UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Valmir Aparecido de Oliveira

**A PERCEPÇÃO DO CORPO DE MULHERES COM
DIABETES MELLITUS E OBESIDADE**

Ribeirão Preto

2010

Valmir Aparecido de Oliveira

**A PERCEPÇÃO DO CORPO DE MULHERES COM
DIABETES MELLITUS E OBESIDADE**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Zanetti

Ribeirão Preto

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Valmir Aparecido de

A percepção do corpo de mulheres com diabetes mellitus e obesidade. Ribeirão Preto, 2010.

128 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Zanetti, Maria Lúcia.

1. Diabetes Mellitus. 2. Obesidade. 3. Corpo.
4. Percepção. 5. Fenomenologia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: OLIVEIRA, Valmir Aparecido de

Título: A percepção do corpo de mulheres com diabetes mellitus e obesidade

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a todas as mulheres que participaram da pesquisa, pois me presentearam com muito de si para a construção deste trabalho.

Diante de suas falas, emergiram sentimentos e significados que me proporcionaram admiração, gratidão e compreensão na minha experiência de pesquisador e de vida. A essas mulheres, que devo chamar de colaboradoras, gostaria de deixar a seguinte frase:

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

Francisco Cândido Xavier

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço à minha orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Zanetti, pelo caloroso acolhimento em minha chegada ao Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, pela confiança depositada em meu trabalho, pelo saber transmitido em todo o percurso da minha pós-graduação, pela orientação segura, pelo incentivo de meus acertos e pela paciência e compreensão de meus erros.

Agradeço-a, também, pela coragem de ousar trabalhar com novas idéias e conceitos e principalmente pela amizade e pela alegria de trabalharmos juntos. Acredito que em meu vocabulário simples não encontrarei a palavra correta para expressar minha eterna gratidão. Muito obrigado.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.”

Francisco Cândido Xavier

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar saúde, paz e paciência interna, felicidade, trabalho, caminhar ao meu lado e me iluminar, para que eu possa superar barreiras, amar a todos que fazem parte de minha existência e sentir o amor de todos que sabem que eu existo.

À minha mãe Maria (*in memorian*), *“O nome “Maria” vem do hebraico Myrian, que tem duas significações mais aceitas: “Sublime”; “Escolhida por Deus”. Em português “Maria” tem som suave e melodioso. Este fato somado à devoção que as mães têm a Maria, Mãe das Mães, explica o porquê de muitas mulheres terem o nome de “Maria”.*” (Edison Carneiro)

A minha família, Ivone e seus filhos, Antonia, Luiza e seus filhos, Ione e filhos e Reinaldo e filhos, por me amarem e permitir que eu os ame.

Ao meu irmão de alma Cesar, pois sem você e sem sua ajuda, tanto moral quanto financeira, eu não chegaria aonde cheguei.

Ao grande amigo Silvio, *“Ser seu amigo é querer ser melhor, é querer dar o melhor de mim, é ver as coisas de uma melhor forma, é ter força para lutar, crer, vencer.”*

Aos meus amigos, que já se foram e aos que continuam longe ou perto de mim, pelo simples fato de me suportar, me entender e simplesmente serem meus amigos.

À Prof^a. Dr^a. Carla Regina de Souza Teixeira, por ser amiga, fraterna e uma profissional de alto nível que me auxiliou de forma brilhante com suas idéias, antes, durante e depois do exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos, por ter me apresentado a Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Zanetti, pelos ensinamentos, pela oportunidade, pela credibilidade e pela amizade.

À Prf^a. Dr^a. Elizabeth R.M. Valle, pelas sugestões que me ofereceu durante o exame de qualificação, fundamentais à elaboração da abordagem que utilizei em meu estudo.

À equipe multiprofissional do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, pelo incentivo e ajuda na minha trajetória.

À equipe multidisciplinar do CESNI, pelo respeito, pelo carinho, pela credibilidade, pelo incentivo e principalmente pela confiança do meu trabalho e de minha amizade.

À Najela H.S. Andrade e a Camila R.P. Ribas, pela amizade e por terem se disponibilizado no auxílio de minhas dúvidas e angústias durante a finalização da minha dissertação.

Aos componentes da banca examinadora, pela disponibilidade e pelo interesse em compartilhar na consolidação deste estudo.

Ao Danilo A.N. Barbosa e ao Rafael A. Galli, pela revisão do português e formatação da minha dissertação.

Aos bibliotecários Maria Cristina M. Ferreira e Gabriel Valente (Biblioteca Central – USP), ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental e aos Professores e funcionários da EERP-USP.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES, pelo apoio financeiro concedido para a execução deste estudo.

Vida

É o amor existencial.

Razão

É o amor que pondera.

Estudo

É o amor que analisa.

Ciência

É o amor que investiga.

Filosofia

É o amor que pensa.

Religião

É o amor que busca a Deus.

Verdade

É o amor que eterniza.

Ideal

É o amor que se eleva.

Fé

É o amor que transcende.

Esperança

É o amor que sonha.

Caridade

É o amor que auxilia.

Fraternidade

É o amor que se expande.

Sacrifício

É o amor que se esforça.

Renúncia

É o amor que depura.

Simpatia

É o amor que sorri.

Trabalho

É o amor que constrói.

Indiferença

É o amor que se esconde.

Desespero

É o amor que se desgoverna.

Paixão

É o amor que se desequilibra.

Viúme

É o amor que se desvaira.

Orgulho

É o amor que enlouquece.

Sensualismo

É o amor que se envenena.

*Finalmente, o ódio, que julgas ser a
antítese do amor, não é senão o próprio
amor que adoeceu gravemente.*

Francisco Cândido Xavier

RESUMO

OLIVEIRA, V. A. **A percepção do corpo de mulheres com diabetes mellitus e obesidade.** 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que teve o objetivo de compreender como as mulheres com diabetes mellitus (DM) tipo 2 e obesidade vivenciam o seu corpo, realizado no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, em 2009. O referencial teórico utilizado foi a Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty. Para coleta de dados foi utilizada a questão norteadora: Como a senhora se sente com o seu corpo? Foram entrevistadas oito mulheres com diabetes mellitus tipo 2 e obesidade ($IMC \geq 30$) com idade de 40 a 76 anos. A coleta de dados foi realizada no referido Centro, às terças-feiras, das 14 às 17 horas, em ambiente preservado, pelo próprio pesquisador, com entrevistas gravadas. Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, o que possibilitou a elaboração de sete categorias temáticas: A falta de vivência do corpo atual; O corpo com intencionalidade e significação; A dualidade da obesidade – da proteção a tragédia; A negação e a fragmentação da obesidade no corpo atual/habitual; A obesidade velada – percepção do objeto como razão de todas as experiências; O DM como algo que destrói e desfigura o corpo e O DM incorporado no seu corpo e na sua vida. Os resultados mostraram que nas falas das participantes há falta de percepção em relação às mudanças e de responsabilidade para com o seu corpo. As falas também mostraram que as participantes atribuem ao corpo intencionalidades e significados, percebendo-o como algo vergonhoso, desconfortável, limitador, pesado, fatigado, ruim, desproporcional, preocupante, um inferno na sua vida e em outros, como meio de expressão, afeto, defesa, companheirismo, parte de si, aceitação e conformismo. As participantes expressam a percepção da obesidade no corpo por sentimentos de proteção, ganho, benefício e fazendo parte da personalidade e por outro lado como um veneno, tragédia, peso, incomodo, cansaço, obstáculo, desvantagem, tristeza, insatisfação e promotora de diferenças entre os seres humanos. Nas falas emergiram dificuldades de perceber o corpo atual. A obesidade é atribuída a fatores externos e o DM é percebido como algo amedrontador, ruim, limitador, destruidor, relacionado à luta e a morte. Por outro lado, algumas participantes expressaram percepção de responsabilidade e consciência para com a doença. Nessa direção a equipe multiprofissional de saúde pode (re)significar as atitudes que intensifiquem a valorização dos significados e dos sentimentos, pertencentes às mulheres com DM tipo 2 e obesidade. Ao valorizar os significados e os sentimentos, a equipe multiprofissional de saúde pode incitar os processos psíquicos internos aproximando-as do autocuidado, da autonomia e da responsabilidade para com o seu corpo e possibilitando a apropriação das participantes do corpo fenomenal. Dessa forma, espera-se com esse estudo fornecer subsídios para a reflexão dos profissionais de saúde na atenção em saúde às mulheres com DM tipo 2 e obesidade, bem como, para o olhar mais acurado acerca das necessidades não reveladas pelas participantes, mas expressadas pelo seu corpo para pensar um novo fazer em saúde, ou seja, a educação em DM.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Obesidade. Corpo. Percepção. Fenomenologia.

ABSTRACT

OLIVEIRA, V. A. **The perception of the women's body with diabetes mellitus and obesity.** 2010. 128 p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

This is a study with qualitative approach that aimed to understand how women with type 2 diabetes mellitus (DM) and obesity experience their bodies, performed at the Center for Research and University Extension from an inland city of São Paulo state in 2009. The theoretical framework was the Phenomenology of Perception of Maurice Merleau-Ponty. To collect data we used the guiding question "How do you feel about your body?". We interviewed eight women with type 2 diabetes mellitus and obesity (BMI ≥ 30) aged between 40 and 76 years old. Data collection was done by the researcher at that Center on Tuesdays from 2 p.m. to 5 p.m. in an appropriate room and was audio recorded. The data were subjected to content analysis technique, which enabled the creation of seven thematic categories: The lack of experience of the current body; The body with intentionality and meaning; The duality of obesity – from protection to tragedy; The denial and the fragmentation of obesity in the present/habitual body; The veiled obesity - perception of the object as a reason for all experiences; The DM as something that destroys and disfigures the body and The DM incorporated into your body and your life. The results showed that in the speeches of the participants there is a lack of awareness regarding the changes and responsibility to their bodies. Their speeches also showed that the participants attach to the body intentions and meanings, seeing it as something shameful, uncomfortable, limiting, heavy, tired, bad, disproportionate, disturbing, hell in their life and in others, as a mean of expression, affection, protection, companionship, part of oneself, acceptance and conformity. The participants expressed the perception of obesity in the body through protective feelings, gain, benefit and part of the personality and, on the other hand, as a poison, tragedy, weight, discomfort, tiredness, hindrance, disadvantage, sadness, dissatisfaction and promoter of differences between humans. In the speeches also emerged difficulties of perceiving the current body. Obesity is attributed to external factors and the DM is perceived as something scary, bad, limiting, destructive, related to fighting and death. On the other hand, some participants expressed perception of responsibility and awareness regarding the disease. In this direction, the multidisciplinary health care team can (re) signify attitudes that intensify the recovery of meanings and feelings that belong to women with type 2 DM and obesity. By valuing the meanings and feelings, the multidisciplinary health care team may encourage internal mental processes approaching the women to self-care, autonomy and accountability with their bodies and allowing the appropriation of the participants of the phenomenal body. Thus, it is hoped with this study to provide information for consideration of health professionals in health care for women with type 2 DM and obesity, as well as to look more accurate on the needs not revealed by participants, but expressed through their bodies to think a new doing in health, in other words, an education in DM.

Key words: Diabetes Mellitus. Obesity. Body. Perception. Phenomenology.

RESUMEN

OLIVEIRA, V. A. **La percepción del cuerpo de mujeres con diabetes mellitus y obesidad.** 2010. 128 f. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Se trata de un estudio cualitativo que tuvo como objetivo comprender cómo las mujeres con diabetes mellitus (DM) tipo 2 y obesidad conviven con su cuerpo. Este estudio fue desarrollado en el Centro de Investigación y Extensión de la Universidad de São Paulo en 2009. Como marco teórico fue utilizada la fenomenología de la percepción de Maurice Merleau-Ponty. Para recolectar los datos se utilizó la pregunta: ¿Cómo te sientes acerca de tu cuerpo?. Entrevistamos a ocho mujeres con DM tipo 2 y obesidad ($IMC \geq 30$) con edades entre 40-76 años. La recolección de los datos se realizó en el Centro antes mencionado, los días martes, de las 2:00 a las 5:00 pm, con entrevistas grabadas. Los datos fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido, lo que permitió la elaboración de siete categorías temáticas: La falta de vivencia del cuerpo actual; el cuerpo con intencionalidad y significado; la dualidad de la obesidad y la protección de la tragedia; la negación y la fragmentación de la obesidad en el cuerpo actual y habitual; la obesidad velada, percepción del objeto como razón de todas las experiencias; la DM como algo que destruye y desfigura el cuerpo y la DM incorporado en su cuerpo y en su vida. Los resultados mostraron que en los discursos de las participantes se aprecia una falta de percepción en relación a los cambios de sus cuerpos y de responsabilidad en relación a lo mismos. Las entrevistas mostraron que las pacientes atribuyen a sus cuerpos intencionalidad y significado, percibiéndolos como algo vergonzoso, incomodo, limitante, pesado, cansado, malo, desproporcionado, preocupante, un infierno en sus vidas. En otros casos las entrevistas revelaron una percepción del cuerpo como medio de expresión, afecto, defensa, compañerismo, parte de si mismos, aceptación y conformismo. Expresaron la percepción de la obesidad a través de sentimientos de protección, triunfo, beneficio, y haciendo parte de la personalidad, aunque también por otro lado como un veneno, tragedia, peso, algo incomodo, cansancio, obstáculo, desventaja, tristeza, insatisfacción y promotor de diferencias entre los seres humanos. En las entrevistas se perciben dificultades de percibir los cuerpos actuales. La obesidad es atribuida a factores externos, y la DM es percibida como algo amedrentador, malo, limitador, destructivo y relacionado con la lucha frente a la muerte. Por otro lado, algunas participantes expresan percepción de responsabilidad y consciencia en relación a la enfermedad. En esta dirección, el equipo multidisciplinar de salud puede reforzar las actitudes que intensifiquen las valoraciones de los significados y de los sentimientos pertenecientes a las mujeres con DM tipo 2 y obesidad. Al valorar los significados y sentimientos, el equipo multidisciplinar de salud puede incitar los procesos psíquicos internos aproximándolos al auto cuidado, autonomía, responsabilidad para con su cuerpo, posibilitando la apropiación de las participantes de su cuerpo real. De esta forma, se espera con este estudio ofrecer recursos para la reflexión de los profesionales de salud para la atención de mujeres con DM tipo 2 y obesidad, así como indicaciones para detectar necesidades no reveladas por las pacientes aunque sí expresadas por sus cuerpos, todo ello para proponer una nueva forma de actuación en los tratamientos de salud, o sea, la educación en la DM.

Palabras-clave: Diabetes Mellitus. Obesidad. Cuerpo. Percepción. Fenomenología.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual de mulheres com DM cadastradas no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, segundo variáveis sócio-demográficas. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009	47
Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual das mulheres com DM atendidas no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, segundo tipo de DM e tempo de diagnóstico referido. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009	48
Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual das mulheres com DM atendidas no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do Interior Paulista, segundo outros problemas de saúde, hábitos de vida, CA e IMC. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009	49
Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual das participantes do estudo segundo o IMC e a CA registrados nos prontuários do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das participantes do estudo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009	59
Quadro 2 - Categorias temáticas e subcategorias. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AADE	<i>American Association of Diabetes Educator</i>
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
BA	<i>Bahia</i>
CA	<i>Circunferência Abdominal</i>
CE	<i>Ceará</i>
DCNT	<i>Doenças Crônicas Não Transmissíveis</i>
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ECDCDM	<i>The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Study Group</i>
EERP-USP	<i>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo</i>
HIV/AIDS	<i>Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida</i>
IBGE	<i>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</i>
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IMC	<i>Índice de Massa Corpórea</i>
INCA	<i>Ambulatório de Cateteres de Adultos do Hospital do Câncer I</i>
MG	<i>Minas Gerais</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
PMAAO	<i>Programa Multidisciplinar de Assistência ao Adolescente Obeso</i>
PR	<i>Paraná</i>
RD	<i>Retinopatia Diabética</i>
RJ	<i>Rio de Janeiro</i>
RS	<i>Rio Grande do Sul</i>
SBD	<i>Sociedade Brasileira de Diabetes</i>
SP	<i>São Paulo</i>
STPM	<i>Síndrome da Tensão Pré-Menstrual</i>
UKPDS	<i>UK Prospective Diabetes Study Group</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA	18
1.1 A construção do objeto de estudo	19
1.2 Algumas considerações sobre doença crônica não-transmissível, diabetes mellitus e obesidade	20
1.3 Revisão da literatura à luz de Merleau-Ponty	29
2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	36
3 OBJETIVO DO ESTUDO	41
4 METODOLOGIA	43
4.1 Campo de investigação	45
4.2 Período de coleta de dados	46
4.3 Participantes do estudo	46
4.4 Material	51
4.5 Instrumento de coleta de dados	51
4.5.1 Pré-teste	52
4.6 Coleta de dados	52
4.6.1 Organização dos dados para análise	54
4.7 Considerações Éticas	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1 Caracterização das participantes	58
5.2 Interpretação das categorias temáticas	60
5.3 Análise dos depoimentos	62
5.3.1 A falta de vivência do corpo atual	62
5.3.2 O corpo com significado e intencionalidade	67
5.3.3 A dualidade da obesidade – da proteção a tragédia	72

5.3.4 A negação e a fragmentação da obesidade no corpo atual/habitual	76
5.3.5 A obesidade velada – percepção do objeto como razão de todas as experiências	80
5.3.6 O DM como algo que destrói e desfigura o corpo	82
5.3.7 O DM incorporado no seu corpo e na sua vida	92
 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	 97
 REFERÊNCIAS	 106
 APÊNDICES	 123
 ANEXO	 127

Graduei-me em Psicologia pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP em 2001. Fui Monitor Voluntário da disciplina Psicologia Experimental II do Departamento de Psicologia, Métodos e Técnicas Aplicadas a Educação – UNAERP.

Desenvolvi durante a graduação a Monografia intitulada: **Ausência de efeito da privação de sono sobre a ansiedade medida em ratos submetidos a modelos animais de ansiedade**, apresentada como exigência para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, concluída em fevereiro de 2001.

No período de agosto de 2001 a novembro de 2003, desenvolvi atividades no Ambulatório de Obesidade Infantil no Pronto Socorro da cidade de Serrana - SP e na Clínica de Pediatria Neonatologia e Obesidade Infantil em Ribeirão Preto - SP, na qualidade de Psicólogo Voluntário. As atividades desenvolvidas em conjunto com outros profissionais de saúde referiam-se ao atendimento de crianças e adolescentes com obesidade, bem como seus pais.

Do início de 2004 até a presente data (2004 a 2010) desenvolvo atividades como Psicólogo Voluntário no Ambulatório Infanto-Juvenil do Centro Interdisciplinar de Apoio Nutricional (CIAN) e no Centro de Estudos em Saúde e Nutrição Infanto-Juvenil (CESNI) da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), realizando atendimentos psicológicos individuais e em grupo de crianças e adolescentes com obesidade, bem como aos seus pais.

Evidencio que desde fevereiro de 2006, iniciei atividades como membro efetivo da Equipe Multiprofissional de Saúde do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária - Grupo de Educação em Diabetes (GED) do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP, sob a coordenação de uma docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP.

Desenvolvi, no ano 2006, juntamente com outros três psicólogos, atividades de coordenação e observação de grupos de apoio psicológico, oferecendo suporte psicológico aos indivíduos com diabetes para que pudessem vivenciar o processo de enfrentamento no tratamento da doença. Durante os anos de 2007 a 2009, expandi minhas atividades de coordenação de grupos de apoio psicológico, em conjunto com a docente do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária e a equipe multiprofissional, oferecendo suporte psicológico às pessoas com diabetes mellitus no enfrentamento das instabilidades no tratamento da doença. Esse suporte

psicológico tem como finalidade promover uma maior aceitação da doença por parte das pessoas com diabetes mellitus e, conseqüentemente, um maior aproveitamento dos aportes educativos fornecidos pelas intervenções da equipe multiprofissional.

O motivo que me levou a realizar a pós-graduação resulta da observação no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária, acerca do grande número mulheres com diabetes e obesas que vêm mostrando dificuldades para aceitação tanto com sua doença quanto com o seu próprio corpo.

Durante os dois anos de atendimento às mulheres com diabetes mellitus e obesidade emergiram questionamentos e reflexões mediante os significados e sentimentos que essas mulheres demonstram com relação a sua doença e a percepção de seu corpo frente ao seu universo biopsicossocial, levando-me a buscar a compreensão a respeito do tema **A Percepção do Corpo de Mulheres com Diabetes Mellitus e Obesidade** como o objeto de minha pesquisa.

1.1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Minha observação empírica na convivência de pessoas com diabetes mellitus (DM) do tipo 2, que apresentam obesidade, mostrou que, apesar delas deterem informações acerca da importância do cuidado com a doença, relacionado às questões medicamentosas, alimentares e práticas de atividade física, elas não conseguem uma resposta satisfatória em relação à perda de peso. Percebo que as pessoas com DM têm pouco contato com os seus sentimentos além da ausência de uma percepção mais detalhada sobre a doença que acomete o seu corpo. Observo também, que elas utilizam o próprio corpo para se posicionar frente aos profissionais, à família e ao mundo no qual se relaciona.

Nesta vertente, a relação mente-corpo tem sido investigada como forma de integração do indivíduo como um todo e não apenas como um ser doente (PEREIRA, 2006).

Em contrapartida, os estudos têm mostrado a fragmentação do homem direcionando a atenção à saúde da pessoa com DM apenas para o corpo mecanicista - obesidade, retinopatia, lesões, pé diabético, glicemia, disfunção sexual, entre outros - contrapondo à natureza do homem enquanto sujeito, pois desconsidera sua capacidade de adaptação e responsabilidade frente à vida, bem como a sua bagagem cultural. Nessa direção as ciências da saúde ou da vida evidenciam a concepção de corpo desprovido de sentido, supostamente separado do sujeito, o que mostra a dicotomia do corpo-mente (PEREIRA, 2006).

Por outro lado a pessoa com doença crônica continua sua vida mesmo depois da descoberta da doença e, com isso, antepõe-se e contrapõe-se ao dualismo mente-corpo (MERLEAU-PONTY, 2006).

A junção entre mente e corpo não pode ser vista de maneira arbitrária, onde cada um se localiza em extremos diferentes um como objeto e outro como sujeito. Essa junção se realiza em todo instante, em todo processo de movimentação existencial do indivíduo (MERLEAU-PONTY, 2006).

É através do corpo que o ser humano delimita a sua existência e a consciência do mundo, construindo suas relações com o mundo-da-vida. O contexto é de unificação de corpo e alma sem inverter a ordem das prioridades, sem que o

corpo se torne apenas um receptáculo da alma ou um mero objeto sem interior (MERLEAU-PONTY, 2006).

A redução da doença, puramente a uma dimensão anátomo-fisiológica, subtrai a parte cultural e social do homem, pois é através do imaginário das pessoas que se estabelece o paralelo entre a relação saúde e salvação. Frente a esse processo imaginário o médico não pode ser visto, pelo cliente/paciente, como um sacerdote, onde esse prescreve as regras sobre os comportamentos e o cliente/paciente, como fiel, obedece às essas regras e orientações, sentindo-se culpado se não atendê-las (LAPLANTINE, 1991).

Dessa forma, surgem indagações que me levam a buscar respostas: Como as mulheres com DM tipo 2 que apresentam obesidade, vivenciam a doença e o seu corpo? Como elas se colocam no mundo enquanto mulheres, com obesidade e com DM tipo 2?

Assim, com o presente estudo, pretendo contribuir, por meio de reflexões que propiciem às pessoas com DM que apresentam obesidade e aos profissionais da área da saúde um olhar ampliado a respeito das percepções relacionadas à doença e a obesidade enquanto corpo.

Espera-se que esse olhar terapêutico ampliado possa ajudar os profissionais da saúde a compreenderem que o corpo da mulher com DM e obesidade traduz sentimentos, valores e expectativas que devem ser valorizados no processo de educação em DM.

1.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL, DIABETES MELLITUS E OBESIDADE

As doenças crônicas não-transmissíveis representam, atualmente, um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Essas doenças referem-se a problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem gerenciamento ininterrupto por anos e até mesmo por décadas, englobando uma vasta categoria de agravos que aparentemente não teriam qualquer relação entre si (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003).

Definir doença crônica não-transmissível é uma tarefa complexa. Para ser crônica, uma doença deve apresentar uma ou mais das seguintes características: ser permanente ou de longa duração, requerer reabilitação, um longo período de supervisão, observação e cuidado ou, ainda, hospitalização de trinta dias ou mais, ou supervisão médica e reabilitação de três ou mais meses por ano. O caráter irreversível da doença engloba o ser humano em sua totalidade, pela necessidade de suporte, autocuidado e manutenção da função e prevenção de incapacidades futuras. Enfim, afeta todos os aspectos da vida da pessoa (LUBKIN; LARSEN, 2002).

É entendida como uma experiência multidimensional, sendo que a pessoa pode conviver com uma ou mais doença não-transmissível ao mesmo tempo, levando-a a perda ou dificuldades em muitos aspectos relacionados ao seu corpo. (YOUNGBLOOD; HINES, 1992; MARTIRE et al., 2004).

Nessa categoria, incluem-se o DM, as doenças cardiovasculares, a depressão, a esquizofrenia, o vírus de imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) e as deficiências físicas permanentes (OMS, 2003).

Essas doenças caracterizam-se, na maioria das vezes, pela instalação no organismo de forma lenta e gradual sem que a pessoa perceba, e pode levar anos para a sua manifestação clínica. Geralmente não são passíveis de cura e causam lesões irreversíveis, denominadas complicações crônicas com graus variáveis de incapacidade ou morte. As doenças não transmissíveis ocupam cada vez mais espaço no perfil de morbi-mortalidade de populações latino-americanas (DUNCAN et al., 1993; LESSA; MENDONÇA; TEIXEIRA, 1996; SÃO PAULO, 1997).

Nesta direção, representam um sério desafio para os sistemas de saúde no que diz respeito à eficiência e efetividade. As conseqüências sociais e econômicas advindas destas doenças comprometem a produtividade, a qualidade de vida, a sobrevivência das pessoas, bem como acréscimo de custos para o sistema previdenciário e sistema de saúde, devido ao tratamento das complicações crônicas (GUIMARÃES, 1999; BARBOSA; BARCELO; MACHADO, 2001; AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS (AADE), 2002; OMS, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2007).

Estudos recentes do Banco Mundial mostram que as doenças crônicas não-transmissíveis respondem por uma taxa de cinco e nove vezes maior de morte

prematura do que as doenças transmissíveis e taxas dez e cinco vezes maiores de incapacidade, em homens e mulheres, respectivamente (OMS, 2004).

Cabe destacar que, aproximadamente, 300 pessoas morrem diariamente de doenças crônicas não-transmissíveis no estado de São Paulo e cerca de 40% delas vão a óbito antes de completar 60 anos de idade. Os principais fatores e condições de risco estão relacionados ao tabagismo, ao consumo exagerado de bebidas alcoólicas, a alimentação inadequada, a falta de atividade física, ao estresse, a tendência genética e algumas condições de vida e de trabalho, entre outras (ZAMAI et al., 2004; ZAMAI et al., 2005).

Hábitos e estilos de vida, como o estresse, o consumo exagerado de alimentos industrializados, de cigarros e bebidas, além de inatividade física e pouco tempo para o lazer, contribuem para aumentar o risco de desenvolver estas doenças. O risco é muito superior nas populações de baixa escolaridade e renda, onde podem apresentar um quadro sanitário em que se combinam as doenças ligadas à pobreza típicas dos países em desenvolvimento. Acrescente a isso, os indivíduos desempregados e os submetidos a piores condições de trabalho. (ZAMAI et al., 2004; ZAMAI et al., 2005).

A redução de exposição aos fatores de risco torna mais fácil quando as pessoas são estimuladas de forma coletiva como, locais de trabalho, unidades de saúde, escolas e organizações comunitárias. Esta redução está intrinsecamente relacionada à disponibilidade de alimentos saudáveis em escolas e locais de trabalho, locais apropriados para a realização de atividade física, melhores condições de trabalho, aumento da escolaridade, maior acesso à cultura e lazer para adultos, crianças e famílias (SÃO PAULO, 2002). Dentre as doenças crônicas não transmissíveis interessa-nos o DM.

DM é considerado uma das doenças que mais afetam o homem contemporâneo. Essa doença acomete as populações de todo o mundo, independente do seu nível de desenvolvimento econômico e social. É um problema relacionado ao metabolismo com manifestações diversas, onde o denominador comum é o aumento da glicose. Esta elevação ocorre, na maioria das vezes, por diminuição na produção de insulina e/ou por dificuldade na ação deste hormônio. A insulina é o principal elemento pelo aproveitamento e metabolização da glicose pelas células do nosso organismo, com a finalidade de gerar energia. É produzida pelo pâncreas e/ou sua falta ou ação deficiente acarreta modificações importantes

no metabolismo das proteínas, das gorduras, sais minerais, água corporal e principalmente da glicose (UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP (UKPDS), 1998a; UNGER; FOSTER, 1998; WAJCHENBERG et al., 1998; PRATLEY; WEYER, 2001; THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS (ECDCCDM), 2003; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA), 2009).

Os sintomas clássicos do DM são a polidipsia, a poliúria, a polifagia, a fadiga e a perda de peso. No entanto, às vezes, os sintomas não são tão claros e as pessoas podem apresentar formigamento nas mãos e pés, dormências, sensação de peso ou dor nos membros inferiores, infecções repetidas na pele e mucosas. Desse modo, a avaliação precoce dos sintomas pode detectar a doença precocemente, principalmente, em pessoas com mais de 40 anos de idade (SBD, 2007; ADA, 2009).

O DM está tornando-se uma epidemia no mundo, sendo que mais de 230 milhões de pessoas, quase 6% dos adultos entre 30 e 69 anos, convivem com a doença, e a previsão é de que daqui a vinte anos haja um aumento 350 milhões, caso as ações em saúde sejam ineficazes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF), 2008).

A previsão para 2025, no mundo, é a de que quase 80% de todos os casos de DM sejam em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento e no Brasil de 11 milhões de pessoas, o que representa um aumento de 100% em relação ao quadro atual de cinco milhões de casos (KING; AUBERT; HERMAN, 1998; IDF, 2008).

O DM responde por aproximadamente 25 mil óbitos anuais e pela sexta causa de morte no país. O DM e a hipertensão arterial associados aumentam consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares e representam a primeira causa de óbito no país, elevadas taxas de internação hospitalar e incapacitação física (BRASIL, 2002).

Vários avanços e investimentos, tanto clínicos quanto comportamentais, têm aumentado significativamente a prevenção e o controle do DM, doenças cardiovasculares, dentre outras. As pessoas com DM apresentam melhora em relação ao controle metabólico quando o tratamento instituído é adequado, há acompanhamento contínuo pela equipe multiprofissional de saúde, fornecimento de insumos necessários para a automonitorização da glicemia capilar no domicílio, apoio da família, entre outros (OMS, 2003). Desse modo a qualidade de vida da

pessoa com DM deve ser considerada pelo profissional da área da saúde, pelos seus familiares e principalmente pelo próprio paciente.

O controle dos valores glicêmicos, do peso corporal e da hipertensão arterial tem beneficiado a saúde das pessoas com DM, bem como o incremento de atividade física, supressão do fumo e a alimentação saudável (BANTLE et al., 2006; RESNICK et al., 2006).

As pessoas que convivem com o DM, tem ainda maior risco para isolamento social e podem perceber a vida como algo ameaçador, romper relações sociais, que podem se desintegrar devido às tensões pelo manejo da doença. Apresentam, ainda, risco de desenvolver deformações e limitações na mobilidade, perda de controle de funções e dificuldade para manutenção do emprego. Esses fatores as afetam como um todo, de modo a mudar a sua rotina diária, já que DM tende a reduzir a habilidade das pessoas para desenvolver e manter uma rede de relações encorajadoras, modificarem comportamentos e as relações e percepções na vida diária para o resto de suas vidas (TILDEN; WEINERT, 1987; DONNELLY, 1993; MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002).

Apesar de reconhecer que o DM é uma alteração metabólica pela falta absoluta e/ou relativa da secreção de insulina e/ou dificuldade de sua utilização pelos tecidos periféricos, outros fatores podem contribuir para a regulação dos níveis glicêmicos, como o estado nutricional, hábitos alimentares, atividade física, fatores psicológicos e como a pessoa e seus familiares percebem a doença (UKPDS, 1998b; ADA, 2002; ZIMMERMAN; WALKER, 2002; COSTA; ALMEIDA NETO, 2009).

No entanto, constata-se que uma das maiores dificuldades para o controle do DM é a manutenção ou redução do peso corporal em pessoas com sobrepeso e/ou obesidade (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA; KAC, 2004).

A obesidade é, atualmente, um dos mais graves problemas de saúde pública. Sua prevalência vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, inclusive nos países em desenvolvimento. Nos países latino-americanos, constata-se aumento marcante da prevalência de obesidade, principalmente na população de baixo nível sócio-econômico levando-a a condição de epidemia global (PHILIP et al., 2001; KAIN; VIO; ALBALA, 2003).

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e está associada a diversas doenças e agravos à saúde, tais como doenças cardiovasculares e DM, constituindo um grave problema de saúde pública (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA; KAC, 2004).

Nos Estados Unidos, mais de 50% de todas as mortes entre 18 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens entre 20 e 74 anos, estão relacionados ao excesso de peso e distribuição de gordura corporal intra-abdominal ou visceral e índice de massa corpórea (IMC) acima de 30 Kg/m² (SUPLICY, 2002).

Atualmente a obesidade é considerada uma epidemia mundial frente ao alarmante aumento de sua prevalência. No Brasil, a prevalência da obesidade aumentou em 70% entre 1975 e 1989, indicando que o excesso alimentar está rapidamente se tornando um problema mais proeminente do que o déficit nutricional (MONTEIRO et al., 1995; WHO, 2000; FRIEDRICH, 2002)

A melhoria das condições de vida, a maior cobertura de saúde, o controle das doenças infecciosas e o declínio da fecundidade favoreceram a redução da desnutrição no país. Por outro lado, a urbanização e seu impacto nos padrões de alimentação e atividade física contribuíram para a evolução do excesso de peso e, conseqüentemente, para as mudanças na composição corporal dos brasileiros (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

Destaca-se que aproximadamente 75% das pessoas com DM tipo 2 que não utilizam insulina como terapêutica medicamentosa estão acima do peso desejável e que para o aumento de 10% no peso corporal, há aumento de 2 mg/dL nos valores de glicemia de jejum (BLUMENKRANTZ, 1997).

O excesso de peso está associado ao aumento da morbidade e mortalidade e o risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso. O DM e a hipertensão arterial ocorrem 2,9 vezes mais freqüentemente em pessoas com obesidade do que naquelas com peso adequado (WAITZBERG, 2000).

Atualmente, a obesidade responde por 50% dos casos de DM. Das pessoas com DM tipo 2 sabe-se que 80% delas estão com sobrepeso ou obesidade. Em adultos jovens de 20 a 45 anos, a prevalência de hipertensão arterial sistêmica é seis vezes maior em pessoas com obesidade do que em pessoas sem obesidade (SÃO PAULO, 2000; OMS, 2003; PRASAD; QUYYUMI, 2004; HARRISON, 2005).

Reconhece-se que pessoas acima de 20% do seu peso ideal têm três vezes mais chances de terem um infarto agudo do miocárdio do que àquelas com peso corporal dentro dos valores de normalidade (REAVEN; LAWS, 1999).

A obesidade está relacionada também com as osteoartrites nos joelhos, no quadril e nas mãos, problemas digestivos, alterações hormonais em mulheres, esteatose hepática, colelitíase, tromboembolias, insuficiência cardíaca, erisipela e maiores complicações cirúrgicas e obstétricas. Pessoas com sobrepeso ou obesidade, comparadas às pessoas de peso normal, possuem maior chance de apresentar doenças como a hipertensão arterial, o DM, as doenças de coluna e outras articulações, vários tipos de câncer, cálculos biliares e o aumento de gorduras no sangue, como colesterol (LEITE, 1996; FRANCISCHI; PEREIRA; FREITAS, 2000; WHO, 2000).

A obesidade atingiu proporções epidêmicas mundiais, sendo que nos últimos 10 anos se tornou uma doença comum, ocupando o lugar da desnutrição e doenças infecciosas. Há aproximadamente 250 milhões de pessoas com obesidade e 500 milhões de pessoas com sobrepeso no mundo (PÉRUSSE, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde a obesidade acomete 400 milhões de adultos em todo o mundo, enquanto o sobrepeso acomete aproximadamente 1,6 bilhões de pessoas com mais de 15 anos de idade. Em 2015 projeta-se que 2,3 bilhões de adultos terão sobrepeso e mais de 700 milhões terão obesidade (POPKIN; DOAK, 1998; WHO, 2006).

A obesidade é considerada uma doença metabólica com reflexos extremamente graves e de prevalência crescente. No Brasil a doença aumentou de 3,1% para 5,1% em homens e de 8,2% para 13,2% em mulheres entre 1975 e 1989 (MAGNONI; CUKIER, 2001).

Em 2003, o excesso de peso já afetava 41,1% dos homens e 40% das mulheres, sendo a obesidade predominante em 8,9% nos homens e 13,1% nas mulheres adultas no país. Assim, pessoas com obesidade representavam 20% do total de homens e um terço das mulheres com excesso de peso. (BRASIL, 2008).

Estudo transversal, realizado em uma população adulta de Pelotas (RS), mostrou que a prevalência de obesidade na população foi de 21%, e que quase 40% da amostra apresentou sobrepeso. A prevalência de obesidade foi significativamente mais elevada em mulheres que em homens (25% e 15%). Em contraposição o excesso de peso prevaleceu entre os homens, que apresentaram 2,76 vezes mais

chances de sobrepeso ou obesidade em comparação às mulheres (GIGANTE et al., 1997).

O excesso de peso tende a aumentar com a idade, de modo mais rápido para os homens e de modo mais lento, porém mais prolongado, para as mulheres. Pessoas com quarenta anos ou mais, apresentam 5,49 vezes mais chance de apresentarem alterações no peso em relação aos menores de 20 anos (BRASIL, 2008).

A prevalência de obesidade aumenta com a idade, sendo cerca de duas vezes mais elevada a partir dos trinta anos. A proporção é cerca de quatro vezes mais elevada após os quarenta anos. A prevalência de obesidade é semelhante nos dois sexos até os quarenta anos. Entretanto, após esta idade, as mulheres passam a apresentar prevalência duas vezes mais elevada do que os homens (SANTANA et al, 2001; SOUZA et al, 2003).

A obesidade extrapola a desordem singular e é considerado um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas, que em última análise resultam no fenótipo de obesidade. A ocorrência da obesidade nas pessoas reflete a interação de fatores ambientais, predisposição genética e endócrina. A predisposição genética e endócrina para a obesidade está relacionada à Síndrome de Cushing, de Prader-Willi, o hipotireoidismo e o insulinoma (FRANCISCHI; PEREIRA; FREITAS, 2000; OMS, 2003; HARRISON, 2005).

Frente ao avanço da obesidade no mundo contemporâneo as mulheres apresentam maior risco de desenvolver sobrepeso e obesidade quando comparadas aos homens (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA; KAC, 2004).

A obesidade está associada, a hábitos alimentares inadequados, bem como ao estilo de vida das pessoas. Os hábitos alimentares e o estilo de vida sofrem influência de fatores psicológicos e possuem papel fundamental para o desenvolvimento e a morbidade dos fatores de risco associados à obesidade e DM (PEREZ; ROMANO, 2004).

Estudos realizados nas últimas décadas demonstraram a importância do papel da alimentação, na prevenção e ocorrência de doenças. A qualidade da alimentação e os hábitos alimentares da população brasileira têm sofrido modificações nas últimas décadas. O consumo de doces, refrigerantes, massas, bolachas tem aumentado significativamente e o consumo de arroz, feijão, frutas e

verduras vem diminuindo consideravelmente nos últimos anos (HALLIWELL, 1994; WILLETT, 1994, 1998; WHO, 2003).

O padrão alimentar do brasileiro caracteriza-se pelo declínio no consumo de alimentos básicos, como arroz e feijão, aumento no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, persistência do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças e aumento no consumo de gorduras em geral e gorduras saturadas (LEVY-COSTA et al., 2005).

De 1961 a 1999, a quantidade de energia per capita disponível para consumo humano aumentou substancialmente nas últimas décadas no país, passando, aproximadamente, de 2200 para 3000 kcal por habitante ao dia, o que contribuiu para o aumento da obesidade (MENDONÇA; ANJOS, 2004).

A alimentação é uma das necessidades fisiológicas do ser humano. Como o indivíduo se alimenta está relacionado ao seu funcionamento psíquico e ao seu contexto sociocultural, os quais irão modular o seu comportamento alimentar. É seu funcionamento psíquico que determinará a relação que ele terá com o alimento, suas preferências, como organiza a rotina de suas refeições, entre outros. Na estruturação do hábito alimentar entram fatores de ordem biológica, psicológica e sociocultural (PEREZ; ROMANO, 2004).

A ingestão alimentar constitui função importante para o equilíbrio do ser humano como fonte de energia e prazer, função tanto biológica quanto psicológica. O prazer é algo muito complexo, envolve a simbolização e o significado das experiências vividas pelas pessoas. É um dos motores do funcionamento psíquico e do comportamento humano (PEREZ; ROMANO, 2004).

Há uma crença que as pessoas são obesas por não possuírem controle sobre a alimentação; porém, o excesso alimentar não é a única causa da obesidade, podendo ela ser causada por fatores fisiológicos, psicológicos, hormonais, sociais, ambientais e pela inatividade física (WILMORE; COSTILL, 2001).

Diante do exposto, constata-se que o DM e a obesidade vêm ocupando um lugar de destaque nas investigações realizadas pelos profissionais da Psicologia Clínica e da Saúde. Porém, de uma maneira geral, o tipo de pesquisa é univariada no que diz respeito à utilização de estratégias para avaliar as relações dos fatores psicológicos no cuidado a pessoa com DM e obesidade (ALMEIDA; MATOS, 2003).

Nessa direção a pesquisa deve ser ampliada utilizando-se de modelo interativo conduzindo a estudos multivariados, multifatoriais e multidimensionais, a

fim de compreender a saúde e a doença através das interações em vários níveis (ALMEIDA; MATOS, 2003).

1.3 REVISÃO DA LITERATURA À LUZ DE MERLEAU-PONTY

Vários estudos de abordagem qualitativa tem se apropriado do método fenomenológico para a análise do objeto de investigação. Nessa perspectiva elegeram-se, para revisão da literatura, os estudos de abordagem qualitativa, os quais utilizaram o referencial teórico da fenomenologia e os conceitos propostos por Merleau-Ponty.

A seguir apresenta-se o levantamento realizado nas bases eletrônicas Medline, Lilacs, Scielo e PsycInfo, bem como, no banco de teses e dissertações da USP e de outras Instituições Universitárias Brasileiras, no período de 1996 a 2010, utilizando como descritores da saúde as palavras: Merleau-Ponty, fenomenologia, diabetes mellitus, obesidade e corpo.

Nesse levantamento identificou-se 74 estudos indexados nas bases eletrônicas, dos quais 46 foram artigos, 13 teses de doutorado e 15 dissertações de mestrado. Esses estudos relacionam-se a diferentes disciplinas, tais como: Psicologia, Enfermagem, Filosofia, História Social, Educação, Língua e Literatura Alemã, Educação Física, Medicina, Nutrição e Fisioterapia. Dentre as disciplinas, a Enfermagem e a Psicologia foram as áreas que mais se destacaram com 23 e 7 estudos, respectivamente.

Dos 23 estudos da área da enfermagem, selecionou-se 14 que abordaram a compreensão da percepção do corpo em pessoas acometidas por alguma doença, conforme se segue.

Um estudo realizado, na cidade de São Paulo – SP, em 2001 com o objetivo desvelar o fenômeno convivendo com a síndrome da tensão pré-menstrual (STPM), com seis mulheres entre 18 a 44 anos de idade, mostrou o desconforto físico e emocional que a STPM ocasiona na vivência da corporeidade nas relações das mulheres com o mundo. Esse estudo, ainda possibilitou visualizar novos caminhos no assistir/cuidar da mulher com STPM (MURAMATSU, 2001).

Outro estudo realizado em 2004, no acompanhamento de oito mulheres entre 18 e 36 anos no pré-natal na cidade de Porto Alegre, RS que visou compreender como a gestante portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) percebe sua corporeidade em um estar no mundo gerando outro ser, evidenciou a relevância de se refletir sobre o saber e o fazer no cuidado em saúde e a importância da filosofia como recurso que favoreça a esse pensar (COELHO, 2004).

Com o intuito de compreender a vivência do climatério com mulheres entre 48 e 55 anos de idade que apresentaram menopausa espontânea, foi realizado um estudo em 2005, na cidade de São Paulo – SP. A coleta de dados foi realizada nas residências e/ou dependências do local de trabalho das mulheres. Esse estudo apontou que a vivência das mulheres no período do climatério suscita percepções de mudanças no corpo, sentimentos de ambigüidade, conscientização do mundo por meio do corpo, reflexões sobre sexualidade e novos meios de coexistir no mundo com o climatério. Também, recomenda que os profissionais de saúde elaborem pressupostos acerca do ensino e da assistência à mulher climatérica, através da contemplação da dimensão humana existencial (GONÇALVES; MERIGHI, 2005)

Outro estudo com o objetivo de compreender a percepção do corpo de cinco mulheres entre 35 a 66 anos, mastectomizadas, com uso de prótese após reconstrução mamária foi realizado em 2005 em instituições de atendimento a pacientes oncológicas em tratamento quimioterápico, na cidade de Salvador – BA. Os resultados obtidos mostraram que as mulheres elaboram a vivência da mastectomia e da reconstrução mamária, vislumbrando um novo sentido para sua existência (AZEVEDO; LOPES, 2005)

Estudo desenvolvido em Curitiba - PR, em 2007 com sete enfermeiras em hospital de ensino público buscaram compreender como o corpo feminino se percebe ao vivenciar a experiência do ser mulher, mãe e enfermeira. Esse estudo evidenciou, através dos discursos das enfermeiras, que elas apresentavam dificuldades em assumir outras funções junto a órgãos de classe, administração da instituição, em virtude da sobrecarga e da exaustão a que estavam submetidas no cotidiano pessoal e profissional (ALBINI; LABRONICI, 2007).

Recentemente um estudo foi realizado na cidade de São Paulo – SP em residências e/ou dependências do local de trabalho das mulheres em 2009, com o objetivo de compreender como a mulher docente de enfermagem percebe seu corpo em sua atuação docente. Participaram do estudo dez mulheres docentes de

enfermagem de uma universidade pública. Os resultados apontam para a compreensão das mulheres, docentes de enfermagem, acerca da utilização de seu corpo na prática pedagógica. A corporeidade dessas mulheres apresenta significados, intencionalidades e ações que demonstram a consciência do corpo, além dos aspectos meramente biológicos (LOPES, 2009)

Em outros dois estudos a percepção do corpo foi investigada por meio da obesidade vivenciada no corpo (SANTOS; VALLE, 2002; ZOTTIS; LABRONICI, 2002).

O primeiro deles, realizado no Programa Alimentar de Emagrecimento do Vigilantes do Peso, na cidade de Maringá – PR em 2002, com adolescentes com idade de 12 a 18 anos completos, teve como objetivo desvelar os significados das experiências vividas por adolescentes, do sexo feminino, que se percebiam obesas. Os resultados obtidos mostraram que nas adolescentes ocorrem manifestações acerca da consciência do mundo cultural que discrimina o corpo com obesidade e valoriza o corpo magro. Essas manifestações também afetam a percepção de si e dos outros, influenciando no existir das adolescentes gerando obstáculos para o seu relacionamento sexual, na família, na escola e entre amigos (SANTOS; VALLE, 2002).

O outro estudo realizado, em 2002, teve como objetivo compreender a percepção do corpo obeso em pessoas acompanhadas no ambulatório de nutrição de um hospital escola da cidade de Curitiba - PR. Os resultados evidenciaram que os mecanismos de defesa do ego, negação do corpo e o isolamento são comportamentos freqüentes e associados à baixa auto-estima no corpo das pessoas com obesidade, podendo levar a comportamentos que têm como significado a insatisfação consigo mesmo, suscitando a sentimentos de desprezo e menos valia em relação a si próprio (ZOTTIS; LABRONICI, 2002).

A percepção do corpo, também foi investigada com pessoas com DM, na perspectiva de compreender como a pessoa com DM vivencia a doença no seu corpo, utilizando o referencial teórico-metodológico da fenomenologia e da percepção do corpo, à luz de Merleau-Ponty.

Um estudo foi realizado em Belo Horizonte – MG, em 2006, com o objetivo de compreender os significados de corpo para a pessoa com DM tipo 2. Esse estudo apontou que os depoimentos dos participantes não se referiam ao organismo doente, mas à corporeidade como maneira singular de habitar o mundo. Outro

achado interessante desse estudo é que a percepção de corpo para a pessoa com DM tipo 2 revela-se no desvelamento da doença e que o corpo também é referencial de (re)encontro com sua identidade e com os outros. Esse estudo apontou para novas possibilidades de estratégias reflexivas acerca de práticas que envolvam o cuidado autêntico ao corpo, na busca da compreensão do ser que experiencia o adoecimento e não a doença (PEREIRA, 2006).

Outro estudo foi realizado em Ribeirão Preto – SP, em 2008, com 11 pessoas com DM em um Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista com o objetivo de compreender a percepção visual de pacientes com DM acometidos pela retinopatia diabética (RD). Os resultados desse estudo enfatizam a necessidade de mudanças da atenção de saúde no que diz respeito ao conceito de fragmentação do corpo e do enfoque centrado na doença (ANDRADE; ZANETTI; SANTOS, 2008).

Estudo desenvolvido em Fortaleza – CE, em 2001, apontou que os jovens com DM são acompanhados por profissionais de saúde, membros da família e amigos os quais privilegiam o tratamento instituído, em detrimento dos aspectos existenciais. O estudo evidenciou, também, que as experiências dos jovens com DM, devem ser compreendidas pelos profissionais de saúde, para que haja a percepção de novas possibilidades de existência no mundo para os jovens com a doença (ATAÍDE; DAMASCENO; MOREIRA, 2001a).

Outro estudo realizado, também, em 2001, em instituição pública de saúde, na cidade de Fortaleza - CE teve como objetivos estabelecer a relação da corporeidade do jovem com o mundo do Ser com DM e compreender a sua existência. Esse estudo evidenciou que os jovens com DM percebem o seu corpo de forma fragmentada, sendo pessoas com a doença (ATAÍDE; DAMASCENO; MOREIRA, 2001b).

Ao investigar a amputação de membros inferiores de pacientes com DM, um estudo realizado, em 2007, em um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo, com treze pacientes com idade entre 44 e 80 anos teve como objetivo compreender o fenômeno como estar vivenciando uma situação de amputação. O estudo possibilitou o desvelamento de algumas facetas do fenômeno amputação, levando a compreensão da pessoa amputada e o significado da amputação para as mesmas (CHINI; BOEMER, 2007).

Um estudo realizado, em 2008, no Ambulatório de Cateteres de Adultos do Hospital do Câncer I – INCA, na cidade do Rio de Janeiro – RJ, com pacientes oncológicos em uso de cateter venoso central, teve como objetivos identificar a percepção do cliente frente à sua experiência em conviver com um cateter venoso central em seu corpo, analisar a percepção do cliente manifesta na experiência de ser portador de cateter venoso central. Os resultados, deste estudo, possibilitaram compreender que o paciente oncológico apesar de sentir dificuldades para aceitar inicialmente o uso do cateter, mostrou-se convencido de que o uso do dispositivo irá lhe favorecer em muitos aspectos do tratamento. Esse estudo também apontou que os pacientes compreenderam a importância do uso do cateter e consideraram que o seu uso tornou-se mais adaptável a sua vida (CUNHA; LEITE, 2008).

Dos sete estudos da área de Psicologia que utilizaram o método fenomenológico e o referencial teórico de Merleau-Ponty, um estudo foi realizado com onze adolescentes gestantes e uma jovem mãe, com idade entre 12 e 19 anos, em um hospital de grande porte em Porto Alegre – RS, em 2000. Esse estudo teve o objetivo de compreender a ambigüidade na tomada de decisão em comportamento sexual de meninas adolescentes que engravidaram. Os resultados apontaram que a informação sobre prevenção foi percebida, pelas jovens, como parcial e incompleta e a comunicação mostrou-se prejudicada por falta de confiança no interlocutor preferencial (no caso, a mãe). O estudo destacou também, que a rede de apoio, constituída por tias e amigas, mostrou-se falha em apresentar esclarecimentos ou reduzir incertezas, indicando despreparos, dificuldades associadas à falta de informação e a não aceitação da sexualidade das adolescentes (DIAS; GOMES, 2000).

Um estudo realizado com pacientes internados para uma cirurgia de revascularização do miocárdio, em 2003, no Instituto Nacional de Cardiologia em Laranjeiras - RJ teve como objetivos mostrar que há um fundamento filosófico para a compreensão da unidade corpo-mente; mostrar que há uma vertente científica que investiga esta unidade; apresentar uma investigação da experiência vivida de indivíduos que mostra que o sujeito-corpo é o entrelaçamento dos fenômenos mentais ou psíquicos com os fenômenos físicos e considerar que, a partir deste conjunto de referenciais teóricos e práticos emerge a PsicoCardiologia. Esse estudo mostrou que a experiência vivida com os pacientes internados para cirurgia de revascularização do miocárdio ofereceu subsídios concretos para o conhecimento

do entrelaçamento entre fenômenos psíquicos e físicos que constituem a base de uma nova área de atuação acadêmica e profissional para psicólogos, denominada PsicoCardiologia (SCHVINGER, 2003).

Em 2005, um estudo teve como objetivo conhecer a percepção de adolescentes obesos em relação ao seu corpo quando dispostos diante de um espelho e a sua influência na sua vida social. Esse estudo foi realizado com 14 adolescentes obesos de ambos os sexos, na faixa etária entre 10 a 13 anos, e que participaram do Programa Multidisciplinar de Assistência ao Adolescente Obeso (PMAAO), promovido por uma instituição de ensino do interior do estado de São Paulo – SP, em 2002. Os resultados, deste estudo, mostraram que os adolescentes com obesidade apresentam sentimentos conflituosos em relação ao seu corpo, manifestando o receio explícito de se olharem no espelho, devido à insatisfação corporal e a rejeição do próprio corpo. Além disso, constatou-se que os adolescentes com obesidade, vivenciaram experiências estigmatizantes que são refletidas de modo negativo nas suas relações sociais (FERRIANI et al., 2005).

Diante da preocupação com as experiências das pessoas com tumor cerebral e as de seus familiares, um estudo foi realizado com o objetivo de compreender as experiências vividas por pessoas com tumor cerebral e pelos seus familiares. Participaram do estudo pessoas com diferentes diagnósticos de tumor cerebral que freqüentavam as sessões de grupo de sala de espera, em conjunto com seus acompanhantes, no Ambulatório de Neurocirurgia Oncológica de um hospital de grande porte do interior paulista. Este estudo ressaltou que “somos um corpo dirigido incessantemente para o mundo e este corpo que somos não é o corpo do qual se fala no âmbito do conhecimento biomédico, mas um corpo fenomenal, o corpo vivido.” Este estudo aponta que qualquer atitude frente à doença mobiliza todas as dimensões do ser (VERISSIMO; VALLE, 2006).

Um estudo que abordou a experiência de corpo vivido na esquizofrenia teve como objetivo identificar diferenças relacionadas às culturas do Brasil e do Chile no que se refere ao significado do corpo na experiência esquizofrênica. Participaram 50 pacientes de ambos os sexos, com diagnóstico de psicóticos esquizofrênico-paranóides em hospitais psiquiátricos no Brasil (n = 20) e no Chile (n = 30). Os resultados mostraram que o significado do corpo vivido na experiência esquizofrênica é diferente no Brasil e no Chile. O estudo apontou que para os brasileiros, o significado da experiência de corpo encontra-se na intersecção da

espiritualidade com a ordem psicopatológica, enquanto que, para os chilenos, este significado pertence apenas ao domínio da psicopatologia, o que se articula com aspectos socioculturais de cada país (MOREIRA; BORIS, 2006).

Ao investigar as vivências existenciais diante de rupturas da relação conjugal, um estudo teve como objetivos compreender como mulheres vivenciaram a ruptura da relação conjugal e descrever os fatores reconhecidos como agentes do rompimento da relação amorosa. Participaram deste estudo 15 mulheres, com idade entre 25 e 35 anos, que haviam morado com o parceiro e com ele tinham filhos, e com rompimento marital pelo menos dois anos, na cidade de Tianguá – CE, em 2007. Os resultados apontaram que as mulheres se sentiam estigmatizadas, encontrando no corpo um aparato para as emoções que expressavam sua dor e reconhecendo-se como incompetentes e discriminadas pela cultura patriarcal local (MOREIRA; GUEDES, 2007)

Um estudo mais recente, realizado em Fortaleza – CE, em 2008 propôs compreender a experiência vivida por três mulheres obesas mórbidas que se submeteram à cirurgia bariátrica. Os resultados, do estudo, evidenciaram que a cirurgia bariátrica não finaliza o tratamento da obesidade mórbida para pessoas que dela necessitam. Este estudo também apontou os aspectos emocionais da obesidade e o grau de sofrimento psíquico que uma pessoa com obesidade apresenta com seu corpo (ALMEIDA, 2008).

A revisão da literatura acerca dos estudos utilizando o método fenomenológico e o referencial teórico de Merleau-Ponty nas áreas de Enfermagem e Psicologia aponta que o desvelamento do fenômeno investigado possibilita a compreensão do vivido. Nessa direção para Merleau-Ponty a percepção não é uma ciência do mundo e sim “o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 6).

A compreensão do corpo está ancorada na vinculação do corpo ao existir, pois não há existência sem um corpo. O “corpo significa o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 122)

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Tomada em sentido etimológico o termo Fenomenologia provém do grego *phainesthai*, ou seja, aquilo que se apresenta ou que se mostra e *logos*, que significa explicação, estudo. A Fenomenologia tem como objeto de estudo o próprio fenômeno, isto é, as coisas em si mesmas e não o que é dito sobre elas, e busca a consciência do sujeito através da expressão das suas experiências internas. A fenomenologia nos oferece a interpretação do mundo através da consciência do sujeito formulada com base em suas experiências (COBRA, 2001).

O método fenomenológico consiste em mostrar o que é apresentado e desvendar o fenômeno. Para a fenomenologia um objeto é como o sujeito o percebe e tudo tem que ser investigado tal como é para o sujeito e sem interferência de qualquer regra de observação cabendo a abstração da realidade e perda de parte do que é real, pois o objeto de estudo constitui o fenômeno em si. Investiga-se, literalmente, o que aparece. Para a fenomenologia um objeto, uma sensação, uma recordação, enfim, tal como é para o espectador (COBRA, 2001).

A Fenomenologia caracteriza-se pelo resgate da subjetividade nas ciências humanas, tornando-se um dos mais importantes métodos utilizados por várias áreas do conhecimento. Para a Fenomenologia a experiência vivida pelo ser humano é um fenômeno extremamente complexo e completo, pois o mesmo existe, se coloca no mundo e faz parte desse mundo. É um esforço, uma tentativa de clarificação da realidade humana. É uma abertura à experiência, à vivência integral do mundo. É a busca do *fenômeno*, daquilo que surge por si só, daquilo que se mostra, que se revela. É *ir às coisas mesmas*, descobri-las tais quais se apresentam aos sentidos, tal qual é percebida. Mas é um ir à busca aliado à própria experiência subjetiva concreta do ser humano. É um olhar e ver, não apenas uma colocação diante de algo. É participação, envolvimento (HOLANDA, 1997).

A Fenomenologia é o estudo das essências, mas é também uma filosofia que compreende o homem e o mundo a partir de sua facticidade, recolocando as essências na existência do homem e no mundo (MERLEAU-PONTY, 2006).

A Fenomenologia possui grande importância para a Psicologia, tornando-se fundamentalmente para o entendimento da totalidade da relação psicoterapêutica e da psicopatologia (HOLANDA, 1997).

Para Merleau-Ponty, a Psicologia fenomenológica é a pesquisa das essências ou do sentido, e que quando levada aos seus limites, a psicologia eidética se torna analítico-existencial (FORGHIERI, 1993 *apud* HOLANDA, 1997, p. 39)

Para esse estudo elegeu-se como referencial teórico a Fenomenologia da Percepção abordada pelo filósofo e psicólogo francês do século XX Maurice Merleau-Ponty. Esse filósofo é considerado um pensador moderno importante pela contribuição ao estudo do mecanismo psicológico baseado no conhecimento e a prática científica, como também pelo conhecimento acerca da percepção do corpo e introdução de uma visão existencialista no universo da fenomenologia (PEREIRA, 2006).

Maurice Merleau-Ponty nasceu em Rochefort-sur-Mer em 14 de março de 1908 e morreu em Paris em 03 de maio de 1961. Graduou-se em filosofia em 1930 e lecionou no Liceu de Beauvais de 1931 a 1933, no Liceu de Chartres de 1934 a 1935 e na Escola Normal Superior de 1935 a 1939 (ENCICLOPÉDIA MIRADOR INTERNACIONAL, 1995).

Após a 2ª Guerra Mundial entre 1939 e 1940 ensinou durante quatro anos no Liceu Carnot e participou da resistência contra a ocupação nazista. Em 1945, após o doutorado, foi nomeado diretor de cursos e conferências da Universidade de Lyon, da qual se tornou professor titular em 1948. Nessa época, com Jean-Paul Sartre, foi o fundador da revista *Os tempos modernos*, da qual foi assíduo colaborador (ENCICLOPÉDIA MIRADOR INTERNACIONAL, 1995).

Na Sorbonne, de 1949 a 1952, ocupou as cadeiras de psicologia e pedagogia, sendo eleito para o Colégio de França em 1952, onde lecionou até a data de sua morte (ENCICLOPÉDIA MIRADOR INTERNACIONAL, 1995).

Merleau-Ponty é considerado o filósofo da existência, da percepção e do corpo. Para esse autor os pensamentos a respeito do ser humano não podem ser reduzidos a meras explicações ou a puras devoções. O homem é um ser-no-mundo no meio histórico, cultural e natural. Considera o homem enquanto sua existência, e não em sua essência propriamente dita, busca um conceito filosófico a respeito do corpo ligado ao mundo e esse portador de uma consciência (COELHO JR.; CARMO, 1991; CARMO, 2000).

O homem percebe as coisas através do seu corpo. É através de uma consciência imediata do seu próprio corpo, que ele existe frente ao próprio ser. O

homem não tem um corpo, mas ele é um corpo, uma interação de estar-no-mundo, extrapola a dicotomia corpo-mente, a relatividade de ser visto como um objeto. A representação de vivenciar situações imaginárias é extremamente bem conceituada pelo filósofo, não cabendo a vivência do corpo a simples situações reais (MERLEAU-PONTY, 2006).

O corpo é a representação de como nos colocamos no mundo. É através do corpo que nos expressamos, vivemos nossas experiências e temos vivências; é por ele que mostramos nossa existência (MERLEAU-PONTY, 2006).

Outros filósofos também se destacaram para compreender a condição ontológica do ser-humano, buscando a compreensão do “ser” a partir da dimensão temporal e dedicando-se às temáticas existencialistas, como o cuidado, a morte, o medo, a angústia, a autenticidade e a inautenticidade da existência (PEREIRA, 2006).

Para compreender como as mulheres com DM que apresentam obesidade vivenciam a doença e seu corpo, como se expressam frente a sua existência no mundo, optou-se pelo referencial teórico da Fenomenologia fundamentando na percepção do corpo de Merleau-Ponty.

O corpo é objeto de indagação filosófica para Merleau-Ponty em várias de suas obras. O corpo é compreendido como estrutura que possui sentidos e intenções e não somente fruto de um procedimento mecanicista de causa e efeito. Para Merleau-Ponty é preciso considerar a intencionalidade do corpo em suas relações com o meio e a experiência originária criadora de significações (MERLEAU-PONTY, 2006).

A compreensão do corpo, que possui sentidos e intenções, se dá mediante o fenômeno da percepção. A percepção do corpo fundamentará toda atividade reflexiva do conhecimento humano, é por meio da experiência corporal que se compreende a relação entre o mundo, o homem no mundo e o corpo no mundo a partir de sua facticidade. Facticidade, palavra derivada do latim *factum*, que quer dizer atividade e produção humana, também entendida, fenomenologicamente, como o vivenciar algo que lhe foi atribuído sem opção de escolha (MERLEAU-PONTY, 2006).

Nesta vertente, à facticidade do DM e da obesidade, que promovem alterações no dia-a-dia das pessoas que não escolheram vivenciar essas doenças, o

corpo não deve ser percebido como um mero objeto orgânico e alojamento de idéias no mundo, e sim, como corpo vivido (MERLEAU-PONTY, 2006).

O corpo é tempo e espaço, é sensibilidade, é expressão, é fala, é linguagem. É através do seu corpo e conseqüentemente da sua linguagem que o homem, frente às suas facticidades, permanece em constante contato com o outro, ou seja, ser-no-mundo-com-o-outro (BEAINI, 1981; LABRONICI, 2002).

A linguagem sempre esteve presente na obra de Merleau-Ponty. Esse autor reconhece na linguagem o modo original para a dissolução da dicotomia sujeito-objeto. A linguagem é entendida como fonte originária do próprio pensamento e não mera tradução ou reprodução do pensamento (FURLAN; BOCCHI, 2003).

A linguagem promove a abertura de mundo na medida em que retoma, transforma e prolonga as relações de sentido iniciadas na percepção. Essa percepção é entendida como o sentido que inaugura a abertura para o mundo, como a *projeção de um Ser para fora de si* (FURLAN; BOCCHI, 2003).

É por meio da descrição que a linguagem ocupa um lugar privilegiado na fenomenologia, possibilitando interpretar e analisar hermeneuticamente o fenômeno. É trazer à tona os sentimentos vividos das pessoas através da linguagem (BICUDO, 2000).

Desse modo, ao eleger o referencial teórico da fenomenologia, buscou-se compreender a percepção da vivência do corpo de mulheres com DM tipo 2 e obesidade, mediante suas falas, subjetividades, histórias e possibilidades.

3 OBJETIVO DO ESTUDO

Compreender como as mulheres com diabetes mellitus tipo 2 e obesidade vivenciam o seu corpo.

Trata-se de um estudo qualitativo que busca a compreensão do ser humano e de suas relações sociais, por meio dos fenômenos em sua manifestação natural e pela captação dos diferentes significados das experiências vividas pelas pessoas.

A abordagem qualitativa possibilita investigar os fenômenos referentes a sentimentos, significados, representações e, principalmente, as percepções que o indivíduo possui a respeito da doença e de seu corpo (GOLDENBERG, 2005).

A abordagem da pesquisa qualitativa promove maior vinculação nas relações pessoais, na medida em que lida com os sentimentos, significados, crenças e aspirações, entre outros (MINAYO et al., 1994).

Essa abordagem busca compreender o significado dos fenômenos e não o estudo do fenômeno em si. Nessa direção o significado possui função organizadora para a vida das pessoas, tanto no âmbito individual como no coletivo, como se relacionam em sua vida e os cuidados realizados para a promoção de sua saúde (TURATO, 2005).

Na abordagem qualitativa, a profundidade deve ocupar o lugar da quantidade, para que se alcancem o grau de compreensão dos fenômenos que não podem ser obtidos pela pesquisa quantitativa. Abrange fenômenos e objetos externos compreendidos de forma objetiva que se incorporam a questão do significado e da intencionalidade como inerentes às relações, atos e estruturas sociais. No entanto, a pesquisa qualitativa possibilita abranger a totalidade do fenômeno investigado em suas múltiplas dimensões, sem se basear no critério numérico para garantir sua representatividade. Também leva o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade em relação à coleta e à análise dos dados. Os bons resultados da pesquisa qualitativa dependem da experiência, sensibilidade, observação e intuição do pesquisador (GOLDENBERG, 2005; MINAYO, 2006).

Os dados qualitativos consistem na descrição detalhada de situações vivenciadas, visando, como objetivo, a compreensão dos sujeitos em seus próprios termos (GOLDENBERG, 2005).

O pesquisador deve estabelecer como início da metodologia da pesquisa qualitativa as teorias por ele aprendidas sobre observações empíricas e experiências por ele vividas. A teoria e a prática, ao mesmo tempo, proporcionam ao pesquisador recursos para uma observação e análise da realidade e uma visão dos objetos da percepção em sua origem social, histórica e de funcionamento (MARTINS; BICUDO, 2005).

Na pesquisa qualitativa consegue-se um significado mais profundo e detalhado, introduzindo um rigor aos fenômenos que a pesquisa quantitativa não consegue investigar. Fenômenos como, angústia, ansiedade, medo, alegria, tristeza, amor, solidão e muitos outros, constituem dimensões individuais que a abordagem qualitativa permite compreender mais detalhadamente (MARTINS; BICUDO, 2005).

Optou-se pelo método qualitativo, pois esse método irá possibilitar atingir o objetivo do estudo que é investigar como a doença se expressa através do corpo em mulheres com DM tipo 2 e que apresentam obesidade. O referencial teórico adotado irá conduzir uma melhor interpretação dos fenômenos, bem como uma melhor percepção dos mesmos, permitindo ao pesquisador uma melhor aproximação dos relatos e das expressões das participantes, ao buscar a relação do corpo com os sentimentos e significados vividos pela doença.

4.1 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo foi realizado em um Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista. Nesse Centro, atualmente, encontram-se cadastrados 58 pessoas com DM do tipo 1 e do tipo 2. Em consonância com a Declaração das Américas sobre Diabetes, a Equipe Multidisciplinar desse Centro, vem realizando seguimento contínuo as pessoas com DM, oriundas de várias instituições públicas e privadas de Ribeirão Preto e região. A equipe multidisciplinar desse Centro está composta por duas docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; um docente da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; uma enfermeira de apoio ao Centro; duas nutricionistas, dois psicólogos, dois educadores físicos e alunos de doutorado e mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da EERP-USP, e alunos de iniciação científica de enfermagem e psicologia.

Nesse Centro, as pessoas com DM, após a realização do cadastro são subdivididas em quatro grupos. Essa divisão em subgrupos visa facilitar a comunicação entre as pessoas com DM e a equipe de trabalho, facilitar a identificação das necessidades individuais e coletivas dos participantes dos subgrupos e promover uma melhor discussão e centralização dos objetivos

propostos e dos temas abordados pela equipe. A cada terça-feira, os quatro grupos são atendidos, em esquema de rodízio, pelas especialidades: enfermagem, nutrição, psicologia e educação física. Dessa forma, os quatro grupos são atendidos concomitantemente.

Assim, esse Centro foi eleito como local para realizar o estudo, pois já tem um trabalho de Educação em Diabetes estruturado e a cada ano novos grupos de pessoas com DM são recebidos para participar do processo educativo oferecido pela equipe multidisciplinar do referido Centro.

4.2 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado no período de março a julho de 2009.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída de 40 mulheres com DM do tipo 1 e tipo 2, com idade entre 39 a 79 anos, com media de 59 anos. Quanto à cor da pele, a maioria, 70%, declarou-se branca. Em relação ao estado civil, 50% são casadas. No que se refere à ocupação, 40% são aposentadas, 40% são do lar e à escolaridade, 30% referem ter cursado o ensino fundamental incompleto. O valor referido de renda familiar foi entre três a quatro salários mínimos, 42.5% (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual de mulheres com DM cadastradas no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, segundo variáveis sócio-demográficas. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009

Variáveis Sócio-demográficas		Nº	%
Cor da pele	Branca	28	70
	Preta	07	17.5
	Parda/mulato	05	12.5
Total		40	100
Estado civil	Casada	20	50
	Solteira	07	17.5
	Viúva	06	15
	Separada/Divorciada	06	15
	União consensual	01	2.5
Total		40	100
Ocupação	Funcionária pública	01	2.5
	Trabalhadora com carteira assinada	03	7.5
	Autônoma	04	10
	Do lar	16	40
	Aposentada	16	40
Total		40	100
Escolaridade	Analfabeta	01	2.5
	Sem escolaridade e alfabetizada	02	05
	Ensino Fundamental incompleto	12	30
	Ensino Fundamental completo	07	17.5
	Ensino Médio incompleto	07	17.5
	Ensino Médio completo	07	17.5
	Ensino Superior incompleto	02	05
	Ensino Superior completo	01	2.5
	Pós-Graduação	01	2.5
Total		40	100
Renda familiar (salários mínimos*)	Menor que 1 salário mínimo	01	2.5
	1 a 2 salários mínimos	10	25
	3 a 4 salários mínimos	17	42.5
	5 a 6 salários mínimos	06	15
	7 a 8 salários mínimos	05	12.5
	Acima de 8 salários mínimos	01	2.5
Total		40	100

*Um salário = 465,00 reais (SALÁRIO..., 2009).

Em relação ao tipo de diabetes, 97.5% das mulheres referiram DM tipo 2 e 2.5% tipo 1. Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, 45% referiram ter a doença de 1 a 5 anos e 25% de 11 a 15 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das mulheres com DM atendidas no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, segundo tipo de DM e tempo de diagnóstico referido. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009

Tipo de diabetes	Nº	%
Tipo 1	01	2.5
Tipo 2	39	97.5
Total	40	100

Tempo de diagnóstico (em anos)	Nº	%
1 – 5 anos	18	45
6 – 10 anos	08	20
11 – 15 anos	10	25
16 – 20 anos	02	05
> 20 anos	02	05
Total	40	100

No que se refere a outras doenças, 65% apresentam problemas de saúde. Em relação aos hábitos de vida, 75% das mulheres realizam algum tipo atividade física, 100% não são tabagistas, sendo que 15% são ex-fumantes, 100% não fazem uso de bebida alcoólica. Os valores de circunferência abdominal (CA) foram de 80 a 90 centímetros para 30% das participantes e 91 a 100 centímetros para 27,5%. Quanto ao índice de massa corpórea (IMC) as 42,5% apresentaram IMC $\geq$ 25,0 – 29,9, ou seja, sobrepeso (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual das mulheres com DM atendidas no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do Interior Paulista, segundo outros problemas de saúde, hábitos de vida, CA e IMC. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009

Outras doenças	Nº	%
Outras doenças	26	65
Somente DM tipo 2	14	35
Total	40	100

Hábitos de vida	Nº	%
Realiza atividade física	30	34.9
Não realiza atividade física	10	11.6
Ex-fumantes	06	7
Não faz uso de bebida alcoólica	40	46.5
Total	86	100

As categorias não são exclusivas

Circunferência abdominal (CA)	Nº	%
80 – 90 cm	12	30
91 – 100 cm	11	27.5
101 – 110 cm	09	22.5
111 – 120 cm	04	10
121 – 130 cm	04	10
Total	40	100

IMC	Nº	%
IMC $\geq$ 18,5 – 24,9 (saudável)	08	20
IMC $\geq$ 25,0 – 29,9 (sobrepeso)	19	47.5
IMC $\geq$ 30,0 – 34,9 (obesidade grau I)	07	17.5
IMC $\geq$ 35,0 – 39,9 (obesidade grau II)	03	7.5
IMC $\geq$ 40,0 (obesidade grau III)	03	7.5
Total	40	100

Critérios de seleção: foram incluídas no estudo as mulheres com DM tipo 2 adultas, com IMC maior que 30, sem déficit cognitivo, auditivo e/ou deficiência mental que poderia dificultar o diálogo e a comunicação, além de concordarem em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, concordando com a participação da pesquisa.

Para a classificação do IMC foi utilizada a classificação estabelecida em 1998, pelo National Heart Lung and Blood Institute que define obesidade como um índice de massa corporal maior ou igual a 30 kg/m². Para a determinação do peso ideal, o método recomendado é o da OMS, denominado índice de massa corpórea (IMC). Para obtenção do IMC divide-se o peso (em quilogramas) pela altura (em metros), elevada ao quadrado: $IMC = \text{Peso} / \text{Altura}^2$. Em estudos populacionais, o IMC tornou-se uma medida útil para diagnosticar a obesidade devido à praticidade e elevada correlação com a quantidade de gordura corporal. A OMS classifica como pessoas com obesidade os indivíduos adultos que apresentam IMC igual ou superior a 30 kg/m² (WHO, 1995; WHO, 2000; McARDLE; KATCH; KATCH, 2003).

Das 13 mulheres com DM que apresentaram obesidade 05 foram excluídas, 02 devido à falta de dados demográficos e 03 por não comparecerem ao Centro para a coleta de dados, no dia agendado para a realização da entrevista. Houve uma perda de 38,47% das participantes

A amostra foi constituída por oito mulheres, ou seja, 61,53%, das mulheres com DM e obesidade (Tabela 4).

Na Tabela 4 verifica-se o $IMC \geq 30$ das mulheres que atenderam os critérios de seleção e constituíram a amostra do estudo.

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual das participantes do estudo segundo o IMC e a CA registrados nos prontuários do Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista. Ribeirão Preto, São Paulo, 2009

IMC	Nº	%
IMC $\geq$ 30,0 – 34,9 (obesidade grau I)	03	37,5
IMC $\geq$ 35,0 – 39,9 (obesidade grau II)	03	37,5
IMC $\geq$ 40,0 (obesidade grau III)	02	25
Total	08	100

Circunferência Abdominal (CA)	Nº	%
100 – 110 cm	02	25
111 – 120 cm	04	50
121 – 130 cm	02	25
Total	08	100

4.4 MATERIAL

Para o desenvolvimento da pesquisa utilizou-se os prontuários localizados no Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista, das mulheres com DM tipo 2 cadastradas no referido Centro, um roteiro de entrevista, gravador digital, papel sulfite, borracha e lápis e uma sala medindo 4x4 m², com excelente iluminação, quatorze cadeiras e uma mesa.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados do presente estudo, construiu-se dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro refere-se a um formulário (APÊNDICE A) contendo os dados demográficos (cor, estado civil, ocupação, escolaridade e renda familiar) e clínicos (tipo de DM, tempo de diagnóstico, outras doenças hábitos de vida; circunferência abdominal e índice de massa corpórea). O segundo trata-se de um

roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) construído a partir da literatura (AZEVEDO; LOPES, 2005; PEREIRA, 2006; ANDRADE; ZANETTI; SANTOS, 2008), com a seguinte questão norteadora: **Como a senhora se sente com o seu corpo?**

4.5.1 Pré-Teste

A questão norteadora foi apreciada por uma psicóloga com compreensão do tema e da abordagem fenomenológica apresentada no presente estudo e por duas enfermeiras docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, a qual se mostrou adequada.

O pré-teste foi realizado mediante duas entrevistas com a finalidade de avaliar a adequação da questão norteadora aos objetivos da pesquisa e buscar um aperfeiçoamento da técnica de entrevista. Os sujeitos foram selecionados no próprio Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido pelas participantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e de forma literal e após cada entrevista, foi realizada a análise do material. Após a análise das entrevistas, o pesquisador considerou que a questão norteadora possibilitou a obtenção dos dados atendendo aos objetivos do estudo.

4.6 COLETA DE DADOS

Para obtenção dos dados sócio-demográficos e clínicos foi realizada uma consulta aos prontuários das mulheres com DM tipo 2 e obesidade no referido Centro, às terças-feiras, das 13:00 às 17:00 horas.

Para coletar os dados referentes à questão norteadora: **Como a senhora se sente com o seu corpo?**, o pesquisador primeiramente realizou um primeiro contato, duas por telefone e seis por abordagem pessoal, solicitando a participação dos sujeitos na pesquisa. Após esse primeiro contato com as participantes o pesquisador marcou o dia e horário para a realização da coleta de dados.

No encontro individual com cada participante, no dia e local previamente marcados, foi explicado a natureza e objetivos da pesquisa, bem como a possibilidade de gravação das entrevistas. Para as participantes que concordaram em participar do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e após a assinatura procedeu-se as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador, na sala 06 do referido Centro. Os relatos foram gravados em gravador digital. A entrevista ocorreu sem necessidade de obedecer a uma seqüência rígida, sendo que as questões foram colocadas à medida que as respostas não conseguiam atingir a questão norteadora.

A técnica de entrevista semi-estruturada permite que o entrevistador direcione-se para as informações que deseja obter e alcance maior flexibilidade, tendo em vista a maneira mais livre com que o entrevistado possa se colocar (BIASOLI-ALVES, 1998).

A entrevista semi-estruturada possibilita uma maior liberdade e espontaneidade do sujeito, sendo estas condições necessárias para a investigação (TRIVIÑOS, 2006).

As entrevistas reúnem vantagens para sua utilização, como o estabelecimento de uma relação de amizade e confiança entre pesquisador e pesquisado, possibilitando o surgimento de outros dados, e propiciando uma maior profundidade e maior revelação de informações a respeito de assuntos complexos como as emoções, entre outros (GOLDENBERG, 2005).

É através da entrevista qualitativa que os significados e as normas de conduta interagem entre as pessoas que participam da mesma, sendo capaz de obter resultados de dados relevantes sobre o mundo-vida do respondente (MARTINS; BICUDO, 2005).

O tempo médio das entrevistas foi de quarenta e seis minutos, sendo: três com duração de cinquenta minutos cada, uma com duração de cinquenta e cinco minutos, duas, de quarenta minutos, e duas de quarenta e cinco minutos cada.

Durante as entrevistas as participantes manifestaram sentimentos e reações em diversos momentos, ao falarem sobre o DM, a obesidade e de seu corpo. Os sentimentos que mais se destacaram foram à tranquilidade, a irritabilidade, a inquietação, a descontração, a tristeza e a alegria. Dentre às reações as risadas e os choros foram as mais prevalentes.

Ao finalizar as entrevistas, o pesquisador agradeceu a cada participante a sua disponibilidade pela participação no estudo e colocou-se a disposição para outros esclarecimentos.

4.6.1 Organização dos dados para análise

As entrevistas foram transcritas integralmente respeitando as falas, as expressões e as entonações das mulheres. Para garantir o anonimato das entrevistadas, utilizaram-se nomes fictícios para cada participante.

Nas transcrições das entrevistas, ocorre uma perda natural da densidade dos relatos, visto que não se conseguem traduzir na íntegra os tons da fala, as ênfases, as inflexões da voz. Entretanto, é a maneira mais adequada de se tornar presente os relatos das pessoas entrevistadas que nesse processo vivenciam os seus fenômenos (POPIM, 1999).

Para a elaboração das categorias foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Minayo (2006). Essa técnica possibilita o destaque de duas funções: uma referente à verificação de hipóteses e/ou questões; e a outra envolve a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos.

A etapa de análise das informações visa compreender os dados coletados, objetivando a confirmação ou não das hipóteses apresentadas pela pesquisa. Outro objetivo da análise das informações é de responder as questões formuladas pelo pesquisador, além de ampliar o saber sobre o assunto pesquisado, referenciando-o com o contexto cultural estudado (MINAYO et al., 1994).

Várias técnicas são utilizadas para a análise de conteúdo: análise temática, das relações, de expressão, da enunciação e de avaliação. A análise temática será escolhida como técnica para o presente estudo, por ser a mais adaptada à investigação qualitativa acerca da saúde (MINAYO, 2006).

A análise temática possui três etapas: pré-análise, exploração do material obtido e interpretação (MINAYO, 2006).

A pré-análise é caracterizada pela escolha dos documentos a serem analisados e da sistematização das idéias iniciais ou a elaboração de um plano de

análise que oriente o pesquisador na compreensão do material, na organização das entrevistas e na interpretação final (MINAYO, 2006).

Dessa forma, na trajetória da primeira etapa, iniciou-se com a organização do material e com a sistematização das idéias principais, constituindo-se nas transcrições das entrevistas individuais gravadas. A seguir, fez-se a leitura exaustiva das entrevistas, procurando não deixar de abordar as estruturas e os aspectos contidos nas falas expressas. Nesse sentido, a pré-análise, permitiu o conhecimento e a análise dos discursos obtidos nas entrevistas que, gradativamente, assinalaram os primeiros significados emergentes dos relatos.

A exploração do material é assinalada pela transformação dos dados em conteúdos temáticos, em uma operação classificatória, que busca codificar nas entrevistas as categorias temáticas, que envolve uma etapa de redução do texto a significados expressos nas entrevistas (MINAYO, 2006).

Nesse sentido, o pesquisador, através da exploração do material, promoveu uma leitura dinâmica do material empírico, buscando a elaboração das categorias e das subcategorias apresentadas no presente estudo.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação utiliza-se dos resultados das fases anteriores para estabelecer o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação dos resultados, a partir da fundamentação teórica (MINAYO, 2006).

Nessa etapa o pesquisador no intuito de mostrar os significados e as percepções, que as participantes possuem do seu corpo acerca da doença DM e da obesidade, concentrou os resultados das falas relatadas em sete categorias. Essas sete categorias emergiram de subcategorias dos conteúdos manifestos nas falas das participantes.

No momento em que se percebeu uma repetição das informações nos dados coletados, o critério de saturação dos dados foi utilizado para a finalização das entrevistas.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP da Universidade de São Paulo,

atendendo a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, em 19 de março de 2008 - Protocolo no. 0871/2008 (ANEXO).

O estudo preservou o anonimato dos sujeitos envolvidos, cuja identificação efetivou por meio de nomes fictícios. As entrevistas e suas gravações foram realizadas após esclarecimentos quanto aos objetivos e natureza da investigação e com a concordância dos entrevistados em participar da pesquisa, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Das oito participantes do estudo, cinco encontravam-se na faixa etária de 50 a 60 anos; quatro são casadas; três cursaram o ensino médio completo; quatro exercem atividade remunerada; três são aposentadas; três referem renda familiar entre três a cinco salários mínimos. Em relação ao tempo de doença a maioria refere ter cinco anos ou mais, seis fazem uso de antidiabético oral e cinco utilizam outros tipos de medicamentos. No que se refere à renda familiar, a maioria das participantes referiram de um a três salários mínimos.

A seguir, segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas, verifica-se a caracterização das oito participantes no Quadro 1.

Caracterização	Carlota	Raissa	Angela	Sueli	Catarina	Ludma	Luiza	Anésia
Idade (anos)	40	54	76	63	50	65	56	60
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Estado Civil	Solteira	Casada	Viúva	Casada	Solteira	Casada	Divorciada	Casada
Escolaridade	Segundo grau completo	Terceiro grau incompleto	Primeiro grau completo	Primeiro grau incompleto	Terceiro grau completo	Primeiro grau completo	Segundo grau incompleto	Primeiro grau incompleto
Nacionalidade	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira
Naturalidade	Ribeirão Preto - SP	Buriti Alegre - GO	Igarapava - SP	Ribeirão Preto - SP	Ribeirão Preto - SP	Batatais - SP	Ribeirão Preto - SP	Canto do Buriti - PI
Ocupação/Profissão	Serviço remunerado	Serviço remunerado	Do lar	Do lar	Aposentada	Aposentada	Do lar	Serviço remunerado
Tempo do diabetes	5 anos	5 anos	18 anos	5 anos	5 anos	1 ano	8 anos	3 anos
Medicamentos para o diabetes	Antidiabético oral e Insulina	Não	Antidiabético oral e Insulina	Antidiabético oral e Insulina	Antidiabético oral	Não	Antidiabético oral	Antidiabético oral
Número de outros tipos de medicamentos em uso	Não	02	01	02	Não	02	01	Não
Renda mensal familiar (Salários Mínimos)	5 a 6	7 a 8	1 a 2	3 a 4	5 a 6	2 a 3	1 a 2	3 a 4

Quadro 1. Caracterização das participantes do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2009

5.2 INTERPRETAÇÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

A partir das entrevistas com as participantes, a análise temática do material empírico possibilitou a elaboração de sete categorias temáticas: A falta de vivência do corpo atual; O corpo com intencionalidade e significação; A dualidade da obesidade – da proteção a tragédia; A negação e a fragmentação da obesidade no corpo atual/habitual; A obesidade velada – percepção do objeto como razão de todas as experiências; O DM como algo que destrói e desfigura o corpo e O DM incorporado no seu corpo e na sua vida

Cada categoria temática foi subdividida em subcategorias, no intuito de refinar a análise para a compreensão da percepção do corpo da pessoa com DM e obesidade.

A seguir, são apresentadas as sete categorias temáticas e suas respectivas subcategorias.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A falta de vivência do corpo atual	➤ <i>A falta de reconhecimento das mudanças no corpo que o DM provoca.</i> ➤ <i>A falta de responsabilidade com o seu corpo.</i> ➤ <i>O corpo como um fragmento.</i>
O corpo com intencionalidade e significação	➤ <i>O corpo como algo vergonhoso, desconfortável, limitador, pesado, fatigado, ruim, desproporcional, preocupante, um inferno na sua vida.</i> ➤ <i>O corpo como meio de expressão, afeto, defesa, companheirismo, parte de si, aceitação e conformismo.</i> ➤ <i>O corpo com obesidade é percebido através das roupas, das dores e do DM.</i>

A dualidade da obesidade – da proteção a tragédia	➤ <i>A obesidade como proteção, ganho, benefício e fazendo parte da personalidade.</i> ➤ <i>A obesidade como um veneno, tragédia, peso, incômodo, cansaço, obstáculo, desvantagem, tristeza, insatisfação e promotor de diferenças entre os seres humanos.</i>
A negação e a fragmentação da obesidade no corpo atual/habitual	➤ <i>A pessoa sabe que está com obesidade, mas a nega e continua cultuando o corpo da adolescência.</i> ➤ <i>Percepção da obesidade somente em uma parte do corpo e não ele como um todo.</i>
A obesidade velada – percepção do objeto como razão de todas as experiências	➤ <i>A obesidade é atribuída ao ganho de peso devido ao DM, medicamentos e fatores externos.</i>
O DM como algo que destrói e desfigura o corpo	➤ <i>O DM no corpo é percebido como algo amedrontador, ruim, limitador, destruidor, relacionado à luta e a morte, preocupante, complicado, revoltante, provocador de mudanças de humor, impactante, difícil.</i> ➤ <i>A falta de controle do DM é atribuída às emoções, sentimentos de tristeza, ganho de peso e fatores externos.</i> ➤ <i>Os medicamentos como algo que destrói e desfigura o corpo. O medicamento percebido como algo ruim.</i> ➤ <i>O descontrole do comer é irreversível, há procura de vários métodos para emagrecer, não se sabe o que fazer frente aos desejos de comer e emagrecer.</i>

O DM incorporado no seu corpo e na sua vida	➤ <i>A percepção da responsabilidade, consciência para com o DM, a necessidade de controlar o DM para se sentir melhor, a espiritualidade como um suporte, o alimento como conforto e amparo.</i> ➤ <i>O bom convívio com o DM, o DM como algo tranquilo, a descoberta do DM é percebida como uma reflexão do bem e do mal e do preparo para tê-lo, percepção de que é igual a todas as pessoas com DM, e se permite ser ajudada, a percepção de que é um ser único e o medicamento como algo bom.</i>

Quadro 2: Categorias temáticas e subcategorias. Ribeirão Preto-SP, 2009

5.3 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

A seguir, apresenta-se a análise de cada uma das categorias construídas a partir dos depoimentos das mulheres com DM tipo 2 e obesidade.

5.3.1 A falta de vivência do corpo atual

Nesta categoria, a falta de vivência do corpo atual, foi evidenciada nas falas das mulheres com DM tipo 2 e obesidade, a falta de percepção das mudanças no corpo que a doença provoca, da responsabilidade para com o seu corpo e da própria fragmentação do mesmo.

O surgimento de uma doença crônica, tal como o DM e a obesidade, na maioria das vezes, pode desencadear vários sentimentos velados, entre eles o de invulnerabilidade. Nesta vertente, a pessoa pode-se sentir impotente frente à facticidade da doença apresentada na sua vida. Dessa forma, emerge em uma

primeira instância a falta de vivência com o seu próprio corpo, seu corpo atual, conforme as falas que se seguem:

“Eu pesava quarenta e cinco, quarenta e seis, eu era, assim, magrinha. Agora. Ai, meu Deus! Eu olho, assim, minhas roupas. Eu falo: ai, meu Deus, não é a Angela não. Uh, Uh! Não é aquela Angela.” (Angela)

“Mas eu não acho que seja não, né? Pode ser que seja, mas eu já era mesmo, eu já era meio gordinha mesmo. ((dá risada)) Eu era uma outra pessoa que pesava quarenta e oito (quilos) e agora pesa oitenta quilos, né? ((dá risada)) Era outra pessoa mesmo, né? Diferente da outra ((dá risada)).” (Anésia)

As falas acima mencionadas, também mostram que a dor de não vivenciar o corpo habitual promove sentimentos da falta de reconhecimento do corpo atual desencadeando a perda de identidade corporal. Nessa vertente, um acontecimento ligado à dor ou à emoção, tal como o aparecimento do DM tipo 2 e da obesidade, irrompe em uma história singular. A construção que o sujeito fará dessa ocorrência dependerá não só da conexão particular entre seu corpo e sua psique, mas também da resposta que sua dor ou emoção geram no outro. Desse modo, emoção e dor vão formando sucessivas representações do corpo, que se articula com as motivações inconscientes, e juntas estas decidem sobre a eleição da causa à qual o sujeito irá atribuir o sentido histórico dos acontecimentos de sua vida. A identidade de um sujeito será então esta história que ele mesmo escreve, na qual fala de seu corpo. A história do sujeito são as marcas relacionais de dor e emoção no seu corpo. Esta é sua identidade, e a história que ele escreve atribuindo sentidos a estas marcas é uma história que jamais se completa. Tal identidade corporal que parece sempre definitiva deve permanecer sempre em aberto, ser uma versão sempre inacabada, para que o sujeito possa aceitar as mudanças que o tempo impõe, sem perder o sentido de permanência (GOLDFARB, 1997).

A certeza de habitar um único corpo, sempre o mesmo, quaisquer que sejam suas modificações, é a garantia de uma identidade e de uma permanência na relação com o outro. Para consegui-lo, o sujeito deverá dar o mesmo sentido relacional a uma série de experiências, que embora tenham acontecido em tempos diferentes, ou seja, deverão ter também um sentido temporal (GOLDFARB, 1997).

Nessa direção, a falta de percepção do corpo atual das participantes nos leva a pensar na necessidade de um acompanhamento contínuo das participantes por uma equipe multidisciplinar. Esse acompanhamento possibilitará que as participantes possam elaborar e verbalizar o seu sofrimento psíquico acerca das transformações do seu corpo durante o conviver com o DM e a obesidade. Desse modo a equipe multidisciplinar deve valorizar as falas das mulheres com DM tipo 2 e obesidade para que o processo terapêutico seja vivenciado e em conjunto buscar reflexões acerca da aceitação do corpo atual para minimizar o sofrimento psíquico.

A falta de vivência do corpo atual, evidenciado nas falas das participantes, muitas vezes, também revelou a falta de responsabilidade com seu corpo e a própria fragmentação do mesmo, conforme as falas, abaixo relacionadas:

“Mas, eu ainda não tive o desejo de fazer exercício ((dá risada)). Como eu não me preocupo com a aparência, nem nada. Eu estou deixando de cuidar até do organismo, né? ((dá risada)) Meio fingindo, né? Mas eu ainda vou superá. Eu vou superá, vou chegar aqui, daqui uns tempos, fala: eu estou andando uma hora por dia.” (Catarina)

“Acho que eu estou um pouco negligente, porque ainda não consegui me adequar ao exercício. Isso daí eu acho que é displicência minha.” (Catarina)

“Porque eu já fui magra, poxa! Porque que eu tenho que ser gorda. Não é meu organismo esse. Algo de alguma coisa tá me acontecendo pra mim tá assim.” (Ludma)

A negação da imagem corporal pelas mulheres com DM tipo 2 e obesidade também levam as participantes a ignorar as ações relacionadas com o controle da doença passando a não reconhecê-las. Quando as participantes utilizam esse mecanismo de defesa, o corpo com obesidade constitui um obstáculo para que elas se olhem no espelho, verifiquem o peso corporal e tirem fotografias. Nessa direção, a negação da imagem corporal é definida como a “fuga das realidades desagradáveis ignorando-as ou recusando-as a reconhecê-las” (STUART; LARAIA, 2002, p.143).

A recusa e a aceitação no processo de adoecer das mulheres com DM tipo 2 e obesidade estão situadas além dos estímulos e dos conteúdos sensíveis. Estas situações são estabelecidas na vivência pré-objetiva dessas mulheres com a doença. Desse modo, se faz necessário o reconhecimento das estruturas internas das participantes pela equipe multiprofissional de saúde, uma vez que essas estruturas determinaram o modo que os seus reflexos e as suas percepções dirigem o seu olhar frente ao mundo, promovendo operações possíveis e a amplidão de suas vidas (MERLEAU-PONTY, 2006).

Esse processo é ressaltado por Merleau-Ponty, da seguinte forma:

Aquilo que em nós recusa a mutilação e a deficiência é um Eu engajado em um certo mundo físico e inter-humano, que continua a estender-se para seu mundo a despeito de deficiências ou amputações, e que, nessa medida, não as reconhece *de jure*. A recusa da deficiência é apenas o avesso de nossa inerência a um mundo, a negação implica daquilo que se opõe ao movimento natural que nos lança a nossas tarefas, a nossas preocupações, a nossa situação, a nossos horizontes familiares (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 121).

As falas das participantes apontam que elas, ainda, percebem o corpo de forma fragmentada, onde a percepção do DM é vista somente em uma parte do seu corpo. Desse modo, percebe-se que as participantes dividem o seu corpo em partes, reconstituindo a visão mecanicista imposta pelos profissionais da saúde.

O adoecimento do corpo surge diante do conflito corpo e alma, responsável pela imensa dor e dificuldade de elaborar divisões internas que nos fragmentam e nos mantêm submetidos ao corpo do outro. Essa experiência constitui o porta-voz que transmite, através do ato e da expressão sensível do DM ou sintoma físico, sua fragmentação e parcialidade, a sua falta de unidade numa identidade (FREIRE, 2004).

A nova compreensão da doença orgânica – é o ser que adoece – vê nos sintomas e nas doenças físicas uma possibilidade, um caminho para o autoconhecimento e transformação. Traz o corpo à cena através das sensações, possibilitando assim que seja revelado o desconhecido, o negado, resgatando partes e fragmentos, recompondo, dessa forma, a unicidade perdida (FREIRE, 2004).

Não obstante, as mudanças que o DM traz àquele que o vivencia, a magnitude da doença para o sistema de saúde, a demonstração factual das falhas na abordagem hegemônica dada ao problema, à ampliação no enfoque de atenção à saúde têm sido negligenciada. A fragmentação na visão de homem direciona a atenção à saúde da pessoa com DM apenas para o corpo mecanicista, tal como o DM tipo 2 e obesidade, e ao desencontro da natureza do homem como sujeito, pois desconsidera sua capacidade de adaptação e responsabilidade frente à vida, bem como a sua bagagem cultural (PEREIRA, 2006).

A concepção mecanicista determina como o corpo é visto e tratado no mundo contemporâneo e no contexto da saúde. O corpo é, muitas vezes, tomado como máquina: deve ser revisado, ter suas peças trocadas, para que se restaure o bom funcionamento ou o retorno eficaz ao mundo de produção e consumo (POLAK, 1997).

No corpo todas as partes se integram e se reúnem formando um sistema onde cada parte possui consciência de sua posição no esquema corporal, sem ser uma mera justaposição de órgãos. As partes do corpo estão integradas de forma dinâmica, visando à função que exercem no organismo, formando, dessa forma, o sistema corporal da pessoa (MERLEAU-PONTY, 2006).

Os depoimentos acerca da falta de responsabilidade das participantes com seu próprio corpo e a sua visão fragmentada de corpo nos remete à reflexão de que é preciso avançar na compreensão de que o corpo não deve constituir-se como um fragmento, como objeto e sim como um ser-no-mundo. Portanto, o fragmento não existe sem a existência do corpo no mundo, um só existe devido à existência do outro, e não se pode pensar no homem sem se pensar no mundo. É na ação que a espacialidade de nosso corpo se realiza. Sem a percepção de nossas ações o espaço e o tempo se banalizam e dessa forma as vivências se esvaem e perdem a significação original por nós.

Essa compreensão possibilita a busca de novos movimentos em direção à atenção integral às mulheres com DM tipo 2 e obesidade pelos profissionais nas instituições de saúde.

5.3.2 O corpo com significado e intencionalidade

Nesta categoria, as falas das mulheres com DM tipo 2 e obesidade refletem a intencionalidade e a significação em consonância com concepção de corpo na sociedade atual, conforme se segue:

“Eu não gosto de gorda, não. Até hoje eu não gosto. Viu! Valmir ((dá gargalhada)) Só que eu falo: ficá com uma doença pra gente secá de uma hora pra outra?” (Angela)

O depoimento acima remete, ao longo da história, que o corpo vai sendo (re)fabricado de acordo com as aspirações de cada sociedade em um dado tempo histórico. Dos gregos aos contemporâneos, assiste-se à fragmentação do homem em corpo e alma e à objetivação do corpo. Essa dicotomia ainda hoje tem repercussão que vai desde a religião até ao setor da saúde, passando pela filosofia e antropologia. A pós-modernidade já evidencia a exacerbação do culto ao corpo, marcado por uma busca desenfreada de beleza, saúde e imortalidade (PEREIRA, 2006).

O corpo aumenta seu valor de troca à medida que o indivíduo aproxima da fase de adolescência, ou seja, na juventude é valorizada a saúde, a boa forma e a beleza. Nossa sociedade criou um aparato para atender a essa necessidade: academias, intervenções estéticas, moda, medicamentos, cosméticos, entre outros. Nesse contexto, a atividade física, as ciências da saúde e a biopolítica ganham cada vez mais espaço (FEATHERSTONE, 1991).

Desse modo, é possível compreender a fala da participante no que se refere à aversão à obesidade. Os depoimentos nos remetem aos estereótipos da sociedade contemporânea que valoriza a beleza, a magreza, a juventude e a boa forma. Por outro lado, percebe-se o medo da magreza no processo de doença.

Na atualidade, a ciência tem-se ocupado em controlar a vida e a morte. Desta forma, clonagens, experiências com células-tronco, detecção precoce de patologias pelo estudo do código genético, entre outros, constituem possibilidades, anteriormente colocada apenas como ficção científica. Parece que as perspectivas

futuras de corpo estão engendradas exatamente em sua negação, o não ser corpo (PEREIRA, 2006).

Os indivíduos imunes às doenças e à morte, destituído dos sentidos próprios aos humanos constituem o novo corpo computadorizado, cibernético, (re)significaria a existência humana (LE BRETON, 2003). Neste contexto, “Sem dúvida, voltar a falar de corporeidade não pode ser um gesto de simples lembranças de vozes do passado, mas [...] significa sonhar uma imagem de homem com novos traços” (SANTIN, 1994, p. 91).

A percepção da obesidade da participante remete à reflexão de que o corpo deve ser entendido como algo pertencente ao ser e não pertencente ao mundo externo que a pessoa vive.

Por outro lado, as falas a seguir, evidenciam o corpo como algo vergonhoso, desconfortável, limitador, pesado, fatigado, ruim, desproporcional, preocupante, um inferno na sua vida.

“Hoje não gosto nem de passá batom, por exemplo. É a vaidade número um das mulheres. Eu acho, que se eu passo eu fico mais gorda, sabe? No meu íntimo eu tenho esse complexo.” (Raissa)

“Porque a única coisa, na verdade, que eu me sinto infeliz na minha vida é com esse corpo. Com esse inferno.” (Raissa)

“Eu me sinto mal, nem no espelho eu gosto de me olha, eu acho. Sabe... eu estou fora. Estou... o tronco enorme, né? Então, desproporcional.” (Sueli)

“Não ponho meu filho! Vergonha, né? Que eu estou com dezessete quilos acima do peso. Então já é muito pra mim, né?” (Sueli)

Cabe destacar que todo corpo carrega sua história, seu drama, e este pode se expressar em palavras, ações, afetos, contatos e sensações. O corpo, que é próprio de cada ser humano, no qual convivem vários enredos que foram inscritos em percursos biológicos, relacionamentos de prazer e desprazer, em unidade e fragmentação, de destruição e reparação, será quem revelará o drama. Corpo que, inserido em um cenário, irá vivenciar através das sensações o despertar da memória

corporal arcaica, a abertura da cena seguinte, a da visualização-percepção que trará a luz, tirando da escuridão o desconhecido, o negado (FREIRE, 2004).

Desse modo, as participantes expressam a percepção do corpo mediante palavras que depreciam sua integridade física e psicológica, remetendo à vivência com seu corpo como algo destruidor, as levando a sentimentos de infelicidade e baixa auto-estima.

Os sentimentos expressos pelas participantes podem revelar a falta de projetos em suas vidas, onde o zelo pelo corpo passa a ser considerado como algo irrelevante nos seus processos vivenciais.

O corpo é o veículo do ser-no-mundo, e ter um corpo é para um ser, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles (MERLEAU-PONTY, 2006). Desse modo, o processo de vincular-se a seus projetos é que irá possibilitar que as mulheres com DM tipo 2 e obesidade encontrem o ancoradouro de sua integridade, tendo consciência de seu corpo através do mundo.

Por outro lado, as falas também mostram o corpo como meio de expressão, afeto, defesa, companheirismo, parte de si, aceitação e conformismo:

“Porque pra mim era estar gorda na época de adolescência ou jovem adulta era uma proteção. Era uma forma de me proteger do mundo. Das pessoas, né?” (Carlota)

“Virou um companheiro das afetividades ((fala muito baixo)). Isso aí, assim. é [...]” (Luiza)

“A princípio, você começa a achar que é uma defesa. Vai envolvendo sem trégua nenhuma... foi assim.” (Luiza)

As falas das participantes evidenciam que a sua relação com o corpo também apresenta vasto mundo de significados e intencionalidades, que inclui a sua proteção. Esses significados e intencionalidades são singulares, pertencentes somente a cada participante e assim, cada uma possui a necessidade de expressividade do seu corpo frente às situações que lhe são impostas.

Dessa forma, destaca-se a noção eminentemente corpórea da expressão, onde o corpo expressa uma conduta e, ao mesmo tempo, cria seu sentido através

de uma intenção prática, realizando, assim, a comunicação com o mundo que vive (FURLAN; BOCCHI, 2003).

O corpo é espacial e temporal, e também fabricante e condutor de significados e de sentidos. É por meio do corpo que as participantes possuem o mundo, concebendo-se como corpo no mundo. O sujeito da percepção é o corpo e não mais a consciência concebida separadamente da experiência vivida. O corpo é visto como fonte de sentidos e de significação de suas relações no mundo e nas suas estruturas com as coisas ao seu redor. Essa relação no mundo é corporal e sempre significativa (MERLEAU-PONTY, 2006).

Ao corpo cabe uma linguagem, como forma de expressão, que se estabelece antes da própria fala. Ele provoca e traduz uma gama de marcas e falas implícitas que remetem ao corpo algo muito além de ocupar um espaço no tempo (NOVAES; VILHENA, 2003).

As expressões dos significados em relação ao corpo das participantes revelam as suas relações com o mundo, ser-no-mundo, e com o outro-no-mundo, ou seja, o corpo possui uma fala implícita. As falas em relação ao corpo são manifestadas pela afetividade e defesa. Nessa direção, o corpo pode representar a vivência das participantes frente às adversidades do mundo.

Também nas falas das mulheres com DM tipo 2 e obesidade, o corpo é percebido através das roupas, dores e DM, conforme falas que se segue:

“Porque, por um lado o peso tava lá, era ruim na hora d’eu por uma roupa.” (Carlota)

“No meu íntimo eu tenho esse complexo. E toda vez que eu vou experimentá uma roupa numa loja, aí, eu faço regime um mês certinho.” [...] Eu fico tão desgostosa com as roupas, que nada fica bom.” (Raissa)

“Eu me sinto mal pra vesti, não tem qualquer roupa.” (Sueli)

“Tudo que você vai fazer é cansativo, sabe. Dor nas pernas. Dor pra todo lado.” (Ludma)

“Esse corpo obeso, hoje, ele é um obstáculo pra minha saúde.” (Carlota)

“Eu vejo as roupas que eu tinha. Diferença, assim, diferença de um palmo, não me serve, horrível, triste, muito triste.” (Sueli)

As limitações impostas pelo corpo com obesidade nas falas das participantes representam barreiras nas suas relações amorosas, projetos profissionais e pessoais. Essas barreiras podem constituir em fatores limitantes na tentativa de renovar suas forças em espírito (MERLEAU-PONTY, 2006).

Essas limitações no corpo, vivenciadas pelas participantes, possuem significados que podem refletir a dicotomia corpo-mente, ou seja, o dualismo que ainda impera nos dias de hoje, onde as pessoas têm o desejo de ter um corpo magro, mas dificilmente se mobilizam para atingir este desejo. Para as participantes o dualismo se caracteriza entre o desejo de ter um corpo magro e a falta de desejo de buscá-lo.

O dualismo mente-corpo advém da predominância, ainda em nossos tempos, do paradigma cartesiano. O corpo, não somente para vários profissionais de saúde, mas também para a pessoa com a doença, ainda é interpretado e conscientizado como um corpo mecanicista, vivenciado como um reflexo dos processos meramente fisiológicos ou materiais.

O corpo só é percebido pela sensação que ele proporciona a cada pessoa, essa sensação somente é perceptível no plano da individualidade, sem que o outro tenha acesso a ela e às vivências das experiências concretas que cada corpo realiza. Dessa forma, a consciência que a pessoa possui de seu corpo é inacessível para o outro, bem como se torna impossível à representação de como o outro sente o seu próprio corpo (MERLEAU-PONTY, 1984).

Percebe-se nas falas das participantes que o corpo possui significados e intencionalidades que levam ao dualismo corpo-mente, expressos pelos desejos psíquicos que revelam a sua percepção corporal, onde o corpo é fonte de desprazer. Frente a esse processo, cabe à equipe multidisciplinar de saúde despertar um olhar atento à percepção de corpo revelada pelas participantes a fim de ajudá-las a perceber o corpo também como fonte de prazer e de estar no mundo das relações afetivas, profissionais e pessoais.

5.3.3 A dualidade da obesidade – da proteção a tragédia

Nas falas das participantes a obesidade é revelada como algo bom e benéfico conforme as falas abaixo mencionadas. Esses benefícios, muitas vezes, são incorporados à sua personalidade:

“Então era um ganho. Pra mim era um ganho estar gordinha, né?” (Carlota)

“É... e ele ((se refere ao corpo)) passou a corporar a minha personalidade, né? [...] Mas eu me sinto bem. Como mulher. Mesmo estando gordinha.” (Carlota)

A obesidade é uma doença multifatorial, com etiologia complexa que envolve aspectos físicos e psíquicos da pessoa acometida. Na contemporaneidade, a obesidade adquire a forma mais representativa de isolamento social. No entanto, para as participantes a obesidade é revelada como proteção do corpo e defesa para enfrentamento de situações no cotidiano. Por outro lado, a obesidade pode constituir-se em complicador e fator gerador de ansiedade, como um falso **eu** mental e corporal, que protege o verdadeiro **eu** frágil e mal-estruturado (MELLO FILHO, 1991; KAHTALIAN, 1992; PATRÃO; LEAL, 2004).

As falas, também, evidenciam, por outro lado, que as participantes percebem a obesidade como veneno, tragédia, peso, incômodo, cansaço, obstáculo, desvantagem, tristeza, insatisfação e algo promotor de diferenças entre os seres humanos:

“Então eu acho que a obesidade é um veneno.” (Ludma)

“Esse corpo obeso, hoje, ele é um obstáculo pra minha saúde.” (Carlota)

“Sabe... eu estou vivendo o dia-a-dia, mas, nada que me aflige tanto quanto essa obesidade.” (Raissa)

“[...] mas eu não gosto de ser gorda. Gorda deixa a gente pesada, sem destreza pra fazê as coisas, cansa muito.” (Angela)

A obesidade pode desencadear nas pessoas sofrimento emocional e psicológico identificadas como causadores, conseqüentes ou retro-alimentadores de sua condição clínica (VASQUES; MARTINS; DE AZEVEDO, 2004). Nessa vertente, para as participantes, a obesidade é revelada como obstáculo e aflição que dificultam a suas atividades cotidianas.

Várias características psicológicas foram identificadas em indivíduos adultos com obesidade por hiperfagia, tais como a dificuldade de aceitação do esquema corporal, o temor de não ser aceito ou amado. Essas características constituem indicadores de dificuldades de adaptação social e absorção de frustrações, bloqueios da agressividade, desamparo, insegurança, intolerância e culpa (CAMPOS, 1993).

Os aspectos emocionais são geralmente percebidos como conseqüências da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos de autoconceito possam preceder o desenvolvimento da obesidade (FLAHERTY; DAVIS; JANICAK, 1995). Dessa forma, os aspectos emocionais das mulheres com DM tipo 2 e obesidade podem prejudicar a imagem corporal que elas possuem de si próprias.

As falas, abaixo, expressam como a imagem corporal é afetada por esses aspectos e evidenciam que eles podem predispor uma pessoa com obesidade a desenvolver alterações em sua imagem corporal, envolvendo diversos fatores que se inter-relacionam, como os emocionais, de atitude e também perceptuais:

“[...] eu passei por um problema emocional muito forte, eu perdi uma pessoa, né? [...] E isso daí, cominou que eu cheguei aos noventa e seis quilos ((dá risada)). Noventa e seis (quilos).” (Catarina)

“Eu ganhei peso na ansiedade da morte do meu filho ((começa a chorar)). Depois que ele morreu, pra mim tudo era vago, tudo era muito difícil.” (Ludma)

As falas revelam que a imagem corporal das participantes, muitas vezes, é depreciativa e prejudicial em suas relações sociais, sofrendo, com freqüência, discriminação em ambientes educacionais, profissionais e sociais, o que gera ansiedade, sentimentos de raiva e dúvidas em relação a si próprias (AZEVEDO; SPADOTTO, 2004).

Assim, a sua imagem corporal evidencia uma ilustração que elas têm na mente acerca do tamanho, imagem, forma do corpo e os sentimentos relacionados a essas características, bem como às partes que o constituem (SLADE, 1988).

A imagem corporal pode ser influenciada por uma série de fatores, como a idade de início da obesidade, presença de transtorno emocional, influência sociocultural através da avaliação negativa ou depreciativa do outro, história de mudanças e flutuações do peso, entre outros (SLADE, 1994). Para as participantes, parece que a obesidade foi desencadeada pela a perda de entes queridos.

Compreender a relação entre os aspectos emocionais ocasionados pela obesidade e a imagem corporal prejudicada das participantes pode contribuir para que os profissionais da área da saúde reforcem ações que possam colaborar na reconstituição na sua imagem corporal, possibilitando a percepção e a aceitação do corpo atual ou (re)elaboração de pensamentos acerca da obesidade e da auto imagem para a busca do conceito de si.

A imagem corporal que a pessoa com obesidade tem de si também pode ser distorcida e a mesma se torna maior quanto mais antiga for a sua condição de pessoa com obesidade. O corpo com obesidade perde a noção de sua imagem corporal durante tentativas de emagrecimento fracassadas, pelo aumento e diminuição freqüente do peso corporal (SCHILDER, 1980; FRANQUES, 2002).

Nessa direção, as falas das participantes abaixo revelam a distorção e a perda da noção da imagem durante as tentativas de emagrecimento:

“Então, talvez, ainda até hoje, talvez, ainda não consegui emagrecer, atingir um peso melhor.” (Carlota)

“Cada quilo que você perde, você começa a se sentir bem. E a gente tem a consciência disso. Só que não tem a consciência de continuar perdendo. [...] só que chega um ponto, o obeso é assim... chega um ponto ele não dá conta de sempre ficá evitando.” (Raissa)

As falas acima apontam que as participantes possuem dificuldades de perceber a perda de peso. Com isso, o emagrecimento se torna invisível ao olhar e imperceptível ao próprio corpo. Nessa direção, sabe-se que todo conhecimento, inclusive o de si mesmo, passa pelo corpo. É o corpo que está envolvido no processo de compreender, recordar e sociabilizar-se com os outros corpos. As falas evidenciam que as perdas relacionadas à obesidade não são valorizadas, interferindo na relação com os outros.

É a partir do corpo que se pode estar no mundo em relação com os outros e com as coisas, o corpo e o mundo estão entrelaçados e são constituídos pelo mesmo tecido. Pensando o corpo como resultado de todas as nossas experiências conscientes e até mesmo inconscientes, muitas vezes o vemos como algo misterioso (MERLEAU-PONTY, 2006).

A obesidade, afeta o homem em sua totalidade, é uma doença que promove o desconforto físico, o psíquico e o social. Além de constituir um problema de saúde pública, é um fator indutor de comportamentos individuais e sociais. Na sociedade contemporânea, não é apenas uma doença que aflige o homem, mas também a exclusão do “imaginário popular de uma estética socializada” (SICHIERI, 1998, p. 15; FRANQUES, 2002)

Cabe aos profissionais de saúde, em particular os psicólogos, obter um olhar atento acerca das distorções que as participantes podem apresentar em resposta aos aspectos emocionais e psicológicos no enfrentamento das dificuldades do seu cotidiano e relacionadas ao controle do DM. Esse olhar apurado pode ajudar as participantes a compreender os fatores que estão interferindo na sua percepção distorcida do corpo.

Uma perspectiva para o desenvolvimento do cuidado às participantes deve ser construída em conjunto com a equipe multiprofissional em situações concretas, vivenciadas nos serviços de saúde, tal como a verificação do peso corporal. Essa situação poderá fornecer elementos para uma reflexão mais aprofundada para além do valor do ganho e perda de peso corporal, transcendendo-se para o significado do peso corporal no corpo de cada participante.

5.3.4 A negação e a fragmentação da obesidade no corpo atual/habitual

A percepção da perda de peso, nas mulheres com DM tipo 2 e obesidade, muitas vezes se encontra comprometida pela experiência vivida e tempo pessoal, conforme se segue:

“Eu já tive cinco quilos a menos. Então não é como eu vejo, é como eu já tive, por exemplo. [...] Então não estou conseguindo me ver mais magra [...]” (Raissa)

“Eu acho que já me acostumei do jeito que eu sou, sabe?” (Raissa)

As falas, acima, evidenciam que as participantes deixaram de perceber as mudanças ocorridas no seu corpo com a perda de peso e nem se vêem mais magras. É como se elas estivessem acostumadas a habitar esse corpo com obesidade e desconfortável, conformado pelo ganho de peso. Para as participantes a percepção do corpo abarca significado disforme do próprio corpo atual em relação ao corpo habitual.

Nesse processo, o corpo *habita* o espaço e o tempo e a cada momento, as posturas e movimentos precedentes fornecem um padrão de medida sempre pronto. Como o corpo está necessariamente “aqui”, ele necessariamente existe “agora”, não podendo tornar-se “passado”, e se no estado de saúde não se conserva a recordação viva da doença, ou na idade adulta a recordação do corpo quando criança, essas “lacunas da memória” apenas exprimem a estrutura temporal do corpo (MERLEAU-PONTY, 2006).

É através do corpo que o homem age no mundo, o espaço e o tempo não são uma soma de pontos justapostos, nem uma infinidade de relações que a consciência opera a síntese e que nela implica o corpo. O homem não está no espaço e no tempo, não pensa o espaço e o tempo; ele é no espaço e no tempo, seu corpo aplica-se a eles e os envolve (MERLEAU-PONTY, 2006)

A intensidade dessa apreensão mede a intensidade da existência do homem, sem que essa seja total. O espaço e o tempo habitado de todos os lados possuem horizontes indeterminados que encerram outros pontos de vista. O recomeçar está sempre presente na súpula do tempo e do espaço (MERLEAU-PONTY, 2006).

Percepções novas substituem as percepções antigas, e mesmo emoções novas substituem as de outrora, mas essa renovação só diz respeito ao conteúdo de nossa experiência e não à sua estrutura; o tempo impessoal continua a se escoar, mas o tempo pessoal está preso (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 123).

Habitar o espaço e o tempo envolto no passado, sem vivenciar o “aqui” e o “agora”, constitui outro movimento existencial das mulheres com DM tipo 2 e obesidade. Elas se reconhecem como pessoas com obesidade, mas não se percebem com a obesidade e continuam cultuando o corpo da sua adolescência, as falas abaixo evidenciam esse processo:

“[...] quando você é adolescente, você mistura muitas coisas, né? O que é corpo, o que é mente, né? Então... assim... eu encaro como um desafio.” (Carlota)

“Quando eu era criança eu era magrinha. E a gente, não pensa não. Eu não gostava do meu corpo, né? Aí eu fiquei mais mocinha e não me enxergava obesa como estou hoje. E não era! Eu vejo foto e vejo que não era.” [...] Acho que agora eu me sinto menos volumosa do que na verdade eu sou. Num venceu a maneira de me ver.” (Luiza)

O tempo que passa não leva consigo os objetos impossíveis, não se fecha sobre a experiência traumática, o sujeito permanece sempre aberto ao mesmo futuro impossível, senão em seus pensamentos explícitos, pelo menos em seu ser efetivo. Um presente entre todos os presentes adquire então um valor de exceção: ele desloca os outros e os destitui de seu valor de presentes autênticos. Continuamos a ser aquele que um dia se empenhou nesse amor de adolescente, ou aquele que um dia viveu nesse universo parental (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 123).

Nessa direção, as falas das participantes evidenciam que as lembranças de seu corpo adolescente, permanecem, e elas habitam esse corpo passado. Esse processo ocorre quando a percepção de corpo, que se tem ainda, permanece no passado, sem vivenciá-lo na sua existência atual. É um corpo atual, com uma representação habitual de um corpo com obesidade que reside em um passado almejado.

Dessa forma o corpo é o meio de ter o mundo, mas para compreender esse mundo, ora apresentado como mundo biológico, ora como mundo com sentido

figurado ocorre à necessidade da criação de um instrumento mediador. O *hábito*, como instrumento mediador, revela o poder do Ser em expansão como ser-no-mundo ou muda a existência do Ser anexando-o a novos instrumentos. Desse modo, surge o hábito no corpo como instrumento mediador entre corpo objetivo e o mundo. O corpo compreende essa mediação, e o hábito está adquirido quando o corpo se deixa penetrar por uma nova significação, ou seja, quando o corpo entende o sentido de um novo núcleo significativo (MERLEAU-PONTY, 2006).

Habituar-se é abrigar algo, fazer com que esse algo participe do esquema corporal, como um chapéu, um automóvel, uma bengala. O hábito manifesta a capacidade do Ser de mudar sua existência e ampliar-se no mundo, incorporando ao corpo novos instrumentos (MERLEAU-PONTY, 2006).

O corpo habitual, para as participantes, é compreendido como uma abstração. Assim somente a reflexão dessa percepção, sobre o corpo, proporcionará a realização da experiência vivida.

Frente a essa abstração, o corpo com obesidade vivenciado pelas participantes, não é percebido na sua totalidade e sim como um fragmento do corpo. As falas, abaixo relacionadas, evidenciam a percepção de corpo fragmentado pelas participantes:

“Talvez eu mudaria a barriga. Tiraria a barriga. Acho que a barriga. Acho que é a única coisa que me incomoda mais. Acho que é isso. Acho que é a barriga mesmo.”
(Carlota)

“E principalmente eu engordei muito aqui ((mostra a barriga, coloca a mão na barriga)). No abdômen, na barriga, cresceu muito. Eu não... você vê que... Oh! Fio (filho) eu não sou tão gorda. Mais é aqui, né? Parte abdominal.” (Angela)

“A barriga, essa coisa aqui ((mostra a barriga)), não consigo, e é dura, ela é dura. Pode até desproporcionar o meu peito, meu peito é quarenta e quatro (cm), então ele fica igual, né? ((refere que a barriga emenda com o peito se tornando uma coisa só)) Tenho cento e dez (cm) de cintura. Então é muito pra mim, quem tinha sessenta (centímetros de cintura).” (Sueli)

As falas das participantes mostram dificuldade de perceber a totalidade do seu corpo. O corpo com obesidade não é percebido em sua totalidade e sim em frações, entretanto, as sensações se dão na sua totalidade, pois cada fração é percebida em sua originalidade (MERLEAU-PONTY, 2006)

A obesidade afeta o corpo na sua totalidade, pois é uma doença que compromete o homem nos seus aspectos físico, psíquico e social. Frente a essa definição, a obesidade deixa de ter e de ser uma fraqueza de caráter do homem (FRANQUES, 2002).

O corpo como totalidade é como o registro da história de cada pessoa, trata-se da imagem da história que a pessoa possui de si. A unidade corporal representa a totalidade de nossa presença no mundo, em que o espaço do corpo se apresenta como o limite entre a pessoa e o mundo exterior (FREITAS, 2008).

A compreensão do homem como um ser integral passa, necessariamente, pela compreensão do corpo em sua totalidade. Pensar no corpo em partes é requisito para fragmentá-lo, e, portanto, impossível de expressar a sua existência, o que deixa de atribuir ao corpo à distinção de total. É preciso conceder ao corpo a consideração de humano e esta possibilidade se faz pela corporeidade (SHIMAMOTO, 2003).

O homem não se restringe ao conceito de corpo material, mas a fenômeno corporal. Assim, o homem é corporeidade, ou seja, ele é um Ser com movimento, gesto, expressividade, presença, palavra e linguagem (MERLEAU-PONTY, 2006).

A falta de percepção da totalidade, pelas participantes, para com seu corpo, deve despertar na equipe multidisciplinar em saúde um movimento para a compreensão de que o DM pode afetar a percepção da totalidade do corpo. Por outro lado, também, é preciso outro movimento na busca da (re)compreensão do corpo como totalidade do ser. As participantes afetam e são afetadas pelas modificações do corpo durante o processo de doença, tal como gordura localizada no abdômen e essa condição propicia a percepção de corpo fragmentado. Assim, os profissionais de saúde devem promover a reflexão para que as participantes possam fazer uma releitura de seu corpo. Essa releitura possibilitará a percepção do corpo na sua totalidade, inclusive na aceitação que as partes constituintes do corpo comprometido pela doença abarcam a totalidade do seu ser.

Essa sensibilização poderá advir do trabalho intenso da equipe de saúde ajudando as participantes na elaboração de novas formas de se olharem e reconhecerem o corpo atual.

5.3.5 A obesidade velada – percepção do objeto como razão de todas as experiências

O ganho de peso para as participantes é percebido como um objeto presente em sua vida, e está intrinsecamente relacionado ao DM, aos medicamentos e a outros fatores externos, uma vez que a obesidade se torna sua própria identidade no decorrer de sua explosão corporal.

Nossa percepção chega a objetos, e o objeto, uma vez constituído, aparece como a razão de todas as experiências que dele tivemos ou que dele poderíamos ter (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 103).

As falas revelam como as participantes percebem o ganho de peso relacionado ao DM, aos medicamentos e aos fatores externos:

“Quando eu não tinha ela (diabetes) eu não tinha peso também, parece uma coisa, apareceu tudo junto, né? E ela veio com peso.” (Sueli)

“Aí... daí pra cá que eu senti que eu fui aumentando, né? Aí, acho que é por causa que eu estou com bastante remédio, também. Para artrite, fibromialgia. Eu tomo bastante remédio, também, ajuda a aumenta o peso, né?” (Anésia)

“Aí, depois eu tive os três filhos. Aí, eu fiz aquela cirurgia, né? Pra ligar as trompas, né? Aí, daquele tempo pra cá eu fui aumentando, aumentando.” (Anésia)

Nas falas acima mencionadas, o DM, o número de medicamentos, bem como outros fatores externos, tais como: ter filhos e procedimentos cirúrgicos, são

percebidos pelas participantes como causadores de seu ganho de peso e como o fator determinante para a obesidade para justificar o corpo atual.

O corpo, o qual é a referencia da pessoa no mundo, é considerado como um dos objetos desse mundo. Entretanto, nunca é o corpo objetivo que se move, mas o corpo fenomenal, pois é o corpo que se levanta em direção aos outros objetos do mundo (MERLEAU-PONTY, 2006).

Nessa direção, as participantes revelam que a obesidade é adquirida em função de fatores inerentes a elas, sem a reflexão do que as levam em direção ao ganho de peso. Desse modo, elas atribuem à responsabilidade da obesidade no objeto da doença, DM, e não em si mesmas, a obesidade passa a ser velada por elas. Assim é preciso que as participantes se percebam como ser-no-mundo e não meramente como objetos do mundo.

A definição do objeto é a de que ele existente *partes extra partes* e que, por conseguinte, só admite entre suas partes ou entre si mesmo e os outros objetos relações exteriores e mecânicas, seja no estrito de um movimento recebido e transmitido, seja no sentido amplo de uma relação de função variável (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 111).

Desse modo parece que as participantes tratam as histórias perceptivas do seu corpo atual, como resultado de suas relações com o mundo objetivo, sem compreensão clara de si e do objeto, fatores externos. Nesse caso, a obesidade é percebida somente como objeto da doença, DM, e de seus fatores inerentes (MERLEAU-PONTY, 2006).

Nessa direção é preciso reencontrar a origem do objeto na própria experiência vivida das participantes, delineando a aparição do ser e compreender como paradoxalmente há, *para nós*, o *em si* (MERLEAU-PONTY, 2006).

Assim, as falas das participantes revelam que há falhas na percepção daquilo que promove a obesidade, ou seja, não tomando ao pé da letra o pensamento objetivo e não lhe colocando questões que o próprio corpo não se coloca (MERLEAU-PONTY, 2006).

O corpo tem o seu mundo e os objetos podem estar presentes no conhecimento da pessoa sem necessariamente estar presente no corpo. E ao extrair o conhecimento do mundo objetivo do corpo, também se extrairá os fios propositais que unem o corpo ao ambiente, o qual revelará como a pessoa percebe e é percebido no mundo (MERLEAU-PONTY, 2006).

Neste cenário, as ações da equipe multidisciplinar em saúde, além de direcionar o tratamento medicamentoso de forma adequada, bem como oferecer suporte para o enfrentamento dos problemas externos vivenciados pelas participantes há necessidade de englobar questões acerca da responsabilização do corpo como modo de estar no mundo.

5.3.6 O DM como algo que destrói e desfigura o corpo

Diante do diagnóstico do DM, as participantes evidenciaram percepção negativa de ser doente. Na fala, abaixo relacionada, evidencia-se a negação do DM pelas participantes:

“Assim é com o diabetes. Eu não encuco não. Procuro nem lembra... como que eu nem tivesse... evito as coisas dentro do que é possível.” (Raissa)

A negação da percepção de um ser com uma doença, muitas vezes envolve limitações e rejeições no meio social, e as pessoas podem se sentir privadas de prazeres (FRANCIONI; SILVA, 2007). Para a participante acima o DM ainda não se revestiu de significados, pois ela nega a sua doença.

Nessa vertente o corpo possui uma intencionalidade que se expressa através da experiência da pessoa com um dado fenômeno. Dessa maneira, a doença pode desvendar-se somente quando se revela e possui significados para a pessoa que a vivencia, quando ela sente de forma concreta as alterações que a doença promove no corpo (MERLEAU-PONTY, 2006).

O DM surge na vida das participantes como um agente limitador de seus afazeres e de seus prazeres, tanto físicos quanto psíquicos. O DM no corpo é percebido como algo amedrontador, ruim, limitador, destruidor, relacionado à luta e à morte. Também, é revelado como algo preocupante, complicado, revoltante, provocador de mudanças de humor, impactante e difícil. Essa preocupação ocorre frente às vivências que a pessoa já carrega de sua história de vida, conforme as falas abaixo relacionadas:

“Pra mim eu vou morre. A doença, o que ela me passa é isso. Medo dela me complicá minha saúde e me matá. E é o que eu mais temo é isso, o que mais temo.”
(Sueli)

“Porque eu... é tanto medo, você tem que se organizá, é uma luta, é uma luta pra mim contra ela.” (Sueli)

“No meu dia-a-dia. Eu sinto ela, às vezes me limitando em muitas coisas, né? Tipo... não só na alimentação, mas limitando na minha disposição, né? [...] Eu percebo ela muito limitadora. A diabetes, né?” (Carlota)

“A pior coisa do mundo, pra mim. A coisa mais triste que eu tenho em sete anos incontáveis. Com o diabetes, né? Eu não aceito ser diabética, isso pra mim é uma coisa que eu não consigo supera. É muito triste pra mim. Estragou a minha vida, porque foi uma coisa assim. Foi um impacto que ela apareceu, assim, um susto, né?” (Sueli)

As falas das participantes, acima mencionadas, refletem vários sentimentos referentes à percepção do DM no corpo. O surgimento dessa doença provoca nas participantes conflitos emocionais que fazem com que elas expressem sentimentos de angústia no meio em que vivem. O surgimento de sentimentos de angústia promove o medo e a tristeza de possuir o DM. Outros sentimentos ainda podem aparecer tais como os de revolta, de susto, de negação, entre outros, principalmente quando o apoio familiar lhes é negado. A convivência com o DM também suscita uma diversidade de sentimentos, tais como insegurança, angustia, perda de auto-estima, principalmente quando o apoio familiar lhes é negado. Em virtude do desconforto diário suscitado pela automonitorização da glicemia capilar e pelo tratamento, esses sentimentos incitam frustrações e/ou esgotamento físico e psíquico (JACOBSON; de GROOT; SAMSON, 1994; POLONSKY, 2002; ROSSI; BARBOSA, 2003; RIBAS, 2009).

Dessa forma, o DM, muitas vezes, é visto como atribuidor de limitações às atividades da vida diária, implicando em medo de viver com a alimentação restrita, susceptibilidade para infecções, injeções, interferência no trabalho e dependência de outros (HOLMES, 1986; ROCHA, 1988; RIBAS, 2009). As limitações que o DM

impõe as participantes subtraem a liberdade de fazer o que se tem vontade, o que provoca um viver triste (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

Com o surgimento do DM, as participantes se deparam com algo novo em sua vida, algo que foge de seu cotidiano e que é entendido como o que destrói e desfigura o corpo, conforme se segue:

“Ah... muita dor nas pernas, sabe! Desânimo... e por ai foi que eu achei que eu não tava bem, que fui ao médico e fiz os exames que constou alguma coisa de diabetes.”
(Ludma)

“Muito estresse, né? Muita canseira. Quando ele está descontrolado, né? Dor nas pernas, muita dor nas pernas. E a dor de cabeça aumenta. É... é a vista... não enxerga direito, né? Fica embaçada quando está alta. E quando está baixa eu sinto zuação (zumbido), dor de cabeça também. Às vezes dá calor, começo a tremer. Mas é... é como se tivesse tremendo por dentro.” (Luiza)

“A parte sexual acabou, destruiu. Me destruiu. Eu não consigo. Eu quero, eu não consigo. Então, já me parou, sabe?” (Sueli)

“[...] nem enxergar direito eu quase não enxergo, né? Eu pus prótese nas duas vistas.” (Ludma)

“A pele... minha pele fica mais oleosa. Ficou mais oleosa depois do diabetes. O pé... o pé às vezes fica dormente. Sinto assim, mais ressecado. Que mais... gengiva. Eu tive problema de gengiva, depois que eu tive diabetes. Que eu sinto é isso. O que mudou fisicamente é isso.” (Carlota)

“Com essas mudanças, da mudança no corpo e você não quer (quer) nem se vê.”
(Sueli)

As falas acima evidenciam a transformação do ser com saúde em ser com DM e remetem as participantes a uma série de vivências e situações desagradáveis, levando-a a experiências de fragmentação e perda de autonomia sobre o próprio corpo.

Para o doente, o movimento para o futuro, para o presente vivo ou para o passado, o poder de aprender, de amadurecer, de entrar em comunicação com outros se trava em um sintoma corporal, a existência amarra-se, o corpo torna-se “o esconderijo da vida”. Para o doente não acontece mais nada, nada adquire sentido e forma em sua vida – ou, mais exatamente, ocorrem apenas “agora” sempre semelhantes, a vida reflui sobre si mesma e a história se dissolve no tempo natural. Mesmo normal, mesmo envolvido em situações inter-humanas, o sujeito, enquanto tem um corpo, conserva a cada instante o poder de esquivar-se disso. Justamente, porque o corpo pode fechar-se ao mundo, meu corpo é também aquilo que me abre ao mundo e nele me põe em situação (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 227-228).

Para uma das participantes o corpo se encontra fechado para o mundo em relação à sua atividade sexual, sem vivências de situações com entrelaçamentos afetivos, dificultando a sua comunicação com o outro. A sexualidade possui uma intencionalidade que segue o movimento da existência e é vista de forma dependente, sujeita a vontade alheia. Nessa direção o corpo é a forma de comunicação com os objetos, sexualidade e o corpo do outro. O corpo é responsável pela execução de movimentos e é através dele que os sentimentos irão se expressar (SANTOS, 1998; MERLEAU-PONTY, 2006).

Para que a participante expresse sua sexualidade à ambigüidade do existir deve se fundir de maneira especial na sexualidade, resgatando de certa forma a afetividade como o centro e o sentido da experiência (MERLEAU-PONTY, 2006).

A doença promove mudanças perceptíveis no corpo das participantes, as falas revelam que as mudanças são vivenciadas de forma desagradável. O corpo deixa de ser visto como um corpo sadio e passa a ser um corpo com significações de perda, de diluição, acarretando o fechamento do próprio corpo para o mundo.

Também as falas das participantes revelaram a falta de controle do DM e os problemas emocionais relacionados às dificuldades para obtenção de um bom controle metabólico, conforme se segue:

“Mas é... ela tá alta quando ela tá cento e quarenta, às vezes, teve um tempo atrás tava cento e quarenta e sete, né? Mas é porque eu tava, assim, com muito nervoso, né? Aí, eu vejo que ela aumenta um pouco.” (Anésia)

“[...] ultimamente eu tive um problema emocional, com morte, ela não abaixou, quatrocentos, trezentos e sessenta, quatrocentos, trezentos e vinte (glicemia), ela tá assim.” (Sueli)

“Mas eu não posso nem reagi muito, porque ela sobe. Se eu trabalhá muito, o estresse do cansaço, ela, a tendência dela é subi.” (Sueli)

“Ah! Muito triste. Chorei muito. Sentida eu fiquei. Porque eu já tinha consciência que essa doença é muito triste. Você vê uma pessoa comê uma coisa se não pode. Bom... pôde pode. Assim... mas não é aquela liberdade. Tudo que você vai fazer você já pensa na doença, então fica difícil, é complicado pra lidar com a diabetes.” (Ludma)

As falas, acima mencionadas, evidenciam que as emoções interferem direta e indiretamente na vida das participantes, o fato de sofrerem qualquer tipo de experiência emocional promove nas participantes um desajustamento emocional complexo. Esse desajustamento emocional muitas vezes ocasiona o aumento dos valores glicêmicos, limites físicos e sentimentos de tristeza.

Desse modo, a pessoa com DM é envolvida em processos complexos nos quais exigem entrar em contato com emoções potencialmente fragmentadoras. Essas emoções são geradas pelos choques diários com as limitações que o DM impõe e a rejeição de sua condição especial, que a faz a pessoa com DM se sentir diferente dos demais e, nessa medida, “menos normal” (PÉRES et al., 2007).

Esses processos complexos, possibilidades e impossibilidades da pessoa frente ao DM, geram diversas reações emocionais de nervosismo, medo, tristeza, revolta, mudanças de humor, levando-a a preocupações, falta de controle dos impulsos, desejo de transgressão e dificuldades para o controle da doença (PÉRES et al., 2007).

Os sentimentos desagradáveis e desconfortáveis para as participantes, também estão presentes em suas vivências relacionadas aos medicamentos que utilizam para o controle do DM.

As falas, abaixo, imprimem os sentimentos e os significados que a utilização dos medicamentos exerce nas participantes:

“Da cortisona eu comecei o limite do corpo, aí, depois disso controlou, parei de toma cortisona, mais aí veio à diabetes.” (Sueli)

“E quando, eu comecei usar os remédios! Você fica chateado, né? Porque... aquele compromisso de ter que tomar o remédio. Me preocupei com o tomá o remédio do que com a alimentação.” (Catarina)

“Eu sou obrigada, também. É outra dor... triste. Triste você ter que tomá insulina.” (Sueli)

“A única angústia que eu tenho é ter que tomar o remédio todo dia, no mesmo horário.” (Catarina)

“Aqui, oh! ((mostra outro hematoma na barriga)) Eu furei aqui, ontem de ontem, eu mesmo deixo hematoma. Mas eu tenho que tomá só aqui ((mostra a barriga)), única parte que eu posso tomá. Porque eu não consigo me aplica nos braços, já tão necrosados de injeção, oh! ((mostra os braços)) Dói demais. [...] Tomar insulina... pra mim é a pior coisa, ter que tomar insulina.” (Sueli)

A prescrição de medicamentos pelo profissional médico, frente às dificuldades da pessoa com DM em manter os níveis glicêmicos adequados, muitas vezes é traduzida nas falas das participantes como algo ruim, despertando sentimentos de tristeza, angústia, entre outros.

A atribuição de repulsa pela utilização dos medicamentos, no caso a insulina, pelas participantes, ocorre tanto pelo seu uso diário, que provoca dor e desconforto, quanto pelas modificações que os medicamentos provocam no seu corpo como, por exemplo, os hematomas. Por outro lado tomar o medicamento diariamente pode gerar desconforto emocional na medida em que as participantes entrem em contato com a doença, ou seja, o DM e a obesidade.

As falas relacionadas aos medicamentos podem sinalizar significados de vulnerabilidade, percepção de ser doente, agravamento do DM e negligência nas recomendações do profissional de saúde, entre outros (HUNT; VALENZUELA; PUGH, 1997).

No caso da insulina, esse medicamento pode representar para as participantes algo que destrói e desfigura o corpo, visto que suscita sentimentos negativos e traços estigmatizantes no adoecimento levando a pessoa com DM a

interromper, esquecer ou evitar o tratamento para o controle da doença (HOPPER, 1981; PÉRES et al., 2008).

A fala relacionada abaixo, acerca da repulsa pelo uso da insulina, leva a participante a manipular as doses e os horários do medicamento, pelo desconforto emocional e físico:

“Eu vou lutá, eu vou consegui tirá ela de mim. Eu já não tomo o que o médico manda, eu controlo, sabe, tudo.” (Sueli)

O depoimento acima mencionado evidencia que o uso do medicamento pela participante com DM representa um símbolo ambíguo, que comporta representações sociais ambivalentes. Por um lado, provocando lembranças constantes de sua condição de doente, e por outro, possibilitando a continuidade da vida e o silêncio da doença (LEFÈVRE, 1991).

O caráter crônico do DM e a necessidade de acompanhamento contínuo e permanente por parte da equipe multiprofissional para a manutenção dos valores glicêmicos dentro dos parâmetros de normalidade pode promover um cansaço físico e psíquico às participantes ao longo de sua vida. Essa condição pode estar relacionada ao número de medicamentos utilizados para o tratamento, horários regulares para a alimentação e atividade física, monitorização da glicemia capilar, cuidados especiais com os pés, entre outros. Essa disciplina imposta pelo tratamento pode ser percebida pelas participantes como sentimentos de perda de autonomia da sua vida, medos e baixa auto-estima requerendo capacidade de enfrentamento durante toda a sua vida (SANTOS, 1998; PÉRES et al., 2008).

Esse processo faz com que o compromisso de seguir ou o desejo de interromper o tratamento, mesmo que seja por curto período, esteja sempre presente no cotidiano da pessoa com DM (PÉRES et al., 2008).

No mesmo patamar de significados dos medicamentos para as participantes, encontram-se os aspectos alimentares. Nesse caso o comer, o emagrecer e o não saber o que fazer frente aos desejos de comer e emagrecer são revelados nas falas abaixo:

“Porque eu já procurei tudo que você pensá. Eu queria perde o peso. Eu já procurei até aquela, aquele bio, aquela cirurgia lá.” (Sueli)

“Bem... eu acho que tenho uma postura consciente com relação à minha obesidade. Eu sei que sou obesa. Só não sei o que fazê!” (Luiza)

“Eu já não sei mais o que fazê pra mim não ser gorda. Não sei mais o que fazê ((começa a rir)). Tudo eu faço, parece que nada acontece. Não emagreço... estou sempre assim. Ai meu Deus! Não sei o que posso tá fazendo pra melhorar.” (Ludma)

“A gente sente mal... sente mal. Sério... primeira coisa é a própria atividade de se movimentá. Fica difícil. Depois o preconceito. Tem bastante.” (Luiza)

As falas acima mencionadas, das participantes, apontam que elas possuem o desejo de melhorar a imagem corporal, abrandar o descontentamento com o corpo e minimizar o sofrer pelas discriminações impostas pela sociedade. Isso faz com que elas busquem várias formas de enfrentamento para perder peso corporal, porém sem resultados satisfatórios.

Atualmente, há a preocupação constante em relação aos fatores que envolvem o comportamento alimentar das pessoas, e a nutrição tem ocupado lugar de destaque na sociedade (SPADA, 2005; MATOS, 2006).

Entender os significados e o modo como as pessoas lidam com os alimentos poderá contribuir na busca de respostas quanto ao tipo de alteração que desencadeia o descontrole do comportamento alimentar. Entretanto, o comportamento alimentar é considerado como um produto do hábito da pessoa, ou seja, do aprendizado ou uma forma de defesa psicológica (MATOS, 2006; RIBAS, 2009).

Entrelaçados aos problemas alimentares encontram-se aspectos relacionados ao campo emocional, que podem determinar tanto a manutenção, quanto o desencadeamento de importantes distúrbios alimentares (SPADA, 2005).

Um dos fatores que integram a conduta alimentar está ligado às normas socioculturais, que perpetuam o estereótipo da associação entre magreza e atributos positivos, principalmente entre as mulheres (FRIEDMAN; BROWNELL, 1995; OGDEN; EVANS, 1996; PAUL; BROWNELL, 2001).

Desse modo, a busca por tratamentos para redução de peso, além de constituir uma necessidade de saúde física, guarda também necessidades psíquicas e sociais (FOSTER; WADDEN; VOGT, 1997; LEONHARD, 1998).

O comer para viver pode-se transformar em comer para morrer.
(MATOS, 2006, p. 138).

As falas das participantes revelam, ainda, que a falta de controle do ato do comer parece irreversível, conforme se segue:

“Eu gostaria de ser uma pessoa, assim. Alimentar certo... conseguir ter uma cabeça. Conseguir mudar minha cabeça. Eu gostaria de ouvir a nutricionista e seguir certinho. Mas eu tenho aquela compulsão que quando eu vejo algo que eu quero, que eu gosto, eu não consigo me dominar.” (Raissa)

“Porque se torna uma coisa, pra mim, ao meu ver é irreversível, porque eu não consigo. Já cansei. Já fui em nutricionista. É... endocrinologista. E não consigo fazê as coisa certinhas. Vamos supor que eu faço... já fui no vigilante do peso, se eu fizé um mês é o máximo. Depois eu não tenho paciência de ficá com aquela coisa certinha. Não consigo mudar minha cabeça.” (Raissa)

“[...] porque eu tinha fome, eu tinha vontade de tá comendo, comendo, comendo sem parar, foi assim comigo.” (Ludma)

As falas das participantes acima também mostram que a falta de controle em relação ao ato do comer está relacionado ao conflito de possuir uma doença crônica, tal como o DM.

Reconhecer que é uma pessoa com DM, significa reconhecer a perda do seu próprio corpo, do único instrumento que dispõe para sobreviver, é como reconhecer-se um ser sem existência, sem ser um ser-no-mundo. A saúde garante a condição de se manter ativo e, por sua vez, permite satisfazer algumas necessidades básicas como alimentação e moradia (PÉRES et al., 2008).

As falas das participantes do estudo mostram que elas apresentam certa dificuldade de manter ou seguir a alimentação recomendada como fonte de se manterem ativas. Essa dificuldade, muitas vezes, leva a falta de controle do ato do comer incidindo em episódios de compulsão alimentar, o que provoca alívio passageiro ao liberar a voracidade. Outras dificuldades podem relacionar-se a elaboração das emoções, que influencia diretamente nas condutas alimentares (PÉRES et al., 2007).

O desejo de comer muito é caracterizado pelos aspectos psicológicos que a pessoa com obesidade pode desenvolver em sua vida. Dentre eles encontram-se a preocupação excessiva com a comida e a ingestão compulsiva de alimentos e outras substâncias lícitas e ilícitas (CAMPOS, 1993).

As prescrições alimentares, para as participantes, são vistas como conotações de normas e percebidas como um instrumento de vigia para as transgressões alimentares. A desobediência às normas das prescrições acarreta um peso moral nas pessoas, gerando sentimentos de culpa. Assim, as participantes tendem a ocultar os comportamentos contrários às regras, omitindo a falta de controle alimentar para evitar repreensões aplicadas por si mesmo ou pela equipe multiprofissional de saúde. As transgressões alimentares são fatores que prejudicam o controle do DM, esses fatores são na maioria das vezes aprendidos pela pessoa (BROOM; WHITTAKER, 2004).

A utilização de medicamentos e o seguimento do plano alimentar podem ser vivenciados de forma real ou de forma irreal pelas participantes, pois ambos possuirão um sentido ímpar para cada pessoa. O sentido da situação vivida pela pessoa só é percebido quando compromete individualmente cada Ser (MERLEAU-PONTY, 2006).

As reações que o DM promove no corpo, bem como a percepção da existência de fatores emocionais interferindo para a obtenção do êxito do tratamento vivenciado pelas participantes, pode proporcionar tanto para as participantes quanto para a equipe multidisciplinar de saúde elementos para a construção de um saber, que promova a percepção de que as pessoas com DM e obesidade tem um corpo comprometido pelo processo da doença e não uma doença no corpo.

5.3.7 O DM incorporado no seu corpo e na sua vida

Nesta categoria as falas das participantes nos remetem a percepção da responsabilidade, da consciência para com o DM, da espiritualidade como um suporte emocional para o controle do DM e do alimento como conforto e amparo:

“Foi como se assim... fosse uma responsabilidade minha. Eu tinha caminhado para esse diagnóstico, né?” (Carlota)

“Bom... no princípio, como você sabe eu nem aceitava. Agora eu estou consciente de que tenho a doença, né?” (Raissa)

“Vivo tranqüila, faço meus passeios. Como... mas tudo, tudo dentro dos limites, né? Então... sinto... sinto bem. Parece que nem tem, nem sinto que eu tenho diabetes. Tomo meus remédios certinhos.” (Angela)

“Aí eu vim me controlando pra me sentir melhor. Eu estou sentindo melhor, eu emagreci um pouco, né? Que eu tava muito gorda, porque eu tinha fome, eu tinha vontade de tá comendo, comendo, comendo sem parar, foi assim comigo.” (Ludma)

“A espiritualidade é muito importante. Eu sou católica. Mas, a espiritualidade me ajuda a enfrentar e ajuda todo mundo a enfrentar, a espiritualidade é muito importante para o ser humano. É através dela que nos preparamos para os enfrentamentos da vida.” (Catarina)

“Falei: Óh, também a gente tem muita fé em Deus, né? Ele pode modificar a gente de uma hora pra outra. [...] E eu tenho muita fé. [...] A gente tá aqui pra fazer a vontade do senhor, não a nossa.” (Angela)

“Então... eu gostaria imensamente de emagrecer mais. Mas to tentando, né? Se eu consigo só Deus sabe. Mas eu tento.” (Ludma)

As falas acima, das participantes evidenciam que o DM não é percebido como fatalidade, mas como possibilidade de superação do ponto de vista de partida, pois somos um projeto (MERLEAU-PONTY, 2006).

Na atualidade, a pessoa com uma doença crônica, tal como o DM e a obesidade demandam que o tratamento contemple a pessoa na sua totalidade e não o corpo com partes separadas, onde cada segmento do corpo é tratado isoladamente. Ao considerar que a doença é uma facticidade na vida da pessoa e o corpo possui significados inerentes a cada um, o cuidado integral vem responder a essa condição, em contrapartida ao cuidado ao corpo fragmentado (SPINDOLA, 1997).

Dessa forma, a doença é incorporada às relações parentais ou profissionais, uma vez que a relação que se estabelece com o outro é a forma com que se percebe a doença do outro. Não se sente o que o outro sente, mas se percebe o sofrimento que o outro possui frente às suas limitações e à sua condição de pessoa com DM.

Paralelamente aos sentimentos negativos que o DM desencadeia nas participantes, referentes às restrições e privações para obtenção de um bom controle metabólico, emergem também sentimentos positivos. Esses sentimentos envolvem responsabilidades para o cumprimento do tratamento (PÉRES et al., 2007).

Nessa direção, as participantes reconhecem que há limitações e dificuldades para o controle do DM e a aceitação destas dificuldades e limitações constitui momentos de aprendizado, além de favorecer a convivência harmônica com os desconfortos que a doença impõe (PÉRES et al., 2007).

O DM, uma vez declarado em nosso corpo, se confirma, se instala e se persiste para a pessoa que o possui. Ele será a testemunha, inoportuna ou não, do que se sucederá a pessoa em um processo que durará a sua vida toda (LADOWSKI, 1996).

O convívio com o DM, como algo tranquilo, a descoberta da sua doença, percebida como uma reflexão do bem e do mal, o preparo para tê-la, a percepção de que é igual a todas as outras pessoas com a mesma condição crônica, o permitir-se ser ajudada, a percepção de que é um Ser único e o medicamento como algo bom são algumas das vivências que as participantes revelaram em seus depoimentos.

Os depoimentos mostram que as participantes possuem uma percepção aceitável do DM no seu cotidiano. Essa doença, para as participantes, é percebida como algo já incorporado em seu corpo, a partir da sua vivência com o DM. Elas tendem a enxergar a sua doença como algo melhor e a doença do outro serve como espelho para uma reflexão de sua própria condição de doente:

“Então... pra mim, eu acho que é uma coisa incorporada a minha família. Quer dizer... eu já, mais ou menos, previa que ia ter, mas eu não tive cuidado pra me prevenir melhor, pra antes, né?” (Catarina)

“Eu acho, que no caso do diabetes. Quanto mais eu tomo remédio, mais e mais eu fico pensando comigo: remédio não é problema, né?” (Luiza)

É através do olhar que a aparência do outro é explorada, ‘não és eu, uma vez que me vês e eu não me vejo. O que me falta é esse eu que tu vês. E a ti, o que falta é tu que eu vejo. Tu tomas a minha imagem, minha aparência, eu tomo a tua.’ (MERLEAU-PONTY, 1991, p. 262).

Para as participantes o conhecimento de si, o conhecimento dos outros e o das coisas passa pelo corpo, se fundindo como um todo, como Ser biopsicossocial e se relacionando com todo meio que ele se encontra.

É através do corpo que se projeta o estar no mundo em relação com os outros e com as coisas, o corpo e o mundo estão entrelaçados e são constituídos pelo mesmo tecido. Pensando o corpo como resultado de todas as nossas experiências conscientes e até mesmo inconscientes, muitas vezes o vemos como algo misterioso (MERLEAU-PONTY, 2006).

Desse modo, lidar com a doença do outro, como a fala de uma participante, proporciona possibilidades de temores e sofrimentos para si, onde o corpo da pessoa DM é como um espelho para o outro.

O corpo apreende as coisas conforme as situações por ele vivenciadas, desenvolvendo significados que o designam para o equilíbrio, o enriquecimento e a reorganização do esquema corporal. É através da reflexão sobre suas vivências e suas experiências perceptivas que surgem os significados para a pessoa no mundo (MASINI, 2003; ANDRADE, 2008).

O corpo encontra-se no mundo com a junção de suas partes, ele é espacial e temporal, sem ser considerado um mero objeto. Por ser o agente realizador de todos

os nossos processos físicos e psíquicos ele surge como protagonista da postura diante de tarefas a ele imposta. É o próprio corpo que se apresenta na situação, projetando-se, tramando-se à tarefa que se propõe. Esse entrelaçamento é denominado esquema corporal e é a maneira que o corpo encontra de se exprimir no mundo (MERLEAU-PONTY, 2006).

É através do corpo, do corpo como um sensível que se é capaz de sentir, isto é, como um sensível que se sente, que se é reflexivo, que se permite a ultrapassagem da dicotomia corpo-mente e dos impasses transcorridos da consciência e do próprio corpo. O corpo se torna simultaneamente vidente e visível. Ao olhar as coisas do mundo, o corpo possibilita se olhar e se reconhecer, naquilo que vê, o outro lado de sua potência. O corpo é caracterizado como a expressão concreta de uma existência ambígua (MERLEAU-PONTY, 1991)

Nesse processo, a identidade de um é entrelaçada pela experiência do outro, fazendo com que a experiência vivenciada se totalize. Instaura-se entre os corpos o circuito "reflexionante", emergindo-se, a possibilidade de uma intercorporeidade. A experiência de um é acessível ao outro por meio de uma experiência iminente, se correspondendo por um visível capaz de reflexão e por uma relação do corpo com as coisas e na relação com outro corpo (MERLEAU-PONTY, 1991).

O corpo como fenômeno e não como coisa é portador de uma capacidade particular de apreender o sentido de outra conduta, seja o sentido do gesto ou da fala do outro. O corpo é intencionalidade que se exprime, e que secreta a própria significação, ele encontra-se presente em todas as linguagens, compondo a expressividade do fenômeno (FURLAN; BOCCHI, 2003).

Por longo tempo a definição de saúde e doença pela medicina ocasionou uma polaridade entre os padrões de normalidade e anormalidade. As pessoas saudáveis ganharam uma padronização de normal, enquanto que pessoas com alguma doença ficaram fora dos padrões de normalidade estabelecidos. A partir de então os indivíduos são classificados como normal ou anormal de acordo com um padrão ideal de saúde. Entretanto, dizer que uma pessoa está saudável não é o mesmo que dizer que ela é normal (CANGUILHEN, 1995).

O corpo surge como o agente expressor dos sofrimentos, dos conflitos nele existente e ao mesmo tempo agente perceptivo da doença e da demonstração do sofrimento. É o corpo que reflete as angústias e as realizações da pessoa acometida pela doença.

A elaboração da própria existência, a percepção de si com o seu corpo atual e o apoio advindo da espiritualidade são fatores constituintes para que as participantes assumam a responsabilidade sobre o seu corpo com DM e a obesidade, e vivenciam a doença incorporada no seu corpo e na sua vida de forma tranqüila.

Na busca pela compreensão de como as mulheres com DM tipo 2 e obesidade vivenciam o seu corpo deparei-me com muitos pesquisadores que utilizam termos que podem causar estigma para descrever os sujeitos dos estudos.

Ao considerar que o DM é uma doença que acomete as pessoas nas suas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, as modificações ocorridas no corpo, principalmente às relacionadas à dimensão biológica, despertam olhares diferenciados da sociedade provocando, muitas vezes, desconforto emocional na pessoa acometida pelo DM e obesidade.

Em relação à obesidade, os olhares são mais perceptivos, visto que o corpo das mulheres com DM tipo 2 e obesidade encontra-se fora dos padrões sociais impostos pela sociedade que valoriza como valores contemporâneo o corpo magro e a estética .

Diante dessas constatações, (re)significar a nomenclatura permite conceder as participantes e aos profissionais de saúde, uma nova forma de se posicionarem frente a doença e a utilizarem a linguagem apropriada ao referirem às pessoas acometidas por doença crônica. Assim, no presente estudo as participantes são denominadas mulheres com DM tipo 2 e obesidade, desfazendo-se das nomenclaturas como pacientes, sujeitos, diabéticos ou portadores de diabetes e obesos.

No entanto, cabe lembrar que muitas vezes a palavra paciente é utilizada com o significado daquele que tem paciência, ter paciência, ser paciente sobre alguma coisa, no caso ter paciência para que o corpo restabeleça no processo. Por outro lado pode ter a conotação de sujeito passivo acerca do processo de doença e tratamento.

No que se refere à palavra sujeito, essa nos remete a pensar que sujeito é toda aquela pessoa que se sujeita a alguma coisa. Nesta condição, as pessoas se sujeitam ao tratamento, elas não participam do tratamento. Se sujeitar ao tratamento é condicionar-se ao que o outro lhe impõe o que, muitas vezes, pode levar a pessoa ao descaso e ao abandono do tratamento.

Em relação à palavra diabético ou portador de diabetes, nos leva a pensar que portador é tudo que está impregnado na pessoa, como se fosse um objeto, algo que a pessoa carrega de pesado. No presente estudo a doença é considerada uma facticidade na vida da pessoa e ela se coloca como um ser-no-mundo independente da sua condição de saúde.

Por fim, a palavra obeso tem uma forte conotação de estigma em relação às demais pelos valores impostos pela sociedade contemporânea. O corpo é o objeto visível da pessoa, é como ela se apresenta ao mundo, e isso a torna mais exposta aos olhares dos outros, sem passar despercebida. Ser obeso conota o significado de que a pessoa tenha dificuldade em modificar a sua condição frente à doença, pela falta de recursos internos na busca de um novo estilo de vida.

Com base no pressuposto que os sujeitos da pesquisa são pessoas com todas as suas potencialidades e que a doença DM e obesidade são uma facticidade na sua vida elegeu-se a abordagem qualitativa no presente estudo. Essa abordagem possibilitou às mulheres expressar as percepções, os significados e os sentimentos acerca da vivência da doença em seu corpo.

Para a análise do material empírico, utilizou-se o referencial teórico da fenomenologia sobre a luz do filósofo Merleau-Ponty. Os dados foram apreciados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo e elaborados através da técnica da análise temática. A análise temática dos depoimentos permitiu desvelar os conteúdos manifestos de como a doença e o corpo são vivenciados pelas participantes.

As categorias temáticas elaboradas foram: A falta de vivência do corpo atual; O corpo com intencionalidade e significação; A dualidade da obesidade – da proteção a tragédia; A negação e a fragmentação da obesidade no corpo atual/habitual; A obesidade velada – percepção do objeto como razão de todas as experiências; O DM como algo que destrói e desfigura o corpo e O DM incorporado no seu corpo e na sua vida.

As categorias temáticas representam como as participantes se percebem no convívio diário com o DM tipo 2 e obesidade. Essa relação reflete direta e indiretamente no seguimento do tratamento e nas recomendações da equipe multiprofissional de saúde. A predominância de aspectos emocionais, tais como: dificuldade de aceitação da doença e do corpo, distorção da imagem corporal, entre outros, mostram que as dificuldades para o seguimento do tratamento sejam em parte, determinado pela falta de percepção que as participantes possuem de si.

Os resultados apontam que as percepções que emergiram das falas das participantes são vivenciadas através dos significados que elas possuem do DM e do seu corpo, como: a falta de reconhecimento das mudanças no corpo que a doença provoca; a falta de responsabilidade com o seu corpo; o corpo como um

fragmento; o corpo como algo vergonhoso, desconfortável, limitador, pesado, fatigado, ruim, desproporcional, preocupante, um inferno na sua vida; o corpo como meio de expressão, afeto, defesa, companheirismo, parte de si, aceitação e conformismo, entre outros.

Na categoria, **a falta de vivência do corpo atual**, as falas das participantes evidenciaram falta de percepção em relação às mudanças no corpo que o DM provoca e de responsabilidade para com o seu corpo. A imagem corporal é distorcida e o corpo é visto de forma fragmentada.

A falta de vivência do corpo atual nos remete a compreensão de que as participantes distanciam-se do corpo para negar o DM e a obesidade, vivendo, assim, em conflito existencial. A falta de responsabilidade para com o seu corpo e a visão desse corpo como fragmento se apoderam, das participantes, levando-as a se negarem como mulheres que possuem o DM e um corpo com obesidade – corpo atual incorporado na sua vida.

Em relação à categoria temática, **o corpo com intencionalidade e significação**, as falas mostraram que as participantes em determinados momentos atribuem ao corpo intencionalidades e significados, percebendo-o como algo vergonhoso, desconfortável, limitador, pesado, fatigado, ruim, desproporcional, preocupante, um inferno na sua vida e em outros, como meio de expressão, afeto, defesa, companheirismo, parte de si, aceitação e conformismo. Também, nessa categoria, a percepção da obesidade no corpo se dá através das roupas.

Para as participantes, o corpo com intencionalidade e significação remete a dualidade na percepção do mesmo. Esse processo pode refletir os significados que o corpo tem na existência das mulheres investigadas. A insatisfação com o seu corpo as levam a percebê-lo como algo, como um objeto, que promove sensações e sentimentos negativos e desconfortáveis, onde o corpo deixa de fazer parte de sua existência.

Por outro lado, o corpo entra no processo de existir como guardião dos sentimentos, significados, expressões e até mesmo como um corpo capaz de promover defesas nas relações das participantes como o seu mundo existencial.

Nas falas das participantes o corpo é traduzido por diferentes vivências, frente às adversidades do mundo. Dentre as adversidades encontram-se as limitações impostas pelo corpo com DM e obesidade que é percebido somente por meio de manifestações concretas. Assim, o vestuário, a dor e a própria doença são

percebidos como corpo objetivo e não como corpo fenomenal, percebido como parte de sua existência no mundo.

Na categoria temática **a dualidade da obesidade – da proteção a tragédia**, as participantes expressam a sua percepção da obesidade no corpo por sentimentos de proteção, ganho, benefício e fazendo parte da personalidade e por outro lado como um veneno, tragédia, peso, incomodo, cansaço, obstáculo, desvantagem, tristeza, insatisfação e promotora de diferenças entre os seres humanos.

Essa categoria possibilitou a análise do movimento que as participantes com obesidade utilizam do corpo para lidar e se posicionar no mundo-com-os-outros. A obesidade ao mesmo tempo em que promove um desconforto físico e psicológico, levando a uma visão de algo que remete a perdas existenciais, também promove um ganho na relação do existir, um ganho existencial. A obesidade é vivenciada pelas participantes, como meio de se posicionar no mundo, ela favorece o modo de se relacionar com o mundo.

Na categoria temática **a negação e a fragmentação da obesidade no corpo atual/habitual**, as participantes se reconheceram como pessoa com obesidade, mas sentem dificuldade de perceber o corpo atual e continuam habitando o corpo que possuíam quando adolescentes, mesmo sabendo que são pessoas em outro contexto de vida e que nesse contexto apresentam-se com obesidade.

Das falas, ainda, emergiram percepções de que o corpo expressa o passado rejeitando a obesidade em sua transição de vida. O vivenciar o corpo habitual promove nas participantes um distanciamento do corpo atual, o corpo que possui agora. Desse modo, a percepção da obesidade se dá em alguns fragmentos do corpo, tal como o abdômen, e não na totalidade do corpo.

Na categoria **a obesidade velada – percepção do objeto como razão de todas as experiências**, as falas das participantes mostram que a obesidade é atribuída ao ganho de peso devido ao DM, medicamentos e fatores externos.

A dificuldade de aceitação do DM, bem como, o conviver com uma doença faz com que algumas participantes atribuam o ganho de peso a fatores externos. Essa atribuição se encontra relacionada à vivência que as participantes têm do mundo externo e da dificuldade de buscar meios para aceitar a imagem corporal. Assim, algumas participantes exteriorizam o ganho de peso, colocam no mundo externo a culpa de seu corpo com obesidade e não apropriam da responsabilidade para com o seu corpo.

Na categoria temática **o DM como algo que destrói e desfigura o corpo**, a doença no corpo é percebida, pelas participantes, como algo amedrontador, ruim, limitadora, destruidora, relacionada à luta e a morte. Também, é revelado como algo preocupante, complicado, revoltante, provocador de mudanças de humor, impactante e difícil. As participantes, também, atribuem à falta de controle do DM às emoções, sentimentos de tristeza, ganho de peso e fatores externos que acometem suas vidas. No que se referem aos medicamentos, esses também, são vistos, pelas participantes, como algo que destrói e desfigura o corpo, percebido como algo ruim. Também, emergiram nas falas questões relacionadas aos hábitos alimentares, sendo que a falta de controle do ato de comer é irreversível e as levam à procura de vários métodos para o emagrecimento, sem reflexão acerca dos desejos imbricados no ato do comer e emagrecer.

Esses sentimentos nos remetem à reflexão dos processos que envolvem o DM no corpo das participantes, visto que a percepção que elas possuem da doença no corpo é atribuído a significados referentes a ações destruidoras e negativas, que desperta sentimentos de vulnerabilidade. A falta de (re)significar os sentimentos emergentes possibilita uma desordem emocional, que faz com que as participantes não entrem em contato com o DM propriamente dita. Dessa forma, acontecimentos externos que acometem suas vidas, medicamentos e alimentos ganham conotações conflitantes que geram sofrimento.

Em relação à categoria, **o DM incorporado no seu corpo e na sua vida**, as falas das participantes expressam a percepção da responsabilidade e a consciência para com a doença, a necessidade de controlar a sua doença para sentir-se melhor, a espiritualidade como um suporte e o alimento como conforto e amparo. Dessa forma, as participantes expressaram que o conviver com o DM é algo tranquilo. A descoberta do DM é percebida, também, como reflexão do bem e do mal. Dessa forma, as percepções, das participantes, acerca do DM no corpo, foram evidenciadas no presente estudo de forma ambígua. Ora o DM e o corpo são percebidos como algo ruim, ora como incorporados a sua vida.

Também, nas falas mencionadas emergiram a percepção de que elas são iguais a outras pessoas, a permissão em ser ajudada, de que é um ser único e o tratamento como algo bom. As participantes já internalizaram os significados da doença. As falas das participantes possibilitaram compreender que elas não possuem somente um corpo com o DM, mas possuem um corpo com significados

que se manifestam de diversas formas no mundo em que vivem, ou seja, possuem corporeidade de forma singular. Essa corporeidade possibilita às mulheres com DM tipo 2 e obesidade habitar o mundo com seus próprios significados.

Esse estudo possibilitou perceber que as participantes percebem a doença e o corpo com obesidade mediante o seu próprio olhar e significados. Nessa direção a corporeidade das participantes é construída dentro de seu espaço e de seu tempo, promovendo uma ambigüidade de sua própria existência. É por meio da espacialidade do seu corpo que as participantes entendem as ações nele existente, abrindo-se para uma nova postura diante da vida após a doença ou fechando-se para novas possibilidades apresentadas pela própria existência.

Compreender a corporeidade das mulheres com DM tipo 2 e obesidade é entendê-las como um todo. Assim, a falta de compreensão da corporeidade das participantes, pelos profissionais de saúde perpetua a dicotomia corpo e mente no processo do adoecer. A falta de compreensão de conceitos e valores, tal como, o de corporeidade podem levar a redução da pessoa com DM tipo 2 e obesidade a um corpo limitado, fragmentado, portador de uma doença. Esse corpo é tratado como uma doença que habita a pessoa, o corpo deixa de ser corpo vivido para ser corpo doente.

Essa visão, dicotômica, leva as mulheres com DM tipo 2 e obesidade a perda de sua autonomia e liberdade. Dessa forma, conceitos e valores dicotômicos, também, proporcionam uma ruptura na relação das participantes com os profissionais de saúde, o que favorece dificuldades quanto ao cumprimento das recomendações no tratamento do DM e da obesidade. As recomendações em DM envolvem, na maioria das vezes, preceitos relacionados apenas na conservação da estabilidade clínica da pessoa, ou seja, o tratamento é centrado na doença.

Essas recomendações promovem cada vez mais o enfoque nas partes, perdendo o contexto de todas as dimensões do ser humano na compreensão da doença e do corpo como elementos constituintes na elaboração de estratégias educativas visando às mudanças necessárias no seguimento do tratamento às mulheres com DM e obesidade.

Compreender como as mulheres com DM tipo 2 e obesidade vivenciam o seu corpo, é compreender a subjetividade que existe por trás dos sentimentos que emergem nas falas das participantes. É entendê-las inseridas em seu meio físico, social, familiar e ambiental. O processo de entendimento pode oferecer pistas à

equipe multiprofissional de saúde, no que tange ao desenvolvimento de ações e estratégias de atendimento focadas nos significados do DM e da obesidade no corpo das participantes.

Entender a corporeidade das participantes possibilitará aprofundamento ao mundo dos significados que o DM e a obesidade representam no corpo de mulheres, entendendo-as em sua totalidade e existência no mundo enquanto ser-no-mundo.

Nesse contexto, a equipe multiprofissional de saúde pode (re)significar as atitudes que intensifiquem a valorização dos significados e dos sentimentos, pertencentes às mulheres com DM tipo 2 e obesidade. Ao valorizar os significados e os sentimentos, a equipe multiprofissional de saúde pode incitar os processos psíquicos internos aproximando-as do autocuidado, da autonomia e da responsabilidade para como seu corpo e possibilitando a apropriação das participantes do corpo fenomenal.

Também, ao considerar que o corpo vivido das mulheres com DM tipo 2 e obesidade, possui linguagem própria e que a ligação entre a linguagem do corpo e a compreensão dos significados da linguagem é a fala, ouvir as participantes deve constituir a essência do cuidado na educação em diabetes.

Nessa direção, o diálogo entre as participantes e a equipe multiprofissional de saúde, em que a fala e a escuta seja um dos processos de vínculo entre ambos, parece constituir um caminho para o início do movimento em direção à mudança na atenção em DM.

Assim, a equipe multiprofissional de saúde deve compreender que cada participante é um Ser único, com sentimentos e significados próprios sobre o DM e obesidade e que o corpo é o veículo de se inserir no-mundo, é o corpo que vivencia e expressa às emoções e reações relacionadas à doença. Dessa forma, o cuidado as pessoas com DM e obesidade requerem um olhar diferenciado quanto ao seu manejo.

Nessa direção o acompanhamento psicológico por profissionais da área de psicologia, como membro da equipe multiprofissional de saúde, se faz necessário, visto que esse profissional pode ajudar os outros membros da equipe e as mulheres com DM tipo 2 e obesidade a refletirem acerca dos sentimentos e significados de doença e do corpo vivido.

O acompanhamento psicológico das mulheres com DM tipo 2 e obesidade possibilita que elas possam vivenciar sentimentos relacionados a doença e a

imagem que possui de seu corpo atual, além de construírem recursos internos que possibilitem um melhor posicionamento frente a sua existência no mundo com outras pessoas. Esse acompanhamento, também, possibilita o reconhecimento das necessidades que elas possuem acerca de seu estado emocional, a fim de promover a incorporação de significados que as fazem se reconhecer como ser-no-mundo com sua corporeidade.

Dessa forma, espera-se com esse estudo fornecer subsídios para a reflexão dos profissionais de saúde na atenção em saúde às mulheres com DM tipo 2 e obesidade. Almejando, ainda, a abertura de novos horizontes referente à humanização do cuidado, o olhar mais acurado dos profissionais de saúde das necessidades não reveladas pelas participantes, mas expressadas pelo seu corpo para pensar um novo fazer em saúde, ou seja, a educação em DM.

Entretanto, como profissional da área da psicologia, acredito que este estudo não se encerra e há necessidade de estudos futuros para melhor compreensão do objeto de estudo da presente investigação, ou seja, a compreensão de como as mulheres com DM tipo 2 e obesidade vivenciam o seu corpo.

REFERÊNCIAS*

---

*De acordo com: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT); Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro et al., (Coord.), 2. ed. rev. ampl. São Paulo: SIBi/USP, 2009. 102 p. (Cadernos de Estudos; 9).

ALBINI, L.; LABRONICI, L. M. A exploração e alienação do corpo da enfermeira: um estudo fenomenológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 299-304, 2007.

ALMEIDA, I. A. L. **A experiência positiva de mulheres obesas mórbidas acompanhadas em psicoterapia humanista: fenomenológica que passaram pela cirurgia bariátrica**. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2008.

ALMEIDA, V.; MATOS, A. P. Diabetes na adolescência. Um estudo biopsicossocial. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, Granada, v. 3, n. 1, p. 61-76, jan. 2003.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical practice recommendations 2002. **Diabetes Care**, New York, v. 25, p. 1-147, jan. 2002.

_____. Standards of medical care in diabetes-2009. **Diabetes Care**, New York, v. 32, p. S13-S61, jan. 2009. Supplement 1.

AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS. White paper on the prevention of type 2 diabetes and the role of the diabetes educator. **The Diabetes Educator**, Chicago, v. 28, n. 6, p. 964-971, nov./dez. 2002.

ANDRADE, N. H. S. **A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty**. 2008. 106 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

ANDRADE, N. H. S.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética, segundo o referencial de Merleau-Ponty. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 249-254, abr./jun. 2008.

ATAÍDE, M. B. C.; DAMASCENO, M. M. C.; MOREIRA, R. V. O. O mundo dicotomizado do diabético jovem: reflexão filosófica à luz do pensamento de Maerleau-Ponty. **Educação em Debate (CESA/UFC)**, Fortaleza, v. 1, n. 41, p. 31-37, 2001a.

_____. A percepção sobre a corporeidade diabética à luz da Fenomenologia de Merleau-Ponty. **Revista do Centro de Ciências da Saúde**, Fortaleza, v. 14, p. 1-7, 2001b.

AZEVEDO, M. A. S. B.; SPADOTTO, C. Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. **Temas em Psicologia da SBP**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 127-144, 2004.

AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Merleau-Ponty e a compreensão da vivência de mulheres mastectomizadas em uso de prótese. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 188-193, 2005.

BANTLE, J. P.; WYLIE-ROSETT, J.; ALBRIGHT, A. L.; APOVIAN, C. M.; CLARK, N. G.; FRANZ, M. J.; HOOGWERF, B. J.; LICHTENSTEIN, A. H.; MAYER-DAVIS, E.; MOORADIAN, A. D.; WHEELER, M. L. Nutrition recommendations and interventions for diabetes-2006: a position statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, New York, v. 29, n. 9, p. 2140-2157, sep. 2006.

BARBOSA, R. B.; BARCELO, A.; MACHADO, C. A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no Brasil: relatório preliminar. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 10, n. 5, p. 324-327, nov. 2001.

BEAINI, T. C. **À escuta do silêncio**: um estudo sobre a linguagem no pensamento de Heidegger. São Paulo: Cortez, 1981. 111 p.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A pesquisa em psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: BIASOLI-ALVES, Z. M. M.; ROMANELLI, G. (Org.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998, v. 1, p. 135-157.

BICUDO, M. A. V. **Fenomenologia**: confrontos e avanços. São Paulo: Cortez, 2000. 167 p.

BLUMENKRANTZ, M. **Obesity**: the world's metabolic disorder [online]. Beverly Hills, 1997. Disponível em: <<http://www.quantumhpc.com.obesity.htm>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares**: POF 2002-2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 5 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Programa Nacional de promoção da atividade física "Agita Brasil": atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002.

BROOM, D.; WHITTAKER, A. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. **Social Science & Medicine**, New York, v. 58, n. 11, p. 2371-2382, jun. 2004.

CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 29, p. 129-133, 1993.

CANGUILHEN, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 294 p.

CARMO, P. S. **Merleau-Ponty: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 2000. 161 p.

CHINI, G. C. O.; BOEMER, M. R. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 330-336, 2007.

COBRA, R. Q. **Fenomenologia**. Filotemas. Brasília, 2001. Disponível: <<http://www.cobra.pages.nom.br>>. Acesso em: 18 set. 2009.

COELHO, D. F. **A gestante portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV) percebendo sua corporeidade**. 2004. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

COELHO JÚNIOR, N.; CARMO, P. S. **Merleau-Ponty: filosofia como corpo e existência**. São Paulo: Concisa, 1991. 113 p.

COSTA, A. A.; ALMEIDA NETO, J. S. **Manual de diabetes: educação, alimentação, medicamentos, atividades físicas**. 5. ed. São Paulo: Sarvier, 2009. 230 p.

CUNHA, M. A. L. C.; LEITE, J. L. O ser portador de um cateter venoso central: a percepção do cliente e a contribuição da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 139-145, 2008.

DIAS, A. C. G.; GOMES, W. B. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 109-125, 2000.

DONNELLY, G. F. Chronicity: concept and reality. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 8, n. 1, p. 1-7, 1993.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; POLANCZYK, C. A.; HOMRICH, C. S.; ROSA, R. S.; ACHUTTI, A. C. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em áreas metropolitanas na região sul do Brasil: prevalência e simultaneidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, p. 143-148, fev. 1993.

ENCICLOPÉDIA MIRADOR INTERNACIONAL. São Paulo: **Encyclopaedia Britannica do Brasil**, v. 20. 1995.

FEATHERSTONE, M. **Consumer culture and postmodernism**. Londres: Sage, 1991. 223 p.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 24, n. 2, p. 71-81, jul./dez. 2006.

FERRIANI, M. G. C.; DIAS, T. S.; SILVA, K. Z.; MARTINS, C. S. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2005.

FLAHERTY, J. A.; DAVIS, J. M.; JANICAK, P. G. **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 478 p.

FOSTER, G. D.; WADDEN, T. A.; VOGT, R. A. Body image in obese before, during, and after weight loss treatment. **Health Psychology**, Hillsdale, v. 16, n. 3, p. 226-229, 1997.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com *Diabetes Mellitus* através de um grupo de convivência. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 105-111, jan./mar. 2007.

FRANCISCHI, R. P. P.; PEREIRA, L. O.; FREITAS, C. S. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000.

FRANQUES, A. R. M. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: B – participação do psicólogo. In: GARRIDO J. R. A. **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 74-79.

FREIRE, M. C. A. O corpo reflete o seu drama-somatodrama: o visível e o invisível: biografia sensível de um corpo. In: CONVENÇÃO BRASIL LATINO AMÉRICA, CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. 1.,4.,9., 2004, Foz do Iguaçu. **Anais...** Centro Reichiano, 2004. p. 1-8. CD-ROM.

FREITAS, N. K. Esquema corporal, imagem visual e representação do próprio corpo: questões teórico-conceituais. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 318-324, nov. 2008.

FRIEDMAN, M. A.; BROWNELL, K. D. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. **Psychological Bulletin**, Berkeley, v. 117, n. 1, p. 3-20, 1995.

FRIEDRICH, M. J. Epidemic of obesity expands its spread to developing countries. **Journal of the American Medical Association - JAMA**, Chicago, v. 287, n. 11, p. 1382-1386, 2002.

FURLAN, R.; BOCCHI, J. C. O corpo como expressão e linguagem em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 445-450, set./dez. 2003.

GIGANTE, D. P.; BARROS, F. C.; POST, C. L. A.; OLINTO, M. T. A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, p. 236-246, 1997.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 2005. 112 p.

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. 1997. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Psicologia Clínica da PUC-SP, São Paulo, 1997.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 692-697, 2005.

GUIMARÃES, S. S. Psicologia da saúde e doenças crônicas. In: KERBAUY, R. R. **Comportamento e saúde**: explorando alternativas. Santo André: ARBytes, 1999, p. 22-45.

HALLIWELL, B. Free radicals, antioxidants and human disease: curiosity, cause or consequences? **Lancet**, London, v. 344, p. 721-724, 1994.

HARRISON. Medicina interna. **Endocrinologia e metabolismo**: obesidade. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2733 p.

HOLANDA, A. Fenomenologia, psicoterapia e psicologia humanista. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 2, p. 33-46, 1997.

HOLMES, D. M. The person and diabetes in psychosocial context. **Diabetes Care**, New York, v. 9, p. 194-296, 1986.

HOPPER, S. Diabetes as a stigmatized condition: the case of low-income clinic patients in the United States. **Social Science & Medicine**, New York, v. 15B, p. 11-19, 1981.

HUNT, L. M.; VALENZUELA, M. A.; PUGH, J. A. NIDDM patients' fears and hopes about insulin therapy: the basis of patient reluctance. **Diabetes Care**, New York, v. 20, n. 3, p. 292-298, 1997.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Wake-up call to halt global diabetes epidemic**. Disponível em: <<http://www.worlddiabetesday.org/node/2521>>. Acesso em: 24 nov. 2008.

JACOBSON, A. M.; de GROOT, M.; SAMSON, J. A. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes. **Diabetes Care**, New York, v. 17, n. 4, p. 267-274, 1994.

KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO, J. (Org.) **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992. p. 273-278.

KAIN, J.; VIO, F.; ALBALA, C. Obesity trends and determinant factors in Latin América. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 77-86, 2003. Suplemento 1.

KING, H.; AUBERT, R. E.; HERMAN, W. H. Global burden of diabetes, 1995 – 2025. **Diabetes Care**, New York, n. 21, p. 1414-1431, 1998.

LABRONICI, L. M. **Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras**. 2002. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

LADOWSKI, E. Viagem às nascentes do sentido. In: SILVA, I. S. (Org.). **Corpo e sentido**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996. p. 21-43.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274 p.

LE BRETON, D. Adeus ao corpo. In: **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. p. 123-137.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991. 159 p.

LEITE, P. F. **Obesidade na clínica médica**. Minas Gerais: Saúde, 1996. 166 p.

LEONHARD, M. L.; BARRY, N. J. Body image and obesity: effects of gender and weight on perceptual measures of body image. **Addictive Behaviors**, Arlington, v. 23, n. 1, p. 31-34, jan. 1998.

LESSA, I.; MENDONÇA, G. A. S.; TEIXEIRA, M. T. B. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n. 5, p. 389-412, 1996.

LEVY-COSTA, R. B.; SICHIERI, R.; PONTES, N. S.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530-540, ago. 2005.

LOPES, D. F. M. **Mulheres docentes de enfermagem de uma universidade pública: a percepção a respeito da corporeidade em sua atuação profissional**. 2009. 161 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LUBKIN, I. M.; LARSEN, P. D. **Chronic illness: impact and interventions**. 5th ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2002. 609 p.

MAGNONI, D.; CUKIER, C. **Perguntas e respostas em nutrição clínica**. São Paulo: Roca, 2001. 568 p.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 5. ed. São Paulo: Centuuro, 2005. 110 p.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, p. 5-18, dez. 1996.

MARTIRE, L. M.; LUSTIG, A. P.; SCHULZ, R; MILLER, G. F.; HELGESON, V. S. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysys of psychosocial interventions for chronic illness. **Health Psychology**, Hillsdale, v. 23, n. 6, p. 599-611, nov. 2004.

MASINI, E. F. S. A experiência perceptiva é o solo do conhecimento de pessoas com e sem deficiências sensoriais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n.1, p. 39-43, jan./jun. 2003.

MATOS, M. I. R. Quando o hábito alimentar se transforma em transtorno alimentar. In: FRANQUES, A. R. M.; ARENALES-LOLI, M. S. (Org.). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006. p. 138.

McARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 510 p.

MELLO FILHO, J. A. **Winnicott: psicanálise em transicionalidade** em Donald Winnicott: estudos. Porto Alegre: Artmed, 1991.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, maio/jun. 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **As relações com o outro na criança**. Belo Horizonte: SEGCP/Imprensa Oficial, 1984.

_____. **Signos**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 392 p.

_____. **A fenomenologia da percepção**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 662 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MONTEIRO, C. A., MONDINI, L.; de SOUZA, A. L.; POPKIN, B. M. The nutrition transition in Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 49, p. 105-113, 1995.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J. B. O corpo vivido na esquizofrenia no Brasil e no Chile. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 1-20, may. 2006.

MOREIRA, V.; GUEDES, D. Largada pelo marido! O estigma vivido por mulheres em Tianguá-CE. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 71-79, 2007.

MURAMATSU, C. H. **Convivendo com a síndrome da tensão pré-menstrual: um enfoque da fenomenologia existencial**. 2001. 154 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

NOVAES, J. V.; VILHENA, J. De Cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. **Interações**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 9-36, jun. 2003.

OGDEN, J.; EVANS, C. The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, London, v. 20, n. 3, p. 272-277, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003. 105 p. Relatório Mundial.

_____. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global: relatório da consultoria da OMS**. São Paulo: Roca, 2004. 256 p.

PATRÃO, I.; LEAL, I. Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos Big Five. In: RIBEIRO, J; LEAL, I. ACTAS DO 5.º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 2004, Lisboa. **Proceedings...** Lisboa: ISPA. p. 530-544.

PAUL, R.; BROWNELL, K. D. Bias, Discrimination, and Obesity. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 9, n. 12, p. 788-805, 2001.

PEREIRA, W. D. **Corpo e significado:** percepções do portador de diabetes mellitus tipo 2. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006.

PÉRES, D. S.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L.; FERRONATO, A. A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1105-11012, nov./dez. 2007.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L. Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 389-395, maio/jun. 2008.

PEREZ, G. H.; ROMANO, B. W. R. Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 544-550, jul./ago. 2004.

PÉRUSSE, L. Obesidade: determinantes genéticos, ambientais e clínicos. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, v. 56, p. 4-11, 2002.

PHILIP, T. J.; LEACH, R.; KALAMARA, E.; SHAYEGHI, M. The worldwide obesity epidemic. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 9, p. 228-233, Nov. 2001. Supplement 4.

POLAK, Y. N. S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem.** Pelotas: Universitária/UFPel, 1997.151 p.

POLONSKY, W. H. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. **Current Diabetes Reports**, Philadelphia, v. 2, n. 2, p. 153-159, 2002.

POPIM, R. C. O tratamento quimioterápico – o que é isto?: uma investigação fenomenológica. **Ciencia y Enfermería**, Concepcion, v. 5, n. 1, p. 65-76, 1999.

POPKIN, B. M.; DOAK, C. M. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. **Nutrition Reviews**, New York, v. 56, n. 4, p. 106-114, apr. 1998.

PRASAD, A.; QUYYUMI, A. A. Renin-Angiotensin System and Angiotensin Receptor Blockers in the Metabolic Syndrome. **Circulation - American Heart Association**, Dallas, v. 110, n. 11, p. 1507-1512, sept. 2004.

PRATLEY, R. E.; WEYER, C. The role of impaired early insulin secretion in the pathogenesis of type II diabetes mellitus. **Diabetologia**, Berlin, v. 44, n. 8, p. 929-945, aug. 2001.

REAVEN, G. M.; LAWS, A. **Insulin resistance**. The metabolic syndrome X. In: CONTEMPORARY ENDOCRINOLOGY. Totowa, NJ: Humana Press, 1999. 374 p.

RESNICK, H. E.; FOSTER, G. L.; BARDSLEY, J.; RATNER, R. E. Achievement of American Diabetes Association Clinical Practice Recommendations Among U.S. Adults with Diabetes, 1999-2002. **Diabetes Care**, New York, v. 29, n. 3, p. 531-537, mar. 2006.

RIBAS, C. R. P. **Representações sociais dos alimentos para pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

ROCHA, D. M. Problemas do paciente diabético. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 205-207, 1988.

ROSSI, V. E. C.; BARBOSA, L. M. Impacto do diagnóstico de doença crônica em um grupo de diabéticos da cidade de Passos – MG. **Nursing**, São Paulo, v. 65, n. 6, p. 39-42, 2003.

SALÁRIO mínimo brasileiro. 2009. Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/salariominimo_2009.htm>. Acesso em: 18 out. 2009.

SANTANA, V. S.; CARVALHO, L. C.; SANTOS, C. P.; ANDRADE, C.; D'OCA, G. Morbidade em candidatos a emprego na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 107-115, jan./fev. 2001.

SANTIN, S. **Educação física: da alegria do lúdico à opressão do rendimento**. Porto Alegre: Edições EST/ESEF-UFRGS, 1994. 107 p.

SANTOS, M. F. **O sentido do existir de adolescentes que se percebem obesas: uma abordagem à luz de Merleau-Ponty**. 1998. 210 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

SANTOS, M. F.; VALLE, E. R. M. O sentido de existir de adolescentes que se percebem obesas. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 101-104, 2002.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac", Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DDCNT. **Indicadores utilizados na vigilância de doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo, 1997. p. 45.

_____. Grupo Técnico de Informações de Saúde. **Mortalidade do município de São Paulo**. São Paulo, 2000 [on line]. Disponível em: <<http://w.w.w.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

_____. **Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco: guia básico para agentes de saúde**. 2. ed. 2002, p. 1-23.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 320 p.

SCHVINGER, A. A. **Psicocardiologia: uma aplicação da fenomenologia na prática clínica**. 2003. 176 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SHIMAMOTO, D. F. Corporeidade, educação e ensino de ciências naturais. **Olhares & Trilhas**, Uberlândia, v. 4, n. 4, p. 37-41, 2003.

SICHIERI, R. **Epidemiologia da obesidade**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1998. 140 p.

SLADE, P. D. Body image em anorexia nervosa. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 153, p. 20-22, 1988.

_____. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro de diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. São Paulo, 2007. 73 p.

SOUZA, L. J.; GICOVATE NETO, C.; CHALITA, F. E .B.; REIS, A. F. F.; BASTOS, D. A.; SOUTO FILHO, J. T. D.; SOUZA, T. F.; CÔRTEZ, V. A. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 669-676, 2003.

SPADA, P. V. A comida e o inconsciente. In: _____. **Obesidade infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 11.

SPINDOLA, T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 403-409, dez. 1997.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002. 400 p.

SUPLICY, H. L. Quais as conseqüências do excesso de peso? In: HALPERN, A.; MANCINI, M. C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo: Roca, 2002. p. 60-84.

THE EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS: Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. In: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, New York, v. 26, p. 3160–3167, 2003.

TILDEN, V. P.; WEINERT, C. Social support and the chronically ill individual. **Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v. 22, n. 3, p. 613-620, Sep. 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006. 175 p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). **Lancet**, London, v. 352, p. 837-853, 1998a.

UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). **British Medical Journal**, London, v. 317, p. 703-713, 1998b.

UNGER, R. H.; FOSTER, D. W. Diabetes mellitus. In: WILSON, J. D.; FOSTER, D. W.; KRONENBERG, H. M.; LARSEN, P.R. **Williams textbook of endocrinology**. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1998. p. 974-1013.

VASQUES, F.; MARTINS, F. C.; DE AZEVEDO, A. P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da Obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 195-198, 2004.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A. M.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 16, n. 5, p. 308-314, 2004.

VERISSIMO, D. S.; VALLE, E. R. M. A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 45, p. 45-57, 2006.

WAJCHENBERG, B. L.; SILVA, M. E. R.; URSICH, M. J. M.; ROCHA, D. M.; SANTOMAURO, A. T. G.; SANTOS, R. F. Etiopatogenia do diabetes mellitus do tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 333-350, 1998.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. 1858 p.

WILLETT, W. C. Diet and health: what should we eat? **Science**, Washington, v. 264, n. 5158, p. 532-537, apr. 1994.

_____. **Nutritional epidemiology**. 2nd ed. New York: Oxford University Press Inc, 1998. 517 p.

WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L. **Fisiologia do esporte e do exercício**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2001. 712 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization, 1995. 460 p.

_____. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of the World Health Organization consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, 2000. (WHO Technical Report Series 894). 252 p.

_____. **The cost of diabetes**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

_____. **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases**. Geneva: World Health Organization, 2003. (WHO Technical Report. Series, 916). 149 p.

_____. **Obesity and overweight**: what are overweight and obesity? Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>. Acesso em: 24 jun. 2008.

YOUNGBLOOD, N. M., HINES, J. The influence of the family's perception of disability on rehabilitation outcomes. **Rehabilitation Nursing**, Glenview, v. 17, n. 6, p. 323-326, 1992.

ZAMAI, C. A.; BANKOFF, A. D. P.; RODRIGUES, A. A.; SILVA, J. F. Estudo do conhecimento x incidência de fatores de risco entre escolares do ensino fundamental e médio. **Revista Movimento e Percepção**, Espírito Santo de Pinhal, v. 4, n. 5, p. 110-125, jan./dez. 2004.

ZAMAI, C. A.; BANKOFF, A. D. P.; DELGADO, M. A.; RODRIGUES, A. A.; BARBOSA, J. A. S. Atividade física, saúde e doenças crônicas degenerativas: avaliação do nível de conhecimento entre escolares de Campinas. **Revista Movimento e Percepção**, Espírito Santo de Pinhal, v. 5, n. 7, p. 55-75, 2005.

ZIMMERMAN, B. R.; WALKER, E. A. **Guia completo sobre diabetes da American Diabetes Association**. Rio de Janeiro: Anima, 2002. 608 p.

ZOTTIS, C.; LABRONICI, L. M. O corpo obeso e a percepção de si. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 21-29, 2002.

APÊNDICE A**Instrumento de coleta de dados***Roteiro de Entrevista Estruturada***CARACTERIZAÇÃO DE DADOS:**

Nome:

Sexo: F ( ) M ( )

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Crença Religiosa:

Renda Familiar:

Último Controle:	Peso:	Altura:	Glicemia:
	Circunferência Abdominal:		IMC:

Tempo de doença:

Tratamento Atual: Medicamentos para o diabetes:

Outros Medicamentos:

Tipo de Atendimento Profissional:

Casa 5: ( ) Médico: ( ) Qual: _____

Outro Centro Educativo: ( ) Qual: _____

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados

Roteiro de Entrevista Semi-estruturada

QUESTÃO NORTEADORA: Como a senhora se sente com o seu corpo?

Tópicos a serem abordados na Entrevista:

1) Como a senhora sente o diabetes no seu dia-dia?

- 1) Como a senhora sentiu-se quando descobriu que tinha diabetes?
- 2) Como a senhora convive no dia-dia com o diabetes?
- 3) Como a senhora está se sentido hoje em relação ao diabetes?
- 4) Como é para a senhora ter o diabetes?
- 5) Como a senhora reconhece que o diabetes está bem ou mal controlado?

2) A senhora percebe mudanças, em alguma parte do seu corpo, em relação ao seu peso corporal?

- 1) Me fale a respeito de como senhora ganhou peso?
- 2) Como a senhora se sente com o seu peso atual?
- 3) O que significa para a senhora estar acima do peso?
- 4) Quando a senhora ficou diabética, a senhora já estava acima do peso?

3) A senhora percebeu mudanças, no seu corpo em relação ao diabetes?

- 1) A senhora percebe alguma mudança em seu corpo quando o diabetes está alto?
- 2) A senhora percebe alguma mudança em seu corpo quando o diabetes está baixo?
- 3) Em que parte do seu corpo a senhora percebe mudanças ocasionadas pelo diabetes?
- 4) Como é para a senhora conviver com seu corpo atual?
- 5) Qual a parte do seu corpo que a senhora percebe que o diabetes mais atingiu?
- 6) Em algum momento de sua vida a senhora sentiu-se bem com o seu corpo? Como a senhora se sentia? Como era para a senhora?
- 7) Como foi a sua experiência passada com relação ao seu corpo?

Todas as questões são acrescidas de: Me fale melhor sobre o que está me dizendo?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada **A PERCEPÇÃO DO CORPO DE MULHERES COM DIABETES MELLITUS E OBESIDADE**. Essa pesquisa tem como pesquisador responsável Valmir Aparecido de Oliveira, aluno regularmente matriculado no curso de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Zanetti da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo desse estudo é compreender como as mulheres diabéticas do tipo 2 e obesas vivenciam a doença e o seu corpo.

Sua participação possibilitará contribuir para que os profissionais de saúde ofereçam um atendimento à pessoa diabética focando não somente ao controle do diabetes, mas compreender a pessoa como um todo.

A sua participação consiste em que o(a) senhor(a) conte como convive com a sua doença e seu corpo. Durante nossa conversa (entrevista) poderão surgir desconfortos emocionais. Caso esses desconfortos emocionais ocorram, será oferecido ao senhor(a) um encaminhamento para um serviço de suporte psicológico. Se concordar, solicito o seu consentimento para gravar a entrevista e esclareço que o material obtido será mantido sob sigilo e sob minha responsabilidade. Solicito a sua autorização para divulgar a pesquisa em eventos científicos. Informo que não haverá despesas em participar desta pesquisa.

A sua participação ou não na pesquisa não trará prejuízo para o(a) senhor(a) no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG. _____ estou devidamente informado e esclarecido, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação, assim como descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual, recebi uma cópia por mim assinada e também pelo pesquisador responsável. Tenho a garantia que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso cause prejuízo ao meu acompanhamento nas atividades desenvolvidas na “Casa 5”;

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

_____
Entrevistado

_____
Pesquisador

Qualquer dúvida para esclarecimentos entrar em contato com Valmir Aparecido de Oliveira pelo telefone (16) 3011-1571, endereço: Rua Rodrigues Alves, 497 – Vila Tibério, CEP: 14050-390 – Ribeirão Preto/SP. E-mail: valoliveir@hotmail.com.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 052/2008

Ribeirão Preto, 20 de março de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 104ª Reunião Ordinária, realizada em 19 de março de 2008.

Protocolo: nº 0871/2008

Projeto: A PERCEPÇÃO DO CORPO EM MULHERES DIABÉTICAS DO TIPO 2 COM OBESIDADE.

Pesquisadores: Maria Lúcia Zanetti
Valmir Aparecido de Oliveira

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Maria Lúcia Zanetti
Deptº de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP