

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

SIMONE PEIXOTO CONEJO

**Homem e Obesidade – Excessos e Faltas:
corpos que contam histórias**

São Paulo

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

SIMONE PEIXOTO CONEJO

**Homem e Obesidade – Excessos e Faltas:
corpos que contam histórias**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica

Área de Concentração: Psicologia Clínica
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Kayoko Yamamoto

São Paulo
2009

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.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Conejo, Simone Peixoto.

Homem e obesidade – excessos e faltas: corpos que contam histórias / Simone Peixoto Conejo; orientadora Kayoko Yamamoto -- São Paulo, 2009.

211 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Obesidade 2. Homens 3. Saúde 4. Psicanálise 5. Prevenção
6. Escalas I. Título.

RC628

Simone Peixoto Conejo

Homem e Obesidade – Excessos e Faltas: corpos que contam histórias

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica
Área de Concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profº Drº _____

Instituição _____ Assinatura _____

Profº Drº _____

Instituição _____ Assinatura _____

Profº Drº _____

Instituição _____ Assinatura _____

Esse trabalho é dedicado a todas as pessoas
que perderam homens queridos...

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que me apoiaram com seus diferentes dons e virtudes.

À Profª Dª Ana Laura Schliemann, pelo incentivo, compreensão, carinho, pelas vivências generosamente compartilhadas.

À Profª Dª Mirian Moreira de Mello, pelo incentivo e pelo trabalho que possibilitou meu desenvolvimento pessoal.

Ao Renato, por vislumbrar a realização desta empreitada, antes mesmo que me envolvesse com ela, pelo amor, carinho e por se fazer presente.

Aos meus pais e toda minha família, por compreenderem minha ausência e pela confiança em mim depositada, por me oferecerem um lugar vivo, repleto de emoções intensas, pelas quais pude me constituir. À minha irmã, Marilene, garota notável, pela pessoa que me inspirou a ser, pela valorização do estudo, da instituição escolar e da ética. Aos meus irmãos, Ricardo, pelo amor, apoio e torcida pessoal e ao Milton e sua família, por renovarem nossa alegria.

Aos amigos e colegas de trabalho que se envolveram no encaminhamento de sujeitos e, carinhosamente, incentivavam-me, mesmo quando estava cada vez mais ausente.

À psicóloga e amiga Gertrudes Gormanns, pelo carinho, por seu olhar e pelo privilégio de vivenciarmos tantas descobertas em conjunto.

Aos psicólogos e amigos do Grupo de Estudos Psicanalíticos, Alessandro Navarro Cabañas, Anderson Rodrigues, Ilda Zaideman Azar, Marta Augusta Redda, Marília Spinola, Patrícia Nunes Veloso, Roberta Gabriotti, Rodrigo Mattos, Vanessa F. Coan Miranda e Wilson Klain, pelas contribuições e continência nos momentos de angústia. Ao Wilson, agradeço, especialmente, por dividir conosco, seu modo de olhar para as necessidades e potencialidades humanas.

Às Profªs Maria das Graças R. Lopes (Marvada Marvina Cruela “Injustiça” da Silva), Inajá M. A. Dias e Icléia T. K. Pacheco, profissionais que fizeram a diferença, com respeito, simplicidade, honestidade e amor.

À Diretora Mércia Ap. Oliveira Soares Silva, à Profª Almerinda e à Profª Regina, pelo exemplo, o investimento e o modo de olhar.

Às equipes da Secretaria da Psicologia Clínica, da Biblioteca, da Pós-Graduação e do Comitê de Ética da USP, em especial, à Arlete, pelas orientações, disponibilidade e atenção.

A todos aqueles que permitem que, por algum tempo, eu os acompanhe em seus caminhos e contribuam para meu desenvolvimento como ser humano. Agradeço, especialmente, aos homens que participaram deste trabalho.

E, finalmente, à Profª Dª Kayoko Yamamoto, minha orientadora, por me aceitar e oferecer um caminho novo e de crescimento. Pela confiança, que tornou possível a realização deste trabalho.

“Você tem sede de quê?
Você tem fome de quê?
[.] A gente não quer só comer
A gente quer comer e quer fazer amor
A gente não quer só comer
A gente quer prazer pra aliviar a dor
A gente não quer só dinheiro
A gente quer dinheiro e felicidade
A gente não quer só dinheiro
A gente quer inteiro e não pela metade”

Marcelo Fromer; Arnaldo Antunes; Sérgio Brito
Trecho da letra da música: Comida

RESUMO

CONEJO, S. P. **Homem e obesidade - excessos e faltas: corpos que contam histórias.** 2009. 211 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Este estudo buscou compreender a associação entre obesidade e variantes da eficácia da adaptação em homens adultos entre 30 e 50 anos. Utilizou como instrumentos a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Revisada (EDAO-R), a Entrevista Preventiva, a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) e a Escala Toronto de Alexitimia (ETA-20). Contou com a colaboração de quatro sujeitos do sexo masculino, com idades entre 30 e 42 anos. Três sujeitos participaram desse estudo por meio da empresa em que trabalham e um foi contatado por intermédio de um profissional de saúde. Os resultados obtidos mostram que a obesidade está associada, predominantemente, a aspectos afetivos. Entre os setores adaptativos prepondera, então, como o mais importante, o setor Afetivo-Relacional. Todos apresentaram esse setor como pouquíssimo adequado. A pouquíssima adequação encontrada nesse setor repercute, nesses sujeitos, no setor Orgânico. O setor Produtivo também recebe interferências e apresenta prejuízos em dois dos participantes do estudo. Deste modo, concluímos que os fatores emocionais corroboram com a instalação e manutenção da obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Homens. Saúde. Psicanálise. Prevenção. Escalas.

ABSTRACT

CONEJO, S. P. **Man and obesity – excess and paucity: (the) bodies that tell stories**. 2009. 211 f. Dissertation (Master's Degree) – Psychology Institute, São Paulo University, São Paulo, 2009.

This study aimed to understand the association between obesity and effectiveness variants of adaptation in male adults between 30 and 50 years old. It used as instruments the Operational Adaptive Diagnostic Scale – Revised (OADS-R), the Preventive Interview, the Global Assessment Scale of Functioning (GAF), and the Toronto Scale of Alexithymia (TSA-20). It had the cooperation of four male subjects, aged between 30 and 42. Three subjects took part in this study through the company where they worked, and one was contacted by a health professional. The results show that obesity is mainly associated with affective aspects. Among adaptive sectors, therefore, the Affective-Relational sector preponderates as the most important one. They all presented this sector as considerably inappropriate. This very little appropriation reverberates, in these subjects, in the Organic sector. The Productive sector also receives interferences and presents damages in two participants of the study. Consequently, we came to the conclusion that emotional factors corroborate with obesity presentation and maintenance.

Key-words: Obesity. Man. Health. Psychoanalysis. Prevention. Scales.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1.1 O Corpo Envolvido em Aspectos Socioculturais	17
1.2 GÊNERO MASCULINO: O “Tornar-se Homem”	21
1.2.1 Gênero Masculino: Outros Aspectos	28
1.2.2 Corpo Masculino: Um Cenário em Mudanças	32
1.3 OBESIDADE	38
1.3.1 Fatores Demográficos, Socioculturais e Ambientais	40
1.3.1.1 O homem e a alimentação	42
1.3.2 Fatores Orgânicos que Influenciam na Obesidade	44
1.3.3 A Comorbidade na Obesidade: Comportamentos Alimentares e Transtornos mais Associados	47
1.3.4 Obesidade e Alguns Tratamentos	51
1.3.5 Fatores Psicológicos e Obesidade	57
1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CORPO E A PSICANÁLISE	64
1.4.1 Corpo: Soluções Psicossomáticas	64
1.4.2 Corpo: Imagem Corporal e Esquema Corporal	68
1.4.3 Concepção Evolutiva da Adaptação Humana	73
1.4.3.1 Teoria da Adaptação e Diagnóstico Adaptativo	74
1.5 OBJETIVOS DO ESTUDO	78
1.5.1 Objetivos Específicos	78
2 MATERIAL E MÉTODO	79
2.1 Método	79
2.2 Sujeitos	79
2.3 Local	80
2.4 Instrumentos	81
2.4.1 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Revisada (EDAO-R)	81

2.4.2 Entrevista Preventiva	81
2.4.3 Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)	84
2.4.4 Escala Toronto de Alexitimia (ETA-20)	86
2.5 Procedimento	88
2.6 Cuidados Éticos	94
3 RESULTADOS	95
3.1 APRESENTAÇÃO DE CASOS	95
3.1.1 Carvalho	95
3.1.2 Pinheiro	111
3.1.3 Jatobá	126
3.1.4 Oliveira	142
3.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	161
3.2.1 Sobre os Sujeitos	161
3.2.2 Sobre a Eficácia da Adaptação	162
3.2.3 Eficácia da Adaptação, Funcionamento Global e Alexitimia	180
3.2.4 Principais Achados na História Construída da Obesidade Masculina	182
4 CONCLUSÕES	187
CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	191
REFERÊNCIAS	197
APÊNDICE	207
ANEXOS	208

INTRODUÇÃO

Corpos que excedem. Faltas que “pesam”. Questões humanas banhadas de angústias, amor, ódio, medos e conquistas. Estes são alguns dos elementos com os quais me deparei ao caminhar ao lado de pessoas em estado de obesidade.

Em 2003, recebi um convite para fazer parte da equipe que participou do processo de implantação do serviço de atendimento destinado a pessoas adultas, em estado de obesidade mórbida, de ambos os sexos, disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um hospital-escola do interior de São Paulo. Então, como psicóloga, integrei a equipe multidisciplinar que atendia a possíveis candidatos à cirurgia bariátrica.

Formamos uma equipe constituída por médicos (uma endocrinologista, três cirurgiões, um anestesista e uma psiquiatra), uma nutricionista, um assistente social, uma terapeuta ocupacional e quatro psicólogas. Implantamos três grupos de atendimento psicológico: o grupo inicial, chamado de Grupo de Obesidade, o Grupo Psicológico Pré-Cirúrgico e, posteriormente, o Grupo Pós-Cirúrgico.

Nossa equipe buscou literatura e experiências práticas que nos auxiassem no atendimento, porém, nos deparamos com a escassez de trabalhos que tratassem da prática clínica de atendimentos psicológicos para esta população e seus familiares. Muito do que sabemos, atualmente, ainda estava sendo construído. Mas, o marcante é que essa vivência possibilitou uma aproximação com os conflitos e as dores vividos por pessoas em estado de obesidade mórbida.

O primeiro paciente que passou pelo serviço e realizou o procedimento cirúrgico foi um homem. Lenta e progressivamente a procura masculina foi ampliando seu espaço nos grupos de atendimento psicológico. E o atendimento a outros homens do Grupo de Obesidade

trouxe inúmeras possibilidades de discussão sobre o universo masculino. Uma situação que gerava novas reflexões e a necessidade de ampliar nossos conhecimentos.

Afinal, o que mobilizava a vivência de tantos conflitos que foram divididos conosco? O que os influenciava a finalmente buscar auxílio? O que representava ser um homem obeso no contexto atual? Quais as possibilidades do homem exercer o cuidado? O que acontece antes do sujeito estar obeso? E, depois, além das consequências que podemos acompanhar visivelmente, o que acontece em seu mundo interno? Qual o lugar da saúde nesse processo? Essas e muitas outras questões se apresentaram. E a resposta que encontramos foi a necessidade de nos aprofundarmos mais, pois, até o momento, não encontramos material que abordasse essas questões diretamente. E nosso estudo será apenas o início do olhar para algumas dessas questões. Muitas delas, possivelmente, serão alvo de reflexão em outros trabalhos.

Em nossa trajetória, encontramos diversos autores que nos auxiliaram na busca por ampliar nosso entendimento. Iniciamos com algumas considerações sobre o corpo, a cultura, a masculinidade e a obesidade.

Para alguns autores, como Costa (2004), o interesse pelo corpo não é gratuito ou despropositado. A enorme expansão do conhecimento, nesse domínio, permite perceber a realidade corpórea de maneira nova, atraente, curiosa e surpreendente. Tornou-se possível viver mais tempo e, por vezes, em melhores condições, tanto na esfera pessoal, quanto no convívio social.

Campelo (1996. p.124) aponta que “o corpo como texto da cultura transcende a vida biológica, precedendo o nascimento do homem e indo além de sua morte.” Para essa autora, a vida biológica é uma das possibilidades de nos apropriarmos do corpo, mas não é tudo.

Doron, Parot (1998) e Foucault (1985) afirmam que tomar o corpo como um objeto empobrecido sob o domínio da Anatomia, da Fisiologia e da Medicina é uma tradição na

nossa cultura. Esse último autor acrescenta que, desde muito cedo – séc. I e II – o cuidado com a saúde foi relacionado com a atenção ao corpo.

Foucault (1985) também destaca que: 1) O cuidado foi focado no medo dos excessos, nos regimes, na medicação dos sintomas e nos distúrbios do funcionamento corporal; 2) Havia consideração dos elementos que pudessem perturbar o corpo, como a alimentação, o clima e o modo de vida; 3) A relação entre o corpo e a totalidade do ser humano é paradoxal há muito tempo; 4) As pessoas não costumam caminhar com intimidade em direção do cuidado de si – seja por si mesmo, ou por alguém que tenha competência para isso; 5) O autoconhecimento influencia na possibilidade de cuidado, mas implica que o sujeito se constitua diante de si.

Ainda, para esse autor, cabe a cada um descobrir do que necessita para se cuidar e se autoconhecer. O mau funcionamento do corpo se mostra no pulso, na temperatura, nas dores. Mas, as desordens da alma – aquelas que afetam o funcionamento mental e das emoções – podem passar despercebidas ou serem tomadas por virtudes, como acontece diante do trabalho em excesso e da euforia descontrolada. Neste caminho, aponta que a prática do cuidado de si pede atenção aos momentos em que os males do corpo e da alma podem comunicar-se entre si e até intercambiar seus mal-estares. Foucault (1985) entende que as dificuldades do mundo subjetivo podem levar às misérias físicas, enquanto os excessos do corpo manifestam e sustentam as falhas da alma.

Para Costa (2004), na cultura ocidental, a ideia de cuidar de si, muitas vezes, é relacionada à prática de comportamentos compulsórios, com um modo de ser egoísta, hedonista, narcisista etc. Para esse autor, apesar da existência dos aspectos positivos, o lado nocivo da obsessão pelo corpo tornou-se inegável. Entre outros elementos, ele pode aparecer na estigmatização dos que se desviam da norma corpórea ideal, na proliferação dos

transtornos da imagem corporal e na submissão compulsiva às ideias publicitárias e ao consumismo. Na visão do autor:

A medida ética do interesse pelo corpo, não está no montante de cuidados a ele dedicado, mas na significação que os cuidados assumem. Se o interesse pelo corpo começa e termina nele, caímos na corpolatria, forma de ascese humanamente pobre e socialmente fútil. Se, ao contrário, o interesse toma a direção centrífuga, volta-se para a ação pessoal criativa e amplia os horizontes da interação com os outros, não vejo em quê isto contraria os nossos credos básicos. O abuso não desautoriza o uso. Cuidar de si, aliás, pode ser o melhor meio de se colocar disponível para o outro. (COSTA, 2004, p.19)

Serres (2004) lembra que há diferentes razões para que o corpo se transforme. E que as diversas variações do corpo só são interrompidas se alguma impossibilidade surgir como obstáculo. Nesse momento, ele pode reagir a essa contingência e perder-se de si. Pode resignar-se ao necessário e sofrer com isso. Essencialmente, o corpo pode produzir saídas diversas.

De acordo com Campelo (1996) e Serres (2004), para compreender o corpo de alguém e qualquer aspecto ligado a ele é preciso que ele esteja inserido na cultura. Cada corpo tem um lugar e uma história. Em sua singularidade os corpos têm cicatrizes, modelagem, deformações, crescimento, perdas, doenças, saúde, entre outros elementos, que o compõe, envolvidos em emoções, paixão, inveja, medo, amor, lembranças. Mas, acima de tudo, os autores, afirmam que a história da cultura de um povo, aos poucos, vai sendo gravada no modo em que cada membro lida com seu corpo.

Afinal, desde seu nascimento, o corpo é moldado para pertencer a um grupo, com regras éticas e estéticas já estabelecidas, como discutem Campelo (1996) e Serres (2004). Cada indivíduo aprende a valorizar modos diferentes de se apresentar. Para nós, o belo já foi o corpo gordo. Já consumimos o ideal do corpo magro e até macérrimo. Os lábios carnudos já foram rejeitados. Hoje, são desejados, são perfurados. Apresentamos o corpo pintado, nu e tatuado. Em fim, compomos múltiplas formas e variações para o mesmo corpo. E, aos poucos, nossa noção de identidade, nossa percepção e sensação de adequação vão sendo construídas.

Campelo (1996) e Serres (2004) apontam, ainda, para uma das primeiras grandes mudanças significativas na evolução humana. Para eles, quando o ser humano conseguiu ficar ereto, modificou seu caminho evolutivo e suas possibilidades de constituição subjetiva. Assim, passou a expor seu ventre, a parte vital de seu corpo mais desprotegida, a área onde seus filhos são gerados. Na posição de quadrúpede, as mulheres mostravam seu sexo por trás, enquanto os homens o ocultavam sob o ventre. Ao se erguerem, tudo foi invertido. O homem passou a mostrar o que a forma anterior escondia. Esses autores acentuam que caminhar em pé com as mãos livres nos deu uma visão mais ampla e a condição de marcar de forma única o ambiente em que vivemos. E, com isso, vivenciamos uma mudança profunda na sexualidade e na formação subjetiva.

Ao analisar o momento atual, Prentice (2003) acredita que o aumento do peso médio, por pessoa, também é uma resposta biológica e evolutiva. E só se compara ao aumento da altura média das populações – embora a mudança da altura tenha sido verificada, ao longo dos últimos 200 anos, enquanto o aumento de peso é bem mais rápido e abrangente. Em 1980, o peso médio dos homens era 73,7 e o das mulheres, 62,2 kg. Em 2000, esses números já haviam subido para 81,6 e 68,8 kg, respectivamente. Além de apontar que, no mesmo tempo, o aumento de peso é maior entre os homens (7,9 kg) do que entre as mulheres (6,6 kg), este autor, ainda, assegura que as gerações de obesos viverão menos que as de magros. O que ameaça reverter o aumento da expectativa de vida obtido nos últimos 100 anos.

Essa séria afirmação é contextualizada na nossa cultura e história. De acordo com autores, como Campelo (1996), cada corpo, na sua máxima individualidade, reflete a identidade que viu nascer, nas entrelinhas do discurso e da presença de um outro significativo. No início, representado pela mãe e depois ampliado no contato com o pai, familiares, grupos sociais e, em fim, a cultura. Essa autora entende que a cultura influencia para que homens e mulheres se desenvolvam com potencialidades e dificuldades singulares; mas, que ainda hoje,

a diferença entre masculino e feminino envolve hierarquias, papéis sociais, mitos e funções culturais. E afirma que mesmo para aqueles que fazem uma opção sexual culturalmente menos aceita, é a presença da diferença entre os gêneros que norteia a existência de seu sexo biológico e suas escolhas sexuais.

De acordo com Dupuis (1989), a estruturação social que constituímos, ao longo da História permitiu que o homem se reconhecesse como dominante, forte, provedor. Por séculos, ele ocupou um lugar de poder. Mas, no último século nossa História, vivenciou novas alterações significativas. Uma delas diz respeito diretamente às relações de gêneros. As mulheres realizaram verdadeiras revoluções, conquistaram o mercado de trabalho, tornaram-se autônomas e independentes. Colocaram seus corpos em uma postura ativa diante das dificuldades que enfrentaram. Suas conquistas provocaram um deslocamento no lugar ocupado pelos homens. Uma situação provocadora de inúmeros conflitos para a constituição masculina.

Segundo autores, como Connell (1995), Bee (1997), Schraiber, Gomes, Couto (2005) e Maciel Jr. (2006), enquanto o masculino é associado ao poder, sucesso e força, os homens tendem a se distanciar de características como: sensibilidade, cuidado, dependência e fragilidade, pois temem ser relacionados ao feminino – sentido como uma ameaça à identidade masculina.

Na atualidade, alguns indivíduos se diferenciam e ampliam a possibilidade de uma maior diversidade no cotidiano. Por outro lado, Gomes (2003) aponta que, em nossa sociedade, o cuidar de si e a valorização da saúde ainda não ganham muita relevância na socialização dos homens. O cuidado permanece mais associado à maternagem e, isso, ainda constrói uma ligação direta com a socialização feminina, mesmo quando a mulher não é mãe. Este autor acrescenta que o modo como o homem se relaciona com sua sexualidade também

interfere na possibilidade de cuidar de si. O que é exemplificado na dificuldade comum de vários homens em realizarem exames preventivos, como o de câncer de próstata.

As diferenças simbólicas atribuídas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, em comportamentos que levam os homens a uma predisposição maior para riscos de doenças, lesões e mortes, independentemente do fator desencadeante. Bee (1997) relata que as mulheres até adoecem mais, porém, os homens morrem mais e mais jovens. Essa autora assinala que quando homens jovens morrem, as maiores causas são acidentes, suicídio ou homicídio e que somente após os 30 anos as doenças passam a fazer parte das causas mais comuns de morte.

No campo da saúde coletiva, Gomes (2004) realizou uma pesquisa, na língua inglesa e espanhola, abordando a questão do masculino. Obteve apenas um total de 34 trabalhos que priorizavam o gênero masculino. Em 2007, encontramos cerca de 160 trabalhos. Nessa pesquisa o tema apareceu, especialmente, associado à sexualidade, identidade, trabalho e modo de vida. A questão do gênero masculino e sua relação com a obesidade foi encontrada em poucos estudos, nas áreas da Medicina, Nutrição e Enfermagem. Na área psicológica, há estudos que focalizam os aspectos subjetivos da obesidade, entretanto, não foi encontrado nenhum estudo voltado diretamente ao gênero masculino.

Mancini (2002) aponta que entre as doenças, a obesidade passa a ser considerada um forte contribuinte para os fatores de risco à saúde do homem. A Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE (2004) mostra que há uma grande concentração de homens adultos brasileiros, em estado de obesidade e sobrepeso. Embora, os aspectos biopsicossociais que conduzem a esses resultados devam ser mais explorados para ampliar as possibilidades de compreensão das vivências do homem e de sua saúde.

1.1 O Corpo Envolvido em Aspectos Socioculturais

Os elementos que focamos e a valoração que dedicamos a eles variam de acordo com o contexto que nos envolve. Costa (2004) acredita que, por muito tempo, as pessoas estiveram envolvidas em uma espécie de encantamento do mundo. O mundo era o lugar do lendário, do religioso, do sobrenatural, do milagre, da maldição. Para o autor, a transformação histórica seguinte teve dois marcos principais: o Capitalismo e o Protestantismo. O ser humano viveu momentos em que começou a se encantar com o interior dos sujeitos, com os sentimentos. E o autor entende que, nos dias de hoje, está havendo o desencantamento dos sentimentos, e o encantamento do corpo.

O entendimento do lugar ocupado pelo corpo pode ser ampliado com a contribuição de diversos autores. Optamos pela visão abrangente de Foucault (1984) e Ferreira (2008), na qual as sociedades tendem a controlar o uso social que se dá aos corpos, reforçando o que é institucionalizado e, assim, reproduzindo os conflitos simbólicos de cada cultura. Para os autores, onde antes havia um controle moral, médico ou a exploração econômica, hoje há uma erotização que se coloca como uma nova forma de investimento. Segundo Foucault (1984, p.147) “encontramos um novo investimento que não tem mais a forma de controle-repressão, mas de controle-estimulação: fique nu, [...] mas seja magro, bonito, bronzeado!”

Na visão de Costa (2004), o desempenho corporal foi posto no mesmo patamar do aperfeiçoamento sentimental ou das finalidades cívicas. A alteração nos costumes, à primeira vista, pode parecer mínima. Mas, quando são analisadas com maior atenção, é possível perceber que são profundas. Para o autor, o interesse vem sendo acompanhado de efeitos físicos, mentais e socioculturais inusitados. Desse modo, não existe, propriamente, perda de valores na sociedade atual. Está havendo, sim, uma re-hierarquização dos valores tradicionais que, segundo o autor, estão sob o domínio da moda e da “mitologia científica”. O que cria um

clima de desorientação, ansiedade e alienação. Os indivíduos tendem a perder, em maior ou menor grau, o sentido de responsabilidade e pertinência sociais, as quais, em sua opinião, já estavam precárias.

Ponderar sobre os indivíduos e a cultura levou Lasch (1986) a criar o termo *mínimo eu* para tratar do estado em que o sujeito, imerso na *cultura do narcisismo*, busca evitar o sentimento de abandono decorrente da solidão individual atual. Para o autor, esta se tornou a cultura da sobrevivência e o *Eu* que nela subsiste é o “*mínimo EU*”. Existe um conjunto de itens materiais e simbólicos que maximizam real ou imaginariamente os efeitos dessa cultura, forçando o Ego a ativar ao máximo os automatismos de preservação, diante da severidade da angústia de impotência.

Sobre os mesmos aspectos, Costa (1988) concorda e propõe uma reflexão a respeito da compulsão pelo consumo de coisas e “conceitos científicos”. O consumo como provedor identitário do sujeito, que vagueia, confundindo o *ter* com o *ser*, e deixa o sujeito diante do empobrecimento da subjetividade. Contudo, o autor adverte que é enganoso caracterizar a *cultura do consumo* como uma cultura dominada por coisas. O consumidor também vive rodeado por fantasias. As pessoas consomem símbolos de *status* e “pagam” com a vitalidade e criatividade de seus corpos e mentes.

Para o autor, é na cultura que a experiência de impotência e desamparo é levada a um ponto tal que torna conflitante e extremamente difícil a prática da solidariedade social. Um movimento que, em geral, retorna com consequências nocivas para cada indivíduo. As mudanças rápidas e perturbadoras da contemporaneidade geram uma insegurança crônica. É como se nessa cultura houvesse uma *ditadura da fluidez*. Nela, existe uma exigência social de que o sujeito também esteja em constante mudança, ou que guarde a disposição para mudar. Pode até haver alguns padrões claros sobre o que é esperado, mas sua duração é incerta. O

sujeito, independente de sua experiência corporal, “deve” estar pronto para querer o corpo da moda. Assim, a identidade corporal torna-se refém do imprevisível (COSTA, 1988, 2004).

Dessa forma, o futuro do corpo é cindido do passado e posto em suspenso, à espera da nova palavra de ordem da moda ou dos mitos cientificistas. Os pressupostos estão baseados na sedução do prazer sensorial da publicidade e na ritualização do “poder da verdade” depositado na ciência. Os quais, por mais que possam contribuir efetivamente para outros fins, quando estão nessa posição, não costumam ser usados para a constituição de indivíduos reflexivos. Muitas pessoas ficam diante da insatisfação e do receio em relação à autoimagem e acabam por abrir mão da segurança garantida pelos hábitos físicos, os quais eram muito úteis na relação consigo e com o outro (COSTA, 1988).

De acordo com Costa (2004) e Russo (2005), os meios de comunicação também contribuem e incentivam a batalha pelo corpo idealizado. Eles se encarregam de criar desejos e reforçar imagens, padronizando os corpos. A crítica principal é que a imagem veiculada pela mídia em programas e anúncios publicitários usa corpos de homens e mulheres esculturais para favorecer os interesses da cultura de consumo. É como se transmitisse uma mensagem de *que os corpos perfeitos impulsionam seres perfeitos a vender e consumir produtos perfeitos*. Como se houvesse uma suposta promessa de sucesso, felicidade ou dinheiro, que aparece, em diversos momentos, atrelada ao corpo esculpido e aos músculos bem torneados. Porém, sem compromisso com o que um índice de saúde indicaria.

Na visão desses autores por trás de cada fibra enrijecida estão os interesses econômicos. Dessa forma, são impulsionados gastos exagerados com novos tipos de aparelhos de ginástica, programas de condicionamento físico, anabolizantes etc; ainda que, o grande investimento no corpo esteja se refletindo em uma realidade de frustração (COSTA, 2004; RUSSO, 2005).

A questão da mídia, segundo Costa (2004), poderia ser refletida muito mais como uma questão das relações. Ela menospreza o outro próximo e real que, no contato cotidiano, poderia exercer um papel importante para a própria percepção de quem somos. Em contraponto, ela idealiza o outro anônimo, de onde não existe uma preocupação emocional direcionada à relação ou ao sujeito. O corpo da publicidade não se dirige diretamente a nenhum de nós nem considera as peculiaridades de nossas histórias de vidas.

A moda, em sua constante mudança e neutralidade moral, não nos acusa, ou elogia, apenas se apresenta como um ideal que deveria ser perseguido. Não há consideração pelas consequências fiscoemocionais que se possa sofrer. E o resultado é que, para muitas pessoas, aqueles que, de fato, têm responsabilidade para com elas, não conseguem se sobrepor aos modelos impessoais das *celebridades* ou das figuras de *outdoors* veiculados. Então, estes sujeitos agem e buscam, na realidade, sempre em atraso e de forma angustiante, pelo corpo da moda (COSTA, 2004).

Segundo Matos (2001), a mídia veicula conceitos sobre ser gordo ou magro, muitas vezes, com pouca reflexão ética e sem relação com a saúde. O obeso aparece associado à falta de controle de impulsos, preguiça e relaxo.

Em um estudo que avalia a discriminação social de indivíduos obesos, na mídia, Felipe et al. (2002) evidenciam a presença significativa de mensagens e textos de conotação negativa e discriminatória. Estes autores afirmam que a mídia estimula o padrão estético magro, discriminando o obeso de uma maneira nada sutil, com mensagens agressivas, persuasivas e pouco estimuladoras e, assim, contribuem para a presença da baixa autoestima. Eles relatam que além da quantidade de trabalhos divulgados, que definem a obesidade como um problema de saúde pública, ser expressivamente inferior, também raramente promovem reflexão sobre o preconceito.

1.2 GÊNERO MASCULINO: O “Tornar-se Homem”¹

Muito além do sexo, os homens não nascem homens, tornam-se homens. [...] A masculinidade não se apresenta como uma identidade definida na infância ou adolescência, que está coberta por uma armadura que não é retirada ou arejada nunca mais. Ao contrário, é algo negociado ao longo do tempo em diferentes arenas e com diferentes parceiros (Maciel Jr., 2006, pp.170, 171).

Independentemente das diferenças biológicas, há a necessidade de um espaço, no qual as diferenças mediadas socialmente entre homens e mulheres possam ser exploradas. E, apesar do conceito de *gênero* ter sido desenvolvido no âmbito dos estudos feministas, e serem voltados para o conhecimento da condição e da situação das mulheres, também tornou o masculino visível e possibilitou o questionamento da posição, das condições e da situação de vida dos homens. Então, o gênero, pode ser entendido como um modo de olhar para a realidade da vida de mulheres e homens, visando compreender as relações sociais entre eles. E, também, implica compreender um sistema de interpretações, compromissos e insinuações que se acumulam pela história cultural (MACIEL JR., 2006).

A masculinidade não é uma espécie de “caráter natural”, de comportamento ou de norma, na visão de Connell (1995) e Maciel Jr. (2006). Mesmo que, no senso comum, a masculinidade apareça como um atributo “natural” do homem. Ao refletir sobre a conhecida frase de Simone de Beauvoir: “as mulheres não nascem mulheres, tornam-se” Maciel Jr. (2006, p.9) afirma que o mesmo pode ser dito em relação aos homens. Para o autor, pertencer ao sexo masculino não implica, necessariamente, ser detentor da masculinidade. Contudo, se o sexo biológico não é garantia para a condição masculina, como os homens se tornam masculinos?

¹ O uso dessa expressão foi inspirado na Tese de Doutorado de Plínio de Almeida Maciel Jr. (2006): *Tornar-se homem: o projeto masculino na perspectiva de gênero*.

Connell (1995) e Maciel Jr. (2006) cogitam que é necessário concentrar a atenção nos processos e relacionamentos por meio dos quais os homens e as mulheres conduzem suas vidas sob o suporte do gênero. De acordo com Connell (1995), a masculinidade é representada por meio das práticas pelas quais homens e mulheres se apresentam e dos efeitos dessas práticas na experiência corporal, na personalidade e na cultura. Sendo assim, não existe um padrão fixo de masculinidade em todos os momentos e lugares. As culturas variam entre si e os padrões de masculinidade mudam com o tempo. Então, dentro de uma sociedade específica, ou mesmo de uma comunidade ou instituição, pode haver diferentes padrões de masculinidade e, assim, diferentes modos reconhecíveis de se “tornar homem”.

As diferentes masculinidades não se agrupam lado a lado como estilos alternativos de vida que os homens podem escolher livremente. Elas se organizam por meio de relações hierárquicas e de exclusão. Embora, frequentemente a masculinidade seja associada a características como competição, exibição de agressividade, sexualidade predadora, afastamento dos afetos e capacidade de domínio, na maioria das organizações sociais, há um padrão específico de masculinidade que é mais respeitado do que outros, o chamado *padrão hegemônico*, que imprime a marca do homem ideal, aceito e desejado socialmente (CONNELL, 1995; MACIEL JR., 2006).

Apesar de haver uma tendência em edificar a hegemonia, Connell (1995) também assegura que ela é uma idealização historicamente móvel, sustentada por estruturas e normas sociais e que não, necessariamente, corresponde a homens concretamente mais poderosos. Ele expõe que no Ocidente, o padrão hegemônico, geralmente, segue o protótipo do bem-sucedido na sociedade, estável, forte fisicamente e capaz de defender a si próprio e à sua comunidade; além de ser um excelente amante heterossexual. E, geralmente, está associado às identidades masculinas exaltadas em filmes, programas de televisão e esportes populares. É apresentado

aos jovens como uma referência. Para o autor, os outros padrões de masculinidade existentes, em geral, não atraem o mesmo respeito ou, ao contrário, são estigmatizados.

Os meios de comunicação, segundo Connell (1995) e Maciel Jr. (2006), promovem ícones particulares de masculinidade, celebram padrões de condutas específicas e, ao mesmo tempo, satirizam outros modelos. Organizações como as Forças Armadas e as corporações embutem padrões de gênero particulares na sua cultura organizacional, podendo produzi-los deliberadamente por meio de programas de treinamento. É possível pensar que diversas práticas masculinas coletivas são desenvolvidas a partir de *performances* muito semelhantes, como: o envolvimento com o esporte; o serviço militar; as farras com mulheres; os bares e o estilo nos locais de trabalho. Há exigências, cobranças, formas de adequação e subserviência, declaradas e/ou veladas, para estar em cada um desses contextos.

Assim, ser hegemônico também comporta uma dimensão de submissão às normas de um projeto masculino. Desse modo, há pouco espaço para formas criativas de se apresentar ou mesmo para usufruir do que a condição masculina pode permitir. O que desvela uma hegemonia frágil, que passa a sensação de que está ameaçada e deve ser continuamente garantida (CONNELL, 1995; MACIEL JR., 2006).

Embora os diversos aspectos que influenciam na constituição da masculinidade variem de acordo com: diferenciações internas, idade, classe, etnia ou orientação sexual, todas implicam que os homens não sejam como as mulheres. Na visão de Pleck (1995), cada gênero experimenta a tensão de seu papel em seu ambiente, no trabalho e no meio familiar. E, ainda que, os papéis de gênero atuais sejam contraditórios e inconsistentes, a não observância deles, em geral, tem consequências mais severas para os homens do que para as mulheres. Um exemplo é que, certas características prescritas pelos papéis de gênero – como a agressividade masculina – são quase sempre disfuncionais, visto que, muitas vezes, é expressa de modo a causar prejuízos materiais, nas relações e/ou no mundo interno. E, ao mesmo tempo em que o

homem deve ser sensível, quando ele mostra suas emoções, corre o risco de ser interpretado como “não-masculino”.

Segundo Connell (1995) e Conejo (2002), os papéis “apropriados” aos homens e às mulheres são determinados pela ideologia de gênero dominante, os quais são impostos ao longo do desenvolvimento infantil, por meio dos pais, dos professores, dos grupos de pares e das relações que subscrevem essa ideologia. Então, o tornar-se homem, também, é construído nas relações afetivas, que podem ser marcadas de modo singular pelas mudanças culturais e sociais em que estão inseridas.

Os novos conflitos da masculinidade relacionados a novas demandas nas relações sociais e afetivas mostram que o suposto poder social dos homens pode ser fonte de uma experiência individual de dor e alienação. Há muitas contradições entre a identidade masculina hegemônica e as condições reais de vida dos homens. O que traz à tona a questão das restrições e desvantagens de ser homem, a despeito do poder e dos privilégios costumeiramente associados à masculinidade (CONNELL, 1995; CONEJO, 2002).

Um dos principais representantes do desgaste da masculinidade aparece na sua condição de pai. Como Connell (1995) e Conejo (2002) discutem este é outro importante elemento para a constituição da masculinidade. Em geral, marca a primeira presença masculina significativa na vida de cada indivíduo. Faz parte da função paterna cuidar do ambiente e das relações, enquanto a criança amadurece física e psiquicamente; apresentar os limites e as leis sociais; interessar-se pelos objetivos e projetos da criança; contribuir para a descoberta das próprias capacidades e potencialidades; colaborar para que ocorra o desenvolvimento da identidade, o sentimento de segurança, independência, autonomia, a fim de que possa tornar-se um “cidadão do mundo”.

Contudo, muitos homens não encontram uma presença masculina com quem possam conviver, identificar-se e facilitar sua própria constituição. E, desde os anos 50, a questão do

pai ausente é relacionada à delinquência e ao fracasso escolar, principalmente dos meninos. O que mostra que, além de sua constituição, também influencia em suas perspectivas de futuro. O modo como o homem pode exercer sua masculinidade interfere nos modos que encontra para ser pai e marido. Então, as mulheres e as crianças que convivem com os homens também lidam com os efeitos de sua constituição. E é inegável que as mulheres são fundamentais na maioria dos processos de construção das masculinidades, seja como mães, esposas, colegas de escola, amigas, parceiras sexuais, companheiras de trabalho etc (CONNELL, 1995; CONEJO, 2002).

Mas, como Maciel Jr. (2006) aponta, alguns homens realizam verdadeiras negociações para manutenção das prerrogativas hegemônicas, sob alguns custos: muitos apresentam uma dinâmica centrada no *fazer*, em detrimento de suas relações e das vivências de seu mundo interno; os afetos envolvidos em situações críticas não são demonstrados claramente, exceto quando se tratam de emoções “socialmente autorizadas” para o masculino, como a raiva e a revolta; há sofrimento por não poder expressar os próprios afetos, seja pelas esposas e filhos, seja pelos amigos e/ou amantes desejados; convivem com problemas de saúde e soluções psicossomáticas; há sofrimentos corporais, em que as práticas de esportes competitivos e violentos se destacam; e, por fim, acostumam-se à angústia e à ansiedade experimentadas na tentativa de não perder a posição arduamente conquistada.

Chama a atenção, de acordo com Maciel Jr. (2006), o fato de que o receio de ser comparado a “uma mulherzinha” pode, frequentemente, levar a duas soluções: 1) A condutas exageradamente masculinas; 2) A estabelecer uma incerteza crônica sobre a identidade de gênero, que precisa ser solucionada perante outros homens, pois, segundo o autor, os homens se definem em relação a outros homens. E, como a própria masculinidade acaba dependendo da aprovação de terceiros, o medo é destacado entre suas emoções. O que situa a *homofobia* como um princípio organizador da virilidade. Nessa dinâmica, o medo pode levar ao silêncio,

à vergonha e a uma violenta afirmação da masculinidade. Visto que, essa ideologia entende o desejo e o comportamento homossexual como inaceitáveis.

Em várias sociedades, desafiar a masculinidade de um homem é um exemplo de algo que provoca brigas e ferimentos. Para Maciel Jr. (2006, p.54), essa dominação hegemônica é simbolicamente exercida até mesmo nos desafios entre os rapazes: “Vem! Prova que você é homem de verdade! Prova que você é macho!”.

Pleck (1995) já fazia afirmações semelhantes. Suas ideias complementam, porém, com um olhar mais incisivo. Para ele, grande parte das sociedades ainda identifica a masculinidade à heterossexualidade e, nelas, as relações convencionais entre os gêneros e a heterossexualidade são tidas como a maneira correta das pessoas viverem. Ele observa que a dicotomia entre heterossexuais e homossexuais é um dos focos centrais em todas as categorias de masculinidade.

Na medida em que o gênero acaba sendo definido pelo comportamento sexual e a masculinidade por oposição à feminilidade, a homofobia desempenha papel importante no sentimento de ser homem. Desse modo, os heterossexuais podem manifestar seu preconceito contra os homossexuais visando obter a aprovação do outro e ganhar mais autoconfiança. Por sua vez, o autor lembra que os homens homossexuais, vivenciam as mesmas ideologias dos heterossexuais, portanto, essas posturas devem se configurar como fonte de sofrimento para ambos. Ele percebe que o estigma dos homossexuais ou dos homens afeminados pode tomar formas violentas, culminando em surras e até em assassinatos (PLECK, 1995).

Contudo, a proporção de pessoas que violam a hegemonia dos papéis de gênero é alta. Em geral, elas convivem com a condenação social e consequências psicológicas, principalmente relacionadas à sensação de inadequação que é capaz de provocar (MACIEL JR., 2006).

Gomes (2003) entende que alguns fatores têm provocado uma verdadeira crise em relação à identidade masculina e aos papéis a desempenhar: são novos modelos de masculinidade; a possibilidade de poder contemplar a associação entre sexo e afetividade; a vivência de um relacionamento igualitário com a parceira amorosa; as tensões que surgem entre o desejo de manter o “poder do macho” e a realidade das relações íntimas entre homens e mulheres; as questões relacionadas à vivência da função paterna e as diversas emoções envolvidas nas várias possibilidades de ser homem no contexto atual.

Diante desse contexto, Connell (2002) nos convida a refletir sobre relações de poder, de produção e afetivas que envolvem o mapeamento das tendências de crise na ordem dos papéis de gênero e seus efeitos sistêmicos. Por exemplo, um movimento global pela emancipação feminina contribui para o colapso do patriarcado; o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho colabora para a redistribuição do dinheiro e do poder e isso imprime a marca feminina em espaços, onde antes não havia questionamento em relação às dinâmicas masculinas; a estabilização da sexualidade *gay* e *lésbica* se apresenta como alternativas na ordem heterossexual.

Cada alteração conduz a novas possibilidades e reflexões. Exemplificando: se a ordem patriarcal proíbe certas formas de emoção, relacionamento e prazer; sua desconstrução também envolve relações econômicas, regionais e globais, bem como relações domésticas e pessoais, as quais também se alterarão sob o efeito das mudanças e transformarão seu contexto. O que expõe a complexa dinâmica envolvida no projeto do gênero masculino (CONNELL, 2002).

Assim, Maciel Jr. (2006, p.170) afirma que tornar-se um homem é um processo permeado por “percalços e labirintos, tensões e ambiguidades, é algo que nunca cessa”. É algo que exige constantes negociações, provas, subterfúgios e *performances*.

1.2.1 Gênero Masculino: Outros Aspectos

As questões relacionadas ao gênero masculino estão associadas a diversos assuntos. Dentre eles: o campo da saúde coletiva, a prática sexual, o casamento, o trabalho, o papel de provedor e o aspecto afetivo-relacional, que seguem abaixo:

No campo da saúde coletiva

Nesse campo, Gomes (2004) encontrou artigos em que predominavam as temáticas relacionadas ao HIV e à AIDS. Schraiber (2005) mostra, um ano depois, que com o aumento da transmissão, por via heterossexual, e as crescentes taxas de infecção entre mulheres, houve uma mudança no perfil epidemiológico da AIDS. E o foco do olhar para o gênero masculino, na área da saúde, foi ampliado para outras áreas da sexualidade masculina, como: a necessidade de ter muitas parceiras, as práticas sexuais de risco, as dificuldades e representações atribuídas à penetração e à ereção. No entanto, ainda há espaço para privilegiar muitos outros aspectos importantes e preventivos.

Na prática sexual

Em relação à atividade sexual Goldenberg (2005) destaca que a maior concentração da perda da virgindade masculina se encontra em torno de 16 anos, mas, em geral, ocorre dos 13 aos 23 anos. Apenas uma pequena minoria se mantém virgem após esta idade. O que, em geral, não é declarado com orgulho.

De modo geral, autores como, Gomes (1998, 2003, 2004), Goldenberg (2005) e Fioravanti (2006) enfatizam que as dificuldades nas relações sexuais afetam diretamente o olhar do homem sobre si. Comumente, elas interferem em sua vida cotidiana, no trabalho, no

convívio com a parceira e os filhos, nas relações sociais e no lazer. Muitas vezes, estão associadas à ansiedade e à insegurança. Entre outros efeitos, elas podem causar angústia, depressão, medo do fracasso, estresse, dificuldades afetivas, refúgio nas drogas, impotência e comportamentos compensatórios potencialmente perigosos e destrutivos. Esses autores relatam que muitos homens aparecem envolvidos na supervalorização do tamanho do pênis e/ou em uma obsessão pelo desempenho sexual.

Os autores ainda expõem alguns aspectos que se destacam na atualidade: 1) Faz parte do cotidiano a convivência com preocupações com questões relacionadas à redução da autoestima; ao sentimento de culpa pelo mau desempenho sexual e ao temor de que a parceira os abandone; 2) A iniciação sexual com prostitutas, o medo da impotência e o desejo de corresponder às expectativas sociais, em especial dos amigos e de mulheres, também são fontes de conflitos e sofrimentos, mesmo quando usados como referência para rejeitá-los; 3) Muitos homens estão utilizando as invenções da indústria farmacêutica; 4) Entre os homens que realizam tratamentos contra a disfunção erétil, muitos são incentivados por suas companheiras; 5) Eles procuram médicos e psicólogos com muito menos frequência do que as mulheres, na tentativa de manter em segredo suas doenças e preocupações; 6) Há aspectos do desenvolvimento do gênero masculino que ainda geram muito sofrimento (GOMES, 1998, 2003, 2004; GOLDENBERG, 2005; FIORAVANTI, 2006).

De acordo com Tiba (1986), uma das maiores dificuldades está ligada ao desenvolvimento do genital masculino que ocorre em torno dos 12 aos 16 anos. É um processo lento, que não acontece em harmonia e costuma ser angustiante. O corpo do menino cresce rápido, o desenvolvimento do saco escrotal logo acompanha. Mas, o pênis levará mais tempo para crescer e mais ainda para ficar mais grosso e chegar à forma adulta. O processo normal é suficiente para que inúmeros homens alimentem o temor de ter “pinto pequeno”, ou “pinto fino”, o que pode afetar o que pensa da potencialidade de seu membro e a constituição

de si. E acaba se tornando fonte de diversas fantasias, capazes de provocar temores até mesmo em homens adultos. Para muitos, o pênis é o comprovante de sua masculinidade e qualquer suspeita de “não-conformidade” pode causar abalos.

A sexualidade é relacionada diretamente à relação estabelecida com o corpo. Maciel Jr. (2006) expõe que a sexualidade e os corpos masculinos ainda se apresentam tanto como instrumentos de afirmação de poder, força, competência física e atestado da masculinidade, quanto como atributos que podem deixar um homem à margem dela.

No casamento

Os autores Schraiber, Gomes e Couto (2005), entre outros, enfatizam que o casamento é um fator de proteção para a vida dos homens e que é comum que os homens casados dependam de suas mulheres nos cuidados com a saúde. Porém, Malheiros e Freitas Jr. (2002) discutem o papel do casamento como um dos principais disparadores do processo de obesidade nos homens. E, apesar de existirem especulações, ainda não sabemos muito sobre os fatores que influenciam para este ganho de peso. Segundo Maciel Jr. (2006), o casamento e a paternidade se apresentam a serviço dos projetos de gênero, no caminho do “tornar-se homem”, pois ambos podem se enquadrar num projeto maior, o da família tradicional.

No trabalho

Com as mudanças culturais, o ato de trabalhar, muitas vezes, apresenta uma aparência enganosa de nova liberdade, apoiada na aura da flexibilidade e da contradição. Se antes não havia muitas possibilidades de conquistar novas posições; hoje, há a mensagem de que “*você pode ser o que quiser*” – mesmo que não exista realidade para isto. Se, por um longo período, o profissional de sucesso era aquele que se mantinha no mesmo cenário por longos anos, hoje, é preciso ser flexível, desempenhar vários papéis, aprimorar-se, estar em constante

movimento. Se antes sofria com a rotina, hoje, o foco angustiante é a instabilidade e as incertezas futuras. Há novas formas de controles. Se antes, os homens eram controlados por outros homens; hoje, o controle ocorre por meios eletrônicos, relatórios, metas, orçamentos. Se antes, não havia limite para as horas de trabalho; hoje, em muitos casos, nada mudou. Em sua história, o homem já se identificou com o caçador, o guerreiro, o agricultor. Mas, depois do êxodo rural, mesmo o trabalhador se depara, frequentemente, com o papel de sedentário. Assim, o uso diário de seu corpo passou por profundas transformações (DUPUIS, 1989; COSTA, 1999; SENNETT, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Rossi (2005) relatou que o trabalhador brasileiro labora em torno de 52 horas por semana, 18% acima da média do máximo de 44 horas semanais recomendada em muitas categorias. E divulgou que, atualmente, para os homens, as principais causas de tensão no trabalho são: o medo de perder o emprego; a falta de diálogo com a chefia; a competitividade entre os colegas de equipe; a falta de autonomia para tomada de decisões; a sobrecarga de trabalho devido ao acúmulo de tarefas; e não conseguir conciliar as atividades de lazer com a vida profissional.

Corpo e trabalho tornaram-se referenciais para o olhar que o homem lança sobre si e que recebe dos outros, é o que asseguram autores como Gomes (2004), Serres (2004) e Maciel Jr. (2006). E, muitas vezes, também são utilizados na fuga da dinâmica conflitiva interna ou das inter-relações, principalmente na família. Um corpo exausto não pensa. O corpo encurralado apenas faz.

No papel de provedor

De acordo com autores, como Gomes (2004), lidar com o papel de provedor também está sendo uma tarefa difícil. Muitos lares são mantidos pela mulher. Há homens que ficam inseguros e sentem-se sem lugar. Outros assumem as tarefas domésticas e a educação dos

filhos. Alguns não suportam a perda do trabalho. E é comum que esse sofrimento seja um disparador para o uso abusivo de álcool e outras substâncias químicas. No contato com homens que abusam de substâncias químicas, frequentemente encontramos este disparador como fonte de desequilíbrio da dinâmica psicossocial. Em geral, ele aparece associado a outros, como a perda da mulher com quem se relacionava e dificuldades nas relações familiares.

No afetivo-relacional

Maciel Jr. (2006) lança um importante questionamento: em que medida o modo como os homens lidam com a própria masculinidade favorece ou dificulta os relacionamentos interpessoais e a autosatisfação como pessoa? O autor nos convida a reflexões a respeito de questões sobre a identificação dos homens com imagens de produtividade, autonomia, autoconfiança, virilidade, agressividade e contenção emocional, que têm tido efeitos nocivos sobre sua saúde física e emocional e sobre seus relacionamentos interpessoais, seja como namorado, amante, marido, parceiro; seja como pai, amigo ou companheiro de trabalho.

1.2.2 Corpo Masculino: Um Cenário em Mudanças

Como acompanhamos, o corpo torna-se agente e, ao mesmo tempo, objeto da prática social. Há uma gama de práticas e convicções dirigidas aos corpos que os envolvem e os modificam. Neste sentido, Connell (1995) e Maciel Jr. (2006) acreditam que, para entender o corpo masculino, é preciso caminhar pelo universo da masculinidade e compreender as possibilidades de cuidado, as mudanças, as insatisfações, os receios, questões que apontam

para uma reflexão: para o gênero masculino, é como se houvesse um preço a pagar pela masculinidade. Como se fosse preciso uma eterna vigilância das emoções, dos gestos e do próprio corpo, pois, torna-se necessário usar o corpo de modo masculino e “macho” em todos os momentos.

Corroborando para a ideia da diversidade presente nas diversas masculinidades Bacelar (2006) aponta que o homem atual pode se apresentar mais vaidoso e preocupado com a aparência. Entre os vários estilos de se apresentar, os mais desejados aparecem como: moderno, elegante, despojado, sensual, discreto, charmoso, forte. Entre eles, o *metrossexual* vem conquistando cada vez mais espaço, são heterossexuais que não têm pudor de recorrer a diversos tipos de artifícios para alimentar a vaidade: cremes, cortes de cabelos, roupas caras etc. Mas, de modo geral, cada vez mais, o homem atual recorre a tratamentos estéticos, submete-se a depilações, utiliza serviços de manicure, pedicure e limpeza de pele; procura retardar o envelhecimento; agradar às expectativas das mulheres; e estar bem colocado em um competitivo ambiente de trabalho.

O autor enfatiza que cada vez mais o mercado da estética visa ao público masculino. Para ele, há uma tendência que as barbearias, tradicionais redutos masculinos, entrem em extinção. Os grandes estabelecimentos de beleza tendem a receber homens e mulheres. Há centros de estética especializados no público masculino. Para o autor, alguns homens mais velhos ainda mantêm certa resistência, mas os jovens, em geral, não. Eles são incentivados, principalmente pelas mães e companheiras (BACELAR, 2006).

Até mesmo o mercado da moda investe intensamente. O terno e o relógio deixaram de ser o principal foco. De acordo com Bacelar (2006), 40% dos homens compram algum item relacionado a vestuário num período inferior a um mês. Ele acredita que, ao longo dos anos, com a entrada das mulheres no ambiente corporativo, o homem começou a conviver com uma profissional de boa aparência, com roupas da moda e entendeu que não poderia ter uma

aparência descuidada. O autor relata que as pessoas com aparência ruim chegam a perder pelo menos 10% em sua remuneração.

Apesar de haver muita tecnologia a serviço da vaidade, independente do sexo, ou da idade, há pessoas com uma insatisfação crônica com seus corpos. Nos sujeitos em estado de obesidade, este fator, geralmente, está mais acentuado, até mesmo por poderem apresentar um funcionamento físico mais precário: dores no corpo, menor mobilidade, a saúde geral pode ser prejudicada. Na atualidade, muitas vezes, eles também aparecem sujeitos a um contato social mais insatisfatório e a um funcionamento que pode interferir até mesmo em sua saúde mental (GOLDENBERG, 2005; RUSSO, 2005).

De modo geral, os obesos convivem com fatores que interferem diretamente em sua qualidade de vida. Costumam excluir certas roupas e lugares onde os “*magros*” frequentam, como praia, piscina, parques e adotam diversas atitudes que, muitas vezes, os próprios obesos consideram negativas. Nesse contexto, o que mais alegam é que sentem vergonha de seus corpos (GOLDENBERG, 2005; RUSSO, 2005; BROWNELL, WADDEN, 2000, citados por SHOENBERG, 2007).

De acordo com Mautner (2003), frequentemente, a vergonha do próprio corpo pode impedir a pessoa de frequentar certos eventos e lugares. Para a autora, a vergonha associa-se a um sentimento de incapacidade de algum tipo. Ela está diretamente referida à autoestima e com o modo como o sujeito imagina que deveria apresentar-se para ser digno de seu próprio amor e aprovação. Ela pode ser paralisante, inesperada, desconcertante.

Mautner (2003) considera que o narcisismo e a vergonha caminham em paralelo. Para a autora, quanto maior a vaidade maior o medo da vergonha. É possível ter vergonha de certos atos, fatos, circunstâncias que não são relacionados à culpa. Mas, o olhar do outro somado ao próprio desprezo, torna a vivência do momento insuportável. Para a autora, diferente da situação de culpa, diante da vergonha não há nem condenação, nem perdão. Então, não há

absolvição. A autora acredita que o narcisismo e a vaidade andam em trilhos paralelos à vergonha. Desse modo, o uso desta última, como um importante sentimento de controle social, pode ser intensificado.

Em relação à insatisfação corporal, Goldenberg (2005) e Russo (2005) ressaltam que existem diferenças, entre gêneros. Elas apontam que enquanto os homens tendem a se mostrar insatisfeitos com as partes de seu corpo que consideram pequenas demais, a tendência entre as mulheres é dirigir suas críticas às regiões do corpo que lhe parecem grandes demais. Essas autoras constaram que as mulheres procuram evidenciar sua magreza, enquanto a grande maioria dos homens se mostra mais preocupada com a altura e a força física.

Durante muito tempo, a preocupação com a aparência e com determinado modelo de corpo permaneceu em foco para as mulheres. No entendimento de Goldenberg (2005) e Russo (2005) as preocupações femininas mais frequentes aparecem ligadas ao medo de ganhar peso e ao desejo de emagrecer, associados a uma visão distorcida do tamanho do corpo que, muitas vezes, acabam em comportamentos distorcidos, como: jejum, estímulo ao vômito, uso de laxantes e diuréticos. Mas, na atualidade, existem exigências a respeito de um determinado modelo de corpo que podem escravizar muitos homens. Entre as questões que mais se destacam estão o medo de ficar gordo, ou mais gordo, associado à preocupação com o corpo não ser “firme”.

Goldenberg (2005) e Russo (2005) apontam ainda que, entre os homens, também, há ênfase no uso de esteróides e anabolizantes. E há a frequência, cada vez maior, da *Vigorexia* que se caracteriza por uma preocupação excessiva em ficar forte, “a qualquer custo”. Apesar destes sujeitos, em geral, serem bastante musculosos, muitas vezes, passam horas na academia e se consideram fracos e “fora de forma”.

Russo (2005) alerta que muitos homens na luta contra a obesidade ou para obtenção de aumento de massa muscular comprometem sua saúde. Essa autora relata quatro casos de

rapazes em torno de 20 anos que utilizaram suplementos vitamínicos injetáveis, indicados para bovinos e suínos, em doses mais concentradas do que a recomendada para os animais, em busca de realizar o desejo de conseguir de forma rápida – e mágica – o corpo idealizado. Nesse comportamento desesperado, três dos jovens encontraram a morte.

As pessoas estão sacrificando aspectos importantes de suas vidas para se exercitarem compulsivamente nas academias, é o que expõe Goldenberg (2005). E, ainda assinala que milhões são gastos, também pelos homens, para manter a vaidade. Eles gastam em suplementos alimentares, esteróides e anabolizantes, que podem causar câncer, hepatite e outras doenças graves. Para alguns, a obsessão masculina em responder a um modelo de homem idealizado, ancorado à ideia de um corpo musculoso e ao tamanho do pênis, tornou-se um trabalho exaustivo, conhecido como *complexo de Adônis*. A autora também chama atenção para o desenvolvimento do *distúrbio dismórfico corporal* masculino que, para essa população, aparece, principalmente, por uma preocupação excessiva com supostas falhas na aparência, como “o tórax pequeno ou o pênis diminuto”.

Homens e mulheres da atualidade passam por uma busca de um determinado modelo de corpo socialmente legitimado e Goldenberg (2005) afirma que aqueles que não se disciplinam para se enquadrar nos padrões exigidos, também podem desenvolver patologias e, até mesmo, serem levados à morte, biológica ou “simbólica”; pois, para essa autora, a existência do *ser* pode ser comprometida – não apenas por tomarem como base padrões, inúmeras vezes, fora da possibilidade humana e condenados pelos órgãos mundiais de saúde – mas, principalmente, pela *violência simbólica* a qual são submetidos, caso não consigam enquadrar seus corpos a esses modelos.

A obsessão pela magreza, os distúrbios alimentares, a multiplicação das academias, o uso de anabolizantes, segundo Goldenberg (2005), são apenas alguns dos exemplos que testemunham o poder da normalização, da padronização dos modelos de corpos e de vida. O

que mostra um desejo de conformidade estética, mas que se choca com o ideal individualista e a exigência de singularização dos sujeitos. Para a autora, é interessante destacar o paradoxo que o culto ao corpo gera na cultura: enquanto há uma crença de que o corpo se emancipou de antigas prisões sexuais, procriadoras ou indumentárias; ele se encontra, atualmente, submetido a novas coerções estéticas.

Goldenberg (2005) ainda aponta que se tornou comum o sofrimento silencioso de jovens que, apesar de inseridos nas dinâmicas corporais, acreditam que os “homens de verdade” não devem demonstrar preocupação com a aparência, pois podem ser considerados “afeminados” ou “gays”.

A questão da inveja do corpo do outro também é discutida por Goldenberg (2005). Para ela, este ainda é um tema difícil para essa população abordar. Os raros relatos masculinos sobre o tema associam a inveja em relação a outro homem ao prestígio, inteligência, dinheiro, independência, sucesso, poder. Raramente aparecem ligados a aspectos físicos, como: “*um corpo malhado*” e “*um belo corpo*”. Em relação às mulheres, muitos dizem que não invejam nada. Em poucos casos, a inveja aparece em relação à capacidade da mulher ter filhos: “*dar à luz*” e “*poder gerar e conceber um filho*”.

1.3 OBESIDADE

Autores como Brownell e Wadden (2000) citados por Shoenberg (2007) definiram a obesidade como um excesso de gordura corporal, no qual existe mais de 25% do peso corpóreo ocupado por gordura. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), a obesidade é uma doença metabólica, que sofre uma influencia multifatorial. Ela tem prevalência crescente e está sendo apontada como uma epidemia global. Tem seu aspecto genético agravado pelo sedentarismo e por fenômenos comportamentais, culturais, sociais e econômicos, associados a fatores como sexo, idade e raça.

Garrido Jr. (2002) e Anjos (2006) afirmam que a obesidade é indicada como disparadora de doenças crônicas, ou agudas, que associadas a ela, estão classificadas entre as que mais matam no mundo. É considerada um problema de saúde mundial, pois em conjunto com as comorbidades provoca inúmeros gastos, tanto na rede particular, quanto na pública, a qual gera custos alarmantes – pois, representa cerca de 12% do orçamento do governo gasto, via Sistema Único de Saúde (SUS) – além de causar outros gastos secundários, como a queda de produtividade e a necessidade de adequação de espaços e equipamentos.

A obesidade se encontra na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (2007), conhecida como CID-10, no capítulo IV, sobre doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sob a sigla E66. Ela não está classificada como um transtorno alimentar, portanto, não há classificação no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1995).

Mancini (2002) aponta que a obesidade tem diferentes graus e classificações. Para avaliá-los, a classificação mais utilizada na área da saúde é o Índice de Massa Corpórea (IMC) que determina a quantidade de quilos que há no indivíduo por metro quadrado, através

da divisão do peso pela altura ao quadrado. E, apesar de não diferenciar o peso corporal ósseo, muscular ou de gordura, é muito utilizado clinicamente. Também é bastante empregado para se avaliar o risco de comorbidez associada à obesidade. Como podemos acompanhar, a seguir, na Tabela I.

Tabela I - Classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) do Peso de Acordo com IMC e Risco de Comorbidez em Adultos

Classificação	IMC (kg/ m²)	Risco de Comorbidez
Baixo Peso	< 18,5	Baixo
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 – 29,9	Aumentado
Obesidade Grau I	30,0 – 34,9	Moderado
Obesidade Grau II	35,0 – 39,9	Grave
Obesidade Grau III (Mórbida)	>40,0	Muito Grave

Coutinho; Benchimol, 2002

Na classificação: Obesidade Grau II e Grau III, o risco de comorbidez é muito importante e merece atenção pelo nível do risco que oferecem (vide Tabela I).

A *obesidade mórbida* é o estágio mais comprometedor da obesidade. Ela afeta aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Na classificação do IMC, é considerada obesa mórbida a pessoa que possui um índice de massa corpórea igual ou maior que 40 kg/m², ou maior que 35 kg/m², com a presença de comorbidades como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, apnéia do sono, coronariopatias e artropatias, complicações respiratórias, varizes, hérnias, desajustes psicossociais, riscos cirúrgicos, problemas da pele e na estrutura óssea, infertilidade, dermatopatia, certos tipos de câncer e dificuldades de locomoção, de acordo com o Ministério da Saúde (2006).

Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005) afirmam que, independente do grau que se apresenta, é difícil controlar a obesidade, pois há altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, podendo acompanhar sérias repercussões orgânicas e psicossociais.

1.3.1 Fatores Demográficos, Socioculturais e Ambientais

Há prevalência de sobrepeso e obesidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Eles se mantêm e vêm aumentando em diversos locais, independente do desenvolvimento econômico. Na América Latina, é provável que 200 mil pessoas morram, anualmente, em decorrência das complicações da obesidade (ADES; KERBAUY, 2002; MALHEIROS; FREITAS JR., 2002).

Segundo Shoenberg (2007), a prevalência de obesidade triplicou desde o início dos anos 90. O autor aponta que o ganho de peso é mais pronunciado entre as idades de 25 e 44 anos; após os 50 anos, o ganho de peso nos homens, normalmente, estabiliza-se, mas entre as mulheres continua a aumentar até os 60 anos.

No Brasil, 5 em cada 100 crianças de até 14 anos têm peso excessivo e estão sob o risco de desenvolver hipertensão arterial. Portanto, o problema não se restringe à população adulta (ADES; KERBAUY, 2002).

Em 2004, o IBGE divulgou a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2002-2003), que apontou que: 1) 40% da população adulta do Brasil apresentava sobrepeso, com IMC igual ou superior a 25 kg/m². Dentro deste grupo, 10,5 milhões de pessoas eram obesas, com 20 anos ou mais. Desse total, 20% são homens e 8,9% deles são adultos; 2) Os homens tendem a ganhar mais peso e em um espaço menor de tempo, do que as mulheres. Desse modo, o problema tende a se agravar cada vez mais na população masculina; 3) O total de homens com excesso de peso é maior nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Portanto, afeta mais os homens de áreas urbanas; 4) Confirmou que os brasileiros, de modo geral, não estão se alimentando corretamente.

A Secretaria Estadual da Saúde (2004) divulgou os dados do levantamento domiciliar realizado na cidade de São Paulo, entre os anos de 2001 e 2002. Foram entrevistadas 2103 pessoas. A pesquisa tinha como objetivo traçar a evolução do número de obesos no período de 14 anos. Os homens tinham idades entre 15 e 59 anos. Os resultados apontaram que o aumento, entre as mulheres, foi de 61,3%. Enquanto, a obesidade masculina cresceu 97,3%, o que é importante e preocupante. Em 1987, dos homens paulistanos, 6,1% eram obesos, esse índice saltou para 12,4% no início desta década. O sobrepeso também subiu de 28,3% para 35,5%. Essa pesquisa apontou que os homens paulistanos engordam em um ritmo acelerado, movidos por hábitos alimentares inadequados, pelo sedentarismo e pela redução de exercícios físicos nas horas livres.

Entre os aspectos ambientais e socioculturais relacionados à obesidade, os mais destacados são: 1) *Estado civil*: Entre os homens, o sobrepeso e a obesidade aumentam muito após o casamento; 2) *Dietas Inadequadas*: O hábito alimentar sofre influências culturais, o padrão contemporâneo dá preferência por alimentos industrializados e, ao mesmo tempo, apresenta dificuldades no acesso aos alimentos de qualidade nutricional. Dietas ricas em gorduras e carboidratos e pobres em legumes, verduras e frutas tendem a um balanço energético positivo. Em lugares em que a alimentação saudável faz parte do cotidiano, a obesidade é pouco prevalente; 3) *Estilo de vida urbano*: O sedentarismo aparece muito associado a dietas hipercalóricas. Convivemos com uma intensa redução do gasto de energia que facilita o acúmulo de peso. Entre os fatores, o êxodo rural se destaca, pois, provocou uma mudança radical na distribuição e no modo de vida da população; 4) *Etilismo*: O efeito do uso do álcool é pouco conhecido, mas sua ingestão frequente é associada a uma elevação no IMC, *Tabagismo*: Aparece associado à redução e sua interrupção ao ganho de peso; 5) *Escolaridade e Renda familiar*: A obesidade é mais prevalente entre adultos das classes com menor grau de escolaridade e entre as classes sociais média e baixa. A exposição prolongada à escassez de

alimentos, muitas vezes, aparece associada a um desejo de compensação. Entretanto, as crianças com renda familiar mais elevada vêm mostrando um aumento na taxa de incidência.

6) *Globalização*: A partir dela, houve alterações significativas nos valores, nos costumes, nas relações com o trabalho, na vida familiar e no lazer, da sociedade contemporânea. Ela ressalta a formação de consumidores e centros comerciais, em detrimento da formação de cidadãos e do senso de coletividade (MALHEIROS; FREITAS JR., 2002; ANJOS, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No aspecto social, autores como Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), destacam que há problemas relacionados ao preconceito, que dificultam relacionamentos interpessoais, de trabalho, de lazer e o cuidado com a saúde. E Anjos (2006) considera que a obesidade é um “efeito colateral” dessas mudanças. Para exemplificar sua ideia, aponta um recorte de uma situação familiar, na qual, pais e mães buscam o poder aquisitivo, diante de um mercado de trabalho muito competitivo, que compromete o convívio com os filhos. Assim, as refeições são realizadas com o sujeito cada vez mais sozinho. O autor afirma que a obesidade é apontada como um distúrbio da solidão e da desvalorização do cuidado nas relações interpessoais.

1.3.1.1 O homem e a alimentação

As transformações no comportamento alimentar são influenciadas por fatores externos: hábitos familiares, amigos, valores e regras sociais e culturais, mídia, modismos, experiências e conhecimentos do indivíduo e, também, por fatores internos, como: autoimagem, conflitos, valores, preferências, necessidades fisiológicas, desenvolvimento

psicossocial e saúde individual, como afirmam Gambardella, Frutuoso e Franch (1999). Mas, ainda precisamos saber como esses dados estão influenciando o processo rápido de aumento de peso entre os homens.

Segundo Gambardella, Frutuoso e Franch (1999), a família é a primeira instituição com ação sobre os hábitos do indivíduo, que tem influência na manutenção ou aumento de peso. Ela é responsável pela compra e preparo dos alimentos, transmitindo seus hábitos alimentares às crianças, durante o crescimento. A cultura ocidental leva a mulher a ter maior predomínio na formação dos hábitos alimentares, enquanto os homens, muito frequentemente, mantêm uma postura passiva.

Os hábitos alimentares e os comportamentos que os obesos possuem repercutem em várias esferas de sua vida. Para Gambardella, Frutuoso e Franch (1999), os garotos tendem a não se envolverem em reflexões e conflitos alimentares. Esses autores relatam um estudo sobre a alimentação de grupos de adolescentes, brasileiros, de 11 a 18 anos, que mostrou que os homens, desde muito cedo, mantêm hábitos alimentares inadequados e, ainda, piores do que as mulheres.

Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005) discutem outro estudo realizado, nos Estados Unidos, com 4537 mulheres e 5004 homens, com o objetivo de relacionar excesso de peso à incerteza ou limitação para a aquisição de alimentos nutricionalmente adequados. Os pesquisadores encontraram relação na vivência feminina, mas, o grupo masculino não indicou associação entre esses dois elementos.

Autores como Borges e Jorge (2000) apontam que muitos pacientes obesos costumam descrever sua ingestão alimentar compatível aos parâmetros da normalidade e, involuntariamente ou não, ocultam parcela significativa do volume energético efetivamente ingerido. Contudo, relatam que os homens se mantêm mais próximos da realidade do que as mulheres. Esses autores acreditam que as mulheres são submetidas a maiores pressões

culturais e sociais para que mantenham hábitos alimentares saudáveis e um padrão corporal esguio.

1.3.2 Fatores Orgânicos² que Influenciam na Obesidade

De modo geral, os aspectos determinantes para a instalação ou a proteção contra a obesidade, ainda estão sendo mais explorados. Mas, autores como Malheiros e Freitas Jr. (2002), começam a delinear alguns aspectos que se destacam: 1) *Sexo*: As mulheres apresentam uma incidência maior de sobrepeso e obesidade do que os homens – a diferença orgânica entre a percentagem característica de gordura entre ambos parece ser a principal explicação; 2) *Idade*: A incidência de obesidade é progressiva. O aumento de peso tende a aumentar até a faixa etária de 50 a 60 anos, quando há uma inclinação suave para a redução; 3) *Etnia*: Foram constatadas mais pessoas negras, depois latinas e, em seguida, brancas nas classificações de obesidade. Mas, ainda não foram encontrados estudos que justifiquem essa observação; 4) *Paridade*: A gestação pode ser um percussor da obesidade; 5) *Genética*: O risco da obesidade, associado à carga genética, chega a 80%.

Malheiros e Freitas Jr. (2002) não discriminam os estudos e seus responsáveis, mas afirmam, ainda, que a comparação entre filhos gêmeos mostra que o *gene da obesidade (ob)*, presente apenas no adipócito, está ligado à produção de leptina (hormônio diretamente relacionado ao grau de obesidade e à ingestão alimentar). E que, entre filhos adotivos de pais obesos, a probabilidade de ser obeso cai para 20 a 30%.

² Como este trabalho não tem a pretensão de se aprofundar nos aspectos da fisiologia da obesidade, mais informações podem ser obtidas em: Garrido Jr., A. B., Ferraz, E. M., Barroso, F. L., Marchesini, J. B. & Szegö, T. (2002). *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu

A discussão em torno da questão genética ainda é muito grande. Halpern (1994), Dobrow, Kamenetz, Devlin (2002) e Shoenberg (2007) apontam que a influência dos fatores genéticos e dos aspectos fisiológicos ganham destaque pelo modo significativo que afetam algumas pessoas. Esses autores afirmam que os genes da obesidade podem exercer influência nos componentes do dispêndio e da reposição de energia ou podem influenciar sistemas, como o da regulação do apetite, que impulsionam o comportamento alimentar consciente ou, ainda, poderiam atuar sobre o índice de metabolismo basal. Porém, nenhum gene específico para um gasto baixo ou alto de energia foi encontrado, exceto em uma síndrome genética muito rara, chamada de *Síndrome Prader-Willi*.

Segundo Halpern (1994) e Shoenberg (2007), alguns sujeitos apresentam uma maior capacidade de produção de células gordurosas e menor potencialidade para oxidação de gorduras. Os autores também lembram que diversos fatores podem levar a uma ingestão maior de calorias do que o organismo consegue consumir, o que proporciona o armazenamento orgânico de gordura nos tecidos adiposos.

Entretanto, ainda, são necessários mais estudos que investiguem a relevância destes nas preferências alimentares e de atividades físicas, pois autores, como Anjos (2006), afirmam que fatores externos socioambientais são mais relevantes na incidência de obesidade do que os fatores genéticos.

Shoenberg (2007) acrescenta que há certas condições orgânicas que, também, predispõem um indivíduo a ficar acima do peso. Elas incluem: a *doença de Cushing*, em que muitos esteróides são produzidos; o hipotireoidismo; o hipogonadismo; a obesidade produzida pela administração de esteróides; e o uso de medicamentos que contribuem para a superalimentação.

Por outro lado, autores como Dobrow, Kamenetz, Devlin (2002) investem na ideia de que há mecanismos que operam para ajustar o peso de um indivíduo em torno do que parece

ser um ponto interno de regulação e que desvios desse ponto, particularmente na direção da perda de peso, tendem a alterações compensatórias metabólicas e do controle do apetite.

De modo geral, o processo que envolve a obesidade não se restringe a uma equação simples de ingestão e queima de calorias; outros fatores interferem na gênese da obesidade e devem ser fontes de estudos para melhor compreensão (HALPERN, 1994).

Em relação à saúde do homem, Mancini (2002) afirma que entre as doenças, a obesidade passa a ser considerada um forte contribuinte para as situações de risco. O autor aponta que a obesidade do tipo *andróide* é mais comum no gênero masculino. Ela se caracteriza pelo excesso de gordura concentrado na região abdominal ou no tronco e pode ser responsável por diversas complicações, sobretudo, na área cardíaca.

Na década de 80, observou-se que doenças frequentes como hipertensão, alterações na glicose e no colesterol estavam, muitas vezes, associadas à obesidade. E, mais que isso, essas condições estavam unidas por um elo comum, chamado resistência insulínica. A valorização da presença dessa síndrome se deu pela constatação de sua relação com doença cardiovascular. De acordo com Jairo Neubauer (2007), cardiologista do Centro de Medicina Preventiva do Hospital Israelita “Albert Einstein” (HIAE), a obesidade é a principal constituinte da *Síndrome Metabólica*, que é a associação de vários fatores de risco e resulta em uma série de alterações metabólicas, como resistência à insulina, diabetes, elevação da pressão arterial e dos triglicérides e redução dos níveis do colesterol bom.

A ação da insulina é fundamental para o bom funcionamento orgânico. Ela é o hormônio responsável por retirar a glicose do sangue e levá-la às células do nosso organismo e, também, por inúmeras outras ações no organismo, participando, por exemplo, do metabolismo das gorduras. A resistência insulínica corresponde então a uma dificuldade desse hormônio em exercer suas ações. Segundo Neubauer (2007), a *International Diabetes*

Federation informa que a Síndrome Metabólica afeta cerca de ¼ da população adulta mundial. E os mais atingidos são os homens com mais de 40 anos.

Um estudo realizado no HIAE, coordenado por Neubauer (2007), com 3202 executivos brasileiros assintomáticos, que realizaram *check-up*, entre 2001 e 2003, apontou que 31,2% apresentavam a Síndrome Metabólica. Todos estavam acima do peso e apresentavam acúmulo de gorduras, principalmente na região abdominal. Quando presente, a Síndrome Metabólica está relacionada a uma mortalidade duas vezes maior do que na população em geral, embora, para a mortalidade cardiovascular o índice seja três vezes maior.

1.3.3 A Comorbidade na Obesidade: Comportamentos Alimentares e Transtornos mais Associados

Em relação às psicopatologias, alguns autores, como Matos (2001), Dobrow, Kamenetz, Devlin (2002) e Shoenberg (2007), apontam que, de modo geral, as pessoas obesas não apresentam mais psicopatologias do que os sujeitos com peso normal. Contudo, em paralelo, relatam que sintomas depressivos e ansiosos são frequentemente identificados pelos profissionais de saúde. Eles estão presentes antes, durante os procedimentos para a redução de peso, ou até em decorrência dos mesmos e, assim, podem interferir no resultado do tratamento proposto.

Matos (2001), Dobrow, Kamenetz, Devlin (2002) e Shoenberg (2007) relatam também a presença de índices modestos de transtornos de ansiedade, incluindo agorafobia, fobia simples e transtorno de estresse pós-traumático, bulimia, tabagismo e transtorno de personalidade. E destacam a presença de transtornos ligados ao comportamento alimentar.

Um panorama que sugere que a comorbidade psiquiátrica deve ser considerada na avaliação e no manejo clínico.

Entre os comportamentos relacionados a transtornos alimentares o *binge* foi reconhecido como entidade psicopatológica há pouco tempo. Ele diferencia-se do comportamento alimentar presente na bulimia, visto que não aparece associado ao comportamento de autoindução de vômito ou autoadministração de laxantes. O *binge*, inicialmente, e o atualmente denominado *Transtorno Compulsivo Alimentar* foram denominados de formas diferentes por serem estudados por grupos diferentes. Agora, em geral, são reconhecidos como sendo a mesma patologia (SHOENBERG, 2007).

De acordo com o DSM-IV (1995), o *Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)* ocorre em indivíduos que comem descontroladamente, em um intervalo máximo de duas horas, uma quantidade de comida que, definitivamente, é maior do que a quantidade que a maioria das pessoas comeria em um período de tempo semelhante – influenciados por questões psicológicas como o estresse e sentimentos hostis. Os sujeitos com TCAP ingerem, significativamente, mais comida do que as pessoas obesas sem compulsão alimentar, diante, ou não, dos episódios compulsivos. Eles relatam um início mais precoce da obesidade e se preocupam mais com o peso e a forma física do que outros indivíduos que também possuem sobrepeso sem terem o transtorno.

Em geral, essas pessoas, apresentam a autoestima mais baixa e um percentual maior de envolvimento com dietas. Durante os episódios compulsivos, frequentemente, ficam evidentes o sentimento de perda do controle do próprio comportamento e o desconforto psicológico posterior que, geralmente, acompanham sentimentos de angústia, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa (DSM-IV, 1995; SHOENBERG, 2007).

A gravidade do TCAP, de acordo com Yanovski et al. (1993) e Coutinho (1998), está ligada a quatro elementos: ao grau de obesidade, às práticas frequentes de dietas com restrição calórica, à preocupação constante com o peso e à precocidade do início do transtorno.

Autores como Dobrow, Kamenetz, Devlin (2002) e Shoenberg (2007) discutem sobre a *Síndrome do Comer Noturno (SCN)*, um transtorno com três componentes principais: anorexia matutina, hiperfagia vespertina ou noturna e insônia. Em geral, os comedores noturnos consomem mais calorias diárias do que os demais sujeitos e 56% deste consumo costuma ocorrer entre as 22 e 6 horas. Até 50% das calorias podem ser consumidas depois da refeição noturna. Sendo que, geralmente, ao menos um lanche rico em carboidratos é feito durante a noite. Em geral, eles acordam mais vezes durante a noite. Comumente, relatam um estado de humor deprimido durante o dia. E, ainda, experimentaram um declínio contínuo, começando no período final da tarde. A SCN tende a ser desencadeada pelo estresse e seus sintomas geralmente diminuem quando ele é aliviado.

Além da obesidade, o transtorno está associado à depressão, à baixa autoestima e à diminuição da fome diurna. Aproximadamente 15% das pessoas com compulsão alimentar também possuem SCN. Estimativas atuais de prevalência indicam a ocorrência de 1,5% de SCN entre a população geral americana, 9 % entre os pacientes obesos, 10% entre pessoas em tratamento nas clínicas para obesidade e 27% entre pacientes de cirurgia para obesidade (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002; SHOENBERG, 2007).

Coutinho (1998), Borges e Jorge (2000) afirmam que mesmo sem a presença de compulsão alimentar, a pessoa pode apresentar a *hiperfagia* – o consumo alimentar excessivo – como principal componente do funcionamento que a leva à obesidade.

A *restrição alimentar* – a exclusão de alguns alimentos – também é destacada por Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005) entre os hábitos envolvidos na obesidade. Com frequência, ela vem seguida pela *desinibição* – a tendência desses indivíduos a liberarem a

ingestão energética. O consumo alimentar durante a desinibição é vivenciado como um momento de “orgia alimentar” no qual, comumente, ocorrem misturas pouco prováveis num estado normal. Ela tende à constituição de episódios de compulsão alimentar. O *regime de inanição* – a privação alimentar, por determinado tempo – também parece resultar em compulsão alimentar e em manifestações psicológicas.

Para Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), na obesidade, as consequências mais graves não estão relacionadas à privação alimentar, mas ao processo que parece indicar que, ao mesmo tempo, ocorre uma espécie de “privação psicológica”, que alimenta o ciclo entre não comer e comer descontroladamente. Episódios esporádicos de compulsão, restrição e até inanição alimentar não costumam receber muita atenção, mas podem ser causadores de outras complicações maiores, assim sua presença deve ser investigada.

Em relação ao gênero masculino, Melin e Araújo (2002) destacam que os transtornos alimentares (TA) são subdiagnosticados e a relação com a obesidade é pouco conhecida. Eles exemplificam que para alguns homens a necessidade de fazer uma rigorosa dieta, a fim de evitar uma doença, da qual alguma outra pessoa próxima e, especialmente, o pai esteja sofrendo, pode ser um disparador para TA. Esses sujeitos também tendem a iniciar dietas defensivamente. O que ocorre principalmente quando o diagnóstico refere-se a doenças cardíacas, diabetes ou obesidade. Para esses autores, isso leva a pensar que os pacientes masculinos que adotam dietas defensivas para evitar doenças possam ter traços obsessivos, o que ainda não foi confirmado empiricamente.

1.3.4 Obesidade e Alguns Tratamentos

De acordo com Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), os seres humanos podem manter o mesmo peso por muitos anos. O peso corporal é regulado em torno de um ponto de equilíbrio. Sendo assim, o que influencia no ganho de peso de tantas pessoas? Quais as principais causas da instalação e manutenção da obesidade do sujeito que busca auxílio?

Existem diferentes tratamentos, que devem ser individualmente direcionados e indicados de acordo com o disparador e o funcionamento do processo da obesidade. Na visão de Ades e Kerbauy (2002), as intervenções para promover a perda de peso, a longo prazo, constituem-se em um assunto controverso. Há muitas discussões e poucos caminhos que asseguram a melhora na qualidade de vida por bastante tempo. Para essas autoras, antes de empregar técnicas que podem ter sucesso a curto prazo, é preciso entender contingências conflitantes que atuam em processos intrincados.

O obeso vivencia processos de engordar e emagrecer permeados por elementos complexos, que recebem influências distintas de fatores orgânicos, ambientais, culturais e emocionais. Cada sujeito que busca auxílio deve ser entendido diante de sua história individual, para que as possibilidades de tratamentos tenham maiores chances de sucesso, deste modo, seu diagnóstico deve ser *diferencial*³. Torna-se importante a análise das circunstâncias de vida e dos fatores que influenciam nos motivos para o ganho ou não de peso (COUTINHO, 1998; ADES; KERBAUY, 2002; BURD, 2004; SHOENBERG, 2007).

A participação em um tratamento para emagrecimento é complexa. Por vezes, os tratamentos são estruturados sem a participação ativa do sujeito ou a consideração de sua

³ Entre outros aspectos devemos investigar questões psicodinâmicas; fatores ligados a ciclos do desenvolvimento ou acontecimentos traumáticos; o comportamento alimentar; a utilização de substâncias químicas, como psicotrópicos e corticoesteróides; a inatividade física; se está em período pós-operatório; se há desequilíbrio nutricional ou endócrino; e a presença de edemas.

história pessoal. Esquemas sentidos como diretivos ou invasivos têm histórico de insucesso – e, não apenas com os obesos. Entre os tratamentos mais indicados estão: ampliação de atividades físicas, dietas, reeducação, redução e restrições alimentares, uso de medicamentos, mudança no estilo de vida, cirurgias no aparelho digestivo e terapia individual ou em grupos. E autores como Burd (2004) acrescentam que o trabalho multidisciplinar também aumenta as chances de sucesso.

Em relação às práticas de *atividades físicas* ocorrem muitas indicações, pois seus benefícios não são contestados. Contudo, sua prática contínua pode passar por dificuldades que devem ser consideradas, visto que além de também estarem inseridos em uma atualidade que corrobora com um grande apelo ao modo de vida sedentário, para esta população, ainda há outros agravantes. Em geral, o obeso encontra-se com um funcionamento físico mais precário, convivem com diversas dores e lidam com aspectos de discriminação, preconceito, fantasias e vergonha – a própria ou a do outro. Desse modo, muitas vezes, inibem a realização de diversas atividades e excluem a frequência, principalmente, em praia, piscina, clube etc. Além disso, aspectos emocionais também podem influenciar para a não realização de exercícios ou na sua interrupção e devem ser observados. Portanto, é importante compreender como sentem e como podem utilizar seus corpos. E, muitas vezes, pode ser interessante construir um caminho antes dessa indicação (GOLDENBERG, 2005; RUSSO, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; SHOENBERG, 2007).

Dificuldades similares são encontradas na prática da *reeducação alimentar*. E Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005) apontam que nos *tratamentos dietéticos* para redução de peso os aspectos fisiológicos são importantes e devem ser considerados, assim como as características do comportamento alimentar – já que podem atuar como força contrária. Para esses autores, as pessoas que persistem em dietas de poucas calorias podem perder até 20 kg no período de 12 a 16 semanas. Mas, a maioria desses indivíduos recuperará o peso dentro de

um curto período de tempo. Então, o desafio é descobrir o que leva o sujeito a retornar ao excesso de peso.

Segundo Yanovski et al. (1993), Coutinho (1998), Borges, Jorge (2000) e Shoenberg (2007), a prevalência de compulsão alimentar, antes e durante, o tratamento varia de 20% a 50%, com maior ou menor gravidade. Na proporção de três mulheres para cada homem. São pessoas que demonstram maior angústia do que os obesos não compulsivos. Geralmente, passam pelos diferentes graus da obesidade, com um histórico de flutuações entre engorda e emagrecimento. Então, eles recomendam uma orientação dietética flexível e liberal. E o investimento para a diminuição da frequência da compulsão alimentar, antes de reinvestir no processo de emagrecimento.

A restrição alimentar também está significativamente relacionada aos fracassos observados no tratamento da obesidade, como apontam Bernardi, Cichelero, Vitolo (2005). O agravante é que, de acordo com Borges e Jorge (2000), depois dos fracassos repetidos, de inúmeras tentativas de restrições alimentares, algumas pessoas abandonam quaisquer tentativas de fazer dietas, o que pode levar à redução de seu tempo de vida. Então, é importante entender e diagnosticar os comportamentos alimentares que cada pessoa apresenta. Quais são as emoções e expectativas que os produzem e os mantêm?

Autores, como Ades e Kerbauy (2002), lembram que os hábitos alimentares, em geral, e a relação que a pessoa estabelece com o alimento, em particular, não se alteram facilmente. Assim, a estratégia de tratamento deve contar com acompanhamento a longo prazo.

Borges, Jorge (2000), Ades e Kerbauy (2002) entendem que alguns sujeitos buscam saídas mágicas que levem à perda de peso: dieta da Lua, de uma fruta, de líquidos, da gelatina etc. Fazem simpatias e até tentam parar de se alimentar. Em geral, o processo se inicia com o controle alimentar, mas acaba passando por metas mirabolantes. As controvérsias e os

modismos das dietas alimentares podem trazer riscos à saúde. Em geral, englobam atitudes que demandam um grande esforço, mas por um curto período.

Em contraponto, as dietas balanceadas respeitam as necessidades para a manutenção da saúde e podem ser adequadas de acordo com diversas realidades encontradas, acolhendo peculiaridades regionais e pessoais, quando possível. Contudo, apesar de serem amplamente divulgadas, pelos profissionais da área da saúde ou pelos meios de comunicação, encontram muitas barreiras. As mais citadas são: o custo de carnes, frutas, verduras e legumes e a falta de tempo ou conhecimento para o preparo (BORGES; JORGE, 2000; ADES; KERBAUY, 2002).

A questão dos *medicamentos* no controle da obesidade também não pode deixar de ser considerada. Apesar de ter um lugar assegurado entre as possibilidades de tratamento, a falta de sucesso no processo de emagrecimento, a longo prazo, leva a muitas dúvidas a respeito de seus resultados. Entretanto, como é uma área que recebe fortes investimentos econômicos, o esperado é que possam contribuir com a regulação do peso corporal e a manutenção da saúde (ADES; KERBAUY, 2002).

Novos medicamentos e procedimentos estão em fase de teste em vários países. Como exemplo, entre as propostas de modificações fisiológicas, Ades e Kerbauy (2002) destacam um sistema implantável de estimulações gástricas, que aumenta a sensação de saciedade. Seria uma alternativa para a cirurgia que reduz o estômago e, portanto, a capacidade de ingerir alimento. O *Implantable Gastric Stimulation System* (IGS) é um aparelho implantado sob a pele, que produz pequenas descargas elétricas na parede externa do estômago. Dessa maneira, a pessoa se sente saciada com menor ingestão de alimento, havendo redução ponderal de peso.

De acordo com Garrido (2002), entre as *Cirurgias da Obesidade*⁴, a Cirurgia Bariátrica tem recebido maior destaque. Ela deve ser indicada apenas para o obeso mórbido. Consiste numa redução do tamanho do reservatório gástrico, associado ou não ao procedimento de indução de má absorção, que promove uma redução do excesso de peso e visa à manutenção dessa redução de peso por um longo prazo.

Antes da cirurgia, o paciente deve ter vivenciado um mínimo de cinco anos de evolução da obesidade, sem sucesso na utilização de tratamentos menos agressivos e orientados por profissionais. Esse procedimento tem sido considerado uma maneira eficiente para diminuir o índice de mortalidade decorrente das comorbidades do obeso mórbido. Visto que, 95% dessas pessoas que conseguem perder peso, sem a cirurgia, tendem a recuperá-lo. Entretanto, tais pacientes devem ser cuidadosamente indicados a partir de um ponto de vista psicológico e físico. Sabe-se que é contraindicada para pessoas com diversos distúrbios psiquiátricos, dependência de substâncias químicas, debilidade mental, pneumopatias graves, insuficiência renal, problemas no miocárdio e cirrose hepática. Além disso, podem ocorrer diversas consequências não desejadas, como vômitos, diarreias, necessidade de suplemento alimentar, queda de cabelos, flacidez severa, complicações psíquicas e comportamentais, nas quais as compulsões se destacam (HALPERN, 1994; GARRIDO, 2002; ZILBERSTEIN; GALVÃO NT., RAMOS, 2002; BURD, 2004; SHOENBERG, 2007).

As discussões em torno da redução de peso, após a cirurgia variam entre 25% e 50%. E os aspectos psicodinâmicos envolvidos na indicação, na contraindicação e no prognóstico desses pacientes começam a ser mais explorados em trabalhos como o de Santos (2003), que reflete sobre a identidade de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica. Eles devem ser

⁴ Há técnicas e procedimentos diferentes para cada objetivo específico de tratamento. Cada uma deve ser adequada à necessidade do indivíduo. Como este trabalho não tem a pretensão de se aprofundar nas especificidades das cirurgias, mais informações podem ser obtidas em: Garrido Jr., A. B., Ferraz, E. M., Barroso, F. L., Marchesini, J. B. & Szegö, T. (2002). *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu

mais explorados nos próximos anos. Mas, por outro lado, ainda não contamos com bibliografias voltadas a aspectos de outros tratamentos, o que também seria válido.

Para Burd (2004) e Shoenberg (2007), durante e após essas indicações de tratamento, a avaliação e o *acompanhamento psicológico* tornaram-se fundamentais. Eles apontam bons resultados na psicoterapia de apoio e na psicoterapia psicanalítica ou comportamental. As medidas de apoio mais comuns são: estabelecer metas individualizadas e adequadas para a dinâmica do obeso, que auxiliem no bem-estar subjetivo e, se for o caso, na perda de peso; estimular a realização de atividades físicas e lidar com as dificuldades que se apresentarem, além de encorajar a participar de grupos terapêuticos ou grupos temáticos de autoajuda – entre os mais conhecidos está o *Vigilantes do Peso*⁵. Esses autores também destacam a importância do papel das psicoterapias individuais com pacientes, principalmente, aqueles em que a compulsão é parte da causa do processo de obesidade.

No entendimento de autores como Burd (2004), é importante compreender a psicodinâmica do paciente, os mecanismos de defesa mais utilizados, a estrutura de personalidade e a capacidade de lidar com as mudanças, pois estes são indicadores do prognóstico. Essa autora afirma que emagrecer, entre outros sentidos, pode significar perder um tipo de proteção que, apesar de ilusório, era um tipo de amparo ou a perda de uma posição psicossomática elaborada, que desencadeia angústias intensas, por exemplo. E, ainda, pode ser capaz de fazer com que processos que visam a uma melhor condição de saúde fracassem.

O atendimento psicológico, entre outras coisas, pode auxiliar nas transformações necessárias no mundo interno e no enfrentamento de perdas, dores, ansiedades e dificuldades que as pessoas irão passar (BURD, 2004).

Shoenberg (2007) entende que, frequentemente, as pessoas acima do peso se sentem criticadas e até culpadas. Em geral, elas se sentem culpadas pelos outros, por si mesmas e,

⁵ A organização Vigilantes do Peso (Weight Watcher) foi fundada, na década de 60, por Jean Nidetch. Tem como objetivo a educação alimentar, por meio do incentivo, durante reuniões semanais. Usa um sistema de pontos: cada alimento tem um número determinado de pontos e os participantes têm uma cota diária a seguir.

infelizmente, às vezes, também por profissionais da saúde. O que pode impedi-las de procurar auxílio ou influenciar no modo de conduzir o tratamento.

Em relação às nossas políticas públicas, podemos acompanhar o início das tentativas de melhores tratamentos. Segundo o Ministério da Saúde (2006), uma grande iniciativa foi a criação, em janeiro de 2004, do programa de Atenção ao Paciente Portador de Obesidade, que segue as diretrizes do SUS. Os componentes fundamentais apresentados envolvem: disseminação de informações que possibilitem o processo de planejamento e aprimoramento da regulação, fiscalização, controle, avaliação e atenção ao obeso; educação de caráter permanente; capacitação das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, envolvendo os profissionais de nível superior e técnico; ações clínicas para o controle da obesidade e suas comorbidades; ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos; atenção diagnóstica e terapêutica especializadas; acesso às cirurgias bariátricas, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida.

1.3.5 Fatores Psicológicos e Obesidade

Entre os fatores etiológicos da obesidade, os aspectos psicológicos têm recebido atenção crescente, como assinala Santos (2003). No entanto, a ligação entre alimento e emoção é destacada há muito tempo. Freud (1914, 1923) já apontava que, em um período muito primitivo do desenvolvimento, o ser humano conhece, de forma associada, o alimento e uma sensação prazerosa. Quando o bebê é alimentado, além do leite que acaba com uma sensação desconfortável, posteriormente reconhecida como fome, ele recebe também o aconchego materno, o toque, o som conhecido do batimento do coração e principalmente o

olhar materno, que são prazerosos, emocionantes e necessários para o início da constituição psíquica.

Desse modo, a associação entre alimento e aspectos da subjetividade ocorre durante um momento em que o bebê tem poucos recursos, tanto físicos, quanto psíquicos. O que nos leva a contar, também, com a exposição de Freud (1920), sobre a *função de paraexcitação*, uma proteção psicológica fundamental, inicialmente exercida pela função materna, que permite que as excitações do mundo cheguem até o indivíduo somente depois de tê-las atenuado, para que possam ser suportadas. E Campos (1998) acrescenta que o alimento também pode receber a função de paraexcitação.

Apesar disso, consumir alimentos indiscriminadamente não conduz à satisfação subjetiva ou à proteção contra sofrimentos emocionais. Winnicott (1975), Dallera e Sorrentino (1997), entre outros autores, alertam que mães que alimentam seus filhos, a cada gesto de desconforto, comprometem a percepção de suas necessidades e o desenvolvimento de recursos para satisfazê-las.

De acordo com autores, como Dallera, Sorrentino (1997), Campos (1998), Loli (2000) e Shoenberg (2007), os alimentos podem ser usados inadequadamente diante de impulsos e sentimentos. Podem se tornar um recurso frequentemente utilizado pela pessoa que tem dificuldade de entrar em contato e acolher a suas emoções – ela recorre ao alimento na tentativa de anestesiar a ansiedade, o estresse e os desejos reprimidos, como um meio de escape e consolo, diante das frustrações. E tenta resolver, atenuar ou compensar conflitos – dos quais, às vezes, nem têm consciência.

Nessas dinâmicas, o alimento torna-se um objeto do mundo exterior, que é introduzido na tentativa de modificar o mundo interno. E, muitas vezes, a pessoa vivencia uma confusão entre o que é interno e externo. Campos (1998), Loli (2000) e Shoenberg (2007) enfatizam que aquilo que deveria ser um conflito psíquico passa a ter apenas um equivalente concreto. E

desencadeia ações também num plano concreto. Desse modo, entender a função que o alimento recebe é valioso.

Dallera e Sorrentino (1997) afirmam que, frequentemente, a atitude de comer remete a um apelo para expressar uma fragilidade e a sensação de sentir-se desprovido de recursos internos que permitam lidar com determinados fatos. Para esses autores, o comportamento alimentar é influenciado por diferentes aspectos da história pessoal, e a obesidade pode aparecer como uma pretensão de trazer para o concreto a tentativa psíquica de ser alguém “forte”. Esses autores refletem sobre a relação de diferentes elementos e o aparecimento da obesidade, como: *vulnerabilidade, álibi, proteção contra o sexo, solidão, necessidade de espaço, necessidade de criar raízes e estresse*.

Diversos autores, como Morais (1990) e Santos (2003), destacam algumas características presentes nos obesos. As mais encontradas descrevem pessoas que apresentam uma vivência afetiva marcada pela passividade, imaturidade, dependência e insegurança; falta de intimidade com as emoções, um funcionamento mental marcado pela baixa produtividade; globalização dos estímulos; tentativa de manutenção do controle e aparente adaptação, através da repressão, distanciamento e fechamento, produzindo conflitos não resolvidos, instabilidade emocional e a busca, no plano da fantasia, pelas satisfações que não alcançam na realidade. Di Benedetto (2002) acrescenta a presença significativa de ansiedade, hostilidade e raiva voltada para si. Entretanto, o mais importante é que, não existe uma personalidade específica do obeso, como ressalta Mancini (2002), entre outros autores.

A relação do obeso com sua agressividade é destacada por diversos autores, como Burd (2004). Para ela, o obeso pode tentar manter sua agressividade oculta sob a aparência de brandura e bondade, um processo que dificulta a busca por recursos para conseguir lidar com conflitos latentes. Em outros momentos, ela é usada como um autocastigo que está a serviço

de um sentimento de culpa. E, no processo de identificação, algumas vezes, pode estar ligada ao desejo de ocupar o lugar do outro.

Ferreira (2008) lembra que para interagir com a cultura se torna necessário abrir mão de parte da agressividade e da sexualidade. Embora, muitos sujeitos encontrem dificuldades diversas para alcançar essa posição, sobretudo, perante as situações que a realidade apresenta. Portanto, é preciso que a pessoa desenvolva recursos internos e que eles sejam flexíveis, de acordo com o momento. E, assim, possam favorecer que o indivíduo fique confortável com sua emoção e suas necessidades.

Assim, a sexualidade é outro fator destacado. Ela está intimamente relacionada à imagem e ao peso corporal, o que faz com que o corpo obeso possa ser usado para o manejo da aproximação ou distanciamento da vida sexual (BURD, 2004).

Os conflitos que inconscientemente são levados por este caminho são inúmeros: dificuldades no relacionamento; temores de fantasias eróticas, sentidas como proibidas; representação de uma fantasia de gravidez; tentativas de ocultar tendências homossexuais latentes ou evitar o contato com a frigidez na mulher e a impotência erétil e orgástica no homem; compensação pelo sentimento de abandono diante de separações, mortes e infidelidades; e como um substituto na insatisfação sexual que converte simbolicamente o consumo de alimentos em uma satisfação do que poderia alcançar na relação sexual (BURD, 2004).

O corpo do obeso também pode assumir funções importantes nas inter-relações. E as relações familiares são um bom cenário para este olhar. Na visão de Burd (2004), apesar de não existir um padrão que caracterize as famílias de pacientes obesos, a obesidade pode assumir funções importantes na dinâmica familiar e deve ser compreendida da forma mais ampla possível, pois pode ser um facilitador ou um complicador de processos fundamentais. Pode ser um representante de mecanismos de defesa, de identificação e de camuflagem.

Alguns indivíduos funcionam como representantes da patologia da família, o que aparece relacionado com questões intrapsíquicas da pessoa que aceita estar nesse papel. Outras vezes, há a formação de acordos latentes, ou conluíus familiares – neles os indivíduos se encontram presos, com outros membros da família, em alianças que envolvem situações que nem precisam ser faladas, pois foram subentendidas (BURD, 2004).

Movimentos que representem a quebra de alianças familiares podem ser sentidos como traição. Evitar a perda de peso, ainda pode abranger outros aspectos, como: a sensação de lealdade com a família, o que pode impedir a pessoa de se diferenciar; a necessidade de um adiamento no processo da vida adulta; uma forma de oposição ao membro parental magro; ou a tentativa de manutenção do casamento ou de relacionamentos empobrecidos. Por outro lado, Burd (2004) expõe que o corpo obeso também pode estar identificado com saúde e a magreza com doença.

Essa autora, ainda, destaca a relação dos obesos com padrões de controle. Diante da sensação que o obeso é incapaz de controlar seu apetite ou reluta em fazê-lo, outra pessoa de suas relações pode passar a exercer esse papel. Contudo, parece haver um equivalente entre o controle de peso e controle do relacionamento. O que foi aceito como auxílio, inicialmente, pode passar a ser sentido como coerção. O obeso acaba por rebelar-se. O outro aumenta seu nível de controle, gerando uma situação intolerável. O resultado pode ser que o obeso sinta que fracassou e seu controlador apóie, ou que também se sinta vencido.

De acordo com Burd (2004), muitas vezes, o obeso, passa a comer mais em uma pseudorebelião, na tentativa ilusória de manter sua autonomia diante do outro, que é sentido como intrusivo. Ao mesmo tempo, a relação estabelecida propicia a dependência. Mas, há casos em que o consumo de alimentos e a obesidade são utilizados – até por crianças – como forma de poder e manipulação do outro.

Para compreender os comportamentos que levam o sujeito ao estado de obesidade, é necessário entender a dinâmica que os sustenta, como enfatizam Dobrow, Kamenetz, Devlin (2002) e Conejo (2005). Eles alertam que os julgamentos morais, próprios ou de terceiros, em geral, não colaboram para mudanças construtivas. E destacam que, no senso comum, as dificuldades e fracassos das vivências dos obesos são facilmente relacionados a um *déficit* no autocontrole ou da capacidade volitiva; mas, em geral, os sujeitos vivenciam constantes embates, frequentemente perdidos, entre a força de sua vontade e seus desejos.

E, ainda, a presença de um olhar onipotente faz com que recaiam sobre o indivíduo todos os aspectos negativos dos resultados dessa luta. Nesse contexto, não é permitido o questionamento sobre os diversos aspectos que influenciam seus conflitos. O agravante é que quando o sujeito não acredita mais poder vencer esses embates, isso costuma ter um efeito severo sobre como percebe suas capacidades (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002; CONEJO, 2005).

As pessoas obesas frequentemente são estigmatizadas em suas relações, elas sofrem discriminação na escola, nas brincadeiras, no convívio social, nas condições de competição, na busca pelo emprego etc. Pessoas de qualquer idade podem ser ridicularizadas e atormentadas. Torna-se comum que se voltem para a família em busca de auxílio emocional, ainda que, muitas vezes, não consigam receber apoio nem acolhimento, de acordo com Burd (2004) e Brownell, Wadden (2000), citados por Shoenberg (2007).

Para Campos (1998), os encaminhamentos nas inter-relações podem ter ligações com dificuldades em obter prazer nas relações sociais, ao mesmo tempo em que contribuem para que os obesos enxerguem a comida como uma importante fonte de prazer. Porém, como o alimento não é capaz de nutrir necessidades afetivas, o comportamento alimentar passa a ser uma engrenagem do ciclo vicioso em que, de um lado, há o ganho progressivo de peso e, do outro, há um vazio cada vez maior.

Como mecanismo de defesa, os usos mais frequentes, apontados por Burd (2004), são: a tentativa de suportar responsabilidades e exigências no trabalho, no estudo e na família, principalmente diante de figuras parentais rígidas; associação do grande volume com a potencialidade necessária para a vida adulta; a ilusão de que a obesidade é capaz de resguardar das agressões externas, ocultando um enfraquecimento interno e mostrando uma presença imponente e, ainda, como uma forma constante de alívio de tensões.

Assim, os processos vividos pelos obesos podem se tornar uma fonte de conhecimentos importantes sobre sua história de vida e o modo como lidam com dificuldades do mundo interno e externo. Contudo, mesmo sendo fonte de sofrimento para o sujeito, a problemática envolvida no processo de obesidade pode não ser referida nos atendimentos psicológicos, nas queixas, nas questões relativas à insatisfação com o corpo, no desejo de emagrecer, nem nas dificuldades diante do emagrecimento. Esse aspecto costuma impulsionar as pessoas para longe do processo psicoterápico. Nesse caso, frequentemente, os conflitos permanecem dissipados e não atingem uma expressão mental (LOLI, 2000). Assim, Di Benedetto (2002) sugere que se deve estar atento para as dificuldades emocionais e prestar um serviço que inclua apoio emocional e psicológico aos obesos.

1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CORPO E A PSICANÁLISE

1.4.1 Corpo: Soluções Psicossomáticas

Eu perco o chão/ Eu não acho as palavras/ Eu ando tão triste/ Eu ando pela sala/ [...] Eu deixo a porta aberta/ Eu não moro mais em mim/ [...] Eu perco as chaves de casa/ Eu perco o freio/ Estou em milhares de cacos/ Eu estou ao meio (CALCANHOTTO, 1994).

Para Costa (2004, p. 55), abordar o tema do corpo em Psicanálise pode parecer redundante: “Afinal, toda Psicanálise é do ‘corpo’”. No entanto, para ele, a discussão, se justifica ao pensarmos na importância que os novos sintomas corporais vêm ganhando na clínica. Ferreira (2008) lembra que a constituição de si está diretamente ligada à corporalidade. Os processos fisiológicos e os processos psíquicos são interdependentes, fazendo com que o biológico e o simbólico dialoguem desde o início da construção da subjetividade.

Segundo Chiozza (1998, p.31):

Soma e psique não são, portanto, duas realidades ontológicas distintas que se influenciam reciprocamente. São mutuamente irreduzíveis. Soma e psique são duas categorias que um mesmo existente inconsciente adquire na consciência. As consequências desta atitude epistemológica para a investigação e para o exercício clínico psicanalítico são enormes, já que, a partir deste ponto de vista, explicar uma afecção somática como efeito de uma causa física não exclui a possibilidade de interpretá-la como um derivado consciente de um significado psíquico que permaneceu inconsciente. Em suas “Cinco Conferências...” Freud (1910) dirá, referindo-se à conversão histerica, que quando um curso d’água se divide em dois canais a congestão de um deles se produzirá tão logo a corrente encontre um obstáculo no outro.

Doron e Parot (1998) lembram que, inicialmente, Freud (1914) percebeu que havia conflitos psíquicos que se manifestavam na esfera corporal, ele destacou o papel das neuroses atuais e desenvolveu conhecimentos importantes a partir das necessidades causadas pelo sofrimento com as experiências de guerra. Assim, as concepções de Freud favoreceram o entendimento sobre as afecções psicossomáticas.

Durante o desenvolvimento, as pessoas utilizam diversos recursos na tentativa de manter o equilíbrio psíquico e lidar com suas angústias. As pessoas podem desenvolver neuroses, psicoses, sonhos, obras de arte etc. No entanto, nos momentos em que as defesas e recursos habituais falham e não há uma possibilidade criativa, diante do sofrimento psíquico, o ser humano é capaz de somatizar suas dores mentais. Um processo que é facilitado pela existência de elos complexos entre o funcionamento mental e a representação psíquica do *eu somático*, de acordo com McDougall (1991, 2000) e Mello Filho (1992, 2002).

Chiozza (1998) destaca, por exemplo, a existência de atos falhos, atos sintomáticos e, também, das alterações corporais como a obesidade ou a palidez permanente da pele, como forma de expressão não-verbal de conteúdos inconscientes.

A Psicossomática ressalta a dialética contínua que há entre soma e psique, nas diversas etapas do desenvolvimento individual e, também, nas relações interpessoais, como expõe autores como Volich (1998). Ela propõe uma abertura para o conhecimento e o trabalho em comum de diferentes campos do saber. E estuda o aparelho psíquico e as perturbações que envolvem o funcionamento psicossomático, em conjunto com características do contexto de vida de cada pessoa.

Os pacientes psicossomáticos são entendidos por McDougall (1991, 2000) como as pessoas que preservam, inconscientemente, a capacidade de adoecer como uma saída em períodos de crise. Eles têm tendência a exigirem demais do corpo físico, ignorando os sinais emitidos pelo corpo. Neles, é o corpo que hiperfunciona ou inibe suas funções normais, de modo insensato para o funcionamento fisiológico. E, embora, provoque o adoecer orgânico, esse movimento visa proteger o sujeito de um dano psíquico.

Essas pessoas sofrem com a influência de mensagens enviadas pelo psiquismo que se sente ameaçado por estar diante de acontecimentos dolorosos, culpabilizantes ou que causam temor. McDougall (1991, 2000) relata que há pessoas que, raramente, conseguem relacionar

os aspectos emocionais com a doença. Entretanto, esses fenômenos possuem um sentido psicológico. Porém, pertencem a uma ordem pré-simbólica e constituem uma resposta *somatopsíquica* emitida pelo psiquismo, em seu esforço para evitar angústias insuportáveis à consciência.

Para McDougall (1991), o processo psicossomático pode estar ligado à carência de investimento libidinal. O momento em que a doença desponta, está ligado a algumas vivências do indivíduo em suas relações que, de alguma forma, é marcada por uma perda objetal importante. Ela relata que alguns desses pacientes vivenciam perdas e lutos precoces. Por outro lado, para outros sujeitos, a eclosão da doença aparece por uma sensação de necessidade de garantir um mínimo de existência separada de qualquer objeto significativo, o que nos remete às reflexões sobre as relações simbióticas.

Mello Filho (1992) aponta que, nesse funcionamento, é comum a presença de processos em que as palavras são esvaziadas de sua significação afetiva. O psiquismo fica privado em sua linguagem e, assim, o processo de pensamento fica comprometido e empobrecido. Há ausência de representações de palavras. Ele dispõe apenas das representações de coisas, o que reduz a possibilidade de elaboração e dissolução de conflitos.

Segundo McDougall (2000), há duas funções defensivas nos processos psicossomáticos que envolvem a comunicação e as relações: o *pensamento operatório*, que é uma maneira de relação com os outros e consigo, no qual ocorre uma forma de pensamento e expressão, de modo deslibidinizado e extremamente pragmático e, a *alexitimia*, em que a pessoa não tem palavras para dar nome a seus estados afetivos; ou, quando pode nomeá-los e não consegue distinguir um estado de outro. Entretanto, comumente, encontramos autores que incluem o funcionamento operatório entre a dinâmica que engloba a alexitimia.

De acordo com Nemiah, Sifneos (1970), Taylor, Bagby e Parker (1991), a alexitimia possui as seguintes características: 1) Notável dificuldade de identificar e descrever

sentimentos; 2) Dificuldade em distinguir entre sentimentos e sensações corporais decorrentes de excitações internas; 3) Carência de fantasias e retração dos processos da imaginação; 4) Estilo cognitivo concreto e apoiado na realidade; 5) Consonância com o social acentuada e pouco contato com sua realidade psíquica. Esses autores afirmam, ainda, que tais processos refletem em um *déficit* na capacidade de regular as emoções.

Esses modos de funcionamento remetem a um estado primitivo de desenvolvimento em que a distinção entre sujeito e objeto ainda não era estável e podia ser fonte de angústias, como aponta McDougall (1991, 2000). Nesse estágio, as mensagens entre corpo e psiquismo são inscritas psiquicamente sem a representação de palavras, como no início da vida, quando o ser humano ainda não dispunha do recurso da linguagem. Para a autora, a possibilidade de habitar o corpo começa a ser constituída nas relações primárias. Ela aponta que a impossibilidade de inserir experiências afetivas e corporais no código linguístico pode estar ligada ao contato íntimo inicial da relação mãe-bebê.

Então, os processos psicossomáticos acompanham a possibilidade de constituição de si e McDougall (1991, 2000) faz apontamentos que relacionam o uso de soluções psicossomáticas à dinâmica centrada no *fazer*. Essa autora ressalta que, durante o desenvolvimento da pessoa que psicossomatiza a função paterna, com frequência, apresentou comprometimentos, o que acabou ocasionando uma carência na elaboração psíquica, falhas no processo de simbolização, na constituição dos limites e de segurança interior, as quais podem aparecer compensadas por um agir alienante de caráter compulsivo. O que seria uma tentativa de reduzir a intensidade da dor psíquica por um caminho mais curto, ainda que, com prejuízos no desenvolvimento de recursos para lidar com conflitos emocionais, com situações de frustração e separação.

1.4.2 Corpo: Imagem Corporal e Esquema Corporal

O corpo é um referencial, para si mesmo, para o espaço que ocupado no ambiente, na percepção temporal e na relação com o outro. Ele se torna um “espelho afetivo-somático” ante uma imagem de nós mesmos, do outro e dos objetos (MATARUNA, 2004).

De acordo com Ferreira (2008), a imagem do corpo, nos aspectos fisiológico, psicológico e social, incorpora sentidos diferentes e pode ser compreendida a partir de leituras distintas. Ela é a forma como se estrutura, em nossa mente, a relação com o próprio corpo e com o mundo. A imagem do corpo recebe e imprime, no inconsciente, contribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas, psicológicas, sociais etc.

Em termos clínicos, a expressão “imagem corporal⁶” foi utilizada por Paul Schilder, em 1923, para designar, ao mesmo tempo, as representações conscientes e inconscientes da posição do corpo no espaço, considerando-se três aspectos: de suporte fisiológico, de estrutura libidinal e de uma significação social. A imagem corporal abarca o tamanho, a imagem, a forma e os sentimentos relacionados às características pessoais, bem como às partes que o constituem. Ela abrange o conjunto de sensações sinestésicas construídas pelos sentidos, audição, visão, tato, paladar, oriundos de experiências vivenciadas pelo indivíduo. E se desenvolve desde o nascimento até a morte, dentro de uma estrutura complexa e subjetiva, sofrendo modificações que implicam em uma reconstrução incessante (SCHILDER, 1935, 1988, 1994; MATARUNA, 2004).

De acordo com Mataruna (2004), em estudos neurológicos e psicológicos, a imagem corporal vem sendo usada, frequentemente, de maneira permutável com a terminologia *esquema do corpo*. O esquema corporal deve ser conceituado como a experiência de percepção de uma unidade do corpo. Ele abarca uma imagem tridimensional que todo sujeito

⁶ O termo usado por Paul Schilder foi inspirado na noção de esquema corporal proposto pelo neurologista inglês Henry Haed.

tem do seu próprio corpo, a apercepção corporal. Isso vai além da mera sensação ou imaginação, mesmo que a percepção tenha chegado por meio dos sentidos.

Dolto (2001) não se remete a Schilder, mas sua visão complementa nosso entendimento. Ela usa o termo imagem do corpo para designar a encarnação simbólica do inconsciente do sujeito desejante, ou seja, uma representação inconsciente do corpo, distinta do esquema corporal, que seria sua representação consciente ou pré-consciente. Segundo a autora, a imagem do corpo é específica para cada um, pois está ligada ao sujeito, sua história e sua relação com o mundo. Ela é suporte do narcisismo, enquanto, o esquema corporal faria parte de uma forma de percepção neurobiológica que é a mesma para todos.

O esquema corporal e a imagem corporal estão sujeitos às intervenções do ambiente. Autores como Ferreira (2008) afirmam que o corpo, para interagir com a cultura, muitas vezes, ao invés de ser agente, atua como objeto da cultura, pois, para que a identidade do indivíduo seja reconhecida, ela também precisa do reconhecimento do outro. Assim, no processo de construção da identidade, a imagem corporal assume o papel de principal veículo da identificação.

De acordo com Costa (2004), o avanço real ou ideológico da ciência e da tecnologia mudou o perfil da idealização da imagem corporal. Tal situação reforça o imaginário da perfeição, no qual, antes havia o desejo de que um dia, no futuro, o sujeito alcançaria a perfeição ideal; existe a transmissão da ideia imaginária de que a perfeição será conseguida pela *perfectibilidade física* prometida pelas novas tecnologias. A sensação de que o futuro é um tempo indeterminado de autorealização de fantasias emocionais, agora, passou a ser um tempo ritual, das etapas da correção da aparência corporal. Para o autor:

A imagem narcísica de “sua majestade, o bebê” continua hibernando no fundo do eu, mas, agora, sob a máscara do “adulto protético”. O sujeito contemporâneo padece de um fascínio crônico pelas possibilidades de transformação física anunciadas pelas próteses genéticas, químicas, eletrônicas ou mecânicas. O corpo físico [...], volta a ser julgado como causa real da ferida narcísica, mostrando a compulsão do eu para causar o desejo do outro por si mesmo, mediante a idealização da própria imagem (COSTA, 2004, p.77).

Assim, Costa (2004) mostra que o sujeito acredita em uma completude física, emocional e moral proporcional à sua fantasia de perfeição e exige de si a submissão a este ideal. A identidade egóica fica modelada pelas expectativas depositadas na imagem corporal, no entanto, o que reside sob esta dinâmica é o desejo de fazer o outro desejá-lo, de sentir-se importante, de sentir-se amado e alcançar, na realidade ou na imaginação, a satisfação que, supostamente, esta sensação seria capaz de proporcionar.

Esse autor destaca três dinâmicas envolvidas no aparecimento do sintoma corporal: 1) Há um compromisso falho entre o impulso do eu para corporificar a imagem investida, narcisicamente e hipoteticamente desejada pelo outro e o impulso para manter o sentimento de continuidade da existência, por meio de ações criativas; 2) A satisfação ego-narcísica regida pela economia libidinal pode vir a chocar-se com os interesses corporais autoregulatórios e sensório-motor. Na visão do autor, o conflito ocorre, pois o corpo não é uma esfera compacta, ele é “uma superfície furada por onde brotam coisas que desmentem a aspiração do sujeito de completude. [...] tudo o que suja a bela imagem ego-narcísica: muco, fezes, urina, sangue, suor, saliva, vômitos, odores desagradáveis, líquidos seminais etc” (COSTA, 2004, p. 74). Esse aspecto engloba aquilo que produz uma intenção de exclusão, visando manter a ideia mágica de que, se tais elementos não existissem, seria possível a perfeição, a completude; 3) O equipamento sensório-motor e o sistema de equilíbrio e orientação passam a ser desviados de suas funções de ajuste ao ambiente, para servirem às aspirações eróticas. Assim, a função basal ligada à conservação e ao equilíbrio harmônico corporal é direcionada à busca de satisfazer as pulsões libidinais. Numerosas expressões físicas do corpo se deixam modificar por intenções mentais, isto é, por desejos, crenças e aspirações psicoculturais. Nesse processo, é a inclusão de sentidos narcísicos que causam distorções. E a sintonia entre psique e soma fica abalada.

A sujeição dos interesses do esquema corporal aos pleitos narcísicos da imagem corporal idealizada pode acarretar, entre outras consequências, a distorção da imagem do próprio corpo. O que pode levar o sujeito a ignorar a violência à qual submete o seu corpo ou maximizar riscos imaginários e insignificantes de perder a vida. Para esse autor, quando o que deveria permanecer silencioso e discreto, em relação ao corpo, apresenta-se ruidosamente, enquanto o que é importante sucumbe, a convivência saudável se torna comprometida: “O corpo ausente se faz presença indesejável, doentia, dissonante” (COSTA, 2004, p.75). O processo descrito faz refletir sobre novos conflitos. Nele, o ego narcísico, sem poder ocultar a aparência do corpo, vê-se, acuado pela dor, humilhação e medo de não ser causa do interesse do outro.

Para Costa (2004), os elementos internos sentidos como inapropriados, tidos como marca de imperfeição, antes, podiam ser dissimulados e protegidos do olhar do outro. Os sujeitos tinham o direito de guardar para si o que imaginavam ser causa de *déficit* narcísico. Esses elementos ficavam encobertos pelas roupas, pelo decoro moral. Ficavam nas profundezas somáticas, nas quais se pulverizavam em pequenos objetos parciais ameaçadores. Em oposição a isso, atualmente, são iluminados narcisicamente.

Desse modo, os sujeitos estão expostos – o que se estampa no espelho do corpo não pode ser escondido. Então, a grande maioria tenta eliminar o que não é tido como aceitável. Assim, muito do que era sentido como perigoso se deslocou e mudou de aparência. No entendimento de Costa (2004), atualmente, é na exterioridade do corpo, na esfera corporal egóica, que ameaçam irromper. É nesse novo lugar, o lugar das rugas, manchas, estrias, flacidez, barriga, obesidade, “pneus”, tensão muscular, pelos e cabelos, a mais e a menos etc, que são exaustiva e implacavelmente vigiados, remexidos e temidos, de maneira obsessiva, fóbica, histérica ou persecutória.

Com o auxílio de alguns autores, foi possível pensar sobre a dinâmica subjetiva que liga o sentimento de falta ao consumismo e ao corpo. Costa (2004), Mataruna (2004) e Ferreira (2008) discutem que há sempre algo da ordem do corpo que não se deixa representar, pois mesmo a ideia de totalidade deixaria algo do lado de fora e, com isso, nos convidam a refletir sobre a experiência da falta que, além de marcar o desenvolvimento psíquico, faz-se presente por meio da *identidade corporal*.

Para esses autores, a falta no corpo se revela desde o nascimento, quando se corta o cordão umbilical e, mesmo na vida adulta, se houver a necessidade de consumir para suprir o espaço fusional interior. Desse modo, a falta, oculta no inconsciente, pode emergir no consciente sob a forma simbólica de uma falta do *ter*, que não é capaz de preenchê-la. Portanto, o desejo de posse pelos objetos torna-se incontrolável, cumulativo e não é estruturante. Assim, Costa (2004), Mataruna (2004) e Ferreira (2008) entendem que a construção desse modelo corporal surgirá com um sujeito que tenta consumir, enquanto objeto, o que busca em seu mundo subjetivo. Costa (2004) vai mais além, no seu entender, o dilema moral da contemporaneidade não é mais o da escolha entre *ser* e *ter*, e sim, entre *ser* e *parecer*.

Santos (2003) e Russo (2005) lembram que a preocupação com a imagem corporal está presente no cotidiano e que nos sujeitos obesos ela aparece associada ao sentimento de discriminação e preconceito. Em geral, eles se encontram com uma imagem corporal permeada por sentimentos de inadequação, inferioridade, descontentamento, autoestima reduzida e inibição. Para Di Benedetto (2002), há relação entre o que o obeso percebe de si, a sensação do modo como é percebido e o empobrecimento das suas interações sociais.

Segundo Shoenberg (2007), o obeso está mais propenso a distorcer o tamanho corporal. Ele se apresenta mais facilmente insatisfeito e preocupado com a aparência física e evita mais situações sociais, que poderiam trazer a experiência de confronto entre as

percepções distorcidas e a realidade. De acordo com esse autor, os dois grupos mais propensos à imagem corporal negativa são aqueles com Transtornos de Compulsão Alimentar e os obesos mórbidos.

Desse modo, estar obeso abrange vários aspectos da vida de uma pessoa – o convívio social, o modo relacional, a capacidade de lidar com emoções, as relações, a psicodinâmica, seu funcionamento orgânico, a relação com seu corpo, o trabalho e o ambiente em que está inserida. São muitos os elementos que associados à diversidade humana e suas possibilidades de evolução, desenvolvimento, sofrimento, estagnação etc, tornam um desafio para profissional o entendimento dos processos que envolvem a instalação e manutenção da obesidade. Neste sentido Simon (1989, 2005), afirma que a concepção evolutiva da adaptação humana pode auxiliar.

A concepção teórica de Simon (1989, 2005) avalia quatro setores da adaptação do sujeito (detalhados a seguir), entre os quais encontramos o setor orgânico que abarca o estado físico, anatômico e fisiológico. E envolve os cuidados, sentimentos, atitudes e ações em relação ao próprio corpo, à alimentação, sono e sexo.

1.4.3 Concepção Evolutiva da Adaptação Humana

Ryad Simon (1989, 2005), fundador da Sociedade de Psicologia Clínica Preventiva e da Associação de Psicoterapia Psicanalítica, trata da Teoria da Adaptação. Segundo essa perspectiva, a adaptação é conceituada como o conjunto de respostas de um organismo vivo, compatíveis, em vários graus, com a manutenção da vida e a organização do indivíduo, diante das diversas situações. A adaptação permite a manutenção de uma organização compatível

com a vida, por menor que seja. Para Simon (1989, p.14): “a adaptação é a condição para a sobrevivência. Enquanto há vida, inferimos que há algum modo de adaptação existindo”.

No entendimento de Simon (1989), a adaptação deve incluir a dimensão evolutiva. No domínio psíquico, quando o sujeito não consegue a evolução, ele pode buscar o equilíbrio no retorno ao estado anterior; ocorre, então, segundo Simon (1989, p.15): “a compulsão de repetição, que é enfermidade, e não saúde. A adaptação, para ser bem adequada, obriga a encontrar novas respostas para situações sempre novas, desde que na vida nada se repete.” Como Winnicott (1971), o autor, também relaciona a condição de saúde à possibilidade criativa do sujeito inserido em seu ambiente.

A partir desse modo de compreender a adaptação, é possível entender que ela é dinâmica e deve ser contextualizada na realidade vivenciada pelo indivíduo. Ela envolve considerações biopsicossociais e culturais. Simon (2005, p. 24) expõe que:

Procurei utilizá-lo por ser um conceito pelo qual podem ser avaliados funcionalmente todos os dados psíquicos existentes nos tempos – passado, presente e prognóstico provável sobre o futuro – do indivíduo (podendo ser estendido a sistemas sociológicos e antropológicos no espaço conceitual – abrangendo grupos e nações).

1.4.3.1 Teoria Adaptativa e Diagnóstico Adaptativo

O diagnóstico adaptativo é realizado por meio da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)⁷. Ela é um instrumento que utiliza como critério diagnóstico a concepção evolutiva da adaptação humana, apresentada segundo Simon (1989, 1998, 2005). Foi desenvolvida por Simon (1989, 2005), fruto de um trabalho iniciado em 1970, vivenciado por mais de 15 anos, no Setor de Saúde Mental, no Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina. Após algum tempo de aplicações práticas e contando com a

⁷ Mais detalhes podem ser vistos no livro “Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos”, de autoria de Simon, R. (EPU, 1989).

parceria de colaboradores, como Kayoko Yamamoto, José Tolentino Rosa e Abílio Rosa, a EDAO passou por uma redefinição (Simon, 1996, 1998), chegando à versão atual, EDAO-R.

Segundo Simon (1989, p.13) ela foi criada para possibilitar “com brevidade um levantamento da população e organizar providências para seu atendimento conforme a classificação atribuída a cada indivíduo”. A escala permite certa quantificação de conteúdos subjetivos, sem tirar o aspecto qualitativo, emocional e psíquico. Assim, é possível conservar peculiaridades dos sujeitos, sem rotulá-los em determinada patologia, ao mesmo tempo em que permite a utilização de um sistema de classificação. Além de possibilitar a fácil expressão da conclusão de seus resultados.

De acordo com Simon (1989, 2005), a EDAO-R pode ser aplicada em sujeitos de ambos os sexos, a partir dos 16 anos e em diferentes situações socioculturais. Ela se destaca, principalmente, nos trabalhos e estudos que visam a uma atuação preventiva, pois permite que poucos casos fiquem sem avaliação, demanda pouco tempo e proporciona maior consenso entre os avaliadores do diagnóstico. Foi utilizada, dentre tantos outros, em trabalhos como de Corrêa, Vizzotto e Cury (2007): *Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização in vitro*; Heleno (2000): *Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes diabéticos tipo 2* e Oliveira (2000): *Psicoterapia breve operacionalizada e evolução adaptativa em hipertensos essenciais*, os quais estão voltados a grupos específicos.

A coleta de dados para o trabalho com a EDAO-R se dá por meio de entrevistas preventivas ou tradicionais. Elas devem permitir o entendimento da adaptação global do sujeito, que é constituída pelas soluções encontradas por ele, diante das situações impostas pela vida.

A adaptação é avaliada segundo a adequação do conjunto de respostas que o sujeito apresenta para a satisfação de suas necessidades em quatro setores de funcionamento:

- *Afetivo-Relacional (A-R)*: Refere-se ao conjunto das respostas emocionais, atitudes e ações do sujeito nas relações interpessoais e com relação a si.
- *Produtividade (Pr)*: Abrange o conjunto de sentimentos, atitudes e respostas ligadas a qualquer atividade produtiva (trabalho, estudo, outras atividades como: artística, filosófica, religiosa) que representa a ocupação principal do indivíduo no período da avaliação.
- *Sociocultural (SC)*: Representa o conjunto de sentimentos, atitudes e ações diante de recursos comunitários, organizações e pressões sociais, valores, costumes, instituições e estrutura social do contexto que está inserido.
- *Orgânico (Or)*: Envolve o estado físico, anatômico e fisiológico, da totalidade do organismo do indivíduo. Compreende os cuidados, assim como os sentimentos, atitudes e ações em relação ao próprio corpo, à higiene, alimentação, sono, sexo. Engloba a realização de atividades físicas e a sensação de bem-estar físico.

Os quatro setores são classificados qualitativamente, sendo que A-R e Pr possuem um sistema de pontuação. Esses setores têm maior influência na totalidade adaptativa e interagem com os outros setores, geralmente, de modo determinante. Logo, na quantificação, os setores SC e Or não recebem valores, visto que, seus modos de adequação refletem a classificação presente em A-R e Pr, ou as seguem.

O conjunto de respostas de cada setor é avaliado de acordo com três critérios: 1) Solução do problema; 2) Grau de satisfação com as soluções encontradas; 3) Intensidade do conflito intrapsíquico ou ambiental, a partir das soluções adotadas. Os modos adaptativos que cada pessoa encontrará para solucionar suas necessidades são avaliados em três níveis:

- *Solução Adequada*: Quando o indivíduo apresenta:
 - Capacidade de buscar soluções que atendam suas necessidades e resolvam suas dificuldades;
 - Consegue soluções que trazem satisfação, gratificação, prazer;
 - Essas soluções não provocam conflitos intrapsíquicos ou com o ambiente.

- *Solução Pouco Adequada:*

- A solução encontrada pode dar satisfação, mas causa conflitos internos ou externos, isto é, resolve, é satisfatório, porém, conflitivo ou:

- A solução não causa satisfação, mas está de acordo com os princípios do indivíduo e/ou do contexto em que está inserido, isto é, resolve, é insatisfatória, mas sem conflitos.

- *Solução Pouquíssima Adequada:*

- Além da solução ser insatisfatória, ainda causa conflitos intrapsíquicos e/ou externos – por exemplo, reduz a autoestima, provoca atritos legais ou culturais, sem dar prazer.

Deste modo, a quantificação dos setores adaptativos apresenta estas possibilidades:

Setor	Pontuação conforme o modo de adequação		
	Adequado	Pouco	Pouquíssimo
A-R	3	2	1
Pr	2	1	0,5

Simon (2005, p.27)

Quanto mais o conjunto de respostas do sujeito for adequado, mais eficaz será sua adaptação. Há cinco grupos de diagnóstico adaptativo possíveis⁸:

Classificação Operacionalizada			
Grupo	Classificação Diagnóstica	Soma	Pontuação
1	Adaptação Eficaz	A-R adequado = 3 + Pr adequado = 2	5,0
2	Adaptação Ineficaz Leve	A-R pouco adequado = 2 + Pr adequado = 2	4,0
		A-R adequado = 3 + Pr pouco adequado = 1	4,0
3	Adaptação Ineficaz Moderada	A-R pouco adequado = 2 + Pr pouco adequado = 1	3,0
		A-R adequado = 3 + Pr pouquíssimo adequado = 0,5	3,5
		A-R pouquíssimo adequado = 1 + Pr adequado = 2	3,0
4	Adaptação Ineficaz Severa	A-R pouquíssimo adequado = 1 + Pr pouco adequado = 1	2,0
		A-R pouco adequado = 2 + Pr pouquíssimo adequado = 0,5	2,5
5	Adaptação Ineficaz Grave	A-R pouquíssimo adequado = 1 + Pr pouquíssimo adequado = 0,5	1,5

Simon (2005. p.27)

⁸ Folha de resumo diagnóstico para pesquisa adaptado de Simon (1998) segue anexo A.

Além da adaptação, Simon (1989, 1998, 2005) também avalia se o indivíduo está em um momento de crise, ou não. A *crise* ocorre em situações que provocam impactos, com valor emocional significativo para a pessoa, e o sujeito não consegue encontrar uma solução a curto prazo. Ela é capaz de provocar mudanças significativas e se caracteriza pelo conflito e sofrimento.

Simon (1989) classifica a crise de acordo com o fator que lhe deu origem, baseado na concepção de *perda* (ou ameaça de perda), onde, em geral, são predominantes os sentimentos de culpa e depressão; e *aquisição* (ou expectativa de), que é marcada por sentimentos predominantes de insegurança, inferioridade e inadequação, que podem se expressar no medo de não estar à altura da situação, de não suportar as pressões.

Segundo Simon (1989), a pessoa pode sair da crise com muitos prejuízos e diminuir sua qualidade na adaptação. Contudo, durante o momento de crise a pessoa fica propícia a buscar auxílio e, também, pode construir oportunidades de desenvolvimento. A crise pode, inclusive, auxiliar para que o indivíduo se aprofunde em seu autoconhecimento e assim possa contar mais consigo, diante das dificuldades, com um pouco mais de segurança.

1.5 OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo pretende compreender a associação entre obesidade e variantes da eficácia da adaptação em homens adultos entre 30 e 50 anos.

1.5.1 Objetivos Específicos

- Verificar:
 - Se fatores emocionais e situacionais facilitam a instalação e manutenção da obesidade.
 - A história construída da obesidade.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Método

Para Simon (1989) e Minayo (1994), o estudo de fatores humanos pode auxiliar na obtenção de dados importantes para a realização de ações de saúde pública que dependem dos modos de sentir, pensar e agir das pessoas a que se destinam. Assim, para alcançar os objetivos propostos, nesta investigação, foi realizada uma pesquisa clínica qualitativa, com base na teoria psicanalítica e na teoria da adaptação.

A proposta da Pesquisa Clínica em Psicanálise, segundo Mezan (1999), é a de constituir um conhecimento, a partir da clínica psicanalítica, que não esteja limitado aos fundamentos teóricos. No entendimento desse autor, a importância e aplicação desse método, no campo das ciências humanas e da saúde mental, ocorrem por permitir que se compreenda e avalie o atendimento do sofrimento psíquico, sem sua objetivação direta. Para o autor, toda investigação psicanalítica é de tipo qualitativa. E o método também evidencia a especificidade e a generalidade do conhecimento que é constituído, permitindo o entendimento de aspectos singulares e de elementos compartilhados.

2.2 Sujeitos

O estudo contou com a participação de quatro homens, residentes no interior de São Paulo, sendo que, dois sujeitos foram encaminhados por profissionais da área da saúde (uma fisioterapeuta e uma psicóloga) e, os outros, foram selecionados pela pesquisadora em

conjunto com a enfermeira responsável pelo serviço médico de uma metalúrgica da cidade em que os mesmos trabalham.

Os critérios de seleção (focados no objetivo de compreender a relação entre a obesidade masculina e as variantes da eficácia da adaptação) foram:

- Ter idade de 30 a 50 anos: a faixa etária entre 30 e 44 anos é representativa da faixa etária adulta, como encontramos na literatura. Em nosso estudo, ela é estendida até os 50 anos, apoiada em três fatores: 1) Segue a indicação do IBGE; 2) Não compromete o estudo; 3) Proporciona uma participação maior de sujeitos;
- Ter índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 25 kg/m^2 – que abranja os estados de: sobrepeso e os graus I, II e III de obesidade;
- Não apresentar distúrbio orgânico que conduza à obesidade, como, por exemplo, distúrbio hormonal.

2.3 Local

Em virtude das dificuldades encontradas para que os obesos aceitassem participar do estudo (descritas no item 2.5 *Procedimentos*, p. 88), as entrevistas foram realizadas em dois locais:

- No consultório da pesquisadora;
- Em uma sala localizada dentro do ambulatório médico da empresa, que disponibilizou a seus colaboradores, pois, mesmo com o convite para que as pessoas fossem ao consultório da pesquisadora, houve a opção, por parte dos participantes, de permanecerem na empresa. Assim, a empresa cedeu uma sala, adaptada à realização de exames de audiometria, a qual também garantia condições de privacidade necessárias, conforto espacial e acomodação adequada.

2.4 Instrumentos

Este estudo utilizou como instrumentos: 1) Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Revisada (EDAO-R), 2) Entrevista Preventiva, 3) Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) e 4) Escala Toronto de Alexitimia (ETA-20).

2.4.1 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Revisada (EDAO-R)⁹

A aplicação da EDAO-R auxiliou no entendimento da associação entre obesidade e as variantes da eficácia da adaptação dos sujeitos em estado de sobrepeso e obesidade, visto que, colaborou com a compreensão de quatro setores da adaptação humana – Setor Afetivo-Relacional (A-R), Produtividade (Pr), Sociocultural (SC) e Orgânico (Or); favoreceu a reflexão sobre o papel dos fatores emocionais e situacionais na instalação e manutenção da obesidade e auxiliou na percepção de como os sujeitos se relacionam com o setor orgânico diante do excesso de peso.

2.4.2 Entrevista Preventiva

A entrevista preventiva foi incluída em nosso estudo, pois sua realização possibilitou a coleta de dados para a aplicação da EDAO-R e da construção da história clínica do sujeito relacionada à obesidade. E, ao mesmo tempo, havia uma demanda da pesquisadora, a qual identificou uma questão em relação aos obesos e solicitou a cooperação dos sujeitos, antes dos mesmos ponderarem sobre a necessidade de receber auxílio.

⁹Outros dados sobre o instrumento constam no item 1.4.3.1 *Teoria da Adaptação e Diagnóstico Adaptativo*, p.74

Segundo Simon (1989, p.47): “o contraste mais marcante entre a entrevista clínica habitual e a entrevista preventiva consiste na diferença entre ser procurado, ou procurar o paciente.” A entrevista preventiva é um instrumento baseado no conhecimento de Bleger (1980), Ocampo et al. (1995) e, também, na teoria da adaptação (Simon, 1989). É denominada preventiva, justamente, porque a iniciativa é do profissional. É o entrevistador quem procura a pessoa antes que esta manifeste a busca pelo tratamento. Simon (1989, pp. 47, 48) aponta que:

Na entrevista em prevenção, importa também alcançar os indivíduos antes do período patogênico. Ou aqueles que já estando no período patogênico, não se consideram suficientemente “doentes” para procurar ajuda. Neste último caso estaria sendo aplicada a tática do “diagnóstico precoce”, extremamente útil para a prevenção de qualquer doença, porque a intervenção terapêutica pode ser instaurada antes que o processo patogênico tenha produzido devastações dificilmente reversíveis.

Na entrevista preventiva, o entrevistador mantém uma postura ativa durante o processo. Quando está associada à aplicação da EDAO, ele também procura colher dados que possibilitem a compreensão de elementos relacionados com os quatro setores: A-R, Pr, SC e Or, assim como dos modos de adaptação e de soluções encontrados durante sua história. Essa entrevista também permite acompanhar as evoluções da pessoa, desde sua infância até o momento atual, permitindo a compreensão de dinâmicas psíquicas conscientes ou não, mas que têm influência em sua qualidade de vida.

Por meio da entrevista preventiva, segundo Simon (1989), também é possível: entender os aspectos que não estão funcionando bem (de elementos biopsicossociais e produtivos) e o que poderia ser feito para melhorá-los; a compreensão do contexto e da história de elementos que geram conflitos e insatisfações; esclarecer dúvidas e dados, divulgar informações sobre lugares em que se pode receber auxílio específico e sobre determinadas patologias, se for o caso; tentar trabalhar preconceitos, principalmente em relação a quem precisa ou recebe auxílio especializado; e realizar encaminhamentos necessários.

No entendimento do autor, ainda é recomendado que se inicie o encontro, dando esclarecimentos sobre o motivo que levou o sujeito a ser chamado para entrevista. E, diante

das respostas, que sejam realizados esclarecimentos, complementações e correções necessários. De acordo com o autor, as fantasias persecutórias podem ser mais intensas, pois não foi o sujeito que procurou o profissional. Ele assinala que, mesmo que a pessoa compareça, pode haver situações nas quais não haja colaboração por parte do entrevistado e, neste caso, devemos aceitar o insucesso. Quando for possível, podemos indicar a disponibilidade de outro entrevistador ou a disponibilidade, caso algum dia julgue que possamos ser útil.

A sequência da entrevista é flexível, depende do entrevistado, de sua personalidade e do problema que se está mencionando. Simon (1989) recomenda que se inicie pelos setores menos íntimos, ou menos ansiogênicos. Os setores Pr e SC, em geral, são considerados menos ansiogênicos e Or e A-R mais disparadores de ansiedade. Assim, a sugestão é que se inicie indagando sobre estudos, trabalho, motivações, desempenho atual. Em seguida, abordar preferências e aversões, no ambiente sociocultural, e as principais atitudes e ligações em relação a instituições. Tentar entender os principais valores diante da vida. Seguir com o relato sobre o setor orgânico, que envolve cuidados corporais, alimentação, sono, existência de deficiências, limitações, patologias e as necessidades, soluções e satisfações sexuais.

O setor afetivo-relacional, geralmente, é o último a ser abordado e o entrevistador deve dar especial atenção à comunicação não-verbal. Pode-se começar pelo relacionamento com amigos, pessoas com vinculação afetiva menos estreita e com os irmãos. No passado e depois no presente. Depois, direcionar-se para os pais, primeiro na infância. E finalizar com o relacionamento amoroso atual.

De acordo com Simon (1989), a quantidade de encontros não é pré-estabelecida. Devem-se realizar encontros suficientes para que seja possível atingir os objetivos acima citados. Contudo, como a entrevista tem caráter preventivo e é o entrevistador quem procura a pessoa entrevistada, nem sempre é possível conciliar a disponibilidade de tempo, o lugar

adequado para os encontros ou mesmo a disponibilidade interna das pessoas entrevistadas; logo, também recomenda que o entrevistador procure aproveitar ao máximo as oportunidades que tiver.

2.4.3 Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)¹⁰

Por meio da aplicação da AGF foi possível mensurar a percepção sobre o funcionamento dos sujeitos, em uma perspectiva contextualizada em relação a si e ao ambiente em que está inserido. Um aspecto que corroborou com a análise dos resultados da EDAO-R.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *funcionamento* como um termo genérico para as funções das estruturas do corpo, atividades e participação do sujeito. O funcionamento indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo e seus fatores contextuais ambientais e pessoais (SOUZA; COUTINHO, 2006; SÁ JR.; SOUZA, 2007).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua terceira edição (DSM-III, 1980), introduziu várias inovações metodológicas importantes, que apontaram para a preocupação com um modelo que promova a avaliação mais abrangente. Dentro de uma análise biopsicossocial, em contextos clínicos, educacionais e de pesquisa.

Entre as inovações, houve a proposta de um sistema multiaxial¹¹, com a presença do Eixo V, o qual contém a AGF, é usado para o relato do julgamento clínico acerca do nível global de funcionamento do indivíduo.

¹⁰ Anexo B.

¹¹ O sistema multiaxial oferece um formato conveniente para organizar e comunicar informações clínicas, para captar a complexidade de situações singulares e para descrever a heterogeneidade dos indivíduos que se apresentam com o mesmo diagnóstico, facilitando a avaliação abrangente e sistemática com atenção para: vários

Segundo o DSM-IV (1995), essa escala pode ser particularmente útil para rastrear o progresso clínico dos indivíduos em termos globais, usando uma medida única, visto que ela propõe um instrumento de mensuração de sintomas em estudos clínicos, o qual é confiável e aceito dentro do contexto local do paciente. E que também é simples, de rápida execução, exigindo pouco ou nenhum treinamento, como nos questionários de autopreenchimento.

As orientações do DSM-IV (1995) para utilização da escala são as seguintes:

- A Escala AGF deve ser pontuada com respeito apenas ao funcionamento psicológico, social e ocupacional do sujeito.
- Não incluir prejuízo no funcionamento, devido a limitações físicas ou ambientais.
- Na maioria dos casos, as pontuações na Escala devem ser relativas ao período atual, isto é, correspondem ao nível de funcionamento, durante a época da avaliação, uma vez que determinações do funcionamento atual, geralmente, refletem a necessidade de tratamento ou de cuidados.
- Em alguns contextos, pode ser útil anotar a pontuação no momento da admissão e/ou da alta, mas ela também pode ser pontuada para outros períodos de tempo, por exemplo, o mais alto nível de funcionamento por, pelo menos, alguns meses, durante o ano anterior.
- A Escala AGF é relatada como segue: AGF=, seguido pela pontuação de 1 a 100 da AGF, e pelo período de tempo refletido na pontuação entre parênteses, por exemplo: AGF= 45 (atual); AGF= 78 (nível mais alto no ano passado); AGF= 51 (na alta).

2.4.4 Escala Toronto de Alexitimia (ETA-20) ¹²

Autores como Nemiah, Sifneos (1970), Taylor, Bagby, Parker, (1991) e McDougall (2000), discutem sobre a alexitimia¹³ e entendem que ela pode fazer parte do funcionamento de muitos sujeitos. Contudo, Taylor et al. (1985), Caldas (1999) e Yoshida (2000) apontam que há ausência de um padrão clínico diagnóstico que delimite a alexitimia claramente. Assim, optamos por acrescentar a utilização da Escala Toronto de Alexitimia (ETA-20), para facilitar o entendimento e a mensuração desse fenômeno.

Taylor et al. (1985) desenvolveram a *Toronto Alexithymia Scale* (TAS), um instrumento de autopreenchimento específico para alexitimia. Depois de uma vasta revisão da literatura, esses autores conceituaram cinco áreas básicas e constitutivas da alexitimia: 1) Dificuldade em descrever sentimentos; 2) Dificuldade em distinguir sentimentos das manifestações somáticas dos afetos; 3) Falta de introspecção; 4) Conformismo social e empobrecimento da vida de fantasia; 5) Ausência de relato de sonhos.

Na primeira versão da TAS, foram usados 26 itens. Taylor et al. (1992) e Bagby et al. (1994), autores da Escala, reexaminaram e reestruturaram a escala, a TAS-R, que foi reduzida para 23 itens. Depois de sua segunda revisão, foram mantidos 20 itens. Assim, o instrumento passou a ser conhecido como TAS-20. E, de acordo com Caldas (1999), nessa nova versão, os itens 4, 5, 10, 18 e 19 foram invertidos em seu sentido para melhorar a confiabilidade.

No Brasil, entre outros trabalhos, Fortes (1995) realizou um estudo com universitários que visava compreender a alexitimia e aspectos socioeducacionais diante de fatores ligados à verbalização da emoção e utilizou a escala como instrumento que auxiliou em seu entendimento. Yoshida (2000, 2006) dedicou-se à precisão e validade da versão da TAS-26,

¹² Anexo C.

¹³ O termo alexitimia, neste trabalho, foi apresentado no item 1.4.1 *Corpo: Soluções Psicossomáticas*, p. 33.

em Português, e a valorização de seu uso na prática clínica. E Wiethaeuper et al. (2005) realizou estudos sobre a consistência interna e fatorial confirmatório da Escala Toronto de Alexitimia-20 (ETA-20), como a Escala tornou-se conhecida após sua tradução.

Segundo Taylor et al. (1992), Caldas (1999) e Wiethaeuper et al. (2005), a ETA-20 deve receber atribuição de escore de 1 até 5 em cada um de seus 20 itens. Nela o sujeito deve assinalar a opção mais adequada, à sua realidade, em relação à afirmativa, refletindo se: 1) Discorda totalmente; 2) Discorda em parte; 3) Não concorda nem discorda; 4) Concorda em parte; 5) Concorda totalmente.

O tempo aproximado de aplicação da Escala é de dez minutos. São necessárias apenas a Escala, caneta e respostas sinceras por parte dos sujeitos. Para a avaliação, os números assinalados devem ser somados. A pontuação total do sujeito pode variar entre 20 e 100 pontos. Um escore elevado indica um alto grau de alexitimia. O ponto de corte para a ETA-20, obtido através do estudo comparativo entre populações de referência, situa-se entre 51 e 61 pontos; nessa faixa, os dados são insuficientes para avaliar a probabilidade de que o indivíduo seja alexitímico ou não (TAYLOR ET AL., 1992; CALDAS, 1999; WIETHAEUPER ET AL., 2005).

Embora haja críticas, a ETA-20 mostrou-se o instrumento, cuja aplicação apresentou a melhor validade e confiabilidade na avaliação da alexitimia. Entretanto, Taylor, Bagby e Parker (1991) advertem que a Escala não deve ser utilizada como único instrumento na avaliação na alexitimia. Tal instrumento serve como auxílio ao clínico, como elemento de triagem e no contexto da avaliação. Portanto, deve incluir outras fontes, como: observação clínica, informações de familiares e amigos, avaliação de outros instrumentos. Em nosso estudo, a ETA-20 complementa a observação clínica.

2.5 Procedimento

Para o desenvolvimento do estudo, inicialmente, a solicitação de encaminhamentos foi feita à Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de uma cidade do interior de São Paulo. No município, as pessoas que buscam tratamento para obesidade são encaminhadas aos Postos de Saúde, os quais, depois, as direcionam a um Centro Municipal de Especialidades, que se tornou responsável pelos encaminhamentos de sujeitos para o estudo. Contudo, nenhuma pessoa do gênero masculino se disponibilizou a participar.

Recorremos, também, a contatos com diversos profissionais da área de saúde. Houve várias promessas de pessoas que se disponibilizariam a participar do estudo. E, mesmo assim, não conseguimos um retorno efetivo. Os homens não aceitavam participar do estudo ou não compareciam aos encontros.

Na tentativa de conseguir colaboradores, foi colocado um breve anúncio em um jornal, que circula na cidade e região, com tiragem mensal de 5000 exemplares. Novamente, não tivemos nenhum retorno. Verificamos fatores que pudessem acarretar a falta de participantes.

Perguntamos aos contatos que encaminhariam sujeitos como as pessoas eram abordadas e como reagiam. Tivemos dois direcionamentos principais. No primeiro os profissionais envolvidos diziam que os obesos alegavam falta de tempo e que não queriam falar sobre a obesidade ou com um psicólogo. Um exemplo foi: *“Não dá pra esconder que sou gordo, mas louco ninguém vai dizer que eu sou”* [sic]. Alguns profissionais, também, disseram que ficavam *“sem jeito”* [sic] de abordar o obeso: *“Como falo? Gordinho? Se falar para ele que é obeso, ele ficará ofendido”* [sic]. No segundo direcionamento, as pessoas diziam que conversaram com pacientes e/ou conhecidos, que passaram os telefones para contato, mas que a pessoa pensaria sobre o assunto e se quisesse ligaria.

O surpreendente é que médicos, psicólogos e assistentes expressaram que, enquanto conversavam com os homens, as obesas que ouviam o convite, logo se mostravam dispostas a colaborar. Então, eles questionavam se o estudo não poderia ser feito com mulheres. O que nos levou a questionar sobre o modo diferente que cada gênero se pôs diante da situação – o que será abordado em nossas discussões finais.

Durante o que foi descrito, um único sujeito foi encaminhado – por uma fisioterapeuta. Ele fez um contato telefônico, compareceu ao encontro, aceitou participar deste estudo e foi atendido no consultório da pesquisadora.

Diante desse panorama, foi solicitada a cooperação do ambulatório médico de uma empresa, que aceitou colaborar com o trabalho. A empresa conta com cerca de 200 colaboradores e a maioria é do sexo masculino. Dentro da rotina de seu Departamento de Saúde, são realizados exames admissionais e periódicos, nos quais está incluso o controle do IMC. O médico responsável se interessou pelo nosso estudo, pois o estado de saúde dos colaboradores com sobrepeso e obesos também o preocupava.

Os sujeitos foram selecionados pela pesquisadora em conjunto com a enfermeira responsável pelo serviço médico da empresa. Iniciamos com a faixa etária entre 30 e 44 anos. Durante a seleção, optamos por aumentar a faixa etária até os 50 anos, por entendermos que não comprometeria o estudo e que nos permitiria abranger um número maior de sujeitos.

Foram selecionados 24 candidatos, dos quais se verificou que: seis trabalhavam no período noturno e não deveriam ser contatados – faz parte da política de segurança da empresa não incentivar atividades que possam interromper o descanso dos colaboradores; cinco sujeitos prestavam serviços em uma filial, em outra cidade; três estavam afastados pelo INSS e dois estavam em férias. Restaram, assim, oito sujeitos para o estudo.

A enfermeira ligou no departamento de cada participante e os convidou para que comparecessem ao Departamento de Saúde – na empresa, o convite para conversar sobre diferentes assuntos faz parte da rotina.

No início do encontro com cada sujeito, a pesquisadora explicou sobre a pesquisa e seu objetivo e, também, sobre a entrevista preventiva – quando as orientações de Simon (1989) foram seguidas. Antes do início do processo, foi verificada a presença de dúvidas. Após o esclarecimento e a concordância do sujeito, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹⁴ foi assinado.

Nessa etapa, houve um sujeito que não aceitou participar do estudo – ele não se sentiu seguro, mesmo sendo garantido que os dados não seriam compartilhados com a empresa, divulgados de modo que o deixasse exposto ou o prejudicasse. Então, foi liberado, sem qualquer prejuízo para ele.

Cada participante foi convidado a realizar as entrevistas no consultório da pesquisadora, mas não houve disponibilidade para que se dirigissem a outro local. Todos eles preferiram realizar os encontros na empresa. Alegaram falta de tempo e dificuldade para locomoção, apesar do local ser de fácil acesso. E a enfermeira relatou que havia um histórico de não comparecimento em atividades fora do horário de trabalho, que não fossem do interesse próprio das pessoas. Então, a empresa cedeu um espaço e as entrevistas foram realizadas durante a jornada de trabalho dos colaboradores, respeitando os critérios éticos.

Na mesma época, contamos com a segunda participação voluntária no consultório da pesquisadora. Este sujeito foi encaminhado por uma psicóloga. A pesquisadora fez o contato telefônico. Uma primeira entrevista foi agendada, mas foi desmarcada pelo sujeito. Ela foi remarcada, porém, o sujeito não compareceu. A entrevista foi marcada pela terceira vez, mas o sujeito, novamente, não compareceu. Depois de uma semana, ele mesmo ligou e agendou.

¹⁴ Apêndice A

Dessa vez, ele compareceu. Foram realizadas mais duas entrevistas, às quais ele chegava até antes do horário marcado.

Ele tem 32 anos, IMC 44,89 – é considerado obeso em Grau III, estado de obesidade mórbida. É cozinheiro. Homossexual. Os desencontros representavam alguns aspectos de sua psicodinâmica. Durante o encerramento do processo, ele foi encaminhado para receber auxílio psicoterápico, na tentativa de facilitar seu trabalho em relação a suas questões psicodinâmicas. Ele aceitou o encaminhamento e iniciou o processo – no entanto, seus dados não são descritos neste estudo, pois, como descrito a seguir, foi realizado um sorteio para apresentação de sujeitos, de acordo com o grau de obesidade e, ele não estava entre os sorteados.

Assim sendo, contamos com nove sujeitos, oito heterossexuais e um homossexual, dois foram entrevistados no consultório da pesquisadora e sete em seu local de trabalho. Dois estavam em estado de sobrepeso, outros dois se encontravam em obesidade grau I, apenas um sujeito estava classificado no grau II e os quatro restantes se encontravam no grau III. Encontrar sujeitos no grau II se configurou como algo raro, visto que, em geral, quando o sujeito está com IMC entre 35,0 e 39,9, há a presença de alguma comorbidade associada, o que já se configura como obesidade mórbida.

Foram realizadas de uma a quatro entrevistas com cada sujeito. Depois de realizadas as entrevistas, percebeu-se que quatro sujeitos, em sua diversidade e em diferentes estágios no processo de ganho de peso (estado de sobrepeso e os graus de obesidade I, II e III) eram representantes significativos dos achados e nos possibilitavam reflexões qualitativas necessárias de acordo com o objetivo de compreender a obesidade em homens adultos, relacionando-a a variantes da eficácia da adaptação e de verificar se fatores emocionais e situacionais facilitavam a instalação e manutenção da obesidade. E, ainda, os diferentes estágios nos permitiam ampliar nosso olhar para a história clínica do sujeito relacionada à

obesidade e corroborava com o objetivo de verificar a história construída da própria obesidade.

Além disso, a pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (1994), lida com a possibilidade real de entendimento ampliado das relações, dos processos e dos fenômenos, os quais não podem ser reduzidos ao trabalho com variáveis ou mesmo quantificados. Desse modo, ela não se baseia no critério numérico, para garantir sua representatividade e sim no conteúdo das informações. Assim, para essa autora, é o conteúdo que determina o número de participantes.

Em seguida, realizamos um sorteio para definir os participantes que seriam apresentados neste estudo. O estágio da obesidade em grau II foi o único em que não houve sorteio, visto que contamos com apenas um representante deste grupo. Entre os sorteados, Carvalho¹⁵, Pinheiro e Jatobá faziam parte dos sujeitos entrevistados no local de trabalho. Somente Oliveira foi entrevistado no consultório da pesquisadora.

No contato com o conteúdo das entrevistas, optamos por acrescentar a utilização da Escala Toronto de Alexitimia (ETA-20), para facilitar o entendimento e a mensuração deste fenômeno. Uma vez que, autores como Taylor et al. (1985) e McDougall (2000) entendem que a alexitimia pode fazer parte do funcionamento de muitos sujeitos e apontam a necessidade de associar a aplicação de um instrumento, pois não há um padrão clínico diagnóstico que a delimite claramente.

Assim sendo, com esses quatro sujeitos, além das entrevistas, foi realizado um encontro para a autoaplicação da ETA-20. O total de encontros com cada participante foi o seguinte: Carvalho (em estado de sobrepeso) três; Pinheiro (obeso em grau I) dois encontros; Jatobá (obeso em grau II) três encontros; Oliveira (obeso em grau III) quatro encontros.

¹⁵ Todos os sujeitos receberam nomes fictícios.

Antes do encerramento dos encontros, a pesquisadora procurou demonstrar disposição para acolher e dar continência aos sentimentos e ideias presentes, visto que a atividade mobiliza diferentes conteúdos nos entrevistados, desde a ampliação da elaboração de suas vivências até a mobilização de aspectos doloridos das mesmas.

Em seguida, foram realizadas diversas leituras e sínteses do conteúdo, a fim de se obter um relato condensado que, ao mesmo tempo, contivesse as informações mais significativas, na forma apresentada pelo participante.

Os sujeitos e seus dados foram apresentados por meio de: Apresentação do Sujeito; 1) Genograma; 2) Sobre as pessoas afetivamente próximas; 3) Principais aspectos na história construída da obesidade: a) O Sujeito e a obesidade; b) Disparadores situacionais mais destacados; c) Situação emocional envolvida; 4) Compreensão psicodinâmico-adaptativa; 5) Sobre a Eficácia da Adaptação, o Funcionamento Global e a Alexitimia; a) Diagnóstico Adaptativo; b) Dados Relevantes na Adequação por Setor; c) Avaliação Global do Funcionamento; d) Avaliação da Alexitimia; 6) Encaminhamento.

A avaliação e compreensão dos dados e da eficácia adaptativa foram realizadas conforme descrito. Assim como, o entendimento dos instrumentos utilizados. Por meio de uma análise qualitativa, foram sintetizados os dados que mais se destacaram na história clínica. E como, cada história comporta uma riqueza psicodinâmica que, se explorada, favoreceria muitas outras possíveis interpretações, realizamos um reexame de cada história apresentada e buscamos a identificação de semelhanças e diferenças na trajetória em conformidade com a proposta deste estudo de compreender a associação entre obesidade e variantes da eficácia da adaptação em homens adultos.

Desse modo, foram, então, produzidas abstrações sobre o grupo, a eficácia adaptativa e os dados relevantes por setor adaptativo, os resultados dos instrumentos, os aspectos comuns e os principais achados na história construída da obesidade masculina.

2.6 Cuidados Éticos

A execução deste trabalho foi realizada de acordo com o artigo 196/96 da Constituição da República Federativa do Brasil da Seção II da Saúde.

No momento de entrega ao paciente do Termo de Consentimento (Apêndice A), foi explicado sobre o objetivo da pesquisa e foi garantida a devolutiva dos resultados da pesquisa, àqueles que o desejarem.

Respeitamos a integridade física e moral dos participantes em todas as fases do procedimento, sem penalização alguma e sem prejuízo a quem não aceitou participar.

O estudo foi submetido, em maio de 2006, à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana – CEPH do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP/SP e aprovado em 04 de dezembro de 2006¹⁶.

¹⁶ Ofício de Aprovação do CEPH – IPUSP, nº 5006, de 11/12/2006 - Presidente do Comitê: Professor Titular Yves De La Taille.

3 RESULTADOS

3.1 APRESENTAÇÃO DE CASOS¹⁷

O homem é seus dentes, seu sorriso, suas alegrias e doenças todas, seu olhar brilhante ou fosco, seu andar com uma posição determinada de pés que caminham sempre da mesma maneira; ele é sua gordura ou magreza, é suas roupas, seu aperto de mão e seu beijo, sua cordialidade ou sua respeitosa reserva (CAMPELO, 1996, p.78).

3.1.1 Carvalho

Carvalho tem 41 anos, IMC 29,52 – está considerado em estado de sobrepeso. Ele trabalha em uma empresa, como engenheiro e, também, atua como professor em cursos profissionalizantes. É heterossexual. Foi evangélico, hoje acredita em Deus, mas não tem uma religião específica. Está separado há pouco mais de um ano. Mora sozinho e cuida das atividades domésticas de sua casa, uma vez que conta que não confia em profissionais para a limpeza, por ter sido roubado várias vezes. Tem três filhos. Percebe-se batalhador, persistente e extrovertido. Gosta de bailes e de dançar. Procura se manter como uma fonte de apoio para a família: “*quando alguém precisa, estou aqui para ajudar*” [sic].

Ele trabalha bastante e não consegue realizar atividades físicas com regularidade, embora reflita sobre seu sedentarismo e das pessoas de modo geral:

Neste mundo, a gente faz uma série de compromissos pra se manter. Eu quero ter um padrão de vida, então, tem que trabalhar. E o trabalho, às vezes, compromete, seu lazer, você não faz uma caminhada... A própria correria impede. [...] Eu comprei uma bicicleta e ela está em casa com o pneu murchando. Isso me deixa entediado. [...] E você tem que ter uma motivação... Caminhar sozinho não motiva e é muito difícil encontrar alguém que possa andar no mesmo horário. Antigamente não tinha tanta morbidez, as pessoas andavam a pé, carregando sacolas. Antes, subiam e desciam morros. [...] As pessoas andam muito de carro [sic].

¹⁷ Todos os nomes apresentados foram alterados para preservar a identidade dos participantes. As referências e descrições de obesidade, magreza ou características corporais são percepções particulares dos entrevistados.

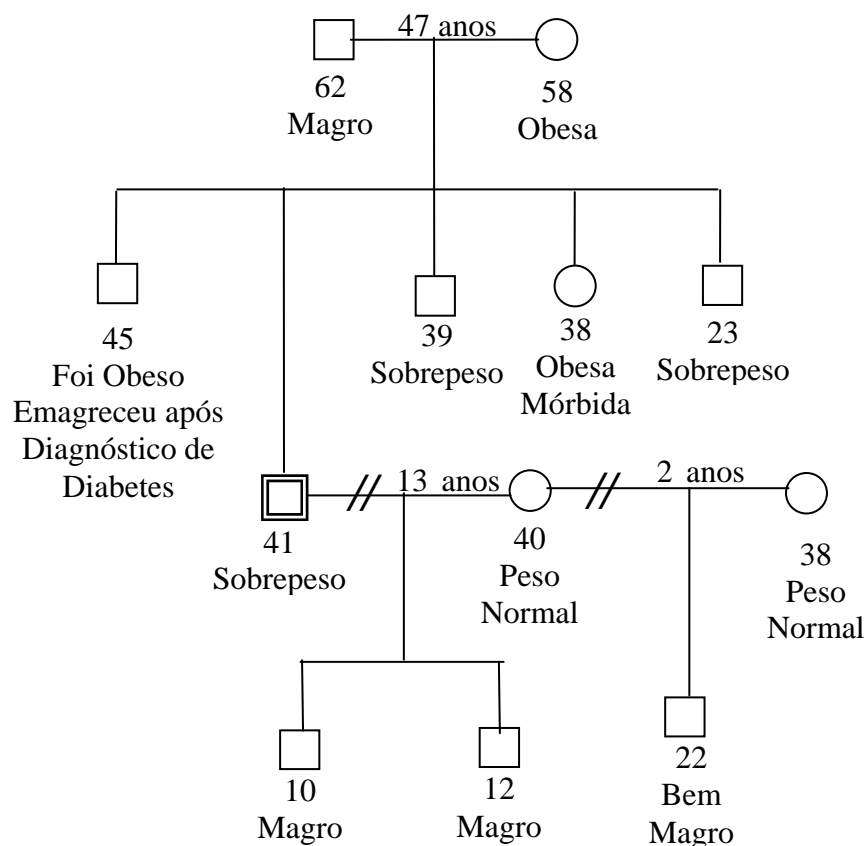
Para Carvalho, seu corpo não interfere em sua autoestima:

Não preciso ser um galã. Não preciso ser magrinho... Meu corpo não tem uma gordura flácida. Eu só tenho essa barriga, que também só atrapalha esteticamente. Tem gente que “morre de vontade” de comer alguma coisa... E outras que ficam dias sem comer. [...] O estético pode estar bonito, mas e por dentro? Acho que hoje o pessoal está mais é seguindo um modismo. Quem foi o “loco” que inventou que tem que ser assim? [...] Faço amor, faço sexo, numa boa! [sic]

Sobre as relações com as mulheres e amigos, ele aponta que – com exceção das esposas: “Se quiser, dá pra namorar uma por dia, mas não é por aí! A vida não é assim. [...] Os relacionamentos que eu já tive depois são minhas amigas. [...] E, não tenho amigos, de ir à minha casa. Eu me encontro com os colegas lá na balada” [sic].

Carvalho valoriza o fato de ter feito exames e constatar que sua saúde está boa. Diz que procura manter uma boa alimentação, apesar de identificar que exagera, principalmente diante de porções de petiscos, acompanhadas por cerveja.

1) Genograma



Obs.: As observações sobre o peso estão descritas de acordo com o entrevistado.

2) Sobre as pessoas afetivamente próximas

Sua família de origem é evangélica, Carvalho e os irmãos frequentavam o culto regularmente. Ele sentia uma união familiar e destaca que: *“Minha família é muito ‘dez’! [...] Essa união familiar tá faltando hoje em dia! As pessoas já não têm mais isso... Houve uma mudança drástica com as pessoas e as famílias. O mundo evoluiu e as pessoas perderam o sentido principal que é a família”* [sic].

Seus pais eram rígidos, mas sentidos como companheiros. Sua mãe *“é batalhadora, trabalhou fora, mas conseguia cozinhar, cuidar da gente e da casa. [...] A janta tinha que ser antes da novela que minha mãe gostava. A gente jantava todos junto. [...] Depois, cada um ia para seu canto, ou ia dormir* [sic]. Seu pai *“se sentava na ponta da mesa. [...] Meu pai é uma pessoa quieta, de pouco diálogo. [...] um homem que defende os filhos, que procura estar ao lado deles”* [sic].

Carvalho tem quatro irmãos. Ele sente que o irmão mais novo o admira. A irmã é amiga e companheira. Uma pessoa muito querida. Ela começou a engordar na puberdade. O irmão mais velho consumia exageradamente lanches e sucos. Inicialmente, Carvalho destaca que diferente da irmã, os irmãos, do sexo masculino, eram magros e engordaram após seus casamentos. Mas, depois ele se recorda que com exceção do irmão casula, todos eles já se separaram e sofreram bastante durante as rupturas dos casamentos: *“ganhar peso não pode ser motivado só pela alimentação. O emocional também interfere até no hábito alimentar. [...] Todos foram afetados pela depressão e ansiedade em algum momento e dava pra ver que afetava o jeito que se alimentavam”* [sic]. Carvalho é o único entre os irmãos que não está com uma relação estável no momento.

Ele casou-se aos 18 anos, motivado, principalmente, pela crença religiosa de que não podia fazer sexo antes de estar casado e por sua mãe que *“acreditava que se ele casasse com*

uma moça evangélica ficaria em um 'bom caminho' para sempre" [sic]. O casal teve um filho. O primeiro ano foi praticamente a "*continuação da Lua de Mel*" [sic]. Depois, desse período, sua sogra passou por sérios problemas financeiros e foi morar em sua casa, com suas outras filhas.

O ambiente tornou-se conflituoso. Ele e a sogra discutiam frequentemente, motivados por divergências no cotidiano. Eles passaram a não se entender mais. Carvalho conta que, independente da situação, a esposa apoiava a mãe e parava de falar com ele. Chegou ao ponto de ir embora com a mãe e as irmãs, sem conversar com ele. Aos 20 anos, ele estava separado.

Carvalho sofreu muito com a separação. Ele acha que até ficou em depressão. Com o tempo, a esposa quis retomar a relação, mas ele não a perdoou. Quando eles romperam a esposa espera o filho do casal.

Depois de cerca de 7 anos, ele se casou novamente. E teve mais dois filhos. A segunda relação durou treze anos. "*As pessoas nasceram para ser felizes e se o relacionamento não deu certo... Se não se amam mais... Não tem que ficar pra vida toda*" [sic].

Ele conseguiu construir boas relações com seus três filhos. Procura ficar com eles no fim de semana, trocar carinho e respeito. E transmitir valores e reflexões éticas. Aprecia o fato dos filhos gostarem dele, como ele é. Colabora economicamente com eles. E possui uma visão bem diferenciada de cada um deles:

O rapaz de 22 anos é muito sossegado, não trabalha, não gosta de estudar... [...] O de 12 anos é inteligente, maduro, um empreendedor, ele pega o dinheiro dele e investe [...]. Ele é nervoso e ao mesmo tempo amável. O de 10 é extrovertido como eu. É alegre. Mas, tem que por mais limites. Se der asa... Ele quer voar [sic].

Carvalho se vê independente. Diz que não precisa de alguém para lavar roupa ou cuidar da casa. Ele sabe que consegue sexo com facilidade. Mas, pôde perceber que a presença de uma companheira, alguém para compartilhar a vida novamente, começa a lhe fazer falta.

3) Principais aspectos na história construída da obesidade

a) Carvalho e a obesidade

A classificação do estado de sobrepeso abrange até o IMC de 29,9 kg/m². Carvalho se encontra neste estágio, com IMC 29,52. Ele entende que: “*não sou obeso. [...] É só a barriga. [...] A minha estrutura sempre foi grande*” [sic] – embora, a obesidade já tenha passagem em sua história.

Ele lembra-se que por volta dos 29 anos, no período de início da gestação de seu segundo filho, seu IMC estava em torno de 30,17 e se manteve estável por cerca de 11 anos. Depois de sua segunda separação, chegou a 32,28 – ambos considerados Grau I da obesidade. Entretanto, quando atingiu esse último IMC, iniciou um tratamento com a orientação de um endocrinologista, que usou como base os medicamentos. Ao chegar ao estado atual de sobrepeso, ele interrompeu o tratamento e tem mantido seu peso estável.

Carvalho procura não comer muito, evita lanches e salgados e não apresenta compulsão alimentar. Para ele, seu aumento de peso “*é reflexo do estilo de vida... Falta atividade física... É difícil fazer uma boa alimentação quando se vive sozinho... E o exagero na cerveja também pesa*” [sic].

Inicialmente, Carvalho aponta que em sua família os homens ganham peso depois que se casam. Porém, mais tarde, associa o aumento de peso de seus irmãos aos momentos de sofrimento emocional, especialmente, durante as situações que envolvem a ruptura dos relacionamentos conjugais. E, apesar de compreender que estar sozinho afeta seu modo de se alimentar, ele não relaciona o próprio sofrimento ao seu aumento de peso.

b) Disparadores situacionais mais destacados

Carvalho aponta que:

- 1) O sofrimento envolvido em situações de separações colabora com o aumento de peso. A gestação (dos filhos e do irmão que nasceu depois dele) também é sentida como uma separação, um processo de ruptura da “atenção exclusiva” – o momento de ruptura do primeiro relacionamento ocorreu diante da gestação do filho e depois de um ano casado, pela segunda vez, a nova esposa também engravidou – nesse momento, seu processo de ganho de peso se iniciou. E, após a segunda separação, seu peso se elevou significativamente;
- 2) Para ele, viver sozinho afeta a prática de comportamentos alimentares adequados;
- 3) Encontra dificuldade em fazer refeições adequadas, devido a seu estilo de vida;
- 4) Convive com estímulo para se alimentar fora de casa e não preparar a própria refeição;
- 5) Para ele, é difícil mudar o estilo de vida:
- 6) Pretende fazer academia, pedalar e caminhar, mas não encontra tempo e companhia;
- 7) Realizou tratamento médico contra a obesidade. E interrompeu motivado por:
 - Temer efeitos colaterais dos remédios e acreditar que, quando parasse com a medicação, o peso voltaria em dobro;
 - Não poder associar medicamentos à ingestão de bebidas alcoólicas;
 - Não querer se apresentar à profissional sem conseguir apresentar perda de peso;

c) Situação emocional envolvida

Diante dos disparadores situacionais que discutimos, as vivências emocionais que mais se sobressaíram foram:

- Ele se sente só em muitos momentos;
- As situações de separação provocam, para ele, a sensação de insegurança, abandono e desamparo;

- Sente falta da sensação de união familiar reconhecida na família de origem;
- Compreende que a companhia também “*alimenta*” [*sic*] – Quando sai com amigos não sente fome;
- As dores das separações que vivenciou permanecem sem elaboração e, assim, são sentidas como dores atuais. Elas acentuam sua insegurança;
- Gostaria de receber atenção exclusiva das figuras femininas – mãe, esposas.
- Sente falta de um relacionamento mais profundo;
- Por medo de se envolver e sofrer, mantém-se afastado em suas relações e, ao mesmo tempo, idealiza alguém com quem se relacionar;
- Racionaliza bastante;
- Até acredita que precisa de ajuda, mas alega que a pessoa é quem tem que se ajudar;
- Carrega a ilusão de que precisa demonstrar que é alguém “forte”, alguém em que todos podem se apoiar.

4) Compreensão psicodinâmico-adaptativa

No contato inicial com a entrevistadora, Carvalho se mostra desconfiado – e precisa de medidas de reassuramento a cada novo encontro; mas, depois consegue se envolver e dar continuidade ao processo, sem que o clima fique persecutório.

Em algumas ocasiões, fala na terceira pessoa, “você”, quando quer se referir a si mesmo. Isto aconteceu principalmente, no início dos encontros, em momentos em que ainda não podia estar muito envolvido, como se fosse uma tentativa de tirar o foco de si.

Até a adolescência, seguia rigidamente os preceitos de duas instituições – família e igreja, em que o objetivo que se destacava era a expectativa de agradar à sua mãe (e a “grande mãe” que a igreja representava). Assim, seu primeiro casamento refletiu uma submissão ao

desejo do outro. Ele ainda carrega em seu modo relacional a expectativa de agradar às pessoas, na tentativa de se sentir querido. O que é exemplificado em suas relações, quando não se permite estar diante da endocrinologista sem apresentar perda de peso.

Carvalho conservou a valorização da instituição familiar. Ela é uma referência, onde apoia seus princípios e valores, apesar de que, em certa medida, ainda aparece idealizada: “*Minha família é muito ‘dez’!*” [sic]. Ele vivencia uma sensação de união e segurança familiar. Internalizou pais presentes em sua vida e sente que eles foram companheiros – o que facilita sua própria vivência enquanto pai. Na vida adulta, mesmo depois de separado, ele procura se manter presente na vida dos três filhos. Tenta transmitir seus valores e colaborar para que se tornem cidadãos éticos.

Carvalho tinha apenas 18 anos quando se casou. E deixa claro que foi influenciado pelas crenças e desejos de sua mãe – ele não percebe que suas emoções e necessidades é que o mobilizam. Durante a infância, a atenção primária era dividida com quatro irmãos, mas ao se casar a esposa vivia em função dele, pois Carvalho tinha uma mulher que se devotava inteiramente a ele.

Assim, a hipótese é que a esposa ocupava o papel materno e que o momento da ruptura da relação ocorreu, quando vislumbrou que não encontraria mais nessa relação a satisfação que ainda precisava. Três aspectos reforçam esse entendimento: 1) Com a presença da sogra e das cunhadas em sua casa, a atenção passou a ser dividida; 2) A escolha da jovem esposa em ficar ao lado da própria mãe, e não dele, o fez sentir-se desvalorizado e abandonado; 3) O rompimento da relação se concretizou, quando a esposa estava grávida de seu primeiro filho e, mesmo que desejasse que o filho tivesse uma boa maternagem, o fato também marcava que definitivamente não teria mais exclusividade na atenção da “esposa-mãe”.

Por outro lado, sair da casa dos pais e desfazer a situação do casamento mostrou uma ruptura de alianças que não o impulsionavam para se autoconhecer: “*O casamento não foi o que imaginei. [...] Saí de casa e comecei a ver o mundo de outra forma*” [sic]. A realidade o frustrou. Os conceitos herdados puderam ser questionados. Houve a possibilidade de rever seus valores e constituir valores próprios. E, apesar da dor, este se mostrou um movimento fundamental para que seu modo de compreender o mundo pudesse se ampliar. Agora, mostra-se crítico e possuiu ideias construídas por meio de reflexões próprias.

Em sua vida, faltam investimentos em relações de amizade. Em seu relato, Carvalho procura não se aprofundar na dinâmica de suas relações. Contudo, foi possível perceber que as dores das separações que vivenciou ainda estão intensas. Ele faz um recorte empobrecido das relações conjugais que constituiu. Para ele, é como se seus casamentos tivessem sido experiências somente ruins. Mas, além da dor da separação, as relações tiveram bons momentos – sem perceber, ele próprio considera que seu primeiro ano de casado foi bom; e, quanto ao segundo casamento, que durou treze anos, mesmo que Carvalho diga apenas que se separaram porque o amor acabou; para isso, é preciso que tenham tido uma boa relação, ainda que breve.

Mesmo com o passar do tempo, ele não conseguiu retomar o diálogo com as esposas, uma questão que, por meio de mudanças de assunto, ele não permitiu ser explorada. Essa condição, ainda o faz sofrer pela dor da separação e, também, afeta seu narcisismo. Afinal, por que as pessoas abandonariam a pessoa “forte” e valorosa que ele construiu com tanto esforço?

O fim do primeiro casamento é o que mais se destaca. Apesar disso, foi possível acompanhar que a dor da separação está presente há muito tempo. A ruptura brusca dessa relação e a dor do abandono reviveram um estado de insegurança e desamparo, que o conduzem ao ponto de se sentir depressivo. Essa situação se configura como uma repetição de

uma situação primária. Depois que nasceu, Carvalho também vivenciou cerca de um ano de relação mãe-bebê, simbiótica e paradisíaca, em seguida, provavelmente, passou por um desmame não elaborado, uma vez que sua mãe engravidou – o irmão que o segue é apenas um ano e alguns meses mais novo.

Diante de situações de separação, o recurso que Carvalho mais utiliza é o afastamento. Para tentar evitar os conflitos internos, ele se centra no *fazer* – na tentativa de não pensar nem entrar em contato com seus sentimentos. Assim, atua, mas não elabora.

Um exemplo é que, quando começou a estudar, ele também sofreu: “*Era um medo, uma insegurança*” [sic]. E esta dor não se dissipou. Quando chegou à 3ª série do Ensino Fundamental, parou de estudar e foi trabalhar. Ele fazia “*bicos*” [sic] e auxiliava na renda familiar, mas não sabe se a família precisava desse complemento econômico.

Na época, a justificativa foi o desejo de parar com os estudos, mas ele não se recorda de ter refletido sobre o que o motivou a se afastar da escola ou a ir trabalhar: “*já que não queria mais estudar, eu fui trabalhar... era assim que funcionava*” [sic]. Esse motivo se mostrou mais uma versão racionalizada. Aliás, Carvalho não apresentava dificuldades cognitivas que o desestimulassem.

Após amadurecer um pouco, pôde retomar seus estudos. Depois, cursou pós-graduação e se tornou um professor de cursos profissionalizantes – o que também é, ao mesmo tempo, um exemplo de como ele lida com suas dores. Dependendo dos recursos internos que dispõe, leva um tempo maior, ou menor, mas, em geral, utiliza o que o machuca como um impulsor para sua superação.

Ele enxerga a si como um batalhador: “*Eu sou uma pessoa vitoriosa pelo que eu consegui conquistar. Já batalhei, perdi o que tive, mas foi mais motivação, não deixei a peteca cair e consegui me refazer*” [sic]. Em seu discurso, pretendia falar de sua perda econômica, depois das rupturas dos casamentos – as conquistas materiais ficavam com as

esposas – mas, a perda significativa se mostra mais abrangente. Foi das perdas emocionais que ele ainda não se refez. Por outro lado, o gosto da conquista torna-se um disparador para uma nova busca, o que acaba criando um ciclo que já o deixou cansado.

O *fazer* não se mostra mais suficiente para sufocar as pressões de seu mundo interno. Carvalho começa a perceber o desejo de reconstruir mais que sua vida financeira. Ele começou dizendo: “*O que eu queria ter, já tenho!*” [sic] – Não havia espaço para falta. E caminhou para: “*O que está faltando para mim agora é achar alguém legal. Uma pessoa ideal. Será que vou achar?*” [sic] – Aqui, Carvalho se utilizou da idealização. Porém, continuou: “*Mas será que doer por tanto tempo é normal? [...] Eu conheci uma pessoa bem legal há pouco tempo. [...] Briguei por bobeira. [...] Comecei a perceber que toda vez que começa a ficar sério eu me afasto. [...] Como posso me libertar disso?*” [sic] Isso mostra um movimento significativo, em um curto espaço de tempo.

Ao mesmo tempo, usa conscientemente a bebida como uma “*válvula de escape*” [sic], uma tentativa de atenuar suas angústias. É um refúgio, usado nos momentos de lazer, para longe das tensões diárias (este uso não é compulsivo) – esse é um dos comportamentos que escrevem as entrelinhas do caminho que trilhou na constituição de sua masculinidade. É uma tentativa de sufocar a angústia e ocultar suas dores.

Carvalho não tem receio de realizar atividades domésticas ou se mostrar emocionado pela admiração que seus filhos e o irmão casula sentem por ele. Para ele, é importante se disponibilizar como um alicerce para todos – não é à toa que acredita que tem que se mostrar “forte”, “durão” e usar seu sofrimento como motivação para ser um batalhador, e por que não dizer um “guerreiro”. Percebe-se que tal contexto, associado à sua dinâmica centrada no *fazer* e seu modo de lidar com suas emoções, na verdade, o distanciam de suas próprias fragilidades.

Ele aprendeu a dar apoio, mas ainda não sabe como receber – se perceber fragilizado por suas dores, e se dar o direito a também buscar apoio no outro, ainda é difícil. Por enquanto, tenta lidar sozinho com suas dores. Assim, torna-se difícil buscar auxílio em amigos, parentes e mesmo especialistas. Entretanto, encontra-se diante de um ponto que não consegue transpor sozinho.

Na história de Carvalho, o aumento de peso aparece associado ao sofrimento da separação. Para Carvalho, a sensação de separação está presente, seja por meio da ruptura da relação ou mesmo pela divisão da atenção recebida. Dessa segunda situação, ele não consegue se dar conta; mas, quando a mulher amada traz um outro significativo para a relação, na sua percepção, é um momento de sofrimento – que em sua trajetória contribuiu para o ganho de peso.

É interessante notar que há uma similaridade no espaço de tempo que algumas dessas situações levaram para se instalar. Um pouco depois de um ano de seu nascimento, sua mãe engravidou de outro irmão. Após um ano de casamento, sua sogra e, em seguida, seu primeiro filho entraram em sua vida conjugal e houve a ruptura da relação. O processo tornou a se repetir quando a segunda esposa também engravidou depois de um ano de casamento – e foi nesse momento que seu processo de elevação de peso iniciou-se.

Carvalho atingiu o estado de obesidade após a segunda separação e reduziu seu peso por meio de um tratamento. Seu pensamento em relação à obesidade é racionalizado e, em, alguns momentos, contraditório e onipotente, ele diz que: *“Não sou obeso. Estou acima de meu limite de peso, mas minha condição de saúde está normal e é isso que é importante. [...] Posso melhorar, mas ainda não senti necessidade de colocar um freio”* [sic]. No entanto, essa última frase foi dita depois que já havia comentado sobre a busca de auxílio de uma endocrinologista e os motivos para a interrupção do tratamento. E, também, após dizer que gostaria de mudar alguns hábitos em seu cotidiano, mas encontra dificuldades.

Carvalho diz que o incômodo com a barriga está ligado à estética, que o importante é não ter canseira. Ele tenta convencer a si mesmo que pode colocar um “freio” quando quiser. O que, também, é conflitivo com seus valores pessoais e com sua crítica aos padrões estéticos.

E destaca, ainda, que ele e os irmãos (os do sexo masculino) eram magros e engordaram após seus casamentos – como se o casamento em si fosse um motivo para o ganho de peso. No entanto, depois relaciona o aumento de peso a períodos em que o estado emocional interferiu nos hábitos alimentares de todos.

5) Sobre a Eficácia da Adaptação, o Funcionamento Global e a Alexitimia

a) Diagnóstico Adaptativo

Entrevistado: Carvalho		
Idade: 41 anos	Estado Civil: Separado	Ocupação: Engenheiro
EDAOR	Grupo 3 = Adaptação Ineficaz Moderada	Sem Crise
Adequação por Setor		Adequação
A-R (Afetivo-Relacional)	Pouquíssimo Adequado	1
Pr (Produtividade)	Adequado	2
SC (Sociocultural)	Adequado	Soma = 3,0
Or (Orgânico)	Pouco Adequado	

b) Dados Relevantes na Adequação por Setor

- **Setor A-R:** Pouquíssimo Adequado – Em seu modo de se relacionar, estabelece um contato inicial desconfiado, sem muito envolvimento. Com o afastamento, tenta se preservar dos sofrimentos da separação e sustentar a sua condição narcísica. A proximidade emocional ficou marcada pela possibilidade da frustração e abandono. Uma dificuldade que se apresenta na falta de diálogo com as ex-esposas e a ausência de relações de amizades em seu cotidiano.

Carvalho sustenta um ideal de superego arcaico – na expectativa de agradar e se mostrar um “*alicerce*” [sic] para todos, por exemplo. Ele mesmo não compreende a necessidade de se sentir amado e o quanto se esforça para isso. Outro elemento que se destaca é o uso, não compulsivo, da bebida, como uma “*válvula de escape*” [sic]. Com a bebida não há relação afetiva, é só o uso, não precisa haver trocas afetivas. Em alguns momentos, ele consegue perceber que elementos de seu mundo interno interferem em seus relacionamentos e no estilo de vida.

Ele se caracteriza como um batalhador, capaz de superar as adversidades e transformar suas dificuldades em elementos constitutivos de motivação para sua capacidade de superação. Procura construir ideias reflexivas – o que pode favorecer seu desenvolvimento. Sua vivência familiar de união e segurança facilita o desenvolvimento de seu próprio papel de pai e a manutenção de uma relação de qualidade com seus filhos.

Contudo, aprendeu a dar apoio, mas recebê-lo é algo que, ainda, não tem intimidade. Por meio do processo de negação, Carvalho se percebe como alguém totalmente independente e não se permite vivenciar a falta que ainda sente da figura feminina e materna.

- **Setor Pr:** Adequado – Carvalho investe em sua produtividade, trabalha na profissão que escolheu. Gosta do que faz e se sente satisfeito. É respeitado em seu local de trabalho e possui estabilidade. Também leciona. Procura progredir por meio de seu trabalho e do estudo. Desempenha um papel de liderança sem dificuldades. Cumpre atividades domésticas. E é capaz de descansar e realizar atividades voltadas ao lazer, com grande satisfação. Embora, ainda procure manter sua psicodinâmica centrada no *fazer*, visto que, esse é um aspecto que ele tem maior intimidade e, ainda, o auxilia na tentativa de se manter distante dos conflitos emocionais.

- **Setor SC:** Adequado – Ele possui capacidade crítica, procura se manter atualizado em relação aos acontecimentos atuais e históricos. Valoriza a família, os princípios, os valores e a ética. Aprecia reuniões sociais e novos contatos com diversas pessoas. Respeita costumes culturais, adota comportamentos socialmente aceitos e procura regular sua conduta de acordo com as Leis. Carvalho apresenta um estilo de vida típico e atual dos grandes centros urbanos.
- **Setor Or:** Pouco Adequado – Ele encontra-se em sobrepeso. Diz que conhece seu corpo e não se preocupa com o que as pessoas acham dele; que, de acordo com exames realizados recentemente, sua saúde está preservada. Acredita ter que praticar mais atividades físicas e procura manter uma boa alimentação. Contudo, os aspectos orgânicos aparecem influenciados por elementos emocionais. Carvalho sabe que exagera um pouco, principalmente diante de porções de petiscos, acompanhadas de cerveja, no entanto, tenta diminuir seu peso e mudar seus hábitos e não consegue.

c) Avaliação Global do Funcionamento

Carvalho se mostra funcional em diversas áreas. Está interessado e envolvido em seu trabalho, na didática de suas aulas, nos bailes e clubes que frequenta. As dificuldades presentes em sua psicodinâmica não interferem em sua capacidade produtiva. Apresenta preocupações cotidianas e é participante socialmente. Aparenta estar satisfeito com suas conquistas pessoais, profissionais e materiais. É capaz de seguir o estilo de vida atual.

Resultado da Escala de Avaliação Global do Funcionamento – AGF = 89 (atual).

d) Avaliação da Alexitimia

Carvalho relata momentos distintos em sua história. Até a ruptura de seu primeiro casamento, sua narrativa mostra que havia muita dificuldade em perceber as emoções que o envolviam. Atualmente, Carvalho se ocupa em construir um pensamento reflexivo a respeito de questões sociais e éticas.

Ele apresenta um processo melhor de introspecção – quando sua psicodinâmica não se utiliza do processo de negação, ele consegue descrever seus sentimentos, perceber que as manifestações de seus afetos podem interferir no comportamento alimentar e no estilo de vida. E, também, pode mostrar motivação para buscar condições de trabalhar suas dores emocionais: *“Comecei a perceber que toda vez que começa a ficar sério eu me afasto. [...] Como posso me libertar disso?” [sic]*

Resultado da Escala Toronto de Alexitimia – ETA-20 = 46 – Não-Alexitímico.

6) Encaminhamento

Em sua vivência profissional, Carvalho não teve boas experiências com profissionais da área da Psicologia Organizacional. Depois de receber orientações a respeito do papel que o psicólogo pode desempenhar, e esclarecer dúvidas a respeito do trabalho clínico, foi disponibilizado o encaminhamento psicoterápico, para que, neste momento, ou mesmo, futuramente, possa receber auxílio e lidar com aspectos de sua psicodinâmica.

3.1.2 Pinheiro

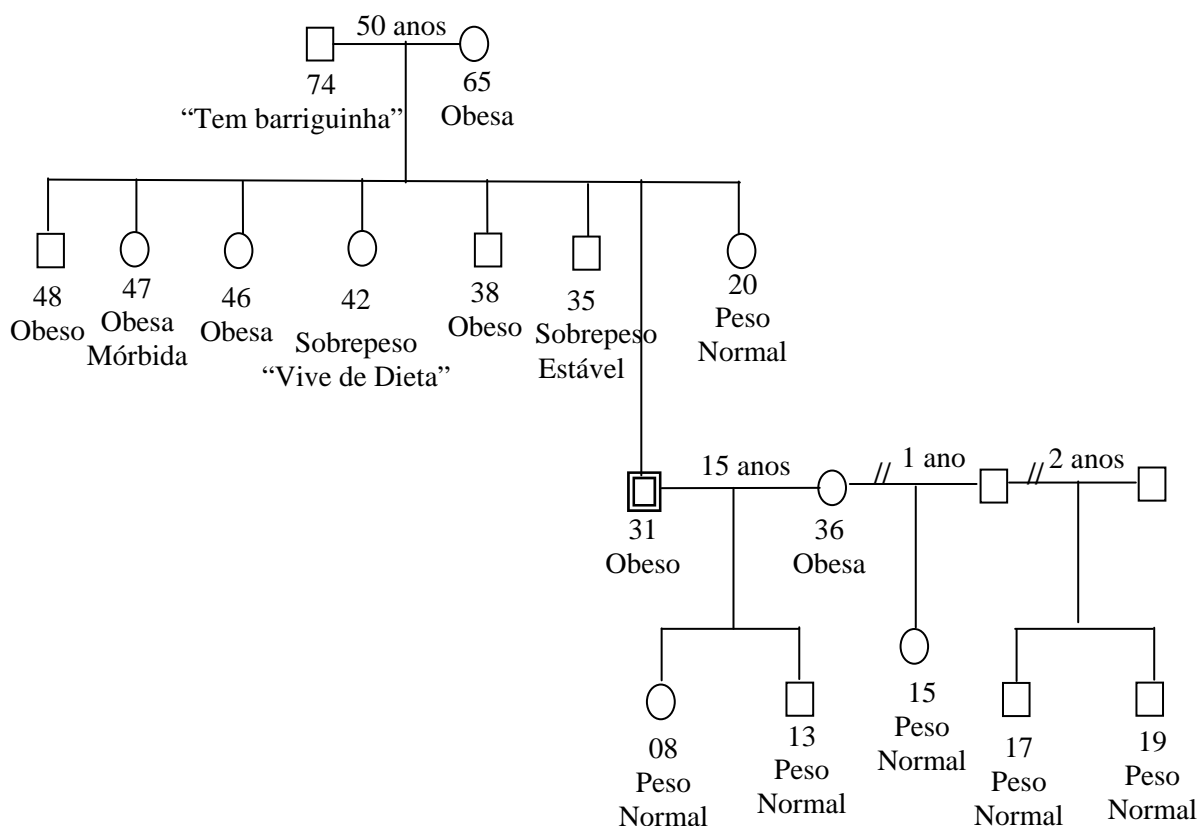
Pinheiro tem 31 anos, IMC 33,11 – é considerado obeso em Grau I. Trabalha na produção de uma empresa. É evangélico. Heterossexual. É casado. Tem dois filhos e três enteados. Percebe-se como alguém persistente, ambicioso, vaidoso e quieto. Recentemente, aprendeu a tocar saxofone. Procura ensaiar pelo menos uma hora por dia. Na igreja, é coordenador de algumas atividades sociais, que vão de ações burocráticas até a participação em mutirões para construções de casas para membros da comunidade evangélica. Ele levou anos para conseguir terminar sua própria casa. E não cultivava amizades fora do trabalho.

Acredita que a obesidade reflete em sua autoestima e relata que afeta seu modo de se relacionar com as pessoas, pois sente que muda o seu modo de se expressar e até a relação sexual com a esposa. Entende que, por ser vaidoso, isso acaba inibindo seu modo de abordar sua parceira e entregar-se à relação sexual. Ele percebe que inibe “*a pegada*” [sic]. Para ele, quando o corpo não está bonito, também, não fica bem consigo.

Ele busca conquistas importantes, como por exemplo, sua faculdade. Em sua família, ninguém cursou o nível universitário, ainda. A música é um prazer que ele pode privilegiar, depois de ter dado a ela um caráter profissional; pois, logo que dominou o saxofone, começou a tocar profissionalmente em uma banda.

Sua produtividade aparece altamente investida. O trabalho, o estudo e os compromissos com a igreja são priorizados, independente de seu cansaço, estado emocional ou da possibilidade de lazer e descanso. Assim sendo, ele construiu uma vida, na qual não tem muito tempo para a família e muito menos para si. E quanto mais acumula atividades, mais reduz o tempo com exercícios, sono e família. Não considera que tenha problemas de saúde, embora diga que gostaria de reduzir seu peso, dormir mais e voltar a praticar exercícios.

1) Genograma



Obs.: As observações sobre o peso estão descritas de acordo com o entrevistado.

2) Sobre as pessoas afetivamente próximas

Sua mãe é carinhosa, fala o que sente, é “*chorona e próxima aos filhos*” [sic]. Costuma aconselhar as pessoas queridas nos momentos de dificuldades. A obesidade dela disparou depois dos 30 anos, quando já tinha quatro filhos. Seu pai “*é magro, mas tem aquela barriguinha*” [sic]. É quieto. Impõe respeito, não costuma adular os filhos. E, apesar da falta de diálogo, Pinheiro sente que o pai gosta dele. Pinheiro se identifica com modo introvertido do pai, embora diga que deseja ser mais falante e se mostre descontraído e com desenvoltura.

Ele tem sete irmãos. E destaca que ele e os irmãos são trabalhadores; pessoas que buscam um bom emprego e estabilidade. *“Tem dois homens e duas mulheres mais gordos que eu”* [sic]. Somente um irmão mantém seu peso estável. Ele é separado e mora sozinho.

Pinheiro não cultivava uma relação de intimidade com os irmãos – justificada pela falta de tempo. Apenas, com dois irmãos ele mostra uma relação diferenciada. Com sua irmã caçula estabelece uma relação mais protetora: *“por ser 11 anos mais velho”* [sic]. Ela está com 20 anos e *“não é muito magra e também ainda não é gorda. Não faz regime, mas ainda não alcançou a idade crítica para a família”* [sic]. Pinheiro é mais próximo do irmão mais velho, em quem se espelha.

O irmão parou de estudar para trabalhar e auxiliar a família. Ele também trabalha em indústria. Pinheiro lhe é grato pelo auxílio na conquista de sua profissão, ele o ajudou para que conseguisse o emprego. O irmão tem estabilidade financeira e não almeja fazer qualquer curso universitário.

A faculdade era algo distante da vida de todos. Coursar a faculdade é sentido como uma superação que antes era improvável – inicialmente, Pinheiro só desejava ser como o irmão. E, apesar de desejar muito, este é um caminho desconhecido, que o faz se sentir sem referências.

Quando se casou, ele tinha 16 e sua esposa 21 anos. A esposa era sua vizinha. Ficaram amigos e se apaixonaram. O jeito dela chamou sua atenção – mas, Pinheiro encontra muita dificuldade em detalhar como era esse “jeito” – como se não encontrasse conteúdos em sua mente. Ele consegue se recordar que admirava sua beleza. *“Ela é amorosa, procura cuidar o melhor possível de todos e trocar carinho. Agora, ela tem um jeito mais forte, é mandona”* [sic] – é autoritária, controladora e procura dar sua opinião sobre qualquer assunto.

Ele diz que ainda se gostam muito e que nem parece que estão juntos há tanto tempo. Não há muitas brigas. Quando ocorrem, ele afirma que, em geral, é porque ela perde a

paciência com as rotinas de limpeza e organização da casa ou fala exageradamente de um assunto.

No entanto, construíram uma relação em que falta intimidade. Eles não falam sobre os sentimentos que vivenciam em seu cotidiano. Nem com ela Pinheiro fala sobre seus conflitos ou inseguranças. O diálogo e o convívio permanecem empobrecidos. Um exemplo é que a esposa “*mandona*” [sic] de Pinheiro diz que ele deveria ficar mais tranquilo, sossegar um pouco mais, e não cursar a faculdade, enquanto ele busca realizar seu desejo sem que ela saiba o quanto ele está inseguro e que gostaria de ser incentivado.

E, assim, ele nota que sua voz não tem muito espaço em sua casa; a esposa é responsável pela educação dos filhos e a organização cotidiana. Entretanto, Pinheiro, comunica-se de modo passivo, usa sua voz de “modo silencioso”, não discute, não briga. Mas, também, não argumenta nem estabelece uma conversa franca.

Ela está obesa, desde o nascimento do último filho, há 8 anos. E até gostaria de eliminar o excesso de peso, mas desistiu de fazer dietas, pois constantemente vivenciava o ciclo de emagrecimento e engorda.

A esposa teve dois relacionamentos estáveis, antes do casamento com Pinheiro. No primeiro relacionamento, ela teve 2 filhos, que estão com 19 e 17 anos. Este relacionamento durou 2 anos. Seu segundo casamento durou 1 ano e dele nasceu mais uma criança. Os filhos conhecem os pais biológicos, que fazem o pagamento de pensão alimentícia. Os três enteados vivem com ela e Pinheiro.

Pinheiro relata que esses relacionamentos não duraram muito, pois ela era jovem e ainda não tinha maturidade. Ele tenta abordar o assunto com naturalidade, mas é perceptível que entra em um estado maior de ansiedade, seu rosto contraído e seu corpo enrijecido deixaram perceptível seu desconforto, que o levou a mudar de assunto.

O filho mais velho da esposa é o único que também trabalha. Pinheiro o considera rebelde e desobediente. Eles mantêm uma relação bem distanciada. O segundo filho é quieto e fica mais reservado. Fala que eles não consomem bebidas alcoólicas, embora suspeite que possa haver o uso de outras drogas, mas diz que *“ainda dá pra achar que não”* [sic]. Pinheiro fala que *“nada contra, nem a favor”* [sic] dos garotos. A enteada é amorosa e ele sente que o trata como se fosse seu pai. A relação com ela é fácil, não há discussões ou provocações.

Os dois filhos do casal são *“agarrados comigo, pra me deixar estudar é uma dificuldade”* [sic]. Porém, eles não conversam sobre aspectos afetivos. Mesmo quando fazem compras ou vão ao zoológico – nem ele, nem os filhos – falam de si ou sobre dificuldades e conflitos ou o que sentem e vivenciam. Sabe que o menino é arteiro, porque a esposa costuma reclamar dele. E o sente mais próximo do que a menina, por serem homens.

3) Principais aspectos na história construída da obesidade

a) Pinheiro e a obesidade

Pinheiro foi magro até os 20 anos. Depois, lentamente começou a ganhar peso, em mais ou menos seis anos, chegou ao estado de obesidade. Para ele, o processo da obesidade na vida dos membros da família (homens e mulheres) se iniciava depois do casamento – o que relaciona com um estilo de vida mais sossegado. Mesmo que, sua história pessoal mostre que estava casado há dez anos, quando se tornou obeso e que sua própria rotina não é nada sossegada. Por outro lado, ele também aponta uma tendência na família em aumentar de peso entre os 25 e 30 anos – como aconteceu com sua mãe e com ele mesmo. E, sua narrativa ainda reserva outros elementos que acompanharemos a seguir.

b) Disparadores situacionais mais destacados

Pinheiro aponta que:

- 1) Diante de situações (como o convívio com a família de origem e no trabalho), em que há rotina, horários, diálogo, companheirismo e/ou cuidado materno, ele come o suficiente para se manter alimentado. Porém, quando se sente sozinho, come muito mais e, em pouco tempo, já está em busca de mais alimento. Ele come se sente fome, quando está ocioso ou apenas porque chegou a casa – principal local em que se sente só.
- 2) Na família que constituiu, geralmente, alimenta-se sem companhia, conversam pouco, não há proximidade e Pinheiro tem dificuldades de lidar com as diversas emoções que surgem no convívio diário. Ele não faz ideia do que os leva a se constituírem assim, nem tem consciência do desconforto emocional que a situação lhe provoca;
- 3) Conscientemente, ele localiza o disparador da obesidade em seu local de trabalho – o que se caracteriza como um processo de deslocamento. A atividade que exerce demanda força física e, por ser magro, era alvo de comentários: *“Ah! O ‘Pinheiro’ tá magrinho demais, não aguenta o serviço! Tá anêmico!”* [sic]. Ele ficava mais confortável para o trabalho, quando estava com 7 kg a mais. Elevou seu peso, e algo o impulsionou a continuar ganhando peso, embora isso afete sua vaidade;
- 4) Por volta dos 28 anos, quando se preparava para realizar o vestibular e, finalmente, cursar sua faculdade, machucou-se seriamente em um acidente de moto. Esteve diante do perigo da morte. Levou quase dois anos para se recuperar. O projeto da faculdade que tanto desejava, porém, que também temia muito, foi adiado. E ele pode perceber que passou a comer indiscriminadamente;
- 5) Após o acidente, houve redução das atividades físicas, e essa mudança se manteve depois sua recuperação;

6) Ele encontra dificuldades em dialogar com o outro – e, às vezes, até consigo mesmo. Um exemplo é o empobrecimento da comunicação com a esposa, para Pinheiro ela fala de mais, enquanto ele usufrui pouco da linguagem verbal, impulsionado principalmente pela incompreensão de seu mundo interno. Visto que, em alguns momentos, é como se não encontrasse conteúdos em sua mente para falar de outros, das relações que estabelece e do conteúdo emocional que envolve certas situações.

c) Situação emocional envolvida

Diante dos disparadores situacionais que discutimos, as vivências emocionais que mais se sobressaíram foram:

- Ele sente falta do cuidado e do acolhimento da família de origem;
- Vivencia a sensação de sentir-se sozinho;
- Há identificação com o jeito quieto do pai e o ganho de peso materno;
- Apresenta ansiedade elevada;
- Existe conflito entre manter a vaidade de possuir um corpo belo e o modo como lida com suas dificuldades emocionais;
- Não consegue buscar auxílio ou encontrar recursos para lidar com as emoções;
- Com frequência, a angústia torna-se insuportável;
- A pulsão de morte e a pulsão de vida se apresentam de modo marcante;
- Sente-se sem disposição;
- A racionalização aparece para justificar suas mudanças no mundo externo;
- Está diante de várias frustrações;
- Há receio: da opinião de terceiros, em relação às suas capacidades, da perda do papel de trabalhador, da diferenciação do irmão mais velho, do desafio de ser o primeiro da família a cursar o nível universitário, do desconhecido e em enfrentar suas dificuldades emocionais.

4) Compreensão psicodinâmico-adaptativa

Na história de Pinheiro, suas relações interpessoais se mostram marcadas pela dificuldade em se aprofundar, em dizer o que sente e o que espera. Há uma dinâmica emocional que influencia na construção de um cenário para seus relacionamentos pessoais serem marcados pelo distanciamento. Ele não tem amigos fora do trabalho nem se sente próximo afetivamente da esposa e filhos. Sente-se sozinho. E, ainda, não se movimenta em busca de mudanças. É como se esperasse receber a segurança e a compreensão de fora. Ainda não percebe que na vida adulta está implicado nesse processo.

Pinheiro não relata muito sobre a relação materna – o que acaba sendo um modo de preservá-la, de deixá-la intacta. Ele tem sete irmãos, todos trabalhadores que, como a mãe, devem engordar até os 30 anos – isso se configura como uma marca de pertencimento e identificação que, no entanto, fortalece a dificuldade em se diferenciar.

Apesar de descrever uma mãe carinhosa e próxima, sua carência remete ao desejo de ter ou manter um lugar especial em seu afeto. Afinal, o que havia em sua psicodinâmica que o levou a se casar aos 16 anos, principalmente quando diz que estava tão bem em sua família de origem? O que o levou a se encantar por uma pessoa mais experiente e cuidadora de três crianças? E, ainda, em um momento precoce no processo de exploração de sua masculinidade.

Em seu casamento, Pinheiro encontrou a possibilidade de ter para si uma “esposamãe” e ocupar um lugar diferenciado na relação. Sua esposa era, ao mesmo tempo, uma mãe que trazia em sua vivência o relacionamento com outros homens; mas, nessa relação, ele nem precisava enfrentá-los para ocupar a posição de par – este processo edipiano não colaborou para a mudança psicodinâmica em que o exercício da função paterna pode se sobrepor ao papel de filho.

Durante seu relato, quando se refere aos relacionamentos anteriores da esposa, é um momento de tensão. Mesmo tendo confiança para abordar o assunto, seu comportamento não-verbal e a mudança de assunto deixam perceptível seu desconforto, que foi respeitado, pois ele já havia deixado compreensível sua dificuldade de lidar com emoções conflituosas.

Diante de situações de conflito, ele não consegue verbalizar. Pinheiro diz que prefere não discutir. E, apesar de relatar a presença de poucas brigas na relação com a esposa e amenizar os motivos que as levam a ocorrer, a falta de brigas ou de vigor aponta mais para o distanciamento que existe entre eles, do que para a existência de uma boa relação entre o casal. Pinheiro deixa claro como é difícil para ele falar e pensar sobre a relação com a esposa. Sua fala é de que prefere não brigar com a esposa, com os enteados, os filhos, os colegas de trabalho, os irmãos, mas acaba marcando seus relacionamentos pelo afastamento.

Em sua casa, não trata do tema das drogas. Ele mantém uma relação indiferente com os enteados – *“Nada contra, nem a favor”* [sic]. Não lida com os conflitos da relação ou com as emoções que isso lhe causa. Pinheiro procura não se aprofundar em suas discussões internas. Não há consciência das emoções envolvidas nos conflitos, o que torna mais difícil encontrar recursos para lidar com eles.

Sua ansiedade e insegurança estão elevadas, principalmente em relação às suas capacidades. Ele tem que lidar com diversos medos, entre os quais se destacam o medo de perder o emprego e o seu papel de trabalhador – e só encontra como justificativa o baixo peso que seu corpo apresentou. As competências que asseguram até o hoje o seu lugar não aparecem valorizadas.

Ser o primeiro da família a estar na universidade é sentido como um “peso”, agravado, pois isso seria uma superação em relação ao irmão mais velho, com quem se identifica; mas que parou de estudar há muito tempo. Tal contexto se torna um reforço para que a situação

seja sentida como um desafio e um descobrimento. Então, não conseguir se formar ou conseguir, são fantasmas que o assombram.

Ele se considerar introvertido como o pai, o que lembra o movimento de um garoto que tenta imitar o pai para se sentir “igual” e mais próximo a ele, uma vez que, durante os encontros, Pinheiro se mostrou descontraído, com desenvoltura e sem esforço para se apresentar assim – como ele mesmo diz que gostaria de ser. O que também expressa que ele possui uma ideia de si que não o representa, pelo menos não nesta situação.

Enquanto esperava seu corpo se recuperar do acidente com a moto, aprendeu a tocar saxofone. Um sonho que talvez recebesse atenção “*algum dia... Depois que terminasse a faculdade*” [sic]. Com o acidente, seu corpo todo pereceu. Ele precisou necessitar de cuidados para poder cuidar um pouco mais de si. Somente depois da recuperação, decidiu fazer um cursinho. E pôde se dar mais tempo. Houve a fuga de um momento angustiante e repleto de expectativas, para algo prazeroso e livre de responsabilidade, tocar era só um sonho que, como não podia realizar nada “mais útil”, estava aproveitando para tornar real. A música também aplacava seu sentimento de solidão. Ele reconhece que quando toca sente-se bem.

Racionalmente, a moto e mesmo sua bicicleta deixaram de ser consideradas um meio de transporte viável pela falta de tempo e disposição. Ambas foram excluídas de sua vida. Ele se privou de pedalar ou andar de moto, mas as emoções que envolveram essa atitude permanecem estagnadas. As dúvidas sobre sua capacidade, o medo do desconhecido e a insegurança provocada diante da possibilidade de ter morrido em seu acidente continuam com Pinheiro. Nessa circunstância, sua inércia interna aponta na direção da concretude do sedentarismo que passou a ganhar cada vez mais espaço. É interessante notar que as situações emocionais conflitantes são capazes de impulsioná-lo para a dinâmica centrada no *fazer* e, ao mesmo tempo, ao sedentarismo.

A situação também nos leva a refletir sobre a condição que Pinheiro construiu para tornar-se “um homem”. Seu pai se configurou como alguém quieto, que apresentava dificuldades em dialogar e não estava próximo a Pinheiro, o irmão mais velho – outra figura paterna – tornou-se um espelho querido, mas que já não pode mais refletir seus ideais. Desse modo, os homens que adotava como referência não podem mais refletir a quem ele se tornou.

Pinheiro se mostra vaidoso, cheio de sonhos e vontade de prosperar, mas ainda não reconhece os contornos que constituiu. No processo de constituição de sua masculinidade, ele convive com colegas de trabalho, que passam uma sensação de companheirismo e, ao mesmo tempo, reforçam sua insegurança pessoal por meio de piadas e zombarias. Ele sofreu com o medo de perder o emprego, seu papel de trabalhador e o referencial que isso significa – devido à valorização da opinião de terceiros e o desejo de aprovação por seus pares.

Os enteados – representantes da potência de outros homens – são figuras que ele tenta manter na indiferença, não os ataca diretamente, mas também não está livre para ser uma figura paterna para eles.

Seu filho parece reproduzir os passos da relação que estabeleceu com seu próprio pai. O garoto tenta estar próximo a ele, mas Pinheiro ainda não está disponível. Acredita que a ligação entre eles é apenas porque ele é um menino, a riqueza do universo masculino e do que poderiam viver a partir dele fica perdida em meio a dificuldade de lidar com as emoções.

Embora sua história com a obesidade, segundo ele, tenha se iniciado com a tentativa de livrar-se dos comentários dos colegas de trabalho, ele se importa com a aparência de seu corpo e não pode escapar de sua própria censura. Fica diante de confusões. O corpo “forte” é o mesmo corpo que considera “feio”. A obesidade afeta sua estética. O “corpo feio o inibe”. Ele sente que fica enrijecido para as relações.

Pinheiro acredita que quando o corpo não está bonito também não fica bem consigo; mas, enquanto estava com um corpo, aceito por ele como belo, isso também não garantiu seu

bem-estar. Será que é ver o corpo obeso que atrapalha seu modo de estar no mundo? Ou será que, justamente por não estar bem consigo, seu corpo acaba desse jeito? Além de ser uma tentativa de silenciar aos amigos e a seus próprios medos, engordar também expressa uma identificação com a mãe e a família de origem. Como vimos, na família engordar no início da vida adulta, está se caracterizando como uma marca de pertencimento.

Apesar de sua família atual ser numerosa – como a família de origem – nela os afetos não circulam à mesa durante as refeições. Na situação atual, ele come muito mais. Mais do que seu corpo precisa. Ele abre a geladeira e procura por algo, não existe um alimento específico. Mastiga o que encontra e não consegue saborear – ele procura encher o estômago, mas o vazio que tenta preencher é de outra natureza.

Quando tenta diminuir a ingestão de alimentos, ele sente fome. Que fome é esta que Pinheiro sente? Comer tornou-se um hábito mecanizado. E isso ele é capaz de reconhecer: “*Estou no automático*” [sic]. Sua mandíbula tritura o alimento. O corpo abre a geladeira. Engole coisas. E nada é aquilo que busca. “Enche a barriga”, mas a alma continua diante do vazio. Então, mastiga coisas diferentes. O aparelho digestivo todo trabalha, movimenta-se, digere, absorve, acumula. E é inútil. Não consegue elaborar emoção alguma. “O corpo enlouquece” na tentativa frustrada de lidar com aspectos emocionais.

5) Sobre a Eficácia da Adaptação, o Funcionamento Global e a Alexitimia

a) Diagnóstico Adaptativo

Entrevistado: Pinheiro		
Idade: 31 anos	Estado Civil: Casado	Ocupação: Auxiliar de Produção
EDAO-R	Grupo 4 = Adaptação Ineficaz Severa	Sem Crise
Adequação por Setor		Adequação
A-R (Afetivo-Relacional)	Pouquíssimo Adequado	1
Pr (Produtividade)	Pouco Adequado	1
SC (Sociocultural)	Adequado	Soma = 2,0
Or (Orgânico)	Pouquíssimo Adequado	

b) Dados Relevantes na Adequação por Setor

- **Setor A-R:** Pouquíssimo Adequado – Pinheiro se apresenta bastante ansioso, vaidoso e sente-se inseguro em relação às suas capacidades. As relações que estabelece não apresentam uma qualidade satisfatória para suas necessidades afetivas. Ele valoriza o que os outros falam e o que imagina que pensam a respeito dele. Tem dificuldade de reconhecer as emoções, lidar com suas angústias, conversar com suas pessoas queridas e enfrentar conflitos. Ele construiu uma vida em que não deixa muito tempo para si ou para se envolver com o outro.

Pinheiro fica pouco tempo com sua família e age como se a “falta de tempo” o impossibilitasse de sentir essa falta. Ele tem dificuldades em explorar suas relações e obter o afeto que deseja, em dizer o que sente e o que espera. E, em especial, de ocupar seu lugar na dinâmica familiar. Para ele, reconhecer as emoções de seu mundo interno e lidar com suas angústias são passos que ainda não pode ter intimidade.

- **Setor Pr:** Pouco Adequado – Sua vida produtiva está altamente investida, ele apresenta certa voracidade na realização de tarefas. Pinheiro trabalha, ajuda nas atividades da igreja, ensaia saxofone uma hora por dia, toca em uma banda, estuda no cursinho e faz aulas particulares. Suas atividades estão recebendo certa energia que não é investida em si, nas suas relações interpessoais e no envolvimento com seus conflitos.

Ele convive com dúvidas sobre sua capacidade e o receio da diferenciação que cursar a faculdade representa. Sem compreender seu medo do desconhecido e da diferenciação, não consegue buscar auxílio ou desenvolver recursos melhores para lidar com eles. Por enquanto, Pinheiro aprendeu a *fazer*, a lidar com as coisas úteis e práticas, mas se faz necessário harmonizá-las com as questões do *ser* para que seja possível encontrar maior satisfação nesse setor.

- **Setor SC:** Adequado – Ele mostra que gosta de tocar, passear e fazer várias atividades. Mostra-se preocupado e envolvido com pessoas da comunidade, fazendo ações em conjunto com a igreja. Adota comportamentos socialmente aceitos e respeita costumes culturais.
- **Setor Or:** Pouquíssimo Adequado – Em sua dinâmica psíquica, o setor afetivo-relacional influencia diretamente nas possibilidades do setor orgânico. Pinheiro dorme pouco, não consegue adequar seu tempo para descanso e prática de atividades físicas – o que justifica com a “falta de tempo”. Encontra-se em estado de Obesidade Grau I. Usa o alimento para tentar atenuar suas angústias, o que acaba acarretando um aumento de peso. E ainda se esforça em ignorar os sinais que seu corpo apresenta – seja de cansaço ou de saciedade. O corpo se expressa, mas as dificuldades com a totalidade de si o silenciam.

c) Avaliação Global do Funcionamento

Pinheiro está interessado e envolvido em seu trabalho na empresa e como músico. Frequenta, coordena e realiza atividades sociais voltadas à sua comunidade evangélica. Mesmo que tenha apresentado um declínio no papel de estudante, por apresentar insegurança e dificuldade em se diferenciar de sua família, agora consegue voltar a investir e se preparar. Faz cursinho e aulas particulares e pretende prestar o vestibular.

Resultado da Escala de Avaliação Global do Funcionamento – AGF= 75 (atual).

d) Avaliação da Alexitimia;

Pinheiro se mostra alexitímico, ele manifesta falta de introspecção e envolvimento com seu mundo interno. Encontra dificuldade em descrever sentimentos, em distinguir sentimentos das manifestações somáticas e dificuldades em dialogar com o outro – e, às vezes, até consigo mesmo. Em certos momentos é como se não encontrasse conteúdos em sua mente para falar das relações que estabelece, das pessoas e do aspecto emocional que envolve as situações.

Definir e reconhecer o que acontece em seu mundo interno diante de momentos importantes de sua vida, como quando vivenciou o acidente com a moto, ainda é um desafio. Nessa situação, enquanto se recuperava, reduziu suas atividades, aumentou o consumo alimentar; mas, como lidou, por exemplo, com a percepção do perigo da morte? Isso ele ainda não faz ideia.

Resultado da Escala Toronto de Alexitimia – ETA-20 = 64 - Alexitímico

6) Encaminhamento

Na tentativa de facilitar o trabalho de Pinheiro, em relação às suas questões psicodinâmicas e, por apresentar dificuldades em reconhecer e lidar com suas emoções, Pinheiro foi encaminhado para receber auxílio psicoterápico. Sua psicodinâmica interfere no modo como se relaciona consigo, com os outros e, ainda, na maneira como lida com seu cotidiano, que aparece sobrecarregado de atividades.

3.1.3 Jatobá

Jatobá tem 42 anos, IMC 39,78 – é considerado obeso em Grau II. Trabalha na produção de uma empresa. cursou o Ensino Médio incompleto. Voltou a estudar há três meses, o que acredita que contribuiu para a perda de alguns quilos. Atualmente, estuda em um curso básico de Teologia. É católico. É cooperador de sua comunidade religiosa, atua como conciliador. Nos fins de semana, auxilia em mutirões de construções civis, faz limpeza e se empenha em prol das necessidades da comunidade. Heterossexual. Casado. Tem dois filhos.

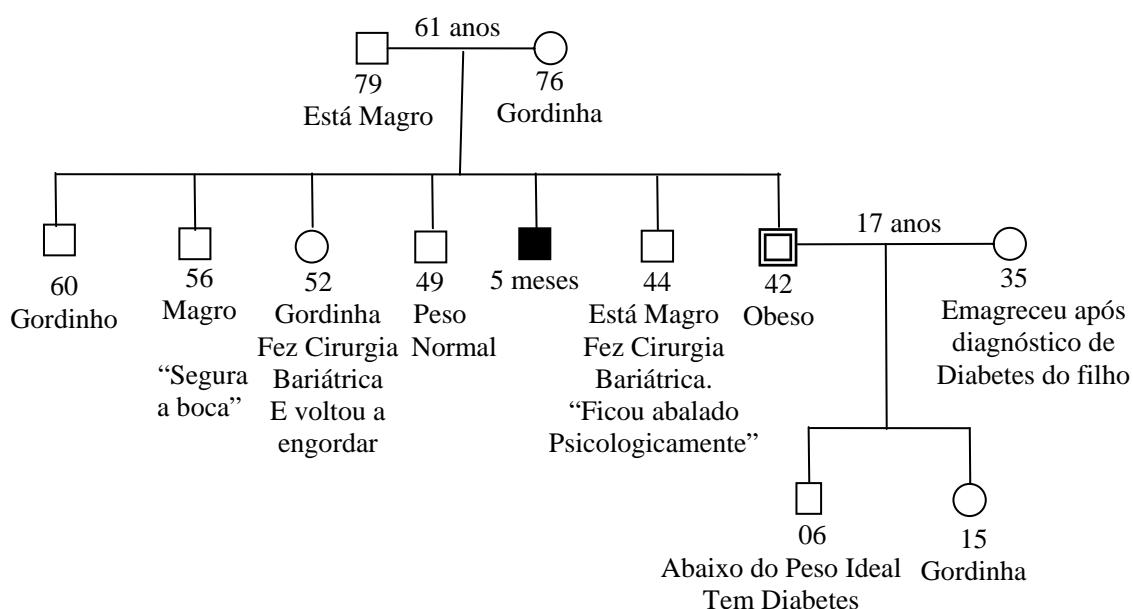
Para ele, é difícil se perceber. Mas, ao longo do trabalho, diz que se acha honesto, religioso, *“alguém que procura aprender mais para poder ajudar mais [...], que não gosta de magoar as pessoas e, quando magoa, procura pedir desculpas”* [sic]. Ele se acha calmo, contudo, depois de alguns questionamentos, reconsidera: *“Sou calmo, mas não sou. Eu fico... Mas, por dentro... [...] Tem gente que é explosiva. Mas, eu fico com aquilo guardado, né?”* [sic].

Ele tenta separar as dificuldades da família e do trabalho, mas não consegue. Jatobá é ansioso e sua ansiedade aparece muito ligada à sua oralidade. Quando está ansioso, em geral, procura algo para comer, mas também afirma que: *“As pessoas falam que eu falo enrolado. Quando fico nervoso falo mais enrolado. Eu falo rápido! [...] Antes, eu ficava nervoso e fumava”* [sic]. Jatobá, em geral, nomeia as alterações internas como ansiedade – ou como “nervosismo”. Esta é uma das poucas emoções que reconhece, embora não tenha ideia do que dispara sua ansiedade.

Em relação às suas emoções, também se destaca sua dificuldade em externalizar sua agressividade. Quando está bravo, nervoso ou zangado, não sabe o que fazer. Às vezes, tenta disfarçar e percebe que apenas *“guarda”* [sic]. Ele não quer brigar e não acha recursos para lidar com o que sente, pois lida com uma fantasia de que pode ser muito destrutivo.

Ele gostaria de reduzir seu peso, mas não consegue diminuir o consumo alimentar. Acredita que seu “*problema é a janta. Como o que encontrar pela frente. Depois, sento e fico vendo televisão. [...] Quando estou em casa fico, ‘beliscando’ o tempo todo!*” [sic] Jatobá desconhece seus sinais de saciedade, come até que não caiba mais nada no estômago. Ele dorme pouco e teve pneumonia, há dois anos, quando se afastou da família, devido ao trabalho. Sente dores nas costas, mas não procurou nenhum especialista.

1) Genograma



Obs.: As observações sobre o peso estão descritas de acordo com o entrevistado.

2) Sobre as pessoas afetivamente próximas

Todos os integrantes da família de origem têm tendência a ser obeso, independente do sexo. Sua mãe “*come mesmo sabendo que o alimento não lhe fará bem. [...] Ela é sentimental, às vezes, fica difícil de se lidar, se falar ou brincar... Ela fica brava, magoada. Então, não dá para ficar muito à vontade. [...] Tem que saber tratar*” [sic]. Quando ela se

sente contrariada, fica magoada. Fala e reclama que não gostam dela, que ele e os irmãos gostam mais do pai. Jatobá diz que gosta dos dois do mesmo modo. Acredita que só muda o jeito de tratá-los em função da diferença de humor que há entre eles. Durante sua adolescência, ele “*não aceitava muito o que ela falava*” [sic].

Seu pai é mais compreensivo, “calmo” e quase não fala. Ele fica nervoso, mas não fala sobre o assunto. Está magro porque controla a alimentação. O pai é “*um homem honesto, trabalhador, que trata bem a todos da família. [...] quando era criança, meu pai batia para educar. Mas, hoje, dá para brincar e ficar à vontade com ele. [...] É um espelho*” [sic].

Jatobá foi criado em um sítio e ajudava a família nos trabalhos rurais. Ele sente que recebia pouca atenção por ser o último filho de uma família numerosa. Saía e se divertia com os colegas. Ele diz que “*não respondia aos pais*” [sic], mas acredita que sua adolescência foi um período difícil para seus pais. Como a de sua filha está sendo para ele. Ele saiu de casa aos 19 anos. Mudou-se para a casa de um irmão, com quem morou até se casar. Buscava melhores oportunidades e logo começou a trabalhar.

Ele teve seis irmãos. Eles “*se dão bem; os mais novos respeitam os mais velhos*” [sic]. O primeiro tem o temperamento parecido com o do pai. O segundo “*está sempre controlando o peso, ele tem medo da morte, para ele, a obesidade é tida como uma doença, um perigo à saúde*” [sic]. A terceira é a mulher. Ela fez uma cirurgia bariátrica, estava com IMC 46,87: “*A cirurgia não deu certo. Ela voltou a engordar*” [sic].

O quarto irmão é magro, ele “*é o mais equilibrado, sincero e honesto, mas, ao mesmo tempo, mais controlador, é alguém que não se solta, [...] que controla a emoção*” [sic]. O quinto morreu durante a gestação. Jatobá não sabe detalhes sobre ele. O sexto estava com IMC 46,60, quando fez uma cirurgia bariátrica e está com IMC 25,08. Ele perdeu 60 kg, em quatro meses: “*Isso afetou seu ‘psicológico’. Ele está fazendo tratamento, mas não está bem*

ainda. Foi uma mudança muito brusca. Antes, eu até pensava em fazer a cirurgia, agora decidi que não farei” [sic].

Sua esposa foi obesa, mas começou a emagrecer, depois que seu filho foi diagnosticado como diabético. Ela é carinhosa, uma boa mãe e esposa. Ela é ciumenta, mas não faz confusões por causa disso. É cuidadosa com todos e com a casa. Em vários momentos, mesmo que seja de forma sutil, ele se coloca para a esposa em uma posição infantilizada, com dificuldade em postergar suas necessidades e, além de demandar seus cuidados, deixa que ela administre as dificuldades, seja em relação à saúde dele e do filho, da rotina diária etc. Por exemplo, quando a acompanha nas compras do mês, ele diz: *“não vejo a hora que acabe, [...] quero que seja rápido! Nos dois primeiros corredores ainda tô com paciência... Depois, já começo a acelerar. Não suporto esperar” [sic].*

Jatobá se mostra dependente na relação com a esposa, sente-se inseguro longe dela. Depois de ficar oito meses trabalhando em outra cidade e permanecer longe da família, durante a semana, ele desenvolveu pneumonia. Conta que ficava sozinho e preocupado. Pensava no filho, *“se ele estava bem. E sentia um “aperto por dentro” que só melhorava, quando ligava para a família. [...] Só conseguia dormir se falasse com a família” [sic].* Mas, não conseguia pensar em si e no que estava vivenciando – na sensação de se sentir sozinho, na necessidade de tomar decisões sobre sua rotina e na possibilidade de cuidar e a colher a si. Seu adoecimento trouxe duas consequências principais: encerrou a situação de afastamento da família e ele se viu obrigado a parar de fumar.

Ele se preocupa muito com seus filhos. Em função da saúde do menino e das dificuldades que está encontrando para educar e relacionar-se com sua filha adolescente. Ele procura não bater nos filhos. Mas, chegou a bater em sua filha, depois que os conflitos com ela começaram.

Jatobá explica que ela discute com sua esposa e, às vezes, quer discutir com ele também. Isso, ele não aceita: *“Ela está numa fase complicada, porque está respondendo mais. Ficou mal educada, quer sair e fazer o que os colegas fazem. [...] Ela é nova, tenho medo de que se envolva com drogas, prostituição [...]. Quero coisas boas para os filhos”* [sic]. Jatobá não tem paciência com ela. Eles discutem bastante. Os dois até conversam, mas quando ela responde, ele fica *“abalado”* [sic].

Depois que eles brigam, Jatobá se arrepende, pensa que poderia conversar com a garota, mas não retoma o assunto por medo de *“passar a mão na cabeça [...]. E se ela notar que fiquei com dó e abusar depois? Ela fará pior! [...] Converso e brinco sobre outras coisas e as coisas vão passando [...]. Passa o nervoso, o ódio...”* [sic]

Outro motivo de conflito existente é porque a filha está com sobrepeso e, quando os pais tentam controlar sua alimentação, a adolescente diz que: *“estamos negando comida para ela”* [sic]. Por fim, Jatobá compreende que ela é parecida com ele. Diz que ela é *“calma”*, que responde, mas é obediente. *“Ela acha que protegemos o irmão. E, muitas vezes, briga com ele por esse motivo”* [sic].

O filho de Jatobá é magro. Está começando a alcançar o peso normal para crianças de sua idade. Foi diagnosticado com diabetes aos 2,5 anos. É insulín dependente. O pai o descreve como inteligente, calmo e parecido com a mãe: *“Ele puxou mais a família dela, é mais alto do que as pessoas do meu lado”* [sic]. Quem cuida diariamente do menino é a esposa: *“A mãe tem mais facilidade em educar”* [sic].

Mesmo para a aplicação de insulina, Jatobá diz que: *“Eu não tenho coragem, eu não consigo fazer, eu tenho dó, ela que faz isso aí, eu preciso aprender, [...] mas fico com dó de furar, acho que ele já sofre bastante”* [sic]. Jatobá se sensibiliza frente à situação, mas não consegue enxergar que a criança real é muito maior do que a doença que existe em seu filho.

Ele o olha como se fosse unicamente um menino “doentinho”. Sente pena pelo que ele tem que vivenciar e não aproveita todos os aspectos que existem na relação pai-filho.

Jatobá conta que quando o garoto fez aniversário: “*Ele queria ter feito 9 anos, porque imagina que, com essa idade, poderá comer de tudo*” [sic]. Jatobá não o auxilia no enfrentamento da realidade, deixa a criança na fantasia. Também não consegue auxiliar na aquisição de limites. Segundo ele, a criança, “*sabe o que pode ou não comer e se alguém oferece algo que não pode, ele recusa*” [sic]. O filho pode colocar limites na alimentação, coisa que o pai ainda não consegue fazer.

3) Principais aspectos na história construída da obesidade

a) Jatobá e a obesidade

Ele acredita que: “*sempre fui ‘gordinho!’*” [sic]. Mas, relata que durante a adolescência passou “*pelo ‘estirão’ e emagreceu*” [sic]. Segundo Jatobá, ele permaneceu “magro” até casar-se, aos 25 anos. Contudo, a percepção de si, como alguém magro, corresponde ao IMC de 30,82 e à classificação de Obesidade Grau I. O que reafirma sua percepção inicial de que sempre conviveu com o peso elevado.

Em relação à busca de tratamentos ele já cogitou realizar uma cirurgia bariátrica, mas, como tem dois irmãos que a fizeram e tiveram resultados negativos, também se desinteressou, segundo ele, sem maiores reflexões. Ele até gostaria de reduzir seu peso, mas não consegue diminuir o consumo alimentar. Jatobá é ansioso e inseguro. Mesmo em casa, com a família, ele não se tranquiliza. Constantemente, procura algo para comer. No entanto, ele entende que seu “*problema é a janta. Como o que encontrar pela frente. Depois, sento e fico vendo televisão. [...] Quando estou em casa, ficou ‘beliscando’ o tempo todo!*” [sic] – assim, desconhece seus sinais de saciedade e convive com a compulsão alimentar.

b) Disparadores situacionais mais destacados

Jatobá aponta:

- 1) Ele acredita que a falta de rotina de horários para alimentação ou descanso que tinha, enquanto era solteiro, contribuía para a manutenção do estado de obesidade.
- 2) Em seu funcionamento, buscava compensar o desejo de atenção materna por meio do consumo alimentar – ele crê que recebia pouca atenção, por ser o último filho de uma família numerosa;
- 3) O que é contraditório com o ganho progressivo de peso, mesmo após o casamento, apesar de passar a ter rotina e horários para alimentação e descanso. Então, ele racionaliza que foi *“porque a mulher trata a gente bem, né!”* [sic] No entanto, ele relata que suas preocupações com o futuro cresciam, principalmente depois do nascimento de cada filho. Portanto, seu ganho de peso se eleva, concomitantemente, com sua autocobrança;
- 4) Depois do tratamento contra a pneumonia, seu ganho de peso disparou; segundo ele, pela interrupção do comportamento de fumar compulsivamente – cerca de dois a três maços por dia – elevou-se em 20 kg em dois anos;
- 5) Existe uma relação materna conflituosa – permeada por intensos conflitos primitivos de amor e ódio, que é reproduzida em sua relação com a própria filha;
- 6) A figura paterna não aplaca suas angústias e não contribui para a constituição de uma sensação interna de segurança;
- 7) Ele encontra na “mastigação alimentar” um canal para sua agressividade, a possibilidade de destruir de forma controlada. E, sem elaboração, repete esse comportamento de forma compulsiva;
- 8) Sua psicodinâmica destaca aspectos ligados à oralidade, como: comportamentos compulsivos de comer ou fumar e fala acelerada e de difícil compreensão, diante de situações que o deixam *“nervoso”* [sic].

c) Situação emocional envolvida

Diante dos disparadores situacionais que discutimos, as vivências emocionais que mais se sobressaíram foram:

- Sente-se insatisfeito em suas relações com as pessoas mais próximas e, ainda, não possui uma postura ativa na busca de sua autosatisfação, assim, permanece carente;
- Não encontra recursos para desempenhar o papel de cuidador, mostra que precisa ser cuidado;
- Apresenta dificuldade com separações;
- Sem a presença da esposa, sente-se sozinho, preocupado, angustiado e inseguro;
- Sua angústia, em geral, está bem elevada;
- Ele lida com emoções conflitantes e angustiantes, principalmente, por meio de saídas compulsivas (cigarro, alimento);
- Encontra dificuldade de lidar com o aumento de responsabilidade (casamento, filhos, viver uma vida adulta);
- Falta intimidade com processos introspectivos;
- Usa a racionalização para justificar seus medos e dificuldades;
- Há muito receio de magoar o outro, de ser agressivo. Ele sofre com a presença da agressividade. Em geral, usa-a contra si;
- Não consegue lidar bem com os limites;
- Tem dificuldade em dialogar.

4) Compreensão psicodinâmico-adaptativa

Quando Jatobá é convidado a refletir sobre si e o modo como se constituiu, diz repetidas vezes que tem medo de magoar as pessoas – como se fosse possível ter relações duradouras sem a presença de atritos. A figura materna que Jatobá internalizou se magoa com facilidade, ela aponta que espera não ser frustrada. E Jatobá gostaria de ser capaz de não magoar a mãe, para se sentir amado – uma missão ingrata – uma vez que, não contrariá-la seria o mesmo que ser alguém que existe em seu imaginário. Não haveria lugar para o filho real.

Ele sente que a mãe, assim como ele, gostaria de se sentir querida e, por receio de magoar “essa figura materna”, construiu um modelo relacional em que se mantém distante. Na realidade, sua tentativa de cuidar da relação é justamente o que a enfraquece e ainda impulsiona sua dificuldade de expressão – falar, discutir, ficou associado à possibilidade de magoar as pessoas. Não é à toa que sua ansiedade aparece tão forte em sua fala.

A relação materna conflitiva e contraditória perdura mesmo na vida adulta – ao mesmo tempo em que Jatobá deseja receber mais atenção de sua mãe, os caminhos para que essa relação possa ser satisfatória são misteriosos para ele. Na adolescência, ignorava os comentários maternos e realizava desejos pessoais, como sair e voltar tarde para casa – nessa ocasião, pôde vivenciar certa rebeldia em relação às figuras paternas primárias, relacionou-se melhor com sua agressividade, não foi preciso direcioná-la para a mastigação, o que facilitou uma estabilidade maior de peso.

O modelo de relação mãe-filho se repete entre ele e a filha. Essas relações envolvem um ciclo de amor e ódio, de identificação e projeção acentuadas. Quando discutem, Jatobá sente muita raiva, nervoso e ódio, os quais tenta negociar por meio da tentativa de controle, mesmo porque isso o tranquiliza, mostra que não destrói as pessoas a quem odeia; mas, que

também ama. Seu carinho por ambas é perceptível, especialmente em seu tom de voz e no desconforto por não conseguir estabelecer relações mais gratificantes com elas. Esse trio familiar busca, de certo modo, uma espécie de “nutrição” para o mundo interno, mas acabam estabelecendo relações empobrecidas, em que não se sentem queridos.

Jatobá, sua mãe e sua filha se alimentam desmedidamente, os três comem “*mesmo sabendo que o alimento fará mal*” [sic]. Para eles, o alimento ganha uma importante função. Ele pode ser destroçado e o resultado vai para dentro e não para fora. A agressividade pode ser guardada, direciona contra si, na tentativa de proteger o outro e a si mesmo – pois, em sua fantasia ela é muito destrutiva.

Enquanto descarrega essa energia no alimento ou se movimenta em busca de algo para comer, ele estabelece uma relação com um objeto controlável, com uma suposta garantia de que esse objeto não irá retalhar. Mas, que também não se apresenta como uma boa solução, visto que acaba sendo punido com a obesidade – o que, entraria no processo como um regulador de possíveis culpas. Então, não consegue desenvolver recursos para se apropriar de sua própria agressividade e torná-la construtiva para sua vida.

Durante seu desenvolvimento, Jatobá construiu uma estrutura interna frágil e mesmo na vida adulta se mostra bastante dependente. Ele depende da esposa para tomar decisões e organizar a rotina diária. É ela quem cuida de todos, inclusive dele. Ao ver-se afastado dela, ele adoeceu – o que remete a um estado simbiótico. Mas, vale notar que, mesmo assim, ela não ganha muito espaço em sua psicodinâmica. Seu pai e sua esposa são descritos como boas pessoas, com as quais poderia estabelecer ricas relações. São personagens muito importantes dessa história. Contudo, permanecem pouco explorados, sem receber atenção de seu olhar.

Em meio a esse processo, Jatobá acaba se “misturando” também ao filho. Está impossibilitado de estabelecer uma relação real com o garoto. Seus próprios aspectos de desamparo, necessidade de proteção, de ser olhado e respeitado, demandam cuidados. Mesmo

em idade adulta, ainda não desenvolveu condições de ser um cuidador. Sem elaboração de suas vivências, o que acaba sendo expresso é, apenas, uma forma de “dó de um garotinho” que não tem acesso a elementos fundamentais da vida.

Na sua psicodinâmica, as questões relacionais, familiares e as envolvidas com a obesidade recebem muito mais atenção do que a constituição da masculinidade. Sem um processo reflexivo, Jatobá reproduz a masculinidade que conheceu por meio de seu pai, que é *“um homem honesto, trabalhador, que trata bem a todos da família. [...] um espelho”* [sic]. Ambos disfarçam a agressividade sob a forma de brandura, demonstram serem “calmos” e têm dificuldades de lidar com assuntos conflituos. Mesmo quando ficam nervosos, não abordam o assunto, não estabelecem diálogos com a família, não conseguem que sua palavra se faça presente nem ocupar seu espaço e contribuir na construção de um ambiente familiar seguro.

O processo de obesidade de Jatobá apresenta compulsão alimentar, principalmente no tempo que passa em sua residência – nos momentos em que não trabalha, a angústia se apresenta mais intensa. De modo geral, seu comportamento alimentar sofre interferências de suas dificuldades emocionais (principalmente com limites, ansiedade, insegurança, agressividade). Jatobá não consegue valorizar os sinais de saciedade que seu corpo emite. E até relata que gostaria de reduzir seu peso, mas não consegue diminuir o consumo alimentar, sobretudo noturno, embora não evidencie nenhum esforço nesse sentido.

Ele é capaz de ouvir as recomendações de médicos e pessoas queridas, como a esposa, em relação à sua saúde e seu peso, mas as trata como se essa preocupação pertencesse a eles. Contudo, demonstra certa inquietação em relação ao estado de elevação de peso da filha e colabora na tentativa de redução de consumo alimentar dela.

O convívio com o peso elevado faz parte de sua cultura familiar. Apesar de sua família de origem ser numerosa, somente seu quarto irmão foi considerado, por ele, com peso normal,

mas, ao mesmo tempo, é visto como alguém que “*controla a emoção*” [sic] – sendo que para Jatobá, o universo das emoções é um lugar de pouca intimidade e, muitas vezes, de descontrole.

Conscientemente, Jatobá não demonstra problematizar a obesidade em sua vida; apesar disso, relata claramente que a obesidade é um problema significativo para toda a família. A maioria dos membros, igual à matriarca, comem descontroladamente e usam o alimento de forma que ele acaba fazendo mal. A função de nutrição aparece comprometida. O alimento concreto aparece eleito como um recurso importante para lidar com o universo subjetivo, entretanto, as pessoas continuam “famintas”.

Seu segundo irmão “*está sempre controlando o peso*” [sic] e vive atormentado, como se a obesidade fosse “poderosa” e fosse matá-lo a qualquer instante. Há outros dois irmãos lidando com resultados negativos da cirurgia bariátrica, pessoas que não foram cuidadas adequadamente para receber esse procedimento, no qual, o papel psicológico não foi realizado de forma responsável. E Jatobá, que já havia pensado na cirurgia como uma saída “mágica” para lidar com a obesidade, agora não faz nenhum movimento na direção de seu cuidado.

O irmão falecido, no processo gestacional, aparece entre a contagem dos irmãos e é possível pensarmos na hipótese de que ainda esteja recebendo um papel significativo no modo primitivo de lidar com as emoções, principalmente com o ódio e a destrutividade. Quando Jatobá descreve sua “família obesa”, este irmão aparece como uma figura central, como podemos observar em seu genograma – e também facilita o entendimento da dinâmica de seu segundo irmão, que associa a obesidade tão diretamente à morte. E, ainda, nos faz refletir sobre a severidade dos processos e grau da obesidade, que os membros da família acabam lidando.

5) Sobre a Eficácia da Adaptação, o Funcionamento Global e a Alexitimia

a) Diagnóstico Adaptativo

Entrevistado: Jatobá		
Idade: 42 anos	Estado Civil: Casado	Ocupação: Operador de Máquinas
EDAO-R	Grupo 3 = Adaptação Ineficaz Moderada	Sem Crise
Adequação por Setor		Adequação
A-R (Afetivo-Relacional)	Pouquíssimo Adequado	1
Pr (Produtividade)	Adequado	2
SC (Sociocultural)	Adequado	Soma = 3,0
Or (Orgânico)	Pouquíssimo Adequado	

b) Dados Relevantes por Setor Adaptativo

- **Setor A-R:** Pouquíssimo Adequado – Como foi descrito, Jatobá encontra diversas dificuldades em seu mundo interno. Seu nível de ansiedade está bastante elevado. Ele lida com suas angústias, principalmente por meio da racionalização ou de comportamentos compulsivos, como o comer ou o fumar.

Jatobá mostra uma estrutura interna oral-dependente, principalmente na relação com a esposa, longe da qual ele adocece. E em suas relações, ainda, não demonstra a busca por mudanças nessa situação. Um exemplo é sua relação materna, que envolve emoções fortes e conflituosas. Mãe e filho apresentam ciclos de amor e ódio, de identificação e projeção acentuadas, que propagam fantasias e prejuízos na relação.

Desde criança, Jatobá entendeu que sua mãe esperava não ser magoada – isto é, não ser frustrada na relação e, ainda hoje, tenta não magoar as pessoas de um modo geral e, assim, não se arriscar a não ser querido por elas. O receio de magoar tornou-se tão forte que impulsiona sua dificuldade de expressão – falar pode magoar. Desse modo, torna-se difícil discordar, expressar seus pensamentos e sentimentos, debater, ser e ocupar seu espaço. E, por outro lado, sua tentativa de cuidar da relação é justamente o que a enfraquece.

Contudo, seu carinho pela mãe é perceptível (em seu tom de voz e desejo de estabelecer uma relação satisfatória). Quando Jatobá discute, ele sente “*muita raiva, nervoso e ódio*” [sic] e busca se tranquilizar por meio do controle e, sem se dar conta, repete, principalmente com sua filha, o modo relacional construído pela mãe. É interessante notar que ele, sua mãe e sua filha estabelecem relações empobrecidas e buscam algum tipo de “nutrição” por meio do alimento concreto.

Entretanto, é na miscelânea com o seu filho que Jatobá deixa evidente sua sensação de desamparado e sua dificuldade em se tornar um adulto cuidador. Seu modo relacional também não se apresenta satisfatório, o que é exemplificado na relação com a esposa e, igualmente com seu pai, pois, mesmo que representem um apoio importante em seu cotidiano, essas relações permanecem pouco exploradas, sem receber muita atenção.

- **Setor Pr:** Adequado – A produtividade de Jatobá está preservada. Ele se sente satisfeito com seu trabalho. É envolvido no desempenho de suas tarefas e é considerado um bom colaborador. Escolheu estudar em um curso básico de Teologia. É cooperador na igreja que frequenta e, neste ambiente, nos fins de semana, realiza atividades diversas, o que também o faz se sentir bem.
- **Setor SC:** Adequado – Jatobá respeita comportamentos e costumes sociais. Nos aspectos sociais, mostra-se preocupado e envolvido com sua comunidade religiosa. Nesse setor, há um novo movimento e investimento por meio do estudo de Teologia, no qual ele acaba incorporando elementos da história e de outras culturas, mesmo que esteja restrito aos aspectos religiosos.

- **Setor Or:** Pouquíssimo Adequado – Sua dinâmica psíquica compromete o setor orgânico, causa perdas para sua saúde e sua qualidade de vida. Seu corpo acaba penalizado (por meio da obesidade, dores nas costas, compulsões, pneumonia), pois faltam recursos para lidar com sua subjetividade. Ele se encontra em estado de Obesidade Grau II, em sua psicodinâmica, usa o alimento para tentar atenuar angústias, carências e a agressividade e tem comportamentos compulsivos, ligados à oralidade, que refletem no ganho de peso. Jatobá dorme pouco e não encontra nenhuma justificativa para isso.

Dois exemplos significativos da influência e interação entre os setores A-R e Or são:

1) A ansiedade afeta sua fala, e esse comprometimento interfere em suas interações; 2) Mesmo notando que já comeu muito, Jatobá não consegue interromper o comportamento. Ele ignora seus sinais de saciedade e alimenta-se independente de sentir fome ou não, sabe que “*o estômago se estende*” [sic]; mas, come até que ele dê sinais de que não aguenta mais nada: “*O estômago demora para passar que ele está cheio*” [sic]. Ele espera a concretude de um limite – antes de nossas reflexões, ele não parava para se questionar sobre o que influenciava seu modo de se alimentar

c) Avaliação Global do Funcionamento

Jatobá é capaz de desempenhar sua função no trabalho de modo satisfatório, é cooperador de sua comunidade religiosa, atua como conciliador. Aos fins de semana, auxilia em mutirões de construções civis, faz limpeza e se empenha em prol das necessidades da comunidade, além disso, estuda Teologia. Apesar disso, fica longas horas, durante a noite no sofá, em frente à televisão – o que não é feito como uma escolha de lazer ou prazerosa, mas

pela ausência de motivação ou paciência para, por exemplo, realizar atividades sociais que envolvam sua família.

Resultado da Escala de Avaliação Global do Funcionamento – AGF= 66 (atual).

d) Avaliação da Alexitimia;

Em função das dificuldades em perceber e lidar com os sentimentos que apresenta ou das situações que relata, é possível notar que a alexitimia permeia o desenvolvimento de Jatobá de modo expressivo. Ele não possui intimidade com sua subjetividade, expõe uma falta de introspecção e empobrecimento da vida imaginativa. E não consegue distinguir seus sentimentos – em função disso, encontra limitação para argumentar em várias situações.

Resultado da Escala Toronto de Alexitimia – ETA-20 = 77 - Alexitímico

6) Encaminhamento

Jatobá foi encaminhado para receber auxílio psicoterápico com intuito de ajudá-lo a lidar com suas questões psicodinâmicas e fonoaudiológico, para colaborar com seu desejo de se expressar com maior clareza. Sendo que, durante seu exame periódico, o médico responsável, recomendou que retomasse o tratamento da obesidade.

3.1.4 Oliveira

Oliveira tem 30 anos, IMC 44,98 – é considerado obeso em Grau III, estado de obesidade mórbida. É Técnico de Segurança do Trabalho. Heterossexual. Vive com sua esposa. Não têm filhos. Ele foi considerado “*um garoto doentinho*” [sic] até os 8 anos, quando começou a engordar. É alguém que se mostra muito educado, atencioso, simpático, sensível, bem humorado e perfeccionista. Alguém que gosta de inventar modos de facilitar o funcionamento das coisas e que “*tenta resolver os problemas de todos, tanto concretos, quanto de relacionamentos*” [sic]. E, também, gosta de “*estar em movimento. Estou sempre procurando algo para fazer*” [sic]. Mesmo nos momentos que poderiam ser destinados ao descanso ou ao convívio com a esposa.

As questões financeiras são valorizadas em sua psicodinâmica. Como seus pais, Oliveira se preocupa bastante com esse aspecto. Ele emprega um bom tempo de seus pensamentos entre questões de alimentação, obesidade e econômicas.

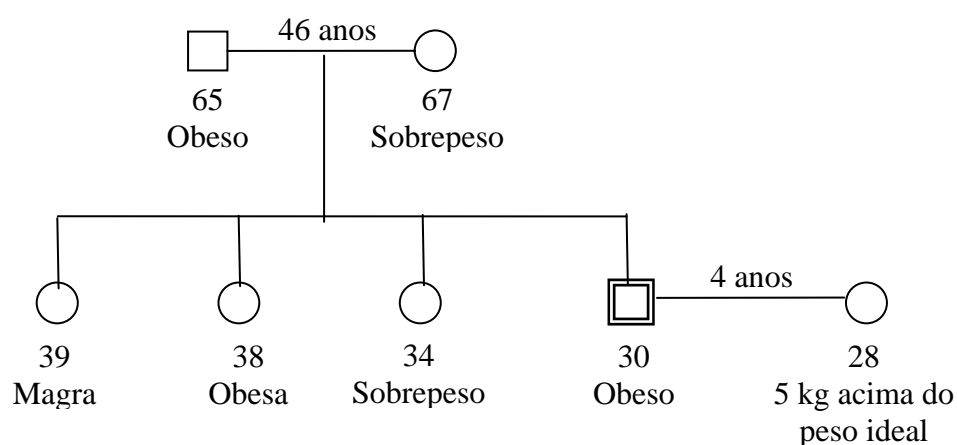
Para ele, há falta de planejamento em relação à situação econômica, principalmente por parte da esposa: “*Ela acabaria gastando sem se organizar para pagar as contas ao longo do mês*” [sic]; enquanto Oliveira faz planilhas mentalmente e sabe “*de cor*” [sic] todos os gastos e compromissos financeiros. Às vezes, ele se sente inseguro em fazer novos investimentos e busca auxílio dos pais, que ainda o auxiliam financeiramente, em muitos momentos.

Seu discurso inicial era metodicamente preparado, mas algumas questões o deixavam desconcertado:

É... Eu tinha uma história na cabeça, mas aqui acaba saindo diferente. [...] Você sabe que é bem ansioso, mas nunca tinha imaginado que poderia haver conteúdos emocionais que ‘alimentassem’ certas sensações que sinto... Ou que pudessem influenciar tanto na minha saúde, como estou vendo! [...] Isso é incrível [sic].

Quando fica com o IMC em torno de 44, cansa-se e se sente fadigado com maior facilidade. Ele foi surpreendido com o início da hipertensão: “*Não esperava por causa da minha idade [...]. É o peso que acaba alterando*” [sic]. Ele se irrita com o calor na hora de dormir. Fica entediado em caminhar na esteira, “*por andar e estar parado*” [sic]. Recentemente, realizou exames periódicos e os resultados laboratoriais estão dentro da normalidade.

1) Genograma



Obs.: As observações sobre o peso estão descritas de acordo com o entrevistado.

2) Sobre as pessoas afetivamente próximas

Seus pais trabalhavam. Havia pouco contato com os filhos e Oliveira relata que sentia falta da expressão de afeto na família. Para ele, em sua casa havia a sensação de que as coisas eram “*intocáveis*” [...]. *Só ficava à vontade no meu quarto*” [sic]. Às vezes, a família se encontrava durante o horário de almoço ou em curtos intervalos. Seus pais foram rígidos com sua educação e, apesar de não passarem por necessidades, preocupavam-se muito com a questão econômica. Entre outras coisas, as compras de alimentos que as crianças gostavam,

como doces e refrigerantes, “*eram porcionadas sem direito a repetir, nem aquele chorinho*” [sic].

Oliveira sentia que a dinâmica familiar permitia que recebesse atenção diferenciada, quando adoecia, e ele adoecia com frequência, até os 8 anos, quando foi ficando “*fortinho*” [sic]. Nesses momentos, a mãe se demonstrava muito preocupada e, também, oferecia-lhe alimentos que gostava, sem se preocupar em controlar a quantidade. Sua mãe emagrece e engorda constantemente. Eles estabeleceram uma relação conflituosa, com discussões frequentes, que ele explica assim:

Ela tem um jeito educado, mas sem intimidade. [...] Ela era superprotetora, metódica, perfeccionista, controladora e autoritária. [...] Ora me tratava como criança, ora de modo formal. [...] Ela faz muitas cobranças, às vezes, quando a gente se encontra eu espero um: Olá, tudo bem? Mas, recebo: Você já fez tal coisa? [...] Isso me entristece! [sic]

Seu pai gosta muito de comer. Geralmente, coisas contraindicadas, devido à sua condição de saúde. Ele sofreu um infarto há mais de dez anos. Tinha hipertensão e sempre trabalhou muito. “*Ele era bravo, mas carinhoso, era bom homem [...] ficava bravo quando eu não ia bem na escola [...]. Fazia cobranças de horário e do modo como levava a minha vida, as minhas coisas. [...] mas não me tratava como uma ‘criancinha’*” [sic]. Às vezes, eram aliados em relação às determinações da mãe, as quais um ou outro não concordavam. Oliveira acredita que eles se entendiam melhor por serem homens e, também, que faltou aprofundar mais o diálogo. Ele imagina que não tenham se tornado mais íntimos por timidez do pai.

Sua irmã mais nova tem a personalidade parecida com a da mãe. Oliveira tinha maior afinidade com a segunda irmã, com quem se identifica: “*Nós dois somos pessoas mais solidárias e prestativas. [...] O modo de pensar. [...] Somos mais animados*” [sic]. Também era próximo da primeira irmã, mas agora é sentida como alguém insegura, controladora e problemática. Alguém que dorme por longas horas diariamente. Ela não se casou e, ainda, vive na casa dos pais.

Existia, também, uma boa relação com os avôs, que eram “*amáveis e cuidadores. Eles brincavam, davam presentes [...] e carinho*” [sic]. Ele conta que do lado paterno todos os homens são “*fortinhos*” [sic]. Um primo alcançou os 215 kg – e também era obeso desde a infância. Ele realizou a cirurgia bariátrica e está gostando, está reduzindo o peso. No entanto, a esposa do primo, também era obesa mórbida e se submeteu à cirurgia, primeiro, para que o primo tivesse coragem. Oliveira acredita que as pessoas que se submeteram à cirurgia acabam tendo algum tipo de problema, no futuro, e não deseja passar por esse procedimento: “*Isso ainda está no início e não se sabe o que acontecerá nos próximos anos*” [sic].

Sua esposa foi sua primeira e única namorada. Os dois eram amigos. Ele sentia que, no início, estava mais envolvido na relação do que ela, mas continuou a investir. Com o tempo, ela passou a retribuí-lo e a relação foi fortalecida. Ela é “*calma, doce, amigável, acolhedora e tem tendência a parar*” [sic]; um exemplo é que, enquanto a esposa aprecia os momentos de descanso noturno em frente à televisão e gostaria que Oliveira estivesse ao seu lado, ele procura mexer no computador, arrumar alguma coisa, fazer manutenção na casa, pois se incomoda quando se percebe “*todo largado no sofá assistindo TV [...]. É puro desperdício de tempo*” [sic] – o que também é um exemplo de algo que gera desavenças entre o casal. Às vezes eles discutem, mas em geral, conversam e se entendem.

Oliveira já pediu que ela o ajudasse a emagrecer, por meio de dietas e incentivo, mas seu apoio acaba sendo sentido como uma forma de controle e, então, ele não gosta. Às vezes, acaba se rebelando e até aumenta o consumo de alimentos; outras vezes, ele esconde alguns alimentos e tenta consumir sem que ela saiba – e, desse modo, repete um comportamento que estabelecia na relação com a mãe.

Ela também trabalha e raramente cozinha. Oliveira gosta de cozinhar e o faz sempre que tem oportunidade. O casal planeja ter um filho, quando considerarem a situação financeira mais equilibrada.

3) Principais aspectos na história construída da obesidade

a) Oliveira e a obesidade

Na infância, Oliveira era muito magro: “*Era magrelo e com cabeção*” [sic]. Percebe que foi visto como uma criança “doentinha” [sic] até os 8 anos, quando começou a elevar seu peso, iniciando, deste modo, sua saga pela obesidade. Ele conheceu a vivência de ser muito magro e muito obeso e afirma que: “*Entre as duas, preferia estar obeso. [...] Eu vivia doente*” [sic].

Oliveira faz uma ligação da aparência externa magra com a fragilidade infantil que vivenciava. O menino magro tinha muitos problemas mesmo. Mas, o adulto obeso também os tem. Ele ainda não aprendeu a dar soluções mais satisfatórias a eles.

b) Disparadores situacionais mais destacados

- 1) Tinha pouca companhia, sentia-se sozinho, sentia falta de expressão de afeto na família;
- 2) Gostaria de ter um irmão, outro menino, para poder brincar;
- 3) Associou o contato com as irmãs aos “alimentos” que elas traziam para fazer parte das brincadeiras infantis: “*A gente ficava brincando e comendo*” [sic];
- 4) Estabeleceu uma relação conflituosa com a mãe, discutiam frequentemente, mas sentia falta de seu afeto, de seu olhar;
- 5) Recebia atenção diferenciada quando adoecia – sua mãe ficava mais próxima, atenta em seus cuidados, oferecia “*alimentos que gostava, sem controlar a quantidade*” [sic]. E toda a família modificava a rotina em busca da sua “cura” ou melhora. Ele encontrava soluções psicossomáticas para suas dores e conflitos emocionais, desde o nascimento – antes do estado de obesidade ele teve: broncopneumonia, seis vezes; bronquite; doença de pele e feridas na

perna. Em geral, segundo Oliveira: “*Sem que os médicos entendessem porque elas apareciam e como eram ‘curadas’*” [sic];

6) Em torno de seus 7 anos, entende que foi “curado” das doenças respiratórias por um homeopata, com quem estabeleceu um vínculo forte, no período de tratamento;

7) Em seguida, Oliveira apresentou dificuldade na aprendizagem e chegou a reprovar a 2ª série do Ensino Fundamental. Sua mãe trabalhava na escola, ambos não sabem o que aconteceu. Oliveira acredita que apenas não conseguia compreender as matérias. Ao cursar novamente o ano letivo, ele não se sentia pertencente ao grupo escolar; o que mais destaca é que para ele: “*Os outros garotos eram indisciplinados e violentos. [...] Não conseguia me defender por ser pequeno*” [sic]. Ele também não encontrava espaço para falar de suas dificuldades nem acolhimento na família. Concomitantemente, sem que ele se desse, conta seu peso começou a se elevar;

8) Passou a conviver com episódios de compulsão alimentar;

9) Ele ficou em estado de obesidade até os 16 anos, momento em que começou a namorar – o que melhorou sua autoestima. Ele reduziu seu peso e o manteve estável até quando terminou o período de serviço militar. Nesse período, estava com IMC 29,77 (estado de sobrepeso). Então, ele relata que houve o incentivo de várias pessoas para que emagrecesse um pouco mais e isso, para ele, foi sentido como uma cobrança. Assim, a redução não se manteve;

10) Na vida adulta, seu peso se elevou proporcionalmente ao aumento de responsabilidades, até alcançar o estado de obesidade mórbida. Ingressar na faculdade e no estágio representou um aumento médio de IMC de 2,5 kg/m², ser efetivado e comprar um carro, cerca de 0,5 kg/m², o casamento, 4,5 kg/m² e o aumento da responsabilidade, no trabalho, 6,5 kg/m², sendo que este último, além de ser o maior, ainda ocorreu em menor tempo (durante um mês) – nessa época, ele esteve no exterior por dez dias e vivenciou o comportamento de desinibição alimentar. Voltou com 10 kg a mais;

- 11) Houve a redução progressiva de atividades físicas;
- 12) Ele acredita que seu estado de obesidade também é impulsionado pelo ambiente social, cultural e de trabalho que está inserido, visto que, não facilitam a prática de refeições equilibradas, de atividades físicas e mudanças no estilo de vida – ele reclama da falta de alimentos prontos nutritivos e pouco calóricos, enquanto o consumo de carboidratos e frituras é facilitado; relata falta de tempo, disposição e planejamento para a preparação alimentar e entende que os compromissos sociais que frequenta estimulam o excesso de ingestão calórica;
- 13) Oliveira convivia com a distorção da imagem corporal. Ele não atualizava seu tamanho real e se surpreendeu ao comparar sua dimensão a de outro homem ao seu lado em uma foto;
- 14) Uma vez sua mãe, ao vê-lo, começou a chorar dizendo: *“Nossa você está muito grande, filho! Faça alguma coisa, faça cirurgia, mas faça alguma coisa, se não você vai morrer”* [sic]. Ele ficou tocado pelo comportamento da mãe e compreendeu o momento como uma atitude de amor: *“Estas demonstrações são boas, você se senti assim: não é só uma ‘sargentona’ que está ai, é uma mãe! [...] Em pouco tempo, ela ficou brava com outra coisa qualquer e voltou a atuar como a ‘sargentona’ de sempre”* [sic]. Quando se lembra da mãe chorando, tem atitudes de cuidado maior em relação a si mesmo. Nos outros momentos, continua exagerando. Segundo ele: *“sem culpa”* [sic];
- 15) Em sua família, as mulheres se apresentam autoritárias, corajosas, controladoras, fálicas, o que acabou constituindo um modelo relacional em que o alimento acaba investido de aspectos emocionais – na cultura familiar, é comum preparar um determinado prato para agradar a alguém, ao invés de usar o recurso da palavra e falar sobre o afeto;
- 16) Na família paterna, todos os homens são obesos. Assim, ser do sexo masculino se caracterizou um fator de risco a mais para obesidade;
- 17) Para Oliveira, o insucesso dos tratamentos contra a obesidade se tornou um aspecto significativo na manutenção da obesidade. Ele conta que já dedicou um grande esforço, que

até conseguiu reduções expressivas (mais de 40 kg), mas que não consegue deixá-las permanente. Para ele, o ciclo de emagrecimento e engorda: *“parece uma tarefa que você tem que fazer, mas que nunca termina”* [sic]. Tais situações representam momentos complexos, por exemplo, quando encontra profissionais da área da saúde *“despreparados”* [sic] é desmotivador, por outro lado, se não alcança os resultados desejados, envergonha-se, sente que desagrada. Mas, também, provocam mudanças intensas em sua rotina, já teve que mexer até com preconceitos. Ele conta que seu endocrinologista havia dito que:

“eles iriam tentar o tratamento convencional, mas que se falhasse... Se ele não conseguisse... Seria indicada a ajuda de um psicólogo ou um psiquiatra, pois haveria alguma coisa a mais que também precisaria de tratamento. [...] Ele percebia que tinha a força de vontade necessária para o tratamento e algo interferia e o fazia parar [...] Eu lembro que pensei que se chegasse a este ponto era sinal de que tudo estava perdido! Era muito sério mesmo [...] É muita coisa!” [sic]

c) Situação emocional envolvida

Diante dos disparadores situacionais que discutimos, as vivências emocionais que mais se sobressaíram foram:

- Sentia-se muito sozinho;
- Estabeleceu uma relação carente e conflitiva com sua mãe. Ele deseja sentir a segurança de seu amor e, ao mesmo tempo, gostaria de poder se sentir livre. Oliveira sente que o modo como se relacionam ainda o sufoca, principalmente quando o convida para o lugar de *“criancinha”* [sic]. - A relação mãe-filho aparece envolvida em: superproteção, ataques, controle, perfeccionismo, onipotência, impotência, falta de contato e diálogo. Desse modo, os sentimentos de amor e ódio se destacam;
- Há uma generalização da transferência negativa entre a mãe e profissionais do sexo feminino, enquanto a figura masculina aparece idealizada em várias relações (o pai é sentido como alguém bom, compreensivo, companheiro e amoroso, fica com os aspectos “bons”, enquanto tudo que não gosta, o que desaprova permanece depositado na figura materna, os médicos – o homeopata e o endocrinologista são detentores do saber, profissionais

competentes, “praticamente perfeitos”, a nutricionista, a endocrinologista são profissionais despreparados para seu cuidado);

- Existem dificuldades de lidar com a agressividade e os limites;

- Percebia-se frágil, sem recursos para se proteger, sem amparo para lidar com situações difíceis;

- Em sua infância, não se sentia desejado pela família nem pertencente ao grupo escolar – o que em sua subjetividade se configurou como uma incerteza em relação ao espaço que poderia ocupar;

- Ainda precisa se sentir ligado aos pais, mesmo que seja pela dependência financeira – pede empréstimos e acaba prestando contas de como administra sua economia e, conseqüentemente, sua casa;

- Estabelece relações conflituosas, nas quais tenta manter o vínculo por meio de uma submissão infantil (pedindo auxílio para realizar dietas ou trocar de carro, por exemplo) e, ao mesmo tempo, busca não se submeter ao controle do outro;

- Oliveira sabe que é querido pelas pessoas próximas, mas não consegue se sentir amado;

- Desde muito cedo, suas dificuldades emocionais foram expressas principalmente por meio de soluções psicossomáticas;

- Começou a buscar no alimento concreto o que seu mundo interno precisava;

- Quando se sentiu um rapaz alto e desejado (principalmente pelo início do namoro, que também o nutria afetivamente), começou a se sentir mais “forte”. Por um tempo, pôde combater as fantasias relacionadas à imagem de menino “*magrelo e fraco*” [sic]. Em seguida, iniciou o serviço militar, enquanto se sentia amparado pela instituição, diante do “Grande Pai” – uma figura significativa, que impõe limites bem delimitados, tem papel protetor, lida com segurança e estabelece a prática de exercícios, ele pôde estar com o peso dentro da

normalidade. Mas, frente à realidade, às frustrações e às responsabilidades, entrou em contato novamente com sua fragilidade e a obesidade ganhou espaço novamente;

- Há valorização da opinião de terceiros, exemplificando: “*As pessoas diziam: Agora que vai casar, é que você vai engordar mesmo. [...] E segui as ‘recomendações’ direitinho!*” [sic]

- Tem dificuldades de lidar com a responsabilidade. Às vezes, projeta no outro o que lhe pertence (havia uma esperança de que alguém diria a “fórmula mágica do emagrecimento” ou o faria se sentir “forte” internamente) e, outras vezes, sobrecarrega-se com o dever de outros (realiza as atividades que se compromete e a de terceiros).

- Oliveira, muitas vezes, procura ser, na vida real, o que construiu em sua idealização. Uma pessoa extremamente boa, um trabalhador “*sem descanso*” [sic], uma referência de caráter, capaz de auxiliar a todos;

- Existe dificuldade em reconhecer as emoções que as situações despertam;

- Convive com a severidade de suas críticas superegóicas – o que é perceptível em sua luta pelo perfeccionismo;

- Deseja soluções mágicas;

- Utiliza bastante a racionalização.

4) Compreensão psicodinâmico-adaptativo

Oliveira deposita muita expectativa no discurso do outro. Espera que alguém o alerte, o faça se sentir querido, amado e forte. Enquanto isso, ele se envolve pouco consigo e fica com a concretude do corpo grande. Esse movimento é simbolizado, por exemplo, quando em diversas ocasiões ele fala na terceira pessoa, “você”, quando quer se referir a si mesmo – apesar de possuir um bom domínio da Língua Portuguesa. O que, ao mesmo tempo,

demonstra a presença de um obstáculo em se apropriar do que vivencia, além do desejo de dividir o que vive com o outro e se manter misturado.

Na psicodinâmica de Oliveira, a relação mãe-filho continua permeando a condição de cuidado saudável e seu funcionamento psicossomático. O choro de sua mãe ao se dar conta da imagem do seu corpo obeso foi significativo. Foi um momento em que ele se sentiu visto e pôde perceber sua importância para ela. A partir de então, às vezes, ele se sente incomodado quando está exagerando na alimentação e procura ter atitudes de maior cuidado em relação a si mesmo. Em outros momentos, o comer exageradamente – como ele diz “*sem culpa*” [sic] – aparece ligado a tentativa de ataque à figura materna e a si mesmo, pois não se sente capaz de se mostrar interessante e conquistar o olhar materno que tanto deseja. Aliás, crer na viabilidade dessa tarefa ingrata é uma contribuição de seu pensamento onipotente.

Não há recordação sobre o motivo que gerou a dificuldade escolar que o levou a não ser aprovado na 2ª série do Ensino Fundamental; posto que Oliveira não apresenta comprometimentos cognitivos, destacamos a associação de algumas hipóteses: 1) Seu estado de angústia era tão grande que interferia no processo de aprendizagem; 2) Ser aprovado seria um sinal de crescimento e o garoto não se encontrava pronto para isso; 3) Mais uma tentativa inconsciente e desesperada de obter o olhar de sua mãe, mesmo que fosse por algo considerado negativo: Como alguém exemplar, como sua mãe, tem um filho repetente? – Mas, para onde cada um deles olhava, enquanto o tempo passava e sua situação escolar se agravava? No que estavam envolvidos para conseguirem não saber o que aconteceu?

Ele acredita que os pais, principalmente o pai seja “*pão-duro*” [sic]. Ao mesmo tempo, admite que são capazes de contribuir quando se trata de coisas significativas, como a compra de sua casa. Ele nunca entendeu nem investigou o motivo dos pais se preocuparem tanto com dinheiro. Mas, permite a cobrança deles na administração de sua vida econômica, mesmo depois de casado – permitir um controle infantil em relação às suas decisões, também

é um motivo concreto para se falarem, pois, Oliveira ainda sofre por não haver uma relação mais íntima com eles. Sua queixa se refere muito mais a uma “economia afetiva” das figuras parentais, do que à condição material.

O dinheiro também se tornou um objeto externo eleito para ser controlado por Oliveira. Ele faz “*planilhas mentais*” [sic], sabe todos os gastos, as datas de pagamento, o quanto ainda pode gastar e se ainda pode. Todavia, esse aspecto obsessivo está presente em suas ideias de um modo geral: “*Minha mente não para. [...] A sensação é que ela não para mesmo enquanto durmo. [...] Sinto que não relaxo*” [sic].

Na vida adulta, Oliveira ainda encontra dificuldades em ocupar seu espaço. Na psicodinâmica que apresenta a relação com a esposa, acaba ficando em segundo plano. Por outro lado, quanto à esposa, Oliveira afirma que: “*Ela também come bem... E não engorda como eu. [...] Enquanto ‘você’ se esforça em tentar proporcionar refeições mais saudáveis... Ela quer refeições rápidas e altamente calóricas. [...] Além de ser sedentária. [...] Eu procuro sempre estar fazendo alguma coisa*” [sic].

Ele não se refere simplesmente a estilos diferentes de levar a vida, Oliveira se mostra diante da inveja. Ela mantém o peso e, para seu olhar, com maior facilidade. Enquanto, ele se preocupa, procura controlar a refeição, adequar a alimentação e a prática de atividades físicas. Por que ele tem que ser tão obeso, enquanto ao seu lado alguém tem hábitos piores que os seus e não é punido com a obesidade mórbida? Para ele, é como se fosse injustiçado perante a vida.

A inveja não pode ser reconhecida, muito menos trabalhada, nessa relação. Além do que, essa relação também é invadida por aspectos da relação mãe-filho. Às vezes, ele tenta deixar sua esposa controladora como sua mãe, um exemplo é quando pede auxílio para emagrecer. No entanto, o pedido é “como um jogo” e quando se inicia é fonte de atritos entre o casal. Outra situação que interfere na qualidade da relação do casal, é que a esposa o deseja

a seu lado, no pouco tempo que eles têm para ficarem juntos e ele ainda não permite que isso ocorra. Apesar de sua racionalização justificar com o discurso contra o sedentarismo, esse momento acaba simbolizando sua dificuldade em estar ao lado dela.

Na formação de sua masculinidade, Oliveira apreendeu algumas diferenças marcantes nas relações familiares entre homens e mulheres – vamos nos deter nos modos que lidam com a possibilidade “ser forte”. Em sua família, ele relata que a presença feminina exhibe a personalidade “forte”, uma força apresentada subjetivamente, mas austera, fálica. Enquanto, a posição masculina mostra o corpo grande, gordo, “forte”, porém, arredondado, marcado pela concretude, mas também pela sensibilidade. Assim, as tias, primas, mãe e irmãs se mostram bravas, mandonas, controladoras, corajosas e, por tudo isso, também invejadas e odiadas. Ao passo que, a figura masculina foi se constituindo com uma imagem “*apagada*” [sic], mas, compreensiva e detentora do saber.

Oliveira sentia que seu pai conseguia ter uma percepção mais real dele. A relação é considerada boa. “*Tem cumplicidade*” [sic]. Oliveira trabalha e come bastante como o pai. Ambos não reconhecem o direito ao descanso. A imagem masculina idealizada é sentida, por ele, como fonte de grande exigência pessoal. Oliveira acredita que o homem deve ser bom, trabalhador, esforçado e se empenha em se apresentar desse modo, o tempo todo, independente do cansaço que isso provoque ou da situação. Além disso, também se torna mais um obstáculo para dizer o “não” e colocar limites nas relações; pois, para ele, isso significaria não ser “tão bom” quanto essa ilusão convida a ser. Ao mesmo tempo, seu funcionamento egoíco severo e exigente também não lhe permite se sentir seguro e capaz de paternar uma criança e, desse modo, o nascimento de seu filho fica postergado.

Apesar da história de Oliveira com a obesidade ser contada a partir de seus 8 anos, ela se configurou como a continuação de uma narrativa maior. No cenário de sua psicodinâmica, como foi relatado, em várias situações, seu corpo é chamado como protagonista. Oliveira

vivencia um cenário de longa “atuação” e, nesse momento, o estado de obesidade está recebendo as luzes dos refletores.

As dificuldades vividas em seu mundo interno ficam marcadas por uma busca externa. O alimento foi eleito como outro objeto externo (além do dinheiro) de grande importância. Oliveira apresenta compulsão alimentar, principalmente nos períodos em que está em casa e a sensação de vazio se intensifica – independente da presença de alguém ao seu lado.

Oliveira reconhece que há um processo em que diz não ao alimento, até o momento em que se entrega e se submete ao desejo de comer. “*‘Você’ fala não, fala não, mas tem uma hora que ‘você’ acaba se rendendo. [...] Depois disso ‘você’ vai indo e acaba desistindo*” [sic]. O comer ganhou muitas funções, entre elas: identificar-se com o pai; buscar a satisfação que não encontra na relação materna; ser um paraexcitador em seus momentos de angústia; uma tentativa de se equilibrar interiormente; e está associado ao estar próximo de alguém significativo.

Ele também convive com o desejo de soluções mágicas, por exemplo: “*O que realmente sinto falta é de um trabalho dentro da minha cabeça, para que eu não queira determinados alimentos. E comece a preferir outros alimentos. [...] Pelo menos para ‘você’ conseguir engrenar*” [sic].

Em sua história, a sensação de satisfação ficou muito ligada ao consumo de alimentos. Em sua infância, sentia-se muito sozinho e só consegue recordar das seguintes situações que o faziam sentir a presença do outro: quando adoecia e a mãe permitia que comesse o que quisesse, sem controle da quantidade; quando a família conseguia se reunir nos momentos da alimentação; quando as irmãs brincavam com ele e o alimento era algo que os unia; e quando o avô conversava com ele e contava histórias. Desse modo, a relação que pode estabelecer com o alimento marca a busca por se sentir acolhido, tratado com atenção e carinho.

Oliveira acredita que o ambiente que está inserido – trabalho, casa, supermercados por oferecerem facilidade para refeições hipercalóricas – ajuda na manutenção de sua obesidade. O que é uma crítica reflexiva e válida, mas que também demonstra sua racionalização e projeção. Ele tem escolhas, na vida adulta, determina o que faz com seu corpo e com sua alimentação.

Seu relato permite perceber que a cada situação em que sua responsabilidade aumenta seu peso também se eleva. Passar de ano, ter uma formação profissional, um carro, casar-se etc, tudo isso são disparadores da obesidade? Ou será que a insegurança e o receio de lidar com as questões do amadurecimento estão muito “pesados” em sua vivência?

Ele se condena por ter interrompido seu penúltimo tratamento. E apesar da consciência de que o tratamento da obesidade é longo, ele acaba tendo problemas com a motivação. A retomada do tratamento é encarada como um novo processo e não como a continuidade de um tratamento que tem como característica a dificuldade em manter estável a eliminação de peso. Sua sensação é: *“Parece que você tem um trabalho para entregar e que nunca termina”* [sic]. Ele não sabe o que fazer com o cansaço pelo esforço dedicado ao combate da obesidade. E não há possibilidade de acolhimento em relação ao que sente.

Oliveira sente muita culpa: por sair da dieta; por sentir prazer com alimento; por sentir, onipotentemente, que “estragou” sua relação com seu médico – e, em fim, por ser obeso e, assim, comprometer seu ideal de ser perfeito.

A transferência negativa de Oliveira com profissionais do sexo feminino fez com que fosse determinante o olhar para essa situação antes que o vínculo necessário para a realização deste trabalho fosse estabelecido – visto que a pesquisadora também é uma mulher.

Por outro lado, muitas vezes, quando estava diante de questionamentos Oliveira ficava sem palavras e o silêncio tomava conta do ambiente. Em geral, olhava fixamente nos olhos da pesquisadora e seu olhar a intrigava. Ele despertava uma forte sensação de uma busca por

respostas – uma tentativa de deixar algo (sentimentos e necessidades que lhe pertenciam) um pouco mais familiar; mas que, inicialmente, precisavam de certo apoio para poder “ser digerido” e, assim, “nutrir” aspectos subjetivos.

5) Sobre a Eficácia da Adaptação, o Funcionamento Global e a Alexitimia

a) Diagnóstico Adaptativo

Entrevistado: Oliveira		
Idade: 30 anos	Estados Civil: Casado	Ocupação: Técnico de Segurança do Trabalho
EDAO-R	Grupo 4 = Adaptação Ineficaz Severa	Sem Crise
Adequação por Setor		Adequação
A-R (Afetivo-Relacional)	Pouquíssimo Adequado	1
Pr (Produtividade)	Pouco Adequado	1
SC (Sociocultural)	Adequado	Soma = 2,0
Or (Orgânico)	Pouquíssimo Adequado	

b) Dados Relevantes por Setor Adaptativo

- **Setor A-R:** Pouquíssimo Adequado – Ele apresenta um funcionamento psicodinâmico em que, desde muito cedo, apresenta soluções psicossomáticas. Sua psicodinâmica destaca muito o papel materno. Na relação, Oliveira se sente pouco querido e injustiçado – acredita na ilusão de que com esforço ou se algum dia for um “filho perfeito”, será saciada a vontade de ser amado, do modo como deseja se sentir. Essa relação traz encontros regados por sentimentos paradoxais. Ao mesmo tempo em que ainda tenta conquistar “a mãe”, também tenta libertar-se dela.

A relação apresentava e, ainda apresenta uma grande intensidade de amor e ódio, enquanto ele relata que sua mãe lida com as emoções que a situação lhe desperta por meio da superproteção e do controle, Oliveira recorre a soluções psicossomáticas e, por meio dos ganhos secundários, busca o que lhe falta afetivamente. Em sua trajetória para a constituição

de si, a obesidade, a masculinidade e a concretude (do alimento, do dinheiro, do corpo obeso) percorreram estradas paralelas.

- **Setor Pr:** Pouco Adequado – Sua vida produtiva recebe bastante investimento, o que interfere na relação conjugal. Seu desenvolvimento profissional está preservado e é fonte de satisfação. Sente-se respeitado e até admirado. Exerce uma função de liderança e recebe desafios constantes, que são encarados como fonte de motivação e, também, de angústia.

Apesar de gostar de realizar atividades de lazer, acaba sem tempo. Tem dificuldades em dizer *não* e se sobrecarrega com diversas atividades – propostas pela administração da igreja e do trabalho, pela mãe ou pela esposa. Porém, assim está sempre em movimento, como “gosta”. Ele tem intimidade com o *fazer*. Vale lembrar ainda que, além da identificação com o pai, manter-se ocupado, também, configura-se como uma estratégia para não pensar em elementos angustiantes, nas relações insatisfatórias, nos medos etc.

- **Setor SC:** Adequado – Oliveira realiza acampamentos com crianças, gosta de sair, de frequentar cinema, academia e igreja, com a esposa, familiares e amigos. Valoriza o olhar para um cidadão participativo e tenta passar seus valores para as crianças com quem convive na igreja e em sua família. Valoriza as questões éticas, preocupa-se com o meio ambiente e respeita costumes e comportamentos socioculturais estabelecidos.

- **Setor Or:** Pouquíssimo Adequado – Sua relação com seu corpo se apresenta conturbada desde a fase inicial de sua vida. Apesar de exames laboratoriais não indicarem nada fora dos padrões de normalidade, como foi descrito, as dificuldades apresentadas no setor afetivo-relacional afetam diretamente a adequação do setor orgânico de Oliveira. Embora acredite que seus problemas respiratórios foram “curados”, na infância, com o auxílio de um homeopata,

às vezes, sua respiração fica ofegante, enquanto ele fala. Em outros momentos, é como se desse uma “parada” e depois tivesse que respirar profundamente para voltar a realizar o movimento respiratório normal: *“Sei lá, acho que dar aquela respirada... Acho que é meio... Coisa do corpo” [sic]*.

Para ele, é como se não tivesse nada a ver com sua história. Por outro lado, o excesso de peso foi citado por ele como disparador de fadiga respiratória. Então, a obesidade aparece, nesse momento, influenciando no processo respiratório. E, é justamente nesse campo que seus problemas corporais se iniciaram. Suas dificuldades, nesse momento, estão culminando na obesidade mórbida associada a episódios de hipertensão e à impossibilidade de entregar-se ao sono. Aparentemente, os conflitos expressos estão apenas migrando de um lugar a outro (pulmões, perna, pele, aprendizagem, gordura, hipertensão).

Ele tem dificuldade em perceber as comunicações corporais. Não respeita os sinais de saciedade ou cansaço e sua psicodinâmica leva a crer que é necessário um maior investimento no desenvolvimento de recursos internos para que modifique sua relação com o corpo e conquiste uma melhora na qualidade de vida.

c) Avaliação Global do Funcionamento

Oliveira se mostra funcional em diversas áreas. Está interessado e envolvido em seu trabalho, gosta de desafios, mas sofre com o aumento de responsabilidade, que é frequente pela posição que ocupa em seu trabalho. Frequenta, coordena e realiza atividades sociais voltadas à sua comunidade evangélica. Está envolvido com adultos e crianças e é procurado por outros que reconhecem em Oliveira muitas qualidades positivas.

No entanto, está sempre procurando algo para fazer e não se dá direito a descansar com tranquilidade, o que o leva a deixar de aproveitar a companhia da esposa. E, também, o

ciclo de comportamentos e pensamentos em torno de comer, culpa, tentativa de controle, preocupações com o corpo e o peso interferem em seu cotidiano.

Resultado da Escala de Avaliação Global do Funcionamento – AGF= 62 (atual)

d) Avaliação da Alexitimia

Oliveira se apresenta alexitímico, expõe dificuldade em descrever sentimentos, em reconhecer as emoções de seu mundo interno e seus sentimentos diante de diversas situações e, algumas vezes, fica confuso quando eles vêm à tona: *“Sei lá, acho que dar aquela respirada... Acho que é meio... Coisa do corpo”* [sic]. Mas, também, mostra-se uma pessoa sensível à emoção de outras pessoas, de situações, filmes etc. E indica a possibilidade de se envolver mais com a percepção das próprias questões emocionais: *“nunca tinha imaginado que poderia haver conteúdos emocionais que ‘alimentassem’ certas sensações que sinto... Ou que pudessem influenciar tanto na minha saúde, como estou vendo! [...] Isso é incrível.* [sic]”

Resultado da Escala Toronto de Alexitimia – ETA-20 = 69 - Alexitímico

6) Encaminhamento

Oliveira foi encaminhado para receber auxílio psicoterápico individual. Esse encaminhamento também fora feito pelo endocrinologista, com quem o mesmo fizera tratamento anteriormente. Ele aceitou o encaminhamento e está engajado no processo terapêutico – Depois de oito meses, contactou a pesquisadora: ele desejava dividir suas novas percepções, dizer que estava bem, que estava trabalhando questões importantes. E, ainda, que em breve seria pai.

3.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em conformidade com a proposta deste estudo que tem como foco compreender a relação entre obesidade e variantes da eficácia da adaptação em homens adultos, procuramos identificar pontos de convergência que os sujeitos apresentaram na vivência de tais processos, levando em consideração a singularidade de suas histórias de vida.

3.2.1 Sobre os Sujeitos

Quadro 1 - Identificação dos Sujeitos

Sujeitos	Idade	Nível de escolaridade	Grau de excesso de peso	Participação
	Estado civil			
	Quantidade de filhos	Profissão/ Ocupação		
Carvalho	41 anos	Pós-Graduação	Sobrepeso	Por meio do local de trabalho
	Separado (2 vezes)	Engenheiro Professor em cursos profissionalizantes		
	3 filhos			
Pinheiro	31 anos	Ensino Médio Completo	Obesidade Grau I	Por meio do local de trabalho
	Casado	Auxiliar de Produção Músico Estudante (cursinho pré-vestibular) Cooperador - Igreja		
	3 enteados 2 filhos			
Jatobá	42 anos	Ensino Médio Incompleto	Obesidade Grau II	Por meio do local de trabalho
	Casado	Operador de Máquinas Estuda Teologia Cooperador - Paróquia		
	2 filhos			
Oliveira	30 anos	Graduação Completa	Obesidade Grau III (obesidade mórbida)	Por intermédio de profissional da saúde
	Casado	Técnico de Segurança do Trabalho Cooperador - Igreja		
	Sem filhos			

Como podemos acompanhar no quadro 1, a idade dos sujeitos apresentados varia entre 30 e 42 anos. Três deles são casados e um, Carvalho, está separado pela segunda vez e sem um relacionamento estável no momento. Somente o mais jovem, Oliveira, ainda não tinha filhos.

O nível de escolaridade é variado. Entre os sujeitos, Jatobá é o único que possui Ensino Médio incompleto e, apesar de não ter interesse em concluí-lo, atualmente, participa de um curso básico de Teologia. Pinheiro possui Ensino Médio e está se preparando para cursar o nível universitário. Oliveira e Carvalho são graduados. Carvalho é professor, pós-graduado e Oliveira realizou um aprimoramento no exterior.

Carvalho, atualmente, não é adepto de nenhuma religião; mas, também, foi educado de acordo com normas e conceitos evangélicos conservadores. Ele os aceitou até seus 20 anos. E, depois do término de seu primeiro casamento, rompeu com o seguimento religioso. No entanto, os princípios religiosos mostram-se presentes em sua base constitucional. Desse modo, os quatro se constituíram sob um superego rigoroso submetido aos preceitos e dogmas religiosos.

Pinheiro, Jatobá e Carvalho participaram desse estudo por meio da empresa em que trabalham. Oliveira foi contatado por intermédio de um profissional de saúde e entrevistado no consultório da pesquisadora.

3.2.2 Sobre a Eficácia da Adaptação

No grupo, nenhum dos sujeitos apresentou adaptação eficaz. Como observamos no quadro 2, a seguir, Carvalho e Jatobá estão no grupo 3, com adaptação ineficaz moderada e Pinheiro e Oliveira no grupo 4, ambos com adaptação ineficaz severa. No momento, nenhum deles apresenta crise adaptativa.

Quadro 2 - Diagnóstico Adaptativo do Grupo

Avaliação Sujeitos	Adequação Setorial				Adaptação	Diagnóstico Adaptativo	Crise
	A-R	Pr	SC	Or			
Carvalho	Pq A	A	A	P A	Ineficaz Moderada	Grupo 3	Não
Pinheiro	Pq A	P A	A	Pq A	Ineficaz Severa	Grupo 4	Não
Jatobá	Pq A	A	A	Pq A	Ineficaz Moderada	Grupo 3	Não
Oliveira	Pq A	P A	A	Pq A	Ineficaz Severa	Grupo 4	Não
A = Adequada P A = Pouco Adequada Pq A = Pouquíssimo Adequada							

A pouquíssima adequação do setor Afetivo-Relacional (A-R) repercute, nesses sujeitos, no setor Orgânico (Or). Também, nesse setor, nenhum dos sujeitos apresentou adequação. Apenas, Carvalho está com pouca adequação, os demais se encontram com pouquíssima adequação.

A respeito do setor Produtividade (Pr), Carvalho e Jatobá mostraram boa adequação. Porém, Pinheiro e Oliveira, impulsionados por questões do setor A-R, sobrecarregam-se de atividades, o que promove a pouca adequação, no setor Pr, para ambos. Em relação ao setor Sociocultural (SC), nenhum deles apresenta dificuldades na adequação.

Há vários elementos que possuem uma repercussão de “mão-dupla” – eles influenciam na não adequação de um setor e refletem no desencadeamento da inadequação de outros setores. Por exemplo, elementos presentes na inadequação do setor A-R, impulsionam o ganho de peso que, por sua vez, contribui para a redução da autoestima e para o sentimento de vergonha em relação ao corpo. A seguir, poderemos acompanhar esses e outros processos:

Dados Relevantes por Setor Adaptativo:

- **Setor A-R:** Esse setor contribui significativamente para a ineficácia adaptativa do grupo. Nos quatro sujeitos, o setor se mostra pouquíssimo adequado.

Entre o grupo, a solidão, ansiedade, insegurança e angústia foram os sentimentos mais destacados em suas histórias. O sofrimento por estar diante dessas emoções é relatado, por

exemplo, quando: Oliveira deixa claro que, na infância, sentia-se bastante sozinho. Para ele, a mãe dedicava atenção ao dinheiro e questões materiais; mas, era “pão-dura” no plano afetivo – visto que, não oferecia o afeto que Oliveira esperava receber dela. Pinheiro se sente muito sozinho, mesmo na vida adulta.

Quando Carvalho começou a estudar, ele diz que sentia: “*um medo, uma insegurança*” [sic]. Ele construiu uma vida em que as dores das separações o marcaram, de tal forma que, viver sozinho se tornou um refúgio.

Jatobá ainda mantém um modo relacional simbiótico. Ele chega a adoecer ao se perceber diante da vida sem apoio e, no convívio com os filhos, acaba se misturando a eles. Ele, ainda, não consegue se sentir seguro na existência individualizada. Em geral, expõe seu estado emocional, em momentos, como quando diz que: “*sou calmo, mas não sou. [...] eu fico com aquilo guardado. [...] Quando fico nervoso, falo mais enrolado. [...] Antes, eu ficava nervoso e fumava*” [sic].

O convívio com a alexitimia contribui significativamente para a ineficácia adaptativa dos sujeitos obesos. O grupo não tem intimidade em reconhecer as emoções de seu mundo interno, lidar com suas angústias, conversar com suas pessoas queridas e enfrentar conflitos. E, também, torna-se complicado argumentar. Então, eles não lidam com os conflitos das relações ou com as emoções que isso lhes causa. Como não há consciência das emoções envolvidas nos conflitos, é mais difícil encontrar recursos para lidar com eles.

Os quatro sujeitos procuram se apresentar como pessoas prestativas e confiáveis. Oliveira mostra-se prodigioso e recorre aos comentários alheios como fonte de direcionamento pessoal. Ele e Pinheiro agem como se dependessem da aprovação de terceiros. Somando-se a eles, Carvalho também se empenha na crença ilusória de manter uma boa imagem de si, tentando se mostrar confiável e admirável.

Motivados pela ilusão de que conseguiriam se sentir mais amados ou na tentativa de garantir o afeto do outro, Oliveira, Pinheiro e Carvalho, ainda, demonstram apego à crença da possibilidade do perfeccionismo e convivem com a severidade das próprias críticas superegóicas projetadas, na figura do outro. Enquanto Pinheiro temia não ser “bom o suficiente”, para o trabalho e para as pessoas com quem se relaciona, Carvalho chegou a se casar, motivado, entre outras coisas, pelo desejo de agradar a figura materna (nesse caso a mãe e a igreja) e, assim, moldar-se à imagem construída de “filho perfeito”.

Para Oliveira, a fantasia do perfeccionismo aparece impulsionada, principalmente, pela presença de figuras parentais rígidas. Sua busca pela perfeição estende suas críticas para si e para outros, ela espalha a sensação de que todos deveriam ser melhores – a mãe deveria ser mais afetuosa, a esposa precisa lidar melhor com dinheiro, ser mais ativa e ele mesmo, ainda, não podia se sentir bom o suficiente para se tornar um pai, por exemplo.

Os quatro sujeitos valorizam o que os outros falam e pensam a respeito deles, além de conviver com o desejo de agradar, em seu modo relacional. O grupo demonstra baixa autoestima e, ainda, estabelece relações de dependência infantil com figuras de autoridade – ou seja, figuras superegóicas, resultantes da projeção do superego de cada um – mães, pais, profissionais da área da saúde, igreja, exército etc.

Em suas relações interpessoais, eles não se sentem satisfeitos. De modo geral, os quatro sujeitos convivem com uma expectativa de receber afeto, que não é saciada. A sensação é de não receber e, assim, ficam continuamente com a falta – sem um processo de elaboração, esse modo relacional insatisfatório é repetido. O modo relacional cristalizado os conduz à insatisfação, mesmo quando estabelecem novas relações.

Embora os quatro sujeitos valorizem a família, a vivência de relações pouco satisfatórias ocorre, em especial, na própria vida familiar. A relação com as figuras parentais primárias é destacada na singularidade da história de cada sujeito. O grupo vivencia conflitos

significativos com a figura materna – nem sempre exteriorizados. No entanto, eles expõem o quanto, mesmo na vida adulta, essa relação, ainda, influencia em suas emoções, no modo como se relacionam consigo, com seu corpo e com o outro.

Carvalho, Jatobá e Oliveira descrevem mães dominadoras, autoritárias e controladoras. E, mesmo que, Pinheiro não relate uma relação materna conflituosa, o modo relacional que consegue estabelecer, atualmente, não apresenta uma qualidade satisfatória para suas necessidades afetivas, o que levanta a hipótese de que, como o restante do grupo, Pinheiro também se sentia carente nessa relação.

Entre os aspectos afetivo-relacionais, em vários momentos, a relação mãe-filho se destaca mais que a relação conjugal. Independente do que encontraram no casamento – mesmo, quando as esposas dedicam mais atenção e cuidados do que eles alegam ter recebido na família de origem – ainda assim, a psicodinâmica permanece focada na relação materna.

Então, embora tenham imaginado que no casamento encontrariam elementos para satisfazer suas necessidades emocionais, isso não ocorreu. A escolha por mulheres que exercessem a função de “esposas-mães” marcou presença em todas as relações conjugais. Uma hipótese é que haja a expectativa de que essas mulheres fossem oferecer o olhar desejado de uma “mãe” para uma “criança” – como se esperassem receber da mulher a atenção e o cuidado voltados a um aspecto infantil imbuído dentro deles.

Na história de Carvalho, as dificuldades nos relacionamentos conjugais começam quando as “esposas-mães” deixam de lhe dedicar atenção exclusiva – o que está associado à relação materna. Carvalho nem consegue retomar o diálogo com as “esposas-mães” que o “abandonaram”. E, apesar de temer a separação, ele constitui uma vida com relações, continuamente, marcadas pela sensação do abandono feminino e de desamparo.

Notamos que as dificuldades, no primeiro casamento de Carvalho, começaram após a entrada de outras pessoas na relação. Ele não suportou ver a relação entre a esposa e a sogra

mais consolidada que a do jovem casal. Mas, a ruptura tornou-se definitiva diante da gestação do primeiro filho – a “esposa-mãe” já não era exclusiva. Depois de um ano casado, pela segunda vez, a nova esposa também engravidou – porém, o sofrimento inconsciente, diante da sensação de falta de atenção e abandono, encontrou expressão, apenas, na contribuição para iniciar o processo de elevação de seu peso.

Carvalho casou-se a primeira vez, aos 18 anos, e Pinheiro, aos 16 anos; para eles, entre outros elementos, o casamento se apresentou a serviço do projeto de “tornar-se homem”. O corpo desenvolvido corroborou para que buscassem uma mulher que pudessem tomar para si. Essas mulheres possibilitaram que o desejo sexual não tivesse um impedimento para se realizar – mesmo que, na psicodinâmica, elas representassem “esposas-mães”.

Pinheiro casou-se com uma mulher que já maternava três crianças que, no início da relação, era amorosa e, segundo ele, só depois se tornou forte, mandona e controladora. Eles não estabelecem um bom diálogo entre si. Nessa relação, a expectativa era que, em fim, seria ele o parceiro da figura materna. Mas, a relação do casal acaba assinalada pelo distanciamento, que é impulsionado pela frustração de não realizar o desejo paradisíaco. Com suas dificuldades intra e interpessoais (descritas anteriormente), ele não percebe que a relação, também, é marcada pelo convívio com os enteados que, apesar de Pinheiro tentar ignorar, carregam em si a presença de outros homens.

As narrativas de Jatobá e Oliveira expõem que, desde a infância, tentam conquistar a atenção do olhar materno e ao mesmo tempo livrar-se do domínio existente na relação – o que os faz conviver há tempo com uma angústia elevada. Ambos buscam a satisfação de carências e desejos similares em seus casamentos.

Jatobá procurou uma “esposa-mãe” carinhosa, cuidadosa com todos e com a casa e, especialmente, ciumenta. Assim, buscou alguém que, além de dar o carinho que não conseguia na relação anterior, ainda manteria os olhos fixos nele – a tentativa de se sentir

visto, ainda, é forte. Sua psicodinâmica mostra que, na relação conjugal, ele acaba se sentindo misturado aos filhos e demandando cuidados, como se, também, fosse ora uma criança ora um adolescente. Não consegue estabelecer um bom diálogo com a mulher e nem ela com ele.

Em função da relação materna que estabeleceu, Jatobá fica com a sensação de ser alguém inadequado, o que enfraquece a perspectiva de encontrar seu espaço subjetivo, principalmente, na dinâmica familiar, como ele diz, “às vezes, fica difícil de se lidar, se falar [...] não dá para ficar muito à vontade” [sic].

Oliveira também tentou satisfazer suas necessidades afetivas na relação com sua “esposa-mãe”. Sua mulher, além de afetuosa, foi descrita, como “calma, doce, amigável, acolhedora e com tendência a parar” [sic] – ela aprecia poder descansar, em especial, a seu lado. Ela tem um estilo de vida que se contrapõe à imagem da figura materna que “nunca parava”, da qual, para conseguir a atenção, ele sentia que tinha que adoecer. Mas, às vezes, tenta reproduzir com a esposa o modo relacional materno, de controle e superproteção. Oliveira não se aproxima e nem permite que a esposa se aproxime dele.

No grupo, nenhum deles conseguiu satisfazer suas necessidades afetivas, em suas relações. No cotidiano existencial, sentem-se sozinhos. Enquanto isso, muitos desses processos permanecem ocultos. E, assim, ainda, não conseguem se movimentar em busca de mudanças.

As dificuldades relacionais trazem à tona suas vivências com representantes da função paterna e da masculinidade. Com algumas variações, eles relatam a vivência com pais carinhosos, silenciosos, “calmos”, “bons”, porém, pacatos. Figuras importantes; mas, “apagadas”, de pouco diálogo e insuficiente envolvimento com o mundo interno, distante do suposto poder social atribuído aos homens. Apesar disso, para o grupo, a relação paterna se configurou como um modelo, “um espelho” [sic].

O pai de Pinheiro é um homem que impõe respeito e não costuma adular os filhos. Pinheiro até sente que ele gosta dele; mas a relação é distante. Não há diálogo ou intimidade entre eles. Ele identifica o pai como um homem quieto e tenta ser como ele, em um esforço que visa se sentir mais próximo ao pai. Mas, ainda, não se dá conta de que o “espelho” não reflete sua imagem. Em alguns aspectos, ele se constituiu de modo diferente – mostra-se falante e se considera ambicioso, por exemplo.

Contudo, assim como seu pai, Pinheiro não consegue aproveitar o papel paterno. Sem elaboração, o movimento de um filho que tenta se aproximar do pai, reproduz-se na relação entre Pinheiro e seu próprio filho. Ele não pode estar presente na vida de seus filhos e não consegue sentir-se próximo a eles – muito menos, disponibilizar-se para os enteados do mesmo sexo. O que, também, contribui para que procure se manter muito ocupado. Pinheiro não conseguiu constituir-se seguro, ainda, duvida de si frente a novos desafios. Não confia em sua potencialidade.

Jatobá apresenta uma figura paterna que, como ele, procura agradar a todos, encobre os sentimentos hostis, expressando brandura e não se apresenta na relação entre mãe-filho. Jatobá, também, não encontra meios de exercer a função paterna de modo satisfatório para seus filhos, pois se sente inseguro, tem dificuldade em dialogar, em colocar limites, em ocupar seu lugar na dinâmica familiar. Não consegue se constituir independente ou um cuidador para sua família.

Na relação de Oliveira com seu pai, a figura masculina se constituiu com uma imagem “apagada”, porém, compreensiva e detentora do saber. Em sua cultura familiar, diferente do que Connell (1995) discute, o eleito como o “detentor de um suposto poder” foi o gênero feminino – e, por mais que Oliveira desejasse ter um filho e, racionalmente, relatasse que não tinha condições financeiras, ele ainda não se concebia nessa função. Após se envolver no

processo terapêutico, seu nível de exigência foi atenuado, os temores em relação ao futuro e suas capacidades se dissiparam e seu filho já está a caminho.

Entre as narrativas dos sujeitos, apenas, Carvalho se mostra em uma situação diferenciada. Ainda que exponha dificuldades de lidar com o terceiro na relação, que deixe claro que, o processo de separação ficou associado a um excessivo sofrimento e à sensação de abandono e, mesmo, que o pai seja descrito como um homem de pouco diálogo, com uma presença ofuscada diante da figura materna – como os pais dos outros sujeitos; mesmo diante dessas condições, Carvalho possui uma figura paterna que, para ele, é significativa – que carrega, em si, a imagem de um homem associado à família.

Em suas falas, as situações que envolvem o grupo familiar contam com a presença do casal parental – por exemplo: a mãe cozinhava e o pai “*se sentava na ponta da mesa*” [sic]. Ele era sentido como “*um homem que defende os filhos, que procura estar ao lado deles*” [sic]. Esse pai conseguiu contribuir para que Carvalho constituísse uma boa relação com seus três filhos, sem muitas dificuldades em exercer a função paterna. Ele é o único, entre os quatro, que se sente, afetivamente, próximo aos filhos. E, nessas relações, Carvalho consegue se sentir seguro.

Os quatro apreciam conquistas concretas, especialmente, casa e carro. Para o grupo, a condição de provedor e a valorização da identidade de trabalhador é outro aspecto constituído na relação paterna. E, como uma grande parcela dos homens brasileiros, Carvalho, Pinheiro e Oliveira trabalham acima da média recomendada para suas categorias e, ainda, desenvolvem outras atividades. A dinâmica centrada no *fazer* aparece ressaltada entre os caminhos encontrados para a constituição de si e da masculinidade. Uma característica do grupo que corrobora com o que Connell (1995), Bee (1997), Gomes (2003) e Maciel Jr. (2006) dizem.

Entre outros elementos, para o grupo, de forma indireta, a masculinidade, também aparece associada à força. Três membros do grupo manifestam a ilusão de acreditar que

devem se apresentar como alguém “forte”. Para Carvalho, é importante demonstrar que é alguém em quem todos podem se apoiar: *“Quando alguém precisa, estou aqui para ajudar”* [sic].

Pinheiro, ainda, apoia-se na forma corporal na tentativa de lidar com dificuldades internas, mesmo que não encontre satisfação. Ele gostaria de se mostrar “forte” em função da insegurança sobre sua capacidade. E, acaba envolvido em conflitos: O corpo “forte”, obeso, é o mesmo corpo que ele não gosta, que considera “feio”.

Oliveira relata que em sua família a presença feminina exibe uma personalidade “forte”, uma força subjetiva e austera. Por outro lado, a posição masculina mostra o corpo grande, gordo, “forte”, porém, arredondado, marcado pela concretude; mas, também por uma sensibilidade emocional maior.

Jatobá, porém, constituiu uma estrutura interna frágil. A concretude de seu corpo grande, aparece mais associada à consequência da psicodinâmica pessoal e familiar do que a uma intencionalidade, mesmo que inconsciente, de expressar a força.

O entendimento que cada sujeito tem sobre a responsabilidade e os modos que encontraram para lidar com ela, configuraram-na como outro elemento importante na inadequação do setor A-R. Para Pinheiro, diferenciar-se, descobrir novos contornos da posição masculina e do modo que se constituiu, traz consigo a responsabilidade das escolhas que realiza em sua vida e, de certa forma, também carrega a possibilidade e o receio de ser responsável e assumir a si mesmo.

Por enquanto, Jatobá, teme se responsabilizar por si ou pelas pessoas queridas e, em suas relações, apresenta a expectativa de que o outro seja o responsável. Carvalho considera que ser responsável é um modo de se mostrar confiável, portanto, forte e capaz de apoiar.

O modo como Oliveira lida com o aumento da responsabilidade e com exigências (próprias ou de outros) afeta, significativamente, sua adaptação ao setor A-R – e, em seguida,

interfere, também, no setor Or; pois, aparece diretamente relacionada a seu aumento de peso. Para ele, a responsabilidade é como se fosse um fardo, que deve ser erguido com a perfeição. Esses dados confirmam com o que Connell (1995), Conejo (2002) e Burd (2004) apontam.

Em nosso estudo, o modo como os sujeitos lidam com a agressividade, também, configurou-se importante para o processo de elevação de peso. Pinheiro, Jatobá e Oliveira encontram na mastigação uma forma de descarga que, sem elaboração, acaba repetida de forma compulsiva – o que, também, contribui para a não adequação do setor Or.

No grupo, Carvalho é o único que assume uma postura mais agressiva – sem que seja fonte de conflitos internos. Na narrativa de Oliveira e Jatobá – sobretudo desse último – foi possível perceber o esforço na tentativa de guardar sua agressividade para si. Mas, ambos são motivados, em especial, pela reprodução do comportamento que encontram na figura de seus pais. Como os pais, eles tentam demonstrar brandura, enquanto direcionam a agressividade contra si e, por meio de fantasias, mantém mecanismos de ataque e controle semelhantes à dinâmica da relação materna.

No contexto dessas relações, o ato de mastigar o alimento foi eleito pelos sujeitos obesos como um canal para agressividade – o alimento é percebido, inconscientemente, como um objeto que pode ser destruído e controlado, com uma suposta garantia de que não haverá retaliação. Mas, para eles, a expressão da agressividade traz à tona a sensação de culpa. Então, a obesidade também ganha um papel de punição – esses são dados que reforçam as reflexões de Burd (2004) e Maciel Jr. (2006).

Na dinâmica da família de Jatobá, aparece outro complicador em relação à agressividade. Quando Jatobá descreve sua “família obesa”, o irmão falecido (com 5 meses, em um processo gestacional e há mais de 40 anos), ainda aparece com a mesma relevância de qualquer outro membro. O que leva à hipótese de que o fato da criança não ter sobrevivido

“alimenta” a fantasia de que os membros são destrutivos e, assim, as situações em que se veem agressivos ou diante do sentimento de ódio, tornam-se assustadoras.

Outro aspecto do grupo que impulsiona para que, o setor A-R interfira no setor Or, ocorre quando, o corpo obeso está identificado com saúde e a magreza com doença. Esse processo é uma associação fantasiosa que condiz com o que Burd (2004) aponta. E, é justamente o que ocorre com os três sujeitos em estado de obesidade.

Oliveira faz uma ligação da aparência externa magra com a fragilidade infantil que vivenciou. Ele experienciou ser muito magro e muito obeso e afirma que: *“Entre as duas, preferia estar obeso. [...] Eu vivia doente”* [sic]. Jatobá olha seu filho, que está alcançando o peso normal para uma criança de sua idade, como se fosse apenas um menino “doentinho”, o que, ainda, é agravado pela presença real do diabetes, mesmo que a doença esteja controlada. Por outro lado, Pinheiro ouvia comentários: *“Ah! O ‘Pinheiro’ tá magrinho demais, não aguenta o serviço! Tá anêmico!”* e vivenciava o receio de perder seu emprego, independente do seu bom desempenho profissional.

A experiência com os sujeitos também sugere que há relação entre aspectos presentes no setor A-R e Or, que corroboram para o aumento de peso e interferem na sexualidade. Como foi descrito, Carvalho, em estado de sobrepeso, abordou o tema da sexualidade e relatou que não encontra dificuldades nesta área. Pinheiro, no grau I de obesidade, conta que ela afeta sua autoestima e o modo de se entregar à relação sexual.

Jatobá e Oliveira, em estágios mais avançados da obesidade, preferiram se esquivar do assunto. Mas, esse tema se mostrou delicado. Além de abordar questões sexuais masculinas que envolvem uma espécie de “não-conformidade” com o pênis, e a sexualidade do corpo obeso, ainda, envolvem narcisismo, vergonha, autoestima e expectativa de aprovação.

- **Setor Or:** Como foi descrito, a pouquíssima adequação do setor A-R repercute, nesses sujeitos, no setor Orgânico (Or), notadamente, na obesidade.

Embora os quatro sujeitos estejam em diferentes graus na elevação de peso, todos consideram boa a própria saúde. Contudo, a observação da inadequação do setor Or, influenciada pela pouquíssima adequação do setor A-R (vide quadro 2), acaba evidenciando a presença de sintomas físicos preocupantes – os quais serão discutidos abaixo.

A obesidade aparece envolvida em processos nos quais é depositária de diversos aspectos do setor A-R e, ao mesmo tempo, é geradora de insatisfação nesse setor. Ela se torna elemento de identificação, marca de pertencimento, um meio de autopunição, rebeldia, motivação para redução da autoestima e não aceitação pessoal, promove preocupação e discórdia nas relações.

O cuidar de si e a valorização da saúde, ainda, não ganham muita relevância. Jatobá e Oliveira (em estágios mais avançados da obesidade) já lidam com certas mudanças em seus corpos. O primeiro sente dores na região de sua coluna e, aos 30 anos, Oliveira já apresenta episódios de hipertensão, e sofre com entaves respiratórios. Ambos convivem com a redução da mobilidade e o acúmulo de gordura na região do abdômen, que produz o aumento da barriga. Esse é um fator de risco às suas vidas e pode impedi-los de usufruir da conquista humana em relação ao aumento da expectativa de vida.

Entretanto, eles lidam com isso como se não fossem cientes que, o estado atual, não é o suficiente para estar saudável – em um processo de negação, sobretudo, por parte de Jatobá. O agravante é que, esse modo de olhar para si, impede qualquer ação de cuidado ou prevenção de possíveis complicações. E, acompanha as preocupações de Gomes (2003).

Para o grupo, os hábitos alimentares estão permeados por aspectos do setor A-R. A influência na ineficácia adaptativa que ocorre nos setores Or e A-R é simultânea. Na história dos sujeitos, o comer ganhou muitas funções, entre elas: identificar-se com figuras das

relações primárias; buscar a satisfação não encontrada na relação materna; ser um paraexcitador diante de momentos de angústia; uma tentativa de se equilibrar interiormente; e, também, aparece associado ao estar próximo de alguém significativo.

Como diz Carvalho, a mudança no hábito alimentar, que leva ao engordar, vem associada ao sofrimento. Ele entende que viver sozinho afeta a prática de comportamentos alimentares adequados. Pinheiro complementa a ideia quando relata que no convívio com a família de origem e no trabalho – em que sente que há companheirismo, diálogo e rotina – ele come o suficiente para se manter alimentado; mas, quando se sente sozinho, além de comer uma quantidade maior, em pouco tempo, busca mais alimentos. E come mesmo que não sinta fome.

Pinheiro, Jatobá e Oliveira têm o hábito de comer quando chegam às suas casas e relacionam ao fato de estarem ociosos e/ou ansiosos. Porém, não percebem que esse é o local em que mais se sentem só – mesmo quando os familiares estão presentes.

Esse trio come sem saborear o alimento e não apresenta um bom processo de mastigação. Para eles, comer se tornou um hábito mecanizado. Eles apresentam compulsão alimentar, principalmente, no período noturno e em suas casas, lugar em que as relações afetivas não geram a satisfação que eles procuram. Nenhum deles consegue considerar os sinais de saciedade expressos por seus corpos.

Pinheiro e Jatobá não faziam reflexões nem se questionavam, sobre o modo compulsivo de se alimentar. Mas, Oliveira mantém seu pensamento envolvido nesse processo. Durante os episódios compulsivos, sente perda do controle do próprio comportamento, o que compromete sua autoestima, pois são seguidos de sentimentos de culpa. Entre os sujeitos do estudo, ele é quem possui um histórico maior em relação à preocupação com o peso e práticas de dietas, com restrição calórica. E, mesmo assim, é detentor do maior grau de obesidade.

Jatobá relata a piora em relação à compulsão alimentar, após interromper o consumo, também compulsivo, de cigarros – dois comportamentos ligados à sua oralidade. Ele e Oliveira também apresentam a Síndrome do Comer Noturno (SCN). Ambos estão em graus avançados de obesidade e apresentaram precocidade no início do transtorno alimentar e do processo de obesidade.

Entre os episódios de desinibição alimentar relatados, Oliveira, descreve o mais severo – iniciou-se quando soube que viajaria ao exterior e se estendeu durante o período da viagem. O evento era estressor, pois estava diretamente associado à sensação de novo aumento de responsabilidade em seu ambiente de trabalho. Os comportamentos alimentares descritos vão ao encontro dos apontamentos de autores como Yanovski et al. (1993), Coutinho (1998) e Shoenberg (2007).

Especialmente para Oliveira, desde cedo, a sensação de satisfação e de se sentir acompanhado ficou ligada ao consumo de alimentos: em geral, sua família conseguia se reunir, somente, para refeições; ele gostava quando brincava com as irmãs e, frequentemente, elas traziam algum mantimento; e, quando adoecia, a mãe lhe permitia comer o que quisesse, sem controle da quantidade e, ainda, dava-lhe atenção.

Jatobá também acredita que recebia pouca atenção por ser o último filho de uma família numerosa e, assim, passou a buscar o alimento na tentativa de compensar o desejo de atenção materna.

Oliveira e Jatobá, em estágios mais graves da obesidade, apontam que não encontram meios para perceber ou se adaptar às suas necessidades, em dedicar atenção e o olhar necessários ao desenvolvimento saudável. Seus corpos adultos aparecem penalizados com a repetição das dificuldades presentes na relação materna primária – essa característica fortalece as ideias de autores como Winnicott (1975), McDougall (1991, 2000), Dallera e Sorrentino (1997).

Em relação à presença de distorção da imagem corporal, os outros membros do grupo não relatam qualquer experiência; mas, Oliveira conta que, assustou-se quando pôde perceber a realidade atual de seu tamanho corporal.

Os quatro sujeitos dormem pouco. Eles apresentam dificuldade em se entregar ao sono e, em geral, só vão dormir quando o cansaço vence a mente. Mesmo que relatem o desejo em mudar de estilo de vida, eles encontram dificuldades – sobretudo, relacionadas à realização de refeições nutricionalmente adequadas e prática de atividades físicas, como: caminhar, pedalar e frequentar academia.

Ainda, na questão dos cuidados a que se dedicam, Carvalho e Oliveira justificam, racionalmente, que a interrupção do uso de medicamentos para o tratamento da obesidade ocorreu pelo receio de efeitos colaterais, temor de elevar o ganho de peso, após a interrupção da ingestão dos remédios e receio da interação com bebida alcoólica – o que, curiosamente, está baseado em opiniões de senso comum.

O que, leva dois homens, com formação universitária, acostumados ao gerenciamento de equipes e à solução de complexos problemas a não buscar maiores esclarecimentos sobre algo que eles haviam considerado válido ao iniciar o tratamento? As estratégias de tratamento seguidas pelos sujeitos não abarcaram aspectos dos setores A-R e Or e, não conseguiram sucesso terapêutico.

- **Setor Pr:** Nesse setor, Carvalho e Jatobá apresentam adequação e Pinheiro e Oliveira estão com pouca adequação (vide quadro 2). Todos estão empregados e apresentam estabilidade em seu trabalho. Oliveira e Carvalho ocupam papéis de liderança.

No grupo, Pinheiro, Oliveira e Carvalho apresentam acúmulo de atividades. Contudo, Carvalho consegue dosar as atividades em que se envolve, com opções variadas de lazer (sem demandar maior esforço). Mas, Pinheiro e Oliveira relatam que tentam e não conseguem

limitar seus compromissos ou conciliá-los com o desejo de mudança no estilo de vida, o que contribui para que a adaptação, nesse setor, fique comprometida.

Para os quatro sujeitos, de modo geral, os elementos produtivos da vida aparecem altamente investidos, em detrimento de suas relações e das vivências de seu mundo interno. O grupo apresenta a psicodinâmica centrada no *fazer* – que objetiva fazer para não pensar. Manter-se ocupado, construir uma vida, na qual não há tempo para si ou para se envolver com o outro, configura-se como uma estratégia para não pensar em elementos angustiantes, nas relações insatisfatórias, nos medos etc. O grupo possui intimidade em realizar várias atividades, lidar com as coisas úteis e práticas. Logo, nesse setor os aspectos do setor A-R também aparecem influenciando a adaptação dos sujeitos.

Apesar do grupo não expor qualquer dificuldade em relação às exigências associadas às rotinas do papel de trabalhador – pois, todos apresentam estabilidades, disciplina e são elogiados e/ou admirados no exercício profissional, mesmo assim, o receio sobre suas capacidades está presente nos três sujeitos obesos.

Embora todos encontrem satisfação no setor Pr, visto que, eles apreciam o que fazem. E os papéis de trabalhador, cooperador religioso, professor, músico e estudante sejam valorizados; ainda, faz-se necessário harmonizá-las com as questões do setor A-R, para que seja possível encontrar maior satisfação em ambos os setores. Essas características presentes no grupo vão ao encontro do que Maciel Jr. (2006) aponta.

A narrativa dos quatro sujeitos destaca que o desempenho escolar foi penalizado, em algum momento, especialmente em função de dificuldades associadas às relações primárias. Para nenhum dos sujeitos, tais situações, são atuais. Mas, elas, ainda, exemplificam o modo que eles encontram para lidar com questões que envolvem suas possibilidades produtivas, os recursos para prosperar, lidar com conflitos e sentirem-se satisfeitos.

Jatobá não conseguiu completar o Ensino Médio e não há qualquer investimento nesse sentido. Porém, a situação não é conflitiva, embora ele permaneça estagnado. Ele só voltou a investir nessa área, na vida adulta e, ainda, com o suporte religioso, pois foi em busca do estudo da Teologia – o que parece motivar Jatobá, de modo inconsciente, é a possibilidade de ganhos secundários por meio da função materna depositada no aspecto religioso.

Carvalho rompeu com os estudos, na 3ª série do Ensino Fundamental e se focou no trabalho – influenciado por conflitos com o sentimento de separação. Um pouco mais maduro, retomou os estudos e, na vida adulta, tornou-se professor. Em sua trajetória, mostra que procura superar e se sobrepôr às situações desafiadoras. Suas conquistas e o reconhecimento do que é capaz de produzir são apreciados e trazem muita satisfação.

Para Pinheiro, a dificuldade surgiu na vida adulta, frente ao desafio da realização do curso universitário; já Oliveira sofreu, na infância, com a retenção na 2ª série do Ensino Fundamental. Para ambos, as situações foram extremamente conflitivas, desafiadoras e angustiantes. Nesses momentos, houve ganho de peso e modificações no comportamento alimentar, os quais favorecem à manutenção da obesidade até o momento. Esse contexto, expõe que fatores dos setores A-R, Pr e Or são afetados e se influenciam mutuamente.

- **Setor SC:** De modo geral, esse setor se apresenta adequado para os quatro sujeitos (vide quadro 2). Todos afirmam estar satisfeitos com os aspectos que o setor abrange. Eles apresentam estilos de vida diferentes; mas, são típicos e atuais nos grandes centros urbanos. O grupo respeita costumes culturais e realiza atividades sociais.

Pinheiro e Oliveira encontram satisfação quando realizam atividades com a família. Carvalho se diverte nos encontros com os filhos e aprecia novos lugares e contatos com pessoas diversas. Apenas Jatobá constituiu sua vida social envolvida, basicamente, na comunidade religiosa.

Jatobá é católico, Pinheiro e Oliveira são evangélicos. O trio segue a formação religiosa da família. Eles se preocupam e estão envolvidos com as respectivas comunidades religiosas. São assíduos frequentadores e coordenadores de atividades religiosas.

3.2.3 Eficácia da Adaptação, Funcionamento Global e Alexitimia

Quadro 3 – Avaliação da Eficácia Adaptativa, do Funcionamento Global e da Alexitimia

Sujeitos Grau de excesso de peso	EDAO-R	AGF	ETA 20	
	Diagnóstico Adaptativo			
Carvalho Sobrepeso	Grupo 3	89 (atual)	46	Não-Alexitímico
Pinheiro Obesidade – Grau I	Grupo 4	75 (atual)	64	Alexitímico
Jatobá Obesidade – Grau II	Grupo 3	66 (atual)	77	Alexitímico
Oliveira Obesidade – Grau III	Grupo 4	62 (atual)	69	Alexitímico

No quadro 3, podemos acompanhar que os quatro sujeitos apresentam ineficácia na adaptação, que o Funcionamento Global, nesses sujeitos, decai quanto mais o excesso de peso se eleva e, no entanto, os quatro sujeitos, no momento, preservam o Funcionamento Global compatível com as necessidades cotidianas. E os três obesos apresentam alexitimia.

Carvalho preserva o melhor índice de Funcionamento Global, sendo o único que não está obeso e, não é classificado como alexitímico, embora ele se apresente no grupo 3, com Adaptação Ineficaz Moderada e comprometimento nos setores Afetivo-Relacional e Orgânico; no entanto, ele encontra maior satisfação no lazer e no relacionamento com seus filhos, além de ser o único a contar com uma presença mais expressiva da função paterna em sua psicodinâmica.

Esses elementos, aparentemente, contribuem para que seu peso não se eleve descontroladamente, visto que, colaboram, favoravelmente, durante o desenvolvimento de vários processos emocionais, entre os quais destacamos dois exemplos: 1) Carvalho não usa as compulsões como um recurso diante da angústia; 2) Ele lida melhor com os limites.

Jatobá e Oliveira se encontram nos maiores estágios da obesidade, apresentam os maiores índices de alexitimia e os menores níveis de Funcionamento Global, porém, em relação à eficácia da adaptação, o primeiro se encontra no grupo 3, o mesmo que Carvalho, que está com sobrepeso. Enquanto, Oliveira, em estado de obesidade mórbida, acompanha o grupo de adaptação de Pinheiro, que está no grau I de obesidade.

A presença dos aspectos que compõe a alexitimia é um dos importantes fatores associados à inadequação do setor Afetivo-Relacional dos sujeitos. Entre os resultados da ETA-20, a alexitimia aparece mais elevada em Jatobá e a observação de vários elementos apresentados, durante a narrativa de história, corrobora para esse dado.

Por outro lado, mesmo com a presença de alexitimia mais significativa e com o grau de elevação de peso superior ao de Carvalho e Pinheiro, Jatobá está no grupo adaptativo 3, o mesmo de Carvalho – o qual possui condições bem distintas, como acabamos de descrever. O aspecto que mais colabora para esse quadro é que, em seu funcionamento psicodinâmico, Jatobá não apresenta muitos questionamentos nem expectativas e, assim, não dissemina muitos conflitos.

Na vivência de Pinheiro e Oliveira, a presença da alexitimia dificulta o desenvolvimento de recursos para lidar com seus conflitos emocionais. Ambos convivem com a angústia elevada, em diversas situações. Entretanto, o funcionamento psicodinâmico que constituíram incentiva o desempenho de atividades produtivas. Isso, muitas vezes, é valorizado socialmente – um aspecto que reforça os apontamentos de Foucault (1985).

De modo geral, essa interpretação foi baseada nos dados e resultados apresentados, logo, representa um recorte entre outros aspectos possíveis, assim, não oferece base para generalizações. Mas, vale frisar que, embora o grupo tenha apresentado um declínio do Funcionamento Global correspondente ao aumento de excesso de peso, esse resultado não permite a afirmação de que a obesidade afeta o Funcionamento Global do sujeito ou, ainda, que quanto maior seu grau, menos o sujeito é funcional. Visto que, além da quantidade de sujeitos não ser significativa para tal afirmação, a AGF não inclui prejuízos no funcionamento devido a limitações do corpo.

3.2.4 Principais Achados na História Construída da Obesidade Masculina

[...] Passeio pelo escuro/ Eu presto muita atenção no que meu irmão ouve/ E como uma segunda pele, um calo, uma casca/ Uma cápsula protetora/ [...] Eu ando pelo mundo divertindo gente/ Chorando ao telefone/ E vendo doer a fome nos meninos que têm fome/ Pela janela do quarto/ Pela janela do carro/ Pela tela, pela janela/ Quem é ela, quem é ela?/ Eu vejo tudo enquadrado/ Remoto controle/ [...] Eu ando pelo mundo e meus amigos, cadê?/ Minha alegria, meu cansaço?/ Meu amor, cadê você?/ Eu acordei/ Não tem ninguém ao lado [...] (CALCANHOTTO, 1991).

Retomando o subitem *Principais aspectos na história construída da obesidade* de cada sujeito (inserido no Cap. 3. *Resultados*), constatamos que os aspectos associados ao surgimento da elevação de peso e ao aumento na obesidade já constituída, quase em sua totalidade, estavam localizados no setor A-R, como se verifica no quadro 4, a seguir:

Quadro 4 – Elevação de Peso e Disparador Situacional Associado

Sujeitos	Casamento (Idade)	Início do aumento de peso	Disparador situacional associado
	Quantidade de irmãos	Elevações de peso mais significativas	
Carvalho	1º casamento 18 anos 2º casamento 27 anos	Em torno de 29 anos	Gestação do segundo filho
	3 irmãos 1 irmã	Em torno de 40 anos	A segunda separação
Pinheiro	16 anos	Após 21 anos	Sentia-se bastante sozinho
	3 irmãos 4 irmãs	1) Aos 25 anos 2) Aos 26 anos 3) Aos 28 anos	1) Mito de pertencimento familiar – os membros devem engordar entre 25 e 30 anos – como aconteceu com sua mãe 2) Receio de perder o papel de trabalhador 3) Receio de se diferenciar se cursasse a faculdade
Jatobá	25 anos	Desde a infância. Acredita que “sempre” foi obeso	Falta de cuidados com a rotina e de atenção materna que era compensado por meio do consumo alimentar
	5 irmãos 1 irmã	1) Aos 36 anos 2) Aos 42 anos	1) Nascimento do segundo filho, associado à preocupação com o futuro 2) Após interrupção do consumo compulsivo de cigarros
Oliveira	27 anos	Após 8 anos	Sentia-se bastante sozinho. Apresentou dificuldade com a aprendizagem. E, também, queria deixar de ser visto como um menino “magrelo e doentinho” [sic]
	3 irmãs	Aos 27 e 29 anos	A cada aumento de responsabilidade, houve elevação do peso, entre os eventos o casamento, aos 27 anos e, o mais significativo, o aumento de responsabilidade no trabalho, aos 29 anos

A narrativa dos quatro sujeitos mostra que os aspectos psicológicos compõem os fatores etiológicos da obesidade. Na história de Jatobá e Oliveira, percebemos que, desde um momento muito primitivo do desenvolvimento, o alimento aparece associado à sensação de acolhimento, amparo, segurança e de se sentir olhado. Desde a infância, essa situação os impulsionavam a buscar essas sensações por meio do “uso” abusivo do alimento.

A vivência desses sujeitos também foi marcada pelo afastamento nos relacionamentos e dificuldades de lidar com as emoções. Carvalho destaca o desejo de um amor exclusivo e a dificuldade com separações. Pinheiro mantém uma postura passiva diante de suas necessidades afetivas e inseguranças pessoais, descarrega sua energia por meio do trabalho, do estudo e do que mais conseguir agregar e tenta justificar que as relações são empobrecidas pela “falta de tempo” [*sic*].

Jatobá e Oliveira estabeleceram relações primárias conflitivas, sentidas como frágeis diante de emoções intensas. Elas são permeadas de controle, ataques e discussões. Jatobá tem medo de magoar as pessoas que ama e não sabe como se aproximar. Ele e Oliveira desejam se sentir mais amados, vistos e compreendidos. Para eles, ainda, é difícil lidar com alguns aspectos da vida adulta, serem autônomos, independentes.

Como podemos acompanhar, no quadro 4, os quatro sujeitos têm irmãos, vieram de famílias de origem em que havia várias pessoas para dividir a atenção e o cuidado que recebiam. Em cada história, na compreensão dos dados e na discussão, foram descritas as dificuldades que envolviam a relação mãe-filho e o desejo de sentir-se mais amado e menos sozinho, que os acompanha mesmo na vida adulta. O casamento pôde ser visto como uma tentativa de mudança nessa condição, porém, os quatro sujeitos não encontraram a satisfação das necessidades que buscavam.

Inicialmente, os quatro tinham opiniões formadas sobre a associação da elevação de peso e o casamento. Carvalho relacionava que ele e os irmãos ganharam peso após o casamento. Depois de refletir sobre os momentos que os envolvia, associou o aumento de peso a momentos de sofrimento emocional, principalmente, depois da ruptura de relacionamentos, o que aparece inclusive em sua própria experiência, mesmo que ele não perceba, conscientemente.

Pinheiro associava o casamento a um estilo de vida mais sossegado, que levaria ao aumento de peso – tal pensamento não se configurou verdadeiro nem mesmo em seu próprio contexto de vida. Depois de quatro anos de casado, ele, ainda, mantinha-se magro. No quadro 4, podemos verificar que os eventos que contribuíram para aumentos significativos de peso se distanciam do casamento no tempo e nas motivações.

A respeito da relação entre casamento e elevação de peso, Jatobá reproduzia a ideia de que os homens engordam depois do casamento *“porque a mulher trata a gente bem, né!”* [sic]. Mas, mesmo que sua mulher tenha lhe tratado bem, sua narrativa destaca o aumento de peso associado à elevação de preocupação com o futuro, especialmente, por ver-se pai de duas crianças. E, também, a angústia (ligada à oralidade) que, inicialmente, era depositada no comportamento compulsivo de fumar foi deslocada para o “ato” alimentar – um processo sem elaboração que, não contribui para o amadurecimento de sua personalidade que se apresenta oral-dependente.

Para Oliveira, como podemos ver no quadro 4, o casamento até aparece entre as situações associadas aos momentos em que o aumento de peso foi significativo, porém, mostra-se mais um depositário de outros elementos, como: a dificuldade de lidar com a sensação de aumento de responsabilidade, a valorização da fala de terceiros e a tentativa de se mostrar forte, saudável e capaz, mesmo que seja, por meio da concretude corporal. Ele relata que *“As pessoas diziam: Agora que vai casar é que você vai engordar mesmo. [...] E segui as ‘recomendações’ direitinho!”* [sic]

Antes das reflexões propostas pelo estudo, entre as justificativas do processo que conduz à obesidade masculina, casar-se era um dos fatores mais presentes na crença dos sujeitos e, também, nos apontamentos de vários autores, como, por exemplo, Malheiros e Freitas Jr. (2002).

A observação de elevação de peso em si e em outros homens, após o casamento, configurou-se como uma justificativa racionalizada e não reflexiva. As narrativas, desses sujeitos, nos permitiram apreender que outros elementos presentes no setor A-R interferiram de modo significativo na instalação do aumento de peso ou em sua expressiva elevação, como podemos acompanhar no quadro 4. No entanto, seria válido que outros estudos pudessem se aprofundar um pouco mais na discussão e compreensão das mudanças que envolvem aos homens, nesse momento.

Para esse grupo, o aumento de responsabilidade se mostrou como outro fator situacional importante, visto que, configurou-se como um ponto de convergência entre questões da masculinidade e do aumento de peso. A dificuldade de lidar com a responsabilidade se mostra impulsionada pela insegurança em relação a si, ao seu lugar, dificuldades em se comunicar, em administrar questões de limites, pela própria expectativa e de também de terceiros.

A análise dos elementos presentes no setor A-R, que influenciavam para a pouca ou pouquíssima adaptação do setor Or, alertou que, para esses homens, ser responsável é uma das cobranças associadas ao seu desenvolvimento. Mas, o aumento de responsabilidades, em especial, por meio da conquista de emprego e manutenção do papel de trabalhador, ingresso na faculdade, compra do carro, depois do casamento e/ou nascimento de filhos e sentimento de ingresso na vida adulta, podem ser disparadores para o processo de obesidade?

A hipótese mais provável é que o aumento de responsabilidade esteja acompanhado da sensação de maior cobrança e falta de apoio e tolerância. Quando esses aspectos recaem sobre uma personalidade com elementos infantis acentuados, são capazes de impulsionar um processo de angústia elevada, de sensação de frustração e despreparo para assumir uma condição adulta para a qual o sujeito ainda não se sente preparado.

4 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo revelam que a obesidade está estreitamente associada a aspectos ligados à afetividade (setor A-R). Por meio de relatos dos sujeitos, acompanhamos a construção da história da obesidade. As narrativas de Carvalho, Pinheiro, Jatobá e Oliveira mostraram que, independente do contexto situacional, os elementos emocionais merecem atenção.

Os quatro sujeitos apontaram dificuldades de lidar com a falta e uma contínua insatisfação afetiva – representadas pelo desejo de receber mais carinho e atenção, de se sentir acolhido, olhado, valorizado, acompanhado e próximo ao outro. Esses homens mostraram que sentem necessidade de estabelecer relacionamentos mais profundos, ampliar a união familiar e receber mais afeto. Porém, não se dão conta de seu desejo nem das emoções geradas na frustração e insatisfação deles (dos desejos).

Os sujeitos apresentaram uma dependência infantil em relação à figura materna, que conduzia à sensação de carência afetiva, solidão, ansiedade, angústia, receio do envolvimento afetivo e dificuldade de separação. Cada um dos sujeitos expôs dificuldades em explorar suas relações e obter o afeto que deseja, em dizer o que sente e o que espera. Desse modo, eles ainda não podem usufruir mais plenamente das relações que constituem.

A alexitimia faz parte do modo relacional que os três sujeitos obesos (Pinheiro, Jatobá e Oliveira) desenvolveram. Eles não sabem solicitar nem encontram recursos para buscar o que necessitam afetivamente. Repetem o uso de recursos internos que não trazem a satisfação esperada, quando, especialmente, na vida adulta, há possibilidades de se satisfazer por meio de vários caminhos, sobretudo, quando se usa recursos novos e criativos.

Também demonstraram dificuldades que, muitas vezes, são associadas ao gênero masculino, como: falta de recursos para lidar com agressividade e frustração;

comprometimento na constituição da função paterna; dificuldade em descrever sentimentos e distingui-los das manifestações somáticas; deficiência na intimidade com questões do mundo interno e em estabelecer diálogos com o outro e, às vezes, até consigo mesmo.

Embora a condição masculina tenha se configurado em um diferencial em suas vivências, Carvalho, Pinheiro, Jatobá e Oliveira não apresentaram reflexões sobre o processo de “tornar-se” homem. As dores, as vivências e as conquistas do processo de aquisição da masculinidade permaneceram nas entrelinhas de suas narrativas e não envolvem um processo consciente. Mas, apreendemos que o modo como podem exercer sua masculinidade interfere na habilidade que encontraram para desenvolver suas relações, o papel de marido e também de pai.

Nas narrativas apresentadas, podemos perceber a falta de uma contribuição masculina mais vigorosa – a qual não é reclamada; mas, configura-se como uma falta significativa – para a descoberta das capacidades e potencialidades, na preparação para lidar com responsabilidades, limites e perspectivas de futuro, para o desenvolvimento da identidade, do sentimento de segurança, autonomia e independência desses sujeitos. A dinâmica centrada no *fazer*, também, aparece ressaltada entre os caminhos encontrados para a constituição de si e da masculinidade.

Os sujeitos e seus pais se mostraram homens distantes do “suposto poder de macho” que, culturalmente, muitas vezes, ainda é atribuído ao gênero masculino. Na história de vida dos sujeitos obesos, é a presença feminina que exhibe uma personalidade “forte”, uma força subjetiva e, por vezes, austera e fálica.

Mães e esposas são apresentadas como autoritárias, controladoras, bravas, corajosas, amadas, invejadas e odiadas. Enquanto, mesmo que eles mostrem a concretude de um corpo grande, gordo, “forte”, eles exibem uma condição masculina “apagada”, sem vigor, sem uma presença expressiva.

Para esses sujeitos, o uso do alimento se configurou como um caminho para lidar com emoções de falta e de frustração. Os momentos de desamparo, de sensação de solidão, de redução da atenção e separação estão relacionados ao deslocamento da função paraexcitadora materna para o alimento, sobretudo, por meio do comer abusivo, o qual facilita que a obesidade faça parte da vida dos sujeitos.

O alimento, também, é usado como um objeto de controle ou para descarga de agressividade e, em especial, na tentativa de preencher o “vazio” interno formado pela ausência de bons objetos, que poderiam ser adquiridos por meio de experiências vivenciadas como boas e gratificantes, pois as vivências podem ter sido boas, mas, não serem sentidas dessa forma. Mas, diante da falta, eles comem. O grupo descreve a vivência da falta de companhia e da sensação de se sentir só, que fortaleceram o sentimento de vazio – um processo que também acarreta prejuízos no setor Or, principalmente, por meio da elevação de peso e dos riscos que trazem à saúde.

Assim, a obesidade aparece associada, predominantemente, a aspectos afetivos. Entre os setores adaptativos prepondera, então, como o mais importante, o setor Afetivo-Relacional. O grupo apresentou esse setor como pouquíssimo adequado. A pouquíssima adequação encontrada nesse setor repercute, nesses sujeitos, no setor Orgânico. Mas, o setor Produtivo também recebe interferências e apresenta prejuízos em dois dos sujeitos. Nesse grupo, apenas o setor sociocultural permaneceu com a adequação eficaz para todos os sujeitos.

Na narrativa de cada história nos deparamos com aspectos emocionais do setor A-R que, em geral, estavam ocultos para o sujeito; mas, que influenciavam em suas possibilidades de se dedicar cuidados e no modo relacional. O que, também, se mostrou determinante para a manutenção do excesso de peso ou para elevação significativa desse aumento de peso, em determinados momentos. Desse modo, concluímos que os fatores emocionais adversos facilitam a instalação e manutenção da obesidade.

Entre os sujeitos Carvalho, em estado de sobrepeso, apresentou alguns aspetos que se diferenciaram dos elementos encontrados na história construída dos sujeitos obesos: 1) Carvalho não é alexitímico; 2) Conta com um aspecto positivo na função paterna – sente a figura paterna presente em sua psicodinâmica; 3) Mostra-se seguro em relação às suas capacidades 4) Consegue expor a agressividade; 5) Não usa a compulsão como um recurso para lidar com a angústia: não apresenta compulsão alimentar ou Síndrome do Comer Noturno; 6) Mantém hábitos alimentares melhores e não tem o comportamento de comer toda vez que chega a sua casa ou que está ocioso; 7) Apresenta o melhor índice de Funcionamento Global.

Por outro lado, Oliveira, em estado de obesidade mórbida, possui muito mais disparadores situacionais em sua história do que qualquer outro elemento do grupo. O que mostra que ele lida com um conjunto maior de elementos que, associados, corroboram para manutenção de sua obesidade.

Outro ponto que chamou atenção foi que quando buscamos sujeitos para este estudo, Jatobá foi o único classificado no grau II de obesidade. Outros sujeitos que se encontravam entre o IMC de classificação desse estágio, apresentavam comorbidades associadas; isso faz com que sejam classificados no próximo estágio. Entretanto, também, nota-se que, em muitos momentos, vários elementos da história e do funcionamento de Jatobá eram mais comuns aos aspectos apresentados por Oliveira, no grau III de obesidade, do que Pinheiro, no grau I de obesidade – nesse caso, não apenas a classificação do IMC, mas, também, a psicodinâmica apresenta uma tendência de aproximação do grau do II, com o grau III da obesidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

A questão do gênero masculino pode ser vista como um facilitador na possibilidade de compreender como os homens percebem e usam seus corpos. Em nosso trabalho, a expressão diferenciada entre os gêneros se iniciou, quando nos deparamos com a escassez de material voltado para essa população; mas, evidenciou-se na busca por sujeitos para a realização do estudo. Foram criadas várias condições para que houvesse o contato com homens obesos, contudo, fomos ao encontro de um espaço vazio. E, enquanto, eles não se permitiam participar, não se apresentavam nem esboçavam qualquer interesse, as mulheres obesas se candidatavam, mostravam interesse, instigavam seus parceiros e, por meio de profissionais envolvidos nesta busca, disponibilizavam-se para tentar usufruir do espaço.

Comprendemos, então, que já estávamos diante de um movimento simbólico da diversidade do modo de agir dos gêneros. Enquanto a mulher mostrou uma posição ativa, expôs-se e até tentou seduzir, os homens evitaram o envolvimento espontâneo, mantiveram-se em uma zona de conforto, sem se apresentar, sem nem ao menos investigar, antes de rejeitar.

Em nosso caso, fez-se necessário o deslocamento do local onde pretendíamos realizar o estudo. A maior parte dos sujeitos que se permitiram participar estavam amparados por seu local de trabalho e seu papel de trabalhador. Assim, esse lugar se constituiu o espaço no qual conseguimos maior acesso e contribuição desses sujeitos.

As dinâmicas entre os gêneros são construções humanas arquitetadas durante séculos. Ser mulher ou ser homem são caminhos diferentes. Nossa experiência nos mostrou que no grupo masculino existe uma dificuldade maior em se deixar conhecer. Desse modo, há necessidade de ampliar nossas posturas, nossos recursos e as possibilidades de nossos olhares

e, assim, contribuir de maneira efetiva – especialmente, quando o caminho escolhido passa pelo desenvolvimento de pesquisas no campo da psicologia clínica.

As diferenças entre o sujeito em sobrepeso e os sujeitos obesos e, mesmo, as similaridades entre os graus mais severos da obesidade, também, podem se constituir pontos importantes em futuros estudos, na elaboração de estratégias de tratamentos e no planejamento de ações preventivas.

Na construção da história da obesidade, cada sujeito, em sua singularidade, nos levou a compreender que o corpo movimenta-se, abre, tritura, engole, digere, absorve, acumula. Farta-se, mas a alma continua diante do vazio. O corpo concreto não é capaz de digerir as frustrações, os receios e as necessidades afetivas. Assim, independente do cenário de excessos (abuso de alimentos, de comportamentos, diversidade de sofrimentos, necessidades etc), o caminho que esses obesos percorrem é o espaço da falta e da insatisfação. Eles evidenciaram que, em muitos momentos, apenas repetem processos cristalizados. Então, permanecem estagnados.

Embora as proporções corporais geradas na obesidade, entre outras coisas, possa representar uma tentativa de preenchimento diante das necessidades emocionais, inevitavelmente a pessoa retorna ao vazio. E, apesar da associação equivocada, entre força e excesso de peso, quando um homem engorda, muitas vezes, a coluna se deforma, os joelhos se desgastam, o corpo roliço penaliza e reduz suas possibilidades e, ainda, provoca alterações na relação com seu corpo.

Vale ressaltar que, outro complicador para a obesidade masculina é que, em estágios mais avançados da obesidade, a mobilidade é comprometida e o excesso de gordura, geralmente, fica concentrado na barriga. Além dos riscos à saúde e do comprometimento do funcionamento fisiológico, em alguns casos, sobretudo, mediante a obesidade mórbida, a barriga pode encobrir à visão de toda a parte inferior do corpo. Logo, oculta também o pênis

para o próprio indivíduo. E, mesmo frente ao espelho, a pessoa vê um corpo enorme e um pênis que não é proporcional. Seu membro fica diminuído, justamente o órgão que é símbolo da masculinidade.

Quais os desdobramentos desse olhar em sua relação com seu corpo? Com sua sexualidade e a prática da atividade sexual? O aumento da barriga recebe algum papel em seu mundo interno? Há conflitos anteriores à situação de obesidade que impulsionam os homens ao uso da barriga para ocultamento do pênis, da condição masculina?

O trabalho que foi possível desenvolver, neste estudo, não possibilitou que a relação com o corpo e a sexualidade fosse mais explorada, mesmo diante da diversidade de experiências, generosamente, devidas por meio da história de cada sujeito desse grupo. Provavelmente, encontraremos questões diversas em cada homem. Elas devem ser entendidas em sua psicodinâmica. E, podem ser exploradas em estudos futuros que foquem esses aspectos.

A história do acúmulo de peso no organismo pode abarcar lembranças de excessos alimentares, momentos de compulsão alimentar, de situações com sofrimento, imersas em angústia. Ela se mostra depositária de questões individuais e socioculturais. Mas, só se torna capaz de “alimentar” as necessidades humanas, se proporcionar a ampliação da consciência e/ou se, em alguma medida, for criativa. Ao contrário, o contato com o conflito emocional que a envolve fica postergado. O indivíduo permanece na angústia, sem elaboração, sem transformação, sem ampliar suas possibilidades e recursos internos.

Desse modo, compreendemos que a obesidade pode ser vista como um sintoma. A função do sintoma, principalmente na teoria psicanalítica, está situada em uma perspectiva diferente da prática médica. Ele deixa de ser um corpo estranho a ser erradicado, para se tornar algo que demanda compreensão em sua etiologia. E se mostra fonte de importantes

conhecimentos sobre fatores que influenciam em sua constituição, instalação, manutenção e prognóstico.

Há uma situação complexa fisiológica, psicológica, social e situacional envolvida, que deve ser compreendida. Diante do contexto que nos encontramos, o excesso de peso pode se configurar como um fator de sofrimento para aqueles que se desviam das normas estéticas e da ilusão do corpo perfeito.

Embora aquilo que se configure em uma necessidade de cuidar e investir em aspectos da condição humana e do contexto sociocultural represente um grande desafio, precisamos saber mais sobre os aspectos que corroboram para o aparecimento da obesidade em proporções epidêmicas.

Alguns elementos, do nosso contexto atual, envolvidos em reflexões sobre qualidade de vida e saúde mental também merecem ser discutidos e direcionados ao tema específico da propagação da obesidade, entre eles estão: o sentimento de solidão individual, a sensação de vazio, os fenômenos que favorecem o empobrecimento das inter-relações, os modos de dedicar cuidados a si, o consumismo, o hedonismo e a presença de comportamentos e situações alienantes.

Por outro lado, com o aumento da prevalência da obesidade os profissionais da saúde, cada vez mais, são chamados ao encontro dessas pessoas. Para isso, é crucial a formação desses profissionais e que eles, principalmente os especialistas em saúde mental, tenham condições de entender a natureza da obesidade, seu relacionamento com o funcionamento mental e o papel que exerce na relação que os indivíduos podem construir com seu corpo.

Este estudo evidenciou, ainda, que nas estratégias de tratamentos voltadas aos obesos, torna-se importante levar em conta os aspectos psicodinâmicos. Assim, facilita-se que eles sejam reconhecidos pelo sujeito e, se possível, elaborados. Desse modo, é possível sair da repetição e encontrar saídas criativas para suas demandas.

Contudo, também, torna-se válido pontuar que existe uma tendência do próprio obeso em tomar para si o ônus do fracasso dos tratamentos. Em muitos casos, será preciso construir novos caminhos, que realmente envolvam quem irá percorrê-lo. Por outro lado, os indivíduos, também, têm direito a um corpo fora dos padrões estéticos atuais e, até das classificações da área da saúde e é deles a decisão de como lidar com o próprio corpo. Porém, para que haja possibilidades reais de escolha, torna-se necessário que as opções e consequências sejam claras e que o sujeito esteja consciente do contexto que o envolve, em especial, os conteúdos afetivo-relacionais. Desse modo, é preciso que o olhar esteja voltado para o humano e suas condições – na tentativa de encontrar suas verdadeiras demandas.

Outra sugestão é que a atenção multiprofissional seja mantida a médio e a longo prazo – pois, nesses momentos, as dificuldades costumam conduzir ao abandono do cuidado dedicado a si. O planejamento da estratégia de tratamento, entre outros elementos, deve procurar envolver: a singularidade do sujeito e a psicodinâmica, o contexto socioeconômico e cultural, os elementos disparadores para o aumento de peso e o funcionamento do processo da obesidade.

Além disso, algumas medidas poderiam prevenir a obesidade e seu avanço. Mostra-se válido dedicar atenção às crianças e suas necessidades afetivo-relacionais. E, ainda, incluir orientação aos pais e aos responsáveis pelo acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Nosso estudo propõe, sobretudo, que o tema seja discutido, que as pessoas sejam convidadas a refletir, a ampliar o conhecimento que possuem, a olhar para as dificuldades e as potencialidades. A proposta, em especial, é para que homens e mulheres possam construir histórias criativas.

Como incentivo, antes de finalizar este trabalho vamos dividir outra história. Era uma vez... A história de quatro sujeitos, que trouxeram muitas coisas, de vários lugares.

Para o olhar de uma pesquisadora, eles ofereceram uma imagem, que levou a escolha de árvores, para compor os nomes fictícios de Carvalho, Pinheiro, Jatobá e Oliveira, os quais já foram apresentados.

Na tentativa de arranjar em palavras esse conteúdo, ela percebeu que uma árvore... Pode passar das medidas e incomodar... Pode dar frutos ou não.

Cada uma possui algo de seu, que é inconfundível, que a diferencia entre todas as outras – um Jatobá nunca será um Carvalho, de um Pinheiro não teremos olivas – mas, existe aquilo que é comum a todas.

As cicatrizes, uma promessa de amor, as possibilidades de crescimento, a falta de cuidados, o ambiente favorável ou hostil, os excessos e as faltas, de algum modo, ficam impregnados e refletem em sua história.

O tempo passa... Mas, de algum modo, há algo que as prende. Se não houver uma transformação, elas permanecerão no mesmo lugar – presas a “terra-mãe”...

E, mesmo, que o ambiente seja cuidador, para nutrir-se, elas terão, necessariamente, que trabalhar em favor de si. Essa história conta que... Essencialmente... Uma árvore pode rasgar o vazio e encontrar a vida.

REFERÊNCIAS

ADES, L; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. *Psicologia USP*, São Paulo, vol. 13, n. 1, p. 197-216, 2002.

ANJOS, L. A. *Obesidade e saúde pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 100 p.

ANZIEU, D. *O Eu-pele*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988. 300 p.

BACELAR, J. E. *Os homens não são mais os mesmos*. Pesquisa Adônis Report: 2B Brasil Marketing, 2006. 23 p.

BAGBY, R. M. et al. The twenty-item Toronto alexithymia scale. *Journal of Psychosomatic Research*. v. 38, n. 1, p. 23-40, 1994.

BAUDRILLARD, J. *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70, 1995. 213 p.

BEE, H. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 656 p.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.18, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 mar. 2007.

BLEGER, J. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. Tradução de Rita M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 144 p.

BORGES, M. B. F.; JORGE, M. R. Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. *Psiquiatria na prática médica*, São Paulo, v. 4, n. 33, 2000. Disponível em: <www.unifesp.br/dpsiqu/polbr/ppm/especial04.htm>. Acesso em: 13 mar. 2004.

BURD, M. Obesidade e família. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Org.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 299-310.

CALCANHOTTO, A. Esquados. A. Calcanhotto [Compositor]. In: A. CALCANHOTTO. *Público*. Rio de Janeiro: Minha Música, 1991. 1 CD. (60 min.). Faixa 10.

_____. Metade. A. Calcanhotto [Compositor]. In: ADRIANA CALCANHOTTO. *A Fábrica do Poema*. Rio de Janeiro: Minha Música, 1994. 1 CD. (55 min.). Faixa 4.

CALDAS, N. R. *Avaliação da alexitimia em usuários de drogas em Centro de Tratamento na Cidade do Rio de Janeiro*. 1999. 117 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1999.

CAMPELO, C. R. *Cal(e)idoscorpos: um estudo semiótico do corpo e seus códigos*. São Paulo: Annablume, 1996. 164 p.

CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: NÓBREGA, F. J. *Distúrbios da nutrição*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 394-395.

CHIOZZA, L. A. *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*. Buenos Aires: Paidós, 1980. 535 p. (Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker)

_____. (org.) *Os afetos ocultos em – psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*. Tradução de Laila Yazigi de Massuh. Revisão Técnica de Larife Yazigi, Antonio Carlos Cintra. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 268 p.

_____. (org.) *Os sentimentos ocultos em – hipertensão essencial, transtornos renais – /*. Tradução de Mario Damato. Revisão Técnica de Larife Yazigi, Antonio Carlos Cintra. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 323 p. (Coleção estudos psicanalíticos)

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE. Décima Revisão. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>> Acesso em: 12 maio 2007.

CONEJO, S. P. *A importância da figura paterna para a constituição da psique*. 2002. 39 f. Dissertação (Graduação em Psicologia) – Universidade Paulista, Sorocaba, São Paulo. 2002.

_____. Força de vontade x dependência química e obesidade mórbida. *APAS'áude*, Sorocaba, São Paulo, v. 7, n. 81, mar. p.7, 2005.

CONNELL, R. W. *Masculinities: knowledge, power and social change*. Berkeley. Los Angeles: University of California Press, 1995. 349 p.

_____. *Gender*. Cambridge: Polity, 2002. 184 p.

CORRÊA, K. R. F. C.; VIZZOTTO, M. M.; L CURY, A. F. Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização in vitro. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 2, maio/ago. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 dez. 2007.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983. 282 p.

_____. As faces da violência: entrevista. [julho, 1988]. São Paulo: *Revista Percurso*. n. 1. Entrevista concedida a Renata Udler Cromberg. Transcrição de Leopoldo P. Fulgêncio Jr.

_____. Descaminhos de caráter: com a livre concorrência, a insegurança da vida sentimental se estendeu à vida profissional. *Folha de São Paulo*, São Paulo, p.5, Caderno Mais, 25 jul. 1999.

_____. *O Vestígio e a Aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 244 p. (A lei do desejo)

COUTINHO, W. Obesidade: conceito e classificação. In: NUNES, M. A. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 1998. 215 p.

COUTINHO, W. F.; BENCHIMOL, A. K. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: GARRIDO JR., A. B. et al. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 13-18.

DALLERA, S.; SORRENTINO, N. *A psicodieta: por que comemos, por que engordamos, como parar*. Tradução de G. I. Maissiat. São Paulo: Paulus, 1997. 175 p.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980. 895 p.

DI BENEDETTO, C. *Obesidade mórbida, hostilidade encoberta e suas implicações no processo de interação social*. 2002. 102 f. Tese (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2002.

DOBROW, I. J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 3. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 06 nov. 2007.

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2001. 324 p.

DORON, R.; PAROT, F. (org.) *Dicionário de Psicologia*. São Paulo: Ática, 1998. p. 863

DUPUIS, J. *Em nome do pai: uma história da paternidade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 243 p.

FELIPPE, F. M. L. et al. Obesidade e Mídia: o lado sutil da informação. *Rev. Acadêmica de Grupo de São Bernardo*. São Bernardo do Campo, São Paulo, ano 1, n. 2, jul./dez. 2002. Disponível em: <www.metodista.br/unesco/GCSB/index.htm>. Acesso em: 04 dez. 2004.

FERREIRA, A. B. H. *Aurélio século XXI: minidicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. 577 p.

FERREIRA, F. R. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, São Paulo, v. 12, n. 26. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 set. 2008.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 295 p.

_____. (1985) *História da Sexualidade, 3: o cuidado de si*. 8ª ed. Tradução de M. T. C. Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005. 246 p.

FORTES, S. L. *Alexitimia e aspectos socioeducacionais: um estudo de fatores ligados à verbalização da emoção*. 1995. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 1995.

FREUD, S. (1905a). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. Tradução de J. Salomão, Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7).

_____. (1905b). *Três ensaios sobre a sexualidade*. Tradução de J. Salomão, Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 7).

_____. (1913). *Totem e Tabu*. Tradução de J. Salomão, J. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 13).

_____. (1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Tradução de J. Salomão, J. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 14).

_____. (1917). *Conferências de introdutórias sobre Psicanálise*. Tradução de J. Salomão, Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 15).

_____. (1920). *Além do Princípio de Prazer*. Tradução de J. Salomão, Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 18).

_____. (1922). *Dois verbetes de enciclopédia - (A) Psicanálise*. Tradução de J. Salomão, J. Rio de Janeiro: Imago, 1923. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 18).

_____. (1923). *O Ego e o Id*. Tradução de J. Salomão, J. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 19).

_____. (1925). *Luto e melancolia*. Tradução de J. Salomão, J. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 14).

_____. (1926). *Inibições, sintomas e angústia*. Tradução de J. Salomão, J. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 20).

_____. (1930). *Mal-estar da Civilização*. Tradução de J. Salomão, J. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 21).

_____. (1933). *Caso 5. Srta. Elisabeth Von R*. Tradução de J. Salomão, Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 22).

GAMBARDELLA, A. M. D.; FRUTUOSO, M. F. P.; FRANCH, C. Prática alimentar de adolescentes. *Rev. Nutrição*, Campinas, v. 12, n. 1. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 mar. 2007.

GARRIDO JR., A. B. et al. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002. 327 p.

GOLDENBERG, M. Dominação masculina e saúde: usos do corpo em jovens das camadas médias urbanas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan/mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 06 nov. 2007.

_____. O macho em crise: um tema em debate dentro e fora da academia. In: _____. (Org.). *Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros*. Rio de Janeiro: Record, 2000. p. 13-39.

GOMES, R. As questões de gênero e o exercício da paternidade. In: Silveira, P. (Org.). *Exercício da paternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 175-182.

_____. Levantamento sobre a produção bibliográfica da saúde coletiva acerca da masculinidade. CNPq. *A construção da masculinidade como fator impeditivo do cuidar de si*. (Atividade de pesquisa). 2003-2006. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz, 2004.

_____. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 mar. 2007.

HALPERN, A. *Entenda a obesidade, e emagreça*. São Paulo: MG Editores Associados, 1994. 102 p.

HELENO, M. G. V. *Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes diabéticos tipo 2*. 2000. 110 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 30 dez. 2004.

LASCH, C. *O mínimo eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. São Paulo: Brasiliense, 1986. 286 p.

_____. *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, I. *Vocabulário da Psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 554 p.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Preventive medicine for the doctor in his community*, New York: Mac Graw-Hill. 1965.

LOLI, M. S. A. *Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Vetor, 2000. 155 p.

MACIEL JR., P. A. *Tornar-se homem: o projeto masculino na perspectiva de gênero*. 2006. 191 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2006.

MALHEIROS, C. A.; FREITAS JR., W. R. Obesidade no Brasil e no Mundo. In: GARRIDO JR., A. B. et al. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 19-24.

MANCINI, M. C. Noções fundamentais: diagnóstico e classificação da obesidade. In: GARRIDO JR., A. B. et al. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 1-7.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. 4. ed. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 995 p.

MATARUNA, L. Imagem Corporal: noções e definições. *Revista Digital*. Buenos Aires, v. 71, n. 10. 2004. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

MATOS, M. I. R. et al. *Transtorno do comer compulsivo, ansiedade, depressão e imagem corporal em uma amostra de pacientes com obesidade grau III*. 2001. 198 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo. 2001.

MAUTNER, A. V. Vergonha. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 14, n. 2. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 mar. 2006. (Ponto de Vista)

MCDOUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 183 p.

_____. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 194 p.

MELIN, P.; ARAÚJO A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 3. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 dez. 2007.

MELLO FILHO, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. 9. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 257 p.

_____. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 385 p.

MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Org.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 414 p.

MEZAN, R. *Psicanálise e Pós-graduação: notas, exemplos, reflexões*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Pasta 556. Outubro. 1999. 24 p.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hulitec Abrasco. 1994. 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Promoção da Saúde*. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 17 de jan. 2005.

MORAIS, G. P. *Contribuição do psicodiagnóstico de Rorschach ao estudo da obesidade*. 1990. 59 f. Tese (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1990.

NEMIAH, J. C.; SIFNEOS, P. E. Affect and fantasy in patient with psychosomatic disorders. In: HILL, O. W. (org.). *Modern trends in psychosomatic medicine*. v. 2. London: UK- Butterworths. 1970. p. 26-34.

NEUBAUER, J. Síndrome metabólica: união de fatores de riscos. *Revista Einstein*, São Paulo. 2007. Disponível em: <www.einstein.br> Acesso em: 10 dez. 2007

OCAMPO, M. L. S. et al. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas*. 8. ed. Tradução de M. Felzenszwalb. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

OLIVEIRA, E. P. *Psicoterapia breve operacionalizada e evolução adaptativa em hipertensos essenciais*. 2000. 259 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo. 2000.

PLECK, J. H. The gender role strain paradigm: an update. In: LEVANT, R. E; POLLACK, W. S. (org.). *A New Psychology of Men*. Dunmore. PA: Basic Books. 1995. p. 23-49.

PRENTICE, A. Obesidade Transforma Estatísticas. *Jornal do Alvorecer*, São Carlos, ano IV, n. 20, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.alvorecer.org.br/jorn>>. Acesso em: 30 abr. 2007.

RUSSO, R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*. Espírito Santo de Pinhal, São Paulo, v. 5, n. 6, jan./jun. p. 80-90. 2005.

SÁ JÚNIOR, A. R.; SOUZA, M. C. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, s. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 dez. 2007.

SANTOS, F. C. G. *Identidade pessoal de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica: uma metamorfose emancipatória?* 2003. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2003.

SCHILDER, P. *The Image and the Appearance of the Human Body: studies in constructive energies of the psyche*, London: Trench e Trubner, 1935.

_____. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Tradução de E. Loedel. Buenos Aires: Paidós, 1994. 303 p.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 mar. 2007.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Dois milhões de paulistanos têm síndrome ligada à obesidade*. Disponível em: <<http://portal.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 24 nov. 2004.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 208 p.

SERRES, M. *Variações sobre o corpo*. Tradução de E. A. Carvalho; M. P. Bosco. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 144 p.

SHOENBERG, P. Obesity. In: _____. *Psychosomatics: the uses of psychotherapy*. New York: Palgrave Macmillan, 2007. p. 114-120

SIMON, R. *Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU, 1989. 143 p.

_____. Do Diagnóstico à psicoterapia breve. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, São Paulo, v. 7, n. 445, p. 403-408. 1996.

_____. *Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 253 p.

_____. Proposta de Redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada. *Mudanças*, São Paulo, vol. 10, p. 13-26. 1998.

_____. 8^o. *Encontro do curso de especialização em psicoterapia psicanalítica: variedades de transferência na clínica psicanalítica*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004.

SOUZA, L. A.; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 1, p. 50-58. 2006.

TAYLOR, G. J. Psychoanalysis and psychosomatics: a new synthesis. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, Canada, v. 20, n. 2, p. 251-275. 1992.

TAYLOR, G. J. et al. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Toronto, n. 44, p.191-199. 1985.

TAYLOR, G. J.; BAGBY, R. M.; PARKER, J. D. A. The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, Toronto, n. 32, p. 153-164. 1991.

TIBA, I. *Puberdade e adolescência: desenvolvimento biopsicossocial*. São Paulo: Ágora, 1986. 236 p.

VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (Org.). *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 231 p.

WIETHAEUPER, D. et al. Estudos da Consistência Interna e Fatorial Confirmatório da Escala Toronto de Alexitimia-20 (ETA-20). *Revista Interamericana de Psicologia – Universidade do Vale do Rio dos Sinos*, São Leopoldo, v. 39, n. 2, p. 221-230. 2005.

WINNICOTT, D. W. *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 208 p.

YANOVSKI, S. Z. et al. Binge eating disorder is associated with psychiatric co morbidity in the obese. *Journal of American Psych*, 10-1502-9, 1993. p. 150

YOSHIDA, E. M. P. Toronto Alexthymia Scale-TAS: precisão e validade da versão em português. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 59-74. 2000.

_____. *Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS para população clínica*. (manuscrito submetido para publicação). 2006.

ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO NETO., M.; RAMOS, A. C. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. *Rev. Brás: RBM. Méd*, São Paulo, vol. 59, n. 4, abril, p. 52-59. 2002.

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto:

Estudo dos Aspectos Psíquicos e sua Relação com a Obesidade Masculina

Este estudo pretende entender o funcionamento mental de homens obesos e sua relação com a obesidade.

Pretendemos utilizar neste estudo: entrevistas que terão um roteiro, mas que não precisa ser seguido com rigor, para tentar compreender os aspectos psicológicos e a história da obesidade; utilizaremos, também, uma Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO-R, mas sua aplicação, classificação e análise serão feitas pelo pesquisador, para entender aspectos afetivos, sociais e culturais, de relacionamentos, de produtividade e orgânicos.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas: Psicólogo-Pesquisador: Simone Peixoto Conejo e Psicólogo-Orientador: Kayoko Yamamoto, que podem ser encontrados nos endereços: R. _____ CEP. _____. Tel: () _____ e R. _____ CEP. _____. Tel: () _____.

É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar deste estudo.

Mesmo diante de publicações, será preservada sua identidade, assim como as identidades de todas as pessoas por você referidas.

Assim sendo,

Eu, _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim, descrevendo o “Estudo dos Aspectos Psíquicos e sua Relação com a Obesidade Masculina”.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, sem penalidades.

	/ /	/ /
Assinatura do paciente/representante legal	Local	Data
Nome:		

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito/paciente ou de seu representante legal para a participação neste estudo.

	/ /	/ /
Simone Peixoto Conejo	Local	Data

Psicóloga CRP: _____ - End: _____ - Fone: _____

Anexo A

Resumo Diagnóstico para Pesquisa					
Entrevistado: _____					
Idade: _____ Estado Civil: _____ Ocupação: _____					
Dados Relevantes por Setor:					
<ul style="list-style-type: none"> • A-R (Afetivo-Relacional): • Pr (Produtividade): • SC (Sociocultural): • Or (Orgânico): 					
Grupo	Adaptação	Adequação			Crise
		Ar	Pr	Soma	
() 1	Eficaz	() 3	() 2	() 5,0	() Sim () Não
() 2	Ineficaz Leve	() 2 () 3	() 2 () 1	() 4,0 () 4,0	
() 3	Ineficaz Moderada	() 2 () 3 () 1	() 1 () 0,5 () 2	() 3,0 () 3,5 () 3,0	
() 4	Ineficaz Severa	() 1 () 2	() 1 () 0,5	() 2,0 () 2,5	
() 5	Ineficaz Grave	() 1	() 0,5	() 1,5	
Obs.:					
Data:					

(Simon, 1998 p.24)

Anexo B

Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)¹⁸

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um *continuum* hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código¹⁹	Funcionamento
De: 100 Até: 91	Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividade, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas. Não apresenta sintomas.
De: 90 Até: 81	Sintomas ausentes ou mínimos (por ex.: leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, efetivo socialmente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (por ex.: uma discussão ocasional com membros da família).
De: 80 Até: 71	Se sintomas estão presentes, eles são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (por ex.: dificuldade para se concentrar após discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex.: apresenta declínio temporário na escola).
De: 70 Até: 61	Alguns sintomas leves (por ex.: humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex.: faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.
De: 60 Até: 51	Sintomas moderados (por ex.: afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex.: poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).

¹⁸ A pontuação do funcionamento psicológico global em uma escala de 0-100 foi operacionalizada por Luborsky, na Escala de Pontuação de Saúde-Doença (Luborsky, L.: "Clinicians' Judgements of Mental Health", *Archives of General Psychiatry*. 7: 407-417, 1962). Spitzer e cols. desenvolveram uma revisão da Escala de Pontuação de Saúde-Doença, chamada Escala de Pontuação Global (Global Assessment Scale [GAS]) (Endicott, J; Spitzer, R.L; Fleiss, J.L; Cohen, J: "The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance". *Archives of General Psychiatry* 33:766-771, 1976). Uma versão modificada da GAS foi incluída no DSM-III-R como a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF).

¹⁹ Usar códigos intermediários, quando apropriado, por ex. 45, 68, 72.

De: 50 Até: 41	Sintomas sérios (por ex.: ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex.: nenhum amigo, incapaz de manter um emprego).
De: 40 Até: 31	Algum prejuízo no teste da realidade ou comunicação (por ex.: fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (por ex.: homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança frequentemente bate em crianças mais jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).
De: 30 Até: 21	Comportamento é considerado influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (por ex.: ocasionalmente incoerente, age de forma grosseiramente inapropriada, preocupação suicida) OU inabilidade para funcionar na maioria das áreas (por ex.: permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).
De: 20 Até: 11	Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (por ex.: tentativas de suicídio sem clara expectativa de morte; frequentemente violento; excitação maníaca) OU prejuízo grosseiro na comunicação (por ex.: amplamente incoerente ou mudo).
De: 10 Até: 1	Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (por ex.: violência recorrente) OU inabilidade persistente para manter uma higiene mínima OU sério ato suicida com clara expectativa de morte.
0	Informações inadequadas.

DSM-IV (1995, p.33)

AGF = _____ (período)

Anexo C

NOME:	DATA:
Escala Toronto de Alexitimia (ETA-20)	
Marque, se você: 1) Discorda totalmente 2) Discorda em parte 3) Não concorda nem discorda 4) Concorda em parte 5) Concorda totalmente	
1) Frequentemente eu me sinto confuso em relação a qual emoção estou sentindo.	(1) (2) (3) (4) (5)
2) É difícil para eu encontrar as palavras certas para expressar meus sentimentos.	(1) (2) (3) (4) (5)
3) Eu tenho sensações físicas que nem mesmo os médicos compreendem.	(1) (2) (3) (4) (5)
4) Eu sou capaz de descrever meus sentimentos com facilidade.	(1) (2) (3) (4) (5)
5) Eu prefiro analisar os problemas do que apenas descrevê-los.	(1) (2) (3) (4) (5)
6) Quando estou aborrecido, não sei se estou triste, assustado ou com raiva.	(1) (2) (3) (4) (5)
7) Frequentemente fico confuso com as sensações em meu corpo.	(1) (2) (3) (4) (5)
8) Eu prefiro simplesmente deixar as coisas acontecerem em vez de entender porque elas ocorreram daquela maneira.	(1) (2) (3) (4) (5)
9) Eu tenho sentimentos que não consigo identificar.	(1) (2) (3) (4) (5)
10) É essencial estar em contato com as emoções.	(1) (2) (3) (4) (5)
11) Eu acho que é difícil descrever como me sinto em relação às pessoas.	(1) (2) (3) (4) (5)
12) As pessoas me dizem para descrever mais os meus sentimentos.	(1) (2) (3) (4) (5)
13) Eu não sei o que se passa dentro de mim.	(1) (2) (3) (4) (5)
14) Frequentemente não sei porque estou com raiva.	(1) (2) (3) (4) (5)
15) Eu prefiro conversar com as pessoas sobre suas atividades do dia a dia do que sobre seus sentimentos.	(1) (2) (3) (4) (5)
16) Eu prefiro assistir divertimentos leves do que a dramas psicológicos.	(1) (2) (3) (4) (5)
17) É difícil para eu revelar os meus sentimentos mais profundos até mesmo para os amigos mais íntimos.	(1) (2) (3) (4) (5)
18) Eu consigo me sentir próximo de alguém mesmo em momentos de silêncio.	(1) (2) (3) (4) (5)
19) Eu acho que examinar meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais.	(1) (2) (3) (4) (5)
20) Procurar significados ocultos em peças ou filmes tira o prazer da diversão.	(1) (2) (3) (4) (5)

(Caldas, 1999. Anexo. p.120-121)

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)