	3	4
06. Sinto-me descansado (a)		1	2	3	4
07. Sou calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo (a)		1	2	3	4
08. Sinto que as dificuldades estão-se acumulando de tal forma que não as consigo resolver		1	2	3	4
09. Preocupo-me demais com coisas sem importância		1	2	3	4
10. Sou feliz		1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas		1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)		1	2	3	4
13. Sinto-me seguro (a)		1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas		1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido (a)		1	2	3	4
16. Estou satisfeito (a)		1	2	3	4
17. Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando		1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça		1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável		1	2	3	4
20. Fico tenso(a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento		1	2	3	4

ANEXO 7

ROTEIRO PARA AUTO-AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL¹⁵

FORMA I¹⁶

Instruções

Neste Roteiro são feitas perguntas que pedem sua avaliação sobre seu corpo. A finalidade do Roteiro é trazer a oportunidade de tornar mais conhecida a representação que você faz do seu corpo, ou seja, a sua imagem corporal.

A **imagem corporal** é a representação mental do corpo. É como o corpo aparece para nós, como o sentimos, avaliamos, amamos ou rejeitamos. Nós estamos constantemente dando valores às partes do corpo e a ele como um todo. Assim, achamos que a boca é bonita, os olhos são alegres e, também, que uma pessoa é feia, e assim por diante.

Algumas vezes é pedido para você marcar com um "x" a alternativa escolhida. Outras vezes para você escrever. Faça de maneira clara e sincera.

É importante que, por enquanto, não comente as suas respostas com outras pessoas, para que você não se influencie por elas e responda aquilo que realmente está sentindo.

¹⁵ Adaptado da Tese de Doutorado: O Corpo na Individuação Feminina, da autora Lucy Penna, 1986

¹⁶ As questões que tiverem um asterisco junto à numeração, foram retiradas na **FORMA II** do Roteiro.

Não deixe de responder a cada uma das questões.

(*) 1. a) Você é brasileiro (a)?

b) Diga qual naturalidade de:

- Seu pai.....

- Sua mãe.....

2. a) Você está satisfeito com sua saúde em geral?

não razoavelmente bastante

b) Faz algum tratamento médico atualmente?

sim não

Qual o tratamento?

c) Toma alguma medicação com receita médica atualmente?

sim não

Qual?

3. Você já passou por algum tipo de tratamento psicológico (psicoterapia)?

nunca fez já fez

está fazendo gostaria de fazer

4. Você apresenta, atualmente, algum problema de saúde em uma destas áreas?

	Não	Sim	Qual?
- boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- olhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ouvido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cabelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pele do rosto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não	Sim	Qual?-
pele do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pulmões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ovários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- órgãos genitais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- joelhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tornozelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- outra área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Quanto ao ciclo menstrual:

(*) a) Ficou menstruada pela primeira vez:

- entre 10 e 11 anos
- entre 11 e 12 anos
- com mais de 12 anos

(*) b) As suas primeiras menstruações foram acompanhadas de dores, cólicas ou outro sintoma desagradável?

não um pouco muito

c) Atualmente observa a presença de:

	antes da menstruação	depois
- dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dores no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- irritabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- desejo sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cansaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fraqueza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Você costuma modificar seus hábitos durante a menstruação?

não
 somente no primeiro dia
 em todos os dias

e) Seu ciclo menstrual é:

irregular
 quase sempre regular
 sempre regular

(*) f) Como se sentiu na sua primeira menstruação?

6. Com relação ao seu ritmo de sono:

a) Levanta-se freqüentemente:

mal disposto
 bem disposto

b) Atualmente você apresenta (pode assinalar mais de uma alternativa):

- sono agitado
- pesadelos
- sonambulismo
- ranger dentes
- fala em voz alta
- insônia no meio da noite
- dificuldade para adormecer

c) Lembra-se de seus sonhos:

- nunca raramente de vez em quando freqüentemente

d) Já utilizou de algum sonho (pode assinalar mais de uma alternativa):

- para solucionar um problema
- como inspiração artística ou literária
- para auto-conhecimento

7. Você usa bebidas alcoólicas?

cerveja, chope:

- não às vezes freqüentemente

aperitivos, caipirinhas, batidas:

- não às vezes freqüentemente

vinhos, licores:

- não às vezes freqüentemente

uisque, rum, vodka, conhaque:

- não às vezes freqüentemente

8. Você fuma?

- não
- até um maço por dia

de um a dois maços por dia

mais de dois maços por dia

9. Assinale com que frequência você tem se utilizado dos seguintes produtos?

	no passado	no presente	nunca
	1 a 2/ várias	1 a 2/ várias	
<input type="checkbox"/> vitaminas
<input type="checkbox"/> anticoncepcionais
<input type="checkbox"/> calmantes
<input type="checkbox"/> excitantes
<input type="checkbox"/> estimulantes
<input type="checkbox"/> barbitúricos (*)
<input type="checkbox"/> tranquilizantes (**)
<input type="checkbox"/> diuréticos
<input type="checkbox"/> laxantes
<input type="checkbox"/> remédios para emagrecer (***)
<input type="checkbox"/> maconha
<input type="checkbox"/> cocaína
<input type="checkbox"/> morfina

Alguns nomes comerciais desses produtos:

(*) Luminal, Gardenal, Nembutal, Fenobarbital

(**) Valium, Diazepan, Mandrix, Milton, Aldol, Loraz

(***) Hipofagin, Inibex, Obesil

10. Apresentamos a seguir algumas reações que frequentemente São encontradas entre as pessoas. Responda de acordo com aquilo que costuma acontecer com você. (Pode assinalar mais de uma alternativa):

- Tem dores de cabeça freqüentemente
- Sente dormência nos pés ou nas mãos
- Cora com facilidade
- Tem ataques de riso ou choro sem motivos aparentes
- Sente muitas vezes dores musculares
- Tem reações alérgicas a picadas de insetos
- Tem renite alérgica ou espirra muito
- Fica resfriado com freqüência
- As mãos e/ou pés estão habitualmente úmidos
- As mãos e/ou pés estão habitualmente frios
- Transpira muito sem ter realizado esforço físico
- Tem enxaqueca
- Sente náusea de enjôo de vez em quando
- Habitualmente tem azia no estômago
- Costuma comer mais quando fica nervoso
- Apresenta necessidade de arrotar diariamente
- Fica habitualmente com prisão de ventre
- Tem diarreia com facilidade
- Seu coração dispara sem motivo, batendo irregularmente
- Costuma ver manchas pretas ao levantar rapidamente
- Fica facilmente com tonturas
- Sente falta de ar quando está nervoso
- Tem, às vezes, a impressão de que há uma bola na garganta
- Sente um aperto sufocante no peito
- Tem tremedeira quando está nervoso
- Suas mãos costumam tremer levemente
- Sente-se de vez em quando angustiado
- Nota que está habitualmente tenso
- Roe as unhas
- Gagueja quando está nervoso

Tem alguma área de insensibilidade na pele

11. Sobre atividade física

a) Atualmente está praticando algum esporte, faz ginástica ou outra forma de exercício físico?

sim não

Qual?

b) Que importância você atribui à prática de um exercício físico constante?

nenhuma pouca

muita fundamental

c) Como você justifica a sua resposta anterior sobre a importância do exercício físico (pode assinalar mais de uma alternativa):

a sociedade valoriza a pessoa que tem o corpo bem feito

"mente sadia em corpo sadio"

o esporte continuado prejudica as formas femininas

transpirar é deselegante

mulher que faz muito exercício acaba ficando masculinizada

é bom quando for ginástica modeladora

ballet, expressão corporal e dança São mais femininos

é uma condição para o equilíbrio biopsíquico

é uma maneira de fazer amizades

movimentar-se melhor é uma forma de auto-conhecimento

a mulher tem de saber ser agressiva e competir

outro:

12. Quanto a sua aparência, você se acha:

a) atraente?

levemente atraente

muito atraente

b) bonito (a)? não levemente bonito muito bonito

c) Quanto ao seu peso?

magro

tendendo para o normal

normal

tendendo para o gordo

gordo

d) Quanto à sua cor de pele

branca

levemente morena

morena

mulata

negra

e) Frequenta o salão de beleza?

nunca semanalmente ou quinzenalmente outro

f) Muda a cor dos seus cabelos?

nunca as vezes regularmente

Nas questões abaixo você pode assinalar mais de uma alternativa:

g) costuma usar pintura?

no rosto

nas unhas das mãos

nas unhas dos pés

em outra área do corpo

h) Qual a área do seu rosto que você procura realçar através dos cosméticos, quando faz uso destes?

- os olhos
- a boca
- as faces
- o nariz

i) Quais destes produtos de beleza se incluem no seu uso diário?

- cremes hidratantes ou nutritivos
- creme rejuvenescedor
- loções para a pele do rosto
- xampu e/ou cremes para os cabelos
- cosméticos

j) Você gosta de usar:

- brincos
- anéis
- correntes
- colares
- enfeites na roupa
- lenços coloridos

k) Há alguma jóia ou enfeite, exceto aliança, que você usa sempre sem tirar em nenhuma situação?

- não sim

Qual?

l) Você faria atualmente uma cirurgia plástica para melhorar sua aparência?

- não sim ?

m) Em caso afirmativo, qual a área do corpo que você gostaria de modificar e porquê?

n) Normalmente, o que as outras pessoas costumam reparar na sua aparência?

homens

mulheres

13. a) Você é casada (o)?

não sim

Há quanto tempo?

b) Caso não seja casada, convive com um companheiro (a)?

não sim

Há quanto tempo?

c) Você tem atualmente namorado ou noivo?

não sim

d) Qual a importância que você dá para a **sexualidade** em sua vida afetiva?

nenhuma

pouca

muita

decisiva

(* e) Sua experiência sexual começou com a idade deanos, e seu (sua) parceiro(a) foi.....

f) Atualmente você (pode assinalar mais de uma alternativa):

não mantém relações sexuais

mantém relações sexuais regularmente com uma mesma pessoa

tem relações eventualmente, sem estar comprometido (a)

g) Considera que o relacionamento homossexual é (assinale apenas uma alternativa)

aceitável

- normal
- desajustado
- doentio
- outro. Qual?

h) Esta opinião se aplica:

- aos homens em geral
- às mulheres em geral
- aos homens ou mulheres em geral

i) Com relação ao **orgasmo** você tem percebido que:

- acontece, mas raramente
- até hoje, não teve orgasmo realmente
- é muito difícil de ser alcançado
- é preciso que o parceiro seja experiente
- normalmente, você consegue o orgasmo
- tem orgasmo quando se masturba
- geralmente o orgasmo não depende dos seus sentimentos para com o parceiro
- no início foi mais difícil, agora acontece quase sempre
- é difícil que aconteça junto com o parceiro
- o orgasmo do seu parceiro é diferente do seu
- o orgasmo acontece sempre
- a sua satisfação depende mais de você mesma
- o orgasmo pode variar de intensidade
- gostaria de soltar-se mais livremente
- você gostaria de ter experiências com outros homens
- não costuma pensar em questões com estas

j) Descreva o que tem sido mais importante para você nas suas relações afetivas e sexuais:.....

14) a) Você diria que é uma pessoa que curte o ato de olhar para as pessoas e o mundo, de um modo geral?

não sim

b) Você pratica (ou já praticou) recentemente:

Fotografia

Desenho ou pintura

teatro ou cinema

escultura ou cerâmica

dança

música

c) Complete as frases abaixo:

- Quando noto que estou sendo observada(o) por uma pessoa desconhecida, geralmente me sinto:

Se for mulher:

Se for homem:

- Não gosto que me vejam quando eu estou

d) Você pensa que o olhar pode transmitir a emoção?

algumas vezes, acho que sim

nunca notei isto

quase sempre, sim

sempre, mesmo que as pessoas não o percebam

e) Geralmente, você prefere evitar o olhar das pessoas com quem está conversando?

sim não

f) Complete as frases abaixo:

Sinto prazer em olhar para uma pessoa quando ela.....

Fico nervoso(a) ou inquieto(a) ao olhar para uma outra pessoa quando ela
.....

g) Quando estou emocionado(a), freqüentemente:

tenho vontade de chorar, mas não consigo

costumo chorar quase sempre

não tenho vontade de chorar

se estiver em público não choro

15) Situe os seus hábitos de relacionamento:

15.1. Há determinadas áreas do seu corpo onde *não costuma* permitir o contato direto?

a) só com seus colegas homens (mulheres):

- em público.....

- a sós.....

15.2. Há certas áreas do seu corpo onde não gosta de ser acariciada pelo seu esposo ou
companheiro ou noivo ou namorado?

a) em público:

não sim

Quais?.....

b) Na intimidade:

não sim

Quais?.....

2ª PARTE

16. Satisfação quanto às proporções do corpo:

a) Satisfação com as proporções atuais:

- A seguir você encontrará uma relação das diversas áreas do seu corpo. Considere o quanto está ou não satisfeito com o TAMANHO destas áreas. Responda fazendo um círculo ao redor do número:

ESCALA:

1	2	3	4	5
MUITO	POUCO	NEUTRO	POUCO	MUITO
INSATISFEITA		NEM UM	SATISFEITA	
NEM OUTRO				

GRAU DE SATISFAÇÃO COM
SER
O TAMANHO ATUAL

O TAMANHO IDEAL DEVERIA

						menor	igual	maior
Altura	1	2	3	4	5	()	()	()
peso	1	2	3	4	5	()	()	()
cabeça	1	2	3	4	5	()	()	()
boca	1	2	3	4	5	()	()	()
comprimento do nariz	1	2	3	4	5	()	()	()
comprimento do pescoco	1	2	3	4	5	()	()	()
largura dos ombros	1	2	3	4	5	()	()	()
bracos	1	2	3	4	5	()	()	()
maos	1	2	3	4	5	()	()	()
busto	1	2	3	4	5	()	()	()
cintura	1	2	3	4	5	()	()	()
quadrís	1	2	3	4	5	()	()	()
coxas	1	2	3	4	5	()	()	()
barriga da perna	1	2	3	4	5	()	()	()
tornozelos	1	2	3	4	5	()	()	()

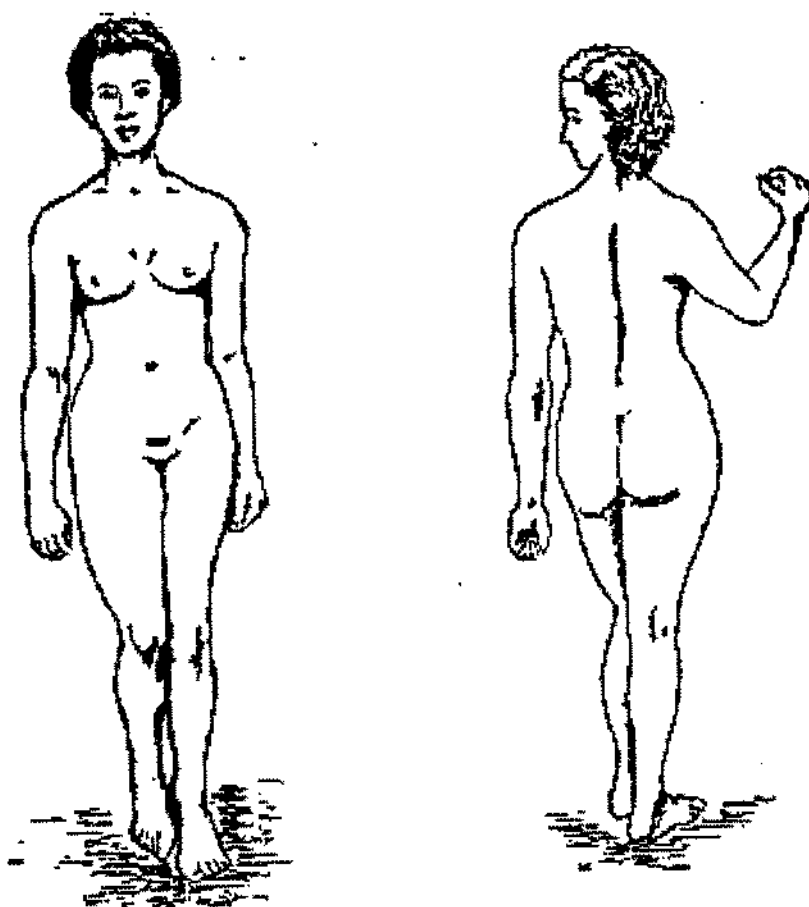
17. GRÁFICO DE SINTOMAS E DA APRECIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO

A) Frequentemente, as pessoas se queixam de dores que reaparecem, de vez em quando, nas mesmas regiões do corpo.

Mostre nesta figura, onde você tem dor ou outra sensação desagradável habitualmente, caso as tenha.

Faça isto **sombreado a área correspondente no desenho**, com um lápis ou uma caneta:  ou .

Depois, escreva o nome das áreas que você sombrou e diga o que costuma sentir em cada uma delas.



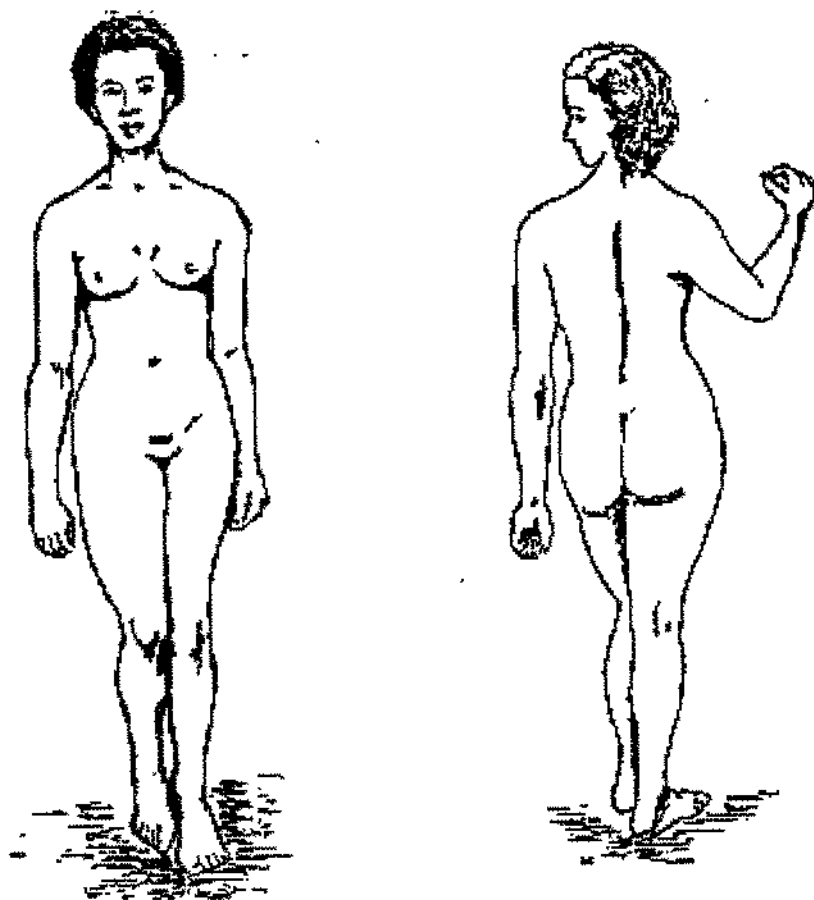
Nesta parte (ou órgão)	costuma sentir:
1	1.....
2	2.....
3	3.....
4	4.....

18. GRÁFICO DE SINTOMAS E DA APRECIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO

Determinadas áreas ou partes do corpo podem ser menos apreciadas do que outras, por diversas razões.

No desenho abaixo, mostre com um sombreamento aquelas partes de seu corpo das quais **você não gosta ou gosta menos do que as outras.**

Depois, escreva o nome das áreas sombreadas e diga qual a sua crítica sobre elas.



Desta parte do corpo (cite)	não gosto porque:
1.....	1.....
2.....	2.....
3.....	3.....
4.....	4.....

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMSON, E. E. & Wunderlich, R. A. Anxiety, Fear and Eating: A Test of the Psychosomatic Concept of Obesity. **Journal of Abnormal Psychology**. v.79 (3): 317-321, 1972.
- ANJOS, Mário Negreiros dos. **Obesidade**. Rio de Janeiro. Cultura Médica, 1983. 67p.
- BAKER, E.F. **O Labirinto Humano. Causas do Bloqueio da Energia Sexual**. São Paulo, Summus, 1980. 322 p.
- BARBANTI, V.J. **Aptidão Física: Um convite à saúde**. São Paulo, Manole, 1990. 146p.
- BARROS, A.S.M. de. **Alcoolismo, Obesidade e Consultoria Psiquiátrica**. Porto Alegre, Ed. Movimento, 1994. 152p. (Col.Ensaio, 47)
- BELL, C. et al. Body Image of Anorexic, Obese, and Normal Females. **Journal of Clinical Psychology**, v.42 (3): 431-439, 1986.
- BELMONTE, T. **Emagrecimento não é só Dieta! Uma Questão Psicológica, Corporal, Social e Energética**. 2ª ed. São Paulo. Ágora, 1986. 119p.
- BIAGGIO, A.M.B. & Natalício, L.& Spilberger, C.D. Desenvolvimento da Forma Experimental em Português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spilberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**. Rio de Janeiro, v.29 (3): 31-44, 1977.
- BLACKBURN, G.L. et al. Weight Cycling: The Experience of Human Dieters. **American Journal Nutrition**, nº 49 (1105-1109), 1989.
- BOADELLA, D. **Nos Caminhos de Reich**. São Paulo. Summus, 1985.
- BONALUME NETO, R. Barbie não teria como Menstruar, diz Médico. Manequins não possuem boas reservas de energia. **Folha de São Paulo**. 16 abr. 1993, p.7.
- BOUER, J. Obesidade Mórbida Leva Corpo ao Colapso. **Folha de São Paulo**. 18 out. 1993 (Saúde), p.4.
- BOSSU, H.& Chalanguier, C. **A Expressão Corporal. Abordagem Metodológica. Perspectivas Pedagógicas**. São Paulo, Lince Ed. Ltda, 1979. 121p.
- BOYD, M.A. Living with Overweight. **Perspectives in Psychiatric Care**. v. 25 (3/4): 48-52, 1989.

- BRODIE, D.A. S., P.D. The Relationship between Body-Image and Body-fat in Adult Women. **Psychological Medicine**, nº 18: 623-631, 1988.
- BROWNELL, K.D. & Steen, S.N. Modern Methods for Weight Control: The Physiology and Psychology of Dieting. **The Physician and Sportsmedicine**. v.15 (12) 1987.
- BUSKIRK, E. Obesidade. In: Skinner, James S. **Prova de Esforço e Prescrição de Exercícios para Casos Específicos**. Rio de Janeiro, Revinter, 1991. 189p.
- CASH, T.F. & Winstead, B.A. & Janda, L.H. The Great American Shape-Up. **Psychology Today**. Abril, 1986
- CASSIUS, J. Socorro! Estou Preso no meu Corpo. Um guia para compreender como os conflitos ajudam a engordar. São Paulo Ed. Gente, s/d. 188p.
- CLARKE, B. **Mente em Sintonia em Corpo em Harmonia. Técnicas de Mentalização para o Emagrecimento pelo Sistema ORVA**. 2ª ed. São Paulo. Ed. Saraiva, 1990. 126p.
- CONGER, J.P. **Jung e Reich. O Corpo como Sombra**. São Paulo. Summus, 1993. 189p.
- COLLINS, J.K. et al. Body Percept Change in Obese Females After Weight Reduction Therapy. **Journal of Clinical Psychology**, v. 39 (4): 507-511, 1983.
- CORMILLOT, A. et al. **Obesidad**. Buenos Aires, Médica Panamericana, 1977. 389p.
- CRAIG, P.L. & Caterson, I.D. Weight and Perceptions of Body Image in Women and Men in a Sydney Sample. **Community Health Studies**, v.14 (4): 373 - 387 1990.
- DIAS, M.M. & Goodson, P. **Nós Orientamos, Você Decide. Gravidez e Anticoncepção**. Depto Tocoginecologia CAISM/CEMICAMP, Campinas, Hospital das Clínicas, Unicamp, 1989. 14p.
- DIETA brusca pode causar morte súbta. **O Estado de São Paulo**, 04. set. 1994. (Saúde), p.17
- ENGLISH RM & Bennett S. Overweight and Obesity in the Australian Community. **Journal Food Nutrition**, nº42: 2-7, 1988.
- FAUBEL, M. Body Image and Depression in Women with Early and Late Onset Obesity. **The Journal of Psychology**, v. 123 (4): 385-395, 1989.
- FRANÇA, M.S.J. Falta de Fibras no Cardápio leva a Males Intestinais. **O Estado de São Paulo**, 04 set.1994, (Saúde), p.17.

- FREEDMAN, R. **Amar Nuestro Cuerpo. Guía Practica para Mujeres como Gustarnos a Nosotras Mismas.** Barcelona, Ed Paidos, 1991. 318p.
- FREIRE, R. **Soma. Uma Terapia Anarquista. A Alma é o Corpo.** 2ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1988, v.1. 225p.
- FISHER, S. Sex Differences in Body Perception. **Psychological Monographs: General and Applied**, v.78, nº14: 1-22, 1964.
- FLETCHER, A. **Mince pour Toujours. Prevention.** october, Rodale Press, Inc. Emmaus, Pensylvanne, 1990.
- GAIARSA, J.A. **Couraça Muscular do Caráter: Wilhelm Reich. Trabalho Corporal em Psicoterapia.** Fundamentos e Técnicas. São Paulo, Agora, 1984. 279p.
- _____. **Minha Vida com Reich.** Revista Reichiana. São Paulo, Summus, nº1: 67-82, 1992.
- GOMES, Gerusa Vieira. Do Campo à Cidade: as Transformações nas Práticas Educativas Familiares. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo nº 64: 48-56, 1988.
- GRAY, D.S. Diagnóstico e Prevalência da Obesidade. In: Bray, George A. **Obesidade: Conceitos Básicos e Aplicações Clínicas.** Clínicas Médicas da América do Norte. Rio de Janeiro, Interlivros, 1989, v.1. 325p.
- GRINKER, J.& Hirsch, J. & Levin, B. The Affective Responses of Obese Patients to Weight Reduction: A Differentiation Based on Age at Onset of Obesity. **Psychosomatic Medicine**, v.35, nº1: 57-63, 1973.
- GLUCKSMAN, M.L. Psychiatric Observations on Obesity. **Advance Psychosomatic Medicine**, nº7: 194-201, 1972.
- GLUCKSMAN, M.L. & Hirsch, J. The Response of Obese Patients to Weight Reduction. III. The Perception of Body Size. **Psychosomatic Medicine**, v.11 (1): 1-19, 1969.
- GURNEY, R. The Hereditary Factors in Obesity. **Archives International Medicine**, nº57: 557, 1936.
- HALL, S.M. & Havassy, B. The Obese Woman: Causes, Correlates, and Treatment. **Professional Psychology**, v.12 (1): 163-170, 1981.
- HALPERN, A. Obesidade. Como diagnosticar e tratar . **Revista Brasileira de Medicina.** v.44 (7):171-177, 1987.

- HELLER, D.C.L. **Redução do Peso Adaptado a uma População de Baixa-Renda: Identificação de Variáveis para Elaboração de Procedimentos.** São Paulo, USP, 1990, Dissertação (Mestrado). 149p.
- HOLT, H. & Winick, C. Group Psychotherapy with Obese Women. In: KIELL, Norman. **The Psychology of Obesity: Dynamics and Treatment.** Springfield. Charles Thomas, 1973, 255 p.
- HOYOS, M.D. & Clarke, H. Concepts of Obesity in Family Practice. **West Indian Medical Journal**, v.36 (95): 95-98, 1987.
- INTERNATIONAL FOUNDATION FOR BIODYNAMIC PSYCHOLOGY. O que é Psicologia Biodinâmica? **Cadernos de Psicologia Biodinâmica.** São Paulo, Summus, v.1: 9-12, 1983.
- JOESTING, J. Comparason of Students who Exercice with those who do not. **Perceptual and Motor Skills**, nº53, p.426, 1981.
- JOURARD, S.M. An Exploratory Study of Body-Accessibility. **Britanic Journal Social Clinical Psychology**, nº5: 221-231, 1966.
- KAHTALIAN, A. Obesidade: um Desafio. In: Mello Filho et al. **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 286p.
- KAPLAN, H.I. & Kaplan, H.S. The Psychosomatic Concept of Obesity. **Journal of Nervous and Mental Disease**, nº125: 181-201, 1957.
- KATZ, Alice. **Vencendo a Gulodice. Ajude você mesmo.** Manole, São Paulo, 1990. 73p.
- KELEMAN, S. **Anatomia Funcional: a Estrutura da Experiência.** 2ª ed. São Paulo Summus, 1992. 174p.
- KNOBEL, M. Adolescência e Sexualidade. **Estudos de Psicologia.** v.1 (3 e 4): 57-75, 1984.
- KURLANDER, A. Group Therapy in Reducing. **Journal American Dieters Association**, v.29: 337-339, 1953.
- LACEY, H.J e Birtchnell, S. L. Body Image and its Disturbances. **Journal of Psychosomatics Research**, v. 30(6): 623-631, 1986.
- LEFEVRE, F. **O Medicamento como Mercadoria Simbólica.** São Paulo, Cortez, 1991. 159p. (Col. Pensamento Social e Saúde, 6).
- LIPP, M.E. N. Stress e suas Implicações. **Estudos de Psicologia**, v.1 (3 e 4): 14-15, 1984.

- LONDON, C. & Schreiber, L. A Controlled Study of the Effects of Group Discussions and an Anorexiant in Outpatient Treatment of Obesity. With Attention to the Psychological Aspects of Dieting. **Annals of Internal Medicine**. v. 65: 80-92, 1966.
- LOWEN, A. **O Corpo Traído**. São Paulo. Summus, 1979.270p. (Novas Buscas em Psicoterapia, 11)
- _____. **Prazer: Uma Abordagem Criativa da Vida**. São Paulo. Summus, 1984. 230p.
- _____. **Amor, Sexo e seu Coração**. São Paulo Summus, 1990. 199p.
- LOWEN, A.& Lowen, L. **Exercícios de Bioenergética. O Caminho Vibrante para uma Saúde Vibrante**. São Paulo Agora, 1985.
- LUKASKI, H.C. Methods for the Assessment of Human Body Composition: Traditional and New. **American Journal Clinical Nutrition**. nº46: 537-556, 1987.
- MAIO, S. A. Borghetti. Abordagem Psicológica do Paciente Cardiopata Obeso. **Atualização Cardiológica**. SOCESP, nº1: 16 - 17, 1990.
- McCREA, C.W. & Summerfield, A.B. & Rosen, B. Body Image: A Selective Review of Existing Measurement Techniques. **British Journal of Medical Psychology**, nº55: 225-233, 1982.
- McREYNOLDS, WT. Toward a Psychology of Obesity: Rewiew of Research on the Role of Personality and Level of Adjustment. **International Journal Eating Disorders**, nº2: 37-56, 1982.
- MELCO, T.G. S. **Um Estudo Fenomenológico da Obesidade em Mulheres de Meia Idade**. São Paulo, PUC, 1990, Dissertação (Mestrado). 280p.
- MIKULAS, W.L. **Técnicas de Modificação de Comportamento**. São Paulo Harper & Row do Brasil, 1977. 161p.
- MINAYO, C. de S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 3ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro, 1994. 269p. (Saúde em Debate, 46).
- MORAIS, G.P. **Contribuição do Psicodiagnóstico de Rorschach ao Estudo da Obesidade**. São Paulo, USP, 1991, Dissertação (Mestrado). 59p.
- MOURA, M.T. & Santos, S. **Como enfrentar a Obesidade**. Campinas, Ícone, 1988. 106p. (Col. como enfrentar).
- MURARO, R.M. **Sexualidade da Mulher Brasileira. Corpo e Classe Social no Brasil**. 2ª ed, Petrópolis, Vozes, 1983. 501p.

- MUSTAJOKI, P. Psychosocial Factors in Obesity. *Annals of Clinical Research*, nº 19:143-146, 1987.
- NAVARRO, F. **Terapia Reichiana. Fundamentos Médicos Somatopsicodinâmica.** São Paulo, Summus, 1987. v. I (101p.) e v. II (95p.)
- OGDEN, J. **A Vez do Gordo? Desfazendo o Mito da Dieta.** Rio de Janeiro, Imago Ed., 1993. 137p.
- OLIVA, A.B.G. & Halpern, A. Obesidade. Como Diagnosticar e Tratar. *Revista Brasileira de Medicina.* v 49 (6) 256-262, 1992.
- PAIVA, L.M. **Psicopatologia do Excesso de Apetite, Voracidade e Períodos de Molde.** Trabalho apresentado ao III Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, Rio de Janeiro, 1982.
- PENNA, L. **O Corpo na Individuação Feminina.** São Paulo, USP, 1986, Tese (Doutorado),v. I (209p.) e v. II (29p.)
- _____. **O Corpo Sofrido e Mal-Amado. As Experiências da Mulher com o Próprio Corpo.** São Paulo, Summus, 1989. 253p. (Novas Buscas em Psicoterapia, 37).
- _____. Imagem Corporal: Uma Revisão Seletiva da Literatura. *Psicologia São Paulo*, São Paulo, 1(2): 167-174, 1990.
- PENICK, S.B & Stunkard, A.J. Newer Concepts of Obesity. In: Kiell, N. **The Psychology of Obesity: Dynamics and Treatment.** Springfield. Charles C. Thomas, 1973.
- RAKNES, O. **Wilhelm Reich e a Orgonomia.** São Paulo, Summus, 1988. 131p.
- RÊGO, R. et al. Fatores de Risco para doenças Crônicas não-transmissíveis: Inquérito Domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e Resultados Preliminares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 24(4): 277-285, 1990.
- REICH, W. **Análise do Caráter.** Rio de Janeiro Ed. Martins Fontes, 1972. 572p.
- _____. **A Função do Orgasmo.** 15ª ed., São Paulo, Ed. Brasiliense, 1975. 328p.
- REZENDE, M.M. **Curto Circuito. Pais, Filhos e Drogas.** Alvorecer Ed, Taubaté, São Paulo, 1994. 90p.
- ROCHA, M.L. Tratamento Personalizado para Obesos. *Revista Brasileira de Educação Física e Desporto*, out/mar, 1983.

- RODIN, J. & Schank, D. & Stringel-Moore, R. Características Psicológicas da Obesidade. In: Bray, George. **Obesidade: Conceitos Básicos e Aplicações Clínicas**. Clínicas Médicas da América do Norte. RIO DE JANEIRO, Interlivros, 1989, v.1. 325p.
- RODRIGUES, J.A. **Viva Reich!** Porto, Ed. Afrontamento, 1982. 32p. (Bolso, 12).
- ROSEN, G.M. & Ross, A.O. Relationship of Body Image to Self-Concept. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v.32 (1): 100, 1968.
- ROUANET, Sérgio P. **Teoria Crítica e Psicanálise**. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. Fortaleza. Ed. Universidade Federal do Ceará, 1983. 377p.
- RYCKMAN, R. et al. Development and Validation of a Physical Self-Efficacy Scale. **Journal of Personality and Social Psychology**, nº42: 891-900, 1982.
- SANDOR, P. Introdução. Ciclo de Estudos sobre Relaxamento. **Boletim de Psicologia**. . v.21, jan-dez, nº 57 e 58, 1969.
- SANTOS, S. dos. **Contribuição ao Estudo da Ansiedade em Pacientes Obesos**. São Paulo, PUC, 1990, Tese (Doutorado). 82p.
- SECORD, P.F. & Jourard, S.M. The Appraisal of Body-Cathexis: Body-Cathexis and the Self. **Journal of Consulting Psychology**. v.17 (3), 1953.
- SCHILDER, P. **A Imagem do Corpo. As Energias Construtivas da Psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 316p.
- SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as Ciências do Comportamento**. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1977. 115p.
- SILVERSTONE, T. Obesity. **Proceedings of the Royal Society of Medicine**. v. 61: 371-375, 1967.
- SHONTZ, F.C. Some Characteristics of Body Size Estimation. **Perceptual and Motor Skills**, nº16: 665-671, 1963.
- _____. **The Concept of the Body Image. Perceptual Cognitive Aspect of Body Experience**. Academic Press, New York, USA, 1969.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA. **Transtornos Alimentares. Programa de Educação Sanitária. Saúde Mental/ Doença Mental. A Década do Cérebro**. Ribeirão Preto, Publicação NIH nº 93-3477. jan, 1993.
- SPIELBERG, C.D. **Tensão e Ansiedade**. Ed. Harper e Row do Brasil, São Paulo, 1981. 128p.

- STAKE, J. & Lauer, M.L. The Consequences of Being Overweight: A Controlled Study of Gender Differences. **Sex Roles**, v. 17, nº1/2: 31-47, 1987.
- STELLA, F. *Psicologia e Hipertensão Arterial. Textos.* Faculdade de Ciências e Letras. Depto de Psicologia da Educação. UNESP - Araraquara, 1990. 51p.
- STRIEGEL-MOORE, R.& Rodin, J. The Influence of Psychological Variables in Obesity. In: Foreyt, Kelly D. Brownell & Foreyt, John P. **Handbook of Eating Disorders. Physiology, Psychology and Treatment of Obesity, Anorexia, and Bulimia.** Basic Book, Inc, Publishers, New York, 1986.
- STUART, R.B. **Pense Magro e Emagreça.** 4ª ed, Rio de Janeiro, Ed. Record, 1978. 208p.
- STUART, R.& Jacobson, B. **Peso, Sexo e Casamento. Como Tirar esse Peso da Cabeça ... e do Coração.** 2ª ed., São Paulo, Ed. Saraiva, 1990. 174p.
- STUNKARD, A.J. The Dieting Depression: Untoward Responses to Weight Reduction. **American Journal Medicine**, nº23: 77-86, 1957.
- _____. Conservative Treatments for Obesity. **American Journal Clinical Nutrition**, nº 45: 1142-54, 1987.
- STUNKARD, A.J. & Rush, J. Dieting and Depression Rexamined. A Critical Review of Reports of Untoward Responses During Weight Reduction for Obesity. **Annals of Internal Medicine**, nº 81: 526-533, 1974.
- STUNKARD, A.J. & Mendelson, M. Disturbances in Body Image of Some Obese Persons. **Journal of The American Dietetic Association**. v. 38: 328 - 331, 1961.
- _____. Obesity and the Body Image. In: Kiell, N. **The Psychology of Obesity: Dynamics and Treatment.** Springfield. Charles C. Thomas, 1973, 255 p.
- TALLAFERRO, A. Medicina Psicossomática. Alguns Conceptos sobre a Simultaneidad Emoción-Músculo. **Revista de Psicoanálisis**, 9(4): p 455-478, 1952.
- TIOLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação.** 3ª ed, São Paulo, Cortez Ed. Autores Associados, 1986, 128 p.
- TIOLENT, M. Notas para o Debate sobre a Pesquisa-ação. **Serviço Social & Sociedade**. nº10: 123-143, 1982.
- ULMANN, D.L. et al. Grupoterapia da Obesidade: Proposta de Avaliação de Resultado. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.11 (1): 32-39, 1989.

- VAN ITALLIE, TB. Health Implications of Overweight and Obesity in the United States. **Ann. International Medicine**, 103: 983-986, 1985.
- WADDEN, T. A. & Stunkard, A.J. Psychopathology and Obesity. **Annals New York Academy of Sciences**. p.55-65, 1987.
- WAHBA, L.L. **Consciência de si através da Vivência Corporal**. São Paulo, PUC, 1982, Dissertação (Mestrado). 297p.
- WEISS, F. & M.S.W. & C.S.W. Body-Image Disturbances among Obese Adults: Evaluation and Treatment. **American Journal of Psychotherapy**, v.XL (4): 521-543, 1986.
- WILLIAMSON, D.A. et al. Psychopathology of Eating Disorders: A Controlled Comparison of Bulimic, Obese, and Normal Subjects. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v.53 (2):161-166, 1985.
- WISE, Jonathan & Wise, Susan. **The Overeaters: Eating Styles and Personality**. New York, Human Sciences Press Inc, 1985, 216 p.
- WOOLEY, S.C. & Wooley, O.W. & Dyrenforth, S.R. Theoretical, Practical, and Social Issues in Behavioral Treatments of Obesity **Journal of Applied Behavior Analysis**, nº12: 3-25, 1979.