**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

LÍVIA KONDRAT PINTO

Um estudo com o Psicodiagnóstico de Rorschach sobre o
funcionamento psíquico de pacientes que realizaram
tratamento para a obesidade

São Paulo
2011

LÍVIA KONDRAT PINTO

Um estudo com o Psicodiagnóstico de Rorschach sobre o
funcionamento psíquico de pacientes que realizaram
tratamento para a obesidade
(Versão Original)

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Instituto de Psicologia da Universidade de
São Paulo – IPUSP – como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de
mestre em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Área de Concentração: Psicologia Escolar
e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Walquiria
Fonseca Duarte

São Paulo
2011

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.

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

Pinto, Livia Kondrat.

Um estudo com o psicodiagnóstico de Rorschach sobre o funcionamento psíquico de pacientes que realizaram tratamento para a obesidade / Livia Kondrat Pinto; orientadora Walquiria Fonseca Duarte. -- São Paulo, 2011.

229 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Obesidade 2. Tratamento 3. Psicodiagnóstico 4. Rorschach, Hermann, 1884-1922 I. Título.

RC628

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: PINTO, Livia Kondrat

Título: Um estudo com o Psicodiagnóstico de Rorschach sobre o funcionamento psíquico de pacientes que realizaram tratamento para a obesidade

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP – como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Aprovado em: _____ / _____ / 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Inúmeras pessoas percorreram, ao meu lado, um longo caminho. São pessoas que contribuíram de maneira inestimável e inesquecível no meu desenvolvimento profissional e pessoal. Gostaria, então, de prestar meus mais profundos agradecimentos:

À minha família. Meus pais e minha irmã. Sem o carinho de vocês e a confiança que depositaram em mim, o caminho percorrido teria sido muito árido e sem graça. Vocês estiveram ao meu lado e sempre apoiaram minhas decisões.

À Ingrith, por ter estendido as mãos no momento em que mais precisava;

À Aninha, que mesmo longe esteve tão perto. Seus incentivos foram de grande importância e me ajudaram a finalizar mais uma etapa;

À Débora, que, entre risos e lágrimas, me entendeu e apoiou nas minhas decisões;

À Ana Cristina, que mesmo não nos vendo com muita frequência, torcemos uma pela outra;

À Cristiane e à Ana Paula. Nossos caminhos se cruzaram novamente. Ainda bem.

À Silvia e à Carol, que mesmo muito longe fazem parte de uma parte importante da minha vida;

Aos meus colegas de trabalho e professores. Graças a vocês, minha prática profissional pôde ser cada vez mais aprimorada.

À Profa. Dra. Maria Cecília Vilhena. Grande professora. Suas orientações e supervisões com o Rorschach foram de fundamental importância para que eu chegasse até aqui. Com você, pude aprender ainda mais sobre o que é ser psicóloga;

À Profa. Dra. Maria Elizabeth Montagna, professora, supervisora e membro do Exame de Qualificação. Com muito carinho e competência me ajudou em muitos momentos difíceis dos atendimentos psicológicos e contribuiu com suas críticas e sugestões para que eu pudesse desenvolver me desenvolver cada vez mais enquanto psicóloga e pesquisadora;

À Profa. Ivete Yavo, psicóloga e amiga, que me ensinou que, com persistência, boa vontade e capacidade, colhemos ótimos frutos;

À Profa. Dra. Elisa Maria Parahyba Campos, que me aceitou de braços abertos e apostou em mim;

À todos os membros do CHRONOS-USP. Cada um de vocês me ensinou que “poucas palavras” e “pequenos gestos” fazem toda a diferença;

Ao Prof. Dr. Paulo André da Silva, que despertou em mim um espírito mais crítico quanto à produção de conhecimento científico;

Ao Dr. Jorge Cassab, médico da equipe, que confiou em mim e apoiou minhas decisões mesmo nos momentos mais difíceis da nossa prática profissional;

À Ana Andrade, nutricionista da equipe e amiga, que compartilhou comigo momentos de angústia e alegria durante todos esses anos de trabalho;

Ao Dr. Kiyoshi Hashiba, médico da equipe, que permitiu que eu fizesse parte do trabalho desenvolvido por ele;

À Profa. Dra. Sandra Bertelli, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação;

À minha orientadora, Profa. Dra. Walquiria Fonseca Duarte, que aceitou me orientar e percorrer comigo um longo caminho. Suas “doses de Rivotril” foram fundamentais para que eu pudesse desenvolver essa pesquisa, além de terem contribuído para o meu crescimento profissional;

Ao CNPq, pela concessão da bolsa de Mestrado que permitiu o desenvolvimento desse trabalho;

Aos meus pacientes, com quem aprendo todos os dias e que, sem os quais, não poderia ter realizado esse trabalho.

RESUMO

PINTO, L. K. **Um estudo com o Psicodiagnóstico de Rorschach sobre o funcionamento psíquico de pacientes que realizaram tratamento para a obesidade.** 2011. 215 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

As mudanças ocorridas na sociedade e nos padrões de comportamento das últimas décadas, impulsionadas pelo crescimento econômico, globalização e urbanização contribuíram para a atual epidemia de obesidade, considerada hoje um problema de saúde pública e fator de risco para inúmeras doenças. Por ser uma doença multifatorial, seu tratamento é complexo e envolve a necessidade de mudanças nos hábitos e comportamentos alimentares, bem como do estilo de vida, devendo ser desenvolvido por uma equipe interdisciplinar. O Balão de Ar é um dos tratamentos disponíveis dentro do modelo médico, em especial, o Balão da BioFlex. Contudo, a adesão ao tratamento para a obesidade por parte dos pacientes é considerada baixa. A presente pesquisa tem como objetivo identificar traços e características da estrutura e da dinâmica da personalidade de pacientes obesos e verificar a relação entre os resultados obtidos e a adesão ao tratamento. A amostra foi composta por 19 participantes, sendo 15 mulheres e quatro homens, independentemente dos níveis socioeconômico e educacional. Os participantes foram encaminhados pela equipe médica responsável e pelos próprios pacientes que já estavam em tratamento. Os instrumentos utilizados foram o Psicodiagnóstico de Rorschach e as observações clínicas das avaliações psicodiagnósticas e dos encontros psicoeducativos grupais mensais. Os pacientes foram divididos em três subgrupos: aqueles com perda maior de 10% do peso inicial (Grupo A), os com perda menor de 10% (Grupo B) e aqueles com ganho de peso (Grupo C). A avaliação psicológica ocorreu no hospital em que o tratamento e a própria pesquisa foram realizadas e no consultório da psicóloga pesquisadora, conforme a disponibilidade de horários dos pacientes. O acompanhamento em grupo ocorreu exclusivamente no próprio hospital, em local adequado para sua realização e autorizado pelo médico responsável pela pesquisa. Verificou-se que os pacientes do Grupo A apresentam flexibilidade cognitiva e possuem recursos psíquicos para lidar com as demandas, no entanto estão vivenciando algum grau de estresse subjetivamente sentido, o que dificulta a mobilização adequada e suficiente desses recursos, contribuindo para a diminuição da tolerância à frustração e o aumento da impulsividade. Observa-se, ainda, a presença de traços narcisistas de personalidade e o uso da intelectualização como principal mecanismo defensivo. Os pacientes do Grupo B possuem poucos recursos psíquicos, maior rigidez cognitiva, apresentam dificuldades em identificar as necessidades básicas internas primárias e secundárias e lançam mão da fantasia como principal defesa psíquica. Tanto os pacientes do grupo A como os do Grupo B delegam aos outros as responsabilidades pelas suas escolhas, possuem uma postura mais passiva e menos assertiva nos relacionamentos interpessoais, bem como imaturidade emocional, além de dificuldades em estabelecer vínculos significativos e nos processos de simbolização. Já aqueles pacientes do Grupo C são imaturos emocionalmente e apresentam dificuldades em estabelecer vínculos significativos com os outros e em identificar aquilo que sentem. Conclui-se, com base no que foi observado, que há algumas

semelhanças e diferenças no funcionamento psíquico entre aqueles que perderam mais peso daqueles que perderam menos ou ganharam peso, assim como em relação à adesão ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: obesidade, tratamento, avaliação psicológica, Psicodiagnóstico de Rorschach

ABSTRACT

PINTO, L. K. A study with Rorschach Psychodiagnostic on the psychological functioning of patients who underwent obesity treatment. 2011. 215 f. Dissertation (Master's in Psychology) – Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2011.

The changes in society and in patterns of behavior in recent decades driven by economic growth, globalization and urbanization have contributed to the current epidemic of obesity, which is considered, nowadays, a public health problem and a risk factor for numerous diseases. Because it is a multifactorial disease, its treatment is complex and involves needs for changes in eating habits and behavior as well as lifestyle and should be carried out by an interdisciplinary team. The Air Balloon is one of the treatments available within the medical model, and the BioFlex Balloon is one of them. However, adherence to treatment for obesity by the patients is considered low. This research aims to identify personality's traces and characteristics of the structure and psychic dynamics of obese patients and to investigate the relationship between the results and the adherence to treatment. The sample consisted of 19 participants, 15 women and four men, regardless of socioeconomic and educational levels. Participants were referred by medical staff in charge and by those patients who were already receiving treatment. The instruments used were the Rorschach Psychodiagnostic and clinical observations of psychodiagnostic evaluations and of psychoeducational monthly group meetings. Patients were divided into three subgroups: those with more than 10% loss of initial weight (Group A), those with less than 10% loss of initial weight (Group B) and those with weight gain (Group C). The psychological evaluation occurred at the hospital where the treatment and the research itself took place and at the researcher's office, according to patients' availability schedules. The monthly group meetings occurred exclusively in the hospital in an adequate place for its realization and authorizes by the physician responsible for the study. It was found that patients from Group A have cognitive flexibility and psychological resources to cope with the demands imposed on them by internal and external events in their lives, but they are experiencing some level of subjectively felt stress, which hinders the mobilization of adequate and sufficient coping resources, contributing to limited tolerance for frustration and to impulsive actions. There is also the presence of narcissistic personality traces and the use of intellectualization as the main defensive mechanism. Patients from Group B have fewer resources, cognitive inflexibility, difficulties in identifying their primary and secondary basic internal needs and they use fantasy as the main defensive mechanism. Both patients from Group A and from Group B place on others the responsibility for their choices, have more passive and less assertive behavior in interpersonal relationships as well as emotional immaturity and difficulties in symbolization process and in establishing meaningful bonds with others. Patients from Group C are emotionally immature individuals and have difficult establishing meaningful bonds with others and in identifying their feelings. It is concluded, based on what has been observed, that there are some similarities and differences in psychological functioning among those who lost more weight as well as in relation to adherence to treatment.

KEYWORDS: obesity, treatment, psychological evaluation, Rorschach Psychodiagnostic

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência de excesso de peso e obesidade na população brasileira com 20 anos ou mais, por sexo e situação de domicílio – período 2002-2003 (%)	23
Tabela 2 - Classificação da Obesidade segundo o Índice de Massa Corpórea (IMC) e Risco de Doença (Organização Mundial de Saúde)	28
Tabela 3 - Benefícios para a saúde com perda de 10 Kg	30
Tabela 4 - Peso dos pacientes ao longo do tratamento para perda de peso	84
Tabela 5 - Peso dos pacientes X Período de Tempo de permanência no grupo mensal	87
Tabela 6 - Processamento da Informação na Amostra Total	90
Tabela 7 - Mediação Cognitiva na Amostra Total.....	94
Tabela 8 - Mediação Cognitiva na Amostra Total	97
Tabela 9 - Controle e Tolerância ao Estresse na Amostra Total	105
Tabela 10 - Auto-Percepção na Amostra Total	114
Tabela 11 - Relacionamento Interpessoal na Amostra Total	121
Tabela 12 - Afeto na Amostra Total	127
Tabela 13 - Processamento da Informação – Grupo A	141
Tabela 14 - Mediação Cognitiva – Grupo A	143
Tabela 15 - Ideação – Grupo A	145
Tabela 16 - Controle e Tolerância ao Estresse – Grupo A	147
Tabela 17 - Auto-Percepção – Grupo A	150

Tabela 18 - Relacionamento Interpessoal – Grupo A	153
Tabela 19 - Afeto – Grupo A	157
Tabela 20 - Processamento da Informação – Grupo B	161
Tabela 21 - Mediação Cognitiva – Grupo B	164
Tabela 22 - Ideação – Grupo B	166
Tabela 23 - Controle e Tolerância ao Estresse – Grupo B	170
Tabela 24 - Auto-Percepção – Grupo B	173
Tabela 25 - Relacionamento Interpessoal – Grupo B	176
Tabela 26 - Afeto – Grupo B	180
Tabela 27 - Processamento da Informação – Grupo C	184
Tabela 28 - Mediação Cognitiva – Grupo C	185
Tabela 29 - Ideação – Grupo C	186
Tabela 30 - Controle e Tolerância ao Estresse – Grupo C	188
Tabela 31 - Auto-Percepção – Grupo C	189
Tabela 32 - Relacionamento Interpessoal – Grupo C	191
Tabela 33 - Afeto – Grupo C	192

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Balão intragástrico preenchido com líquido	41
Figura 2 - Passagem do balão intragástrico até o estômago	42
Figura 3 - Insuflação do balão intragástrico dentro do estômago	42
Figura 4 - Balão intragástrico posicionado dentro do estômago	42
Figura 5 - Balão intragástrico insuflado com ar – Heliosphere BAG	43
Figura 6 - Balão intragástrico BioFlex desinsuflado	45
Figuras 7 e 8 - Balão intragástrico BioFlex dentro do estômago	45

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
I. INTRODUÇÃO	18
1. Obesidade	18
1.1 Breve História da Obesidade.....	18
1.2 Epidemiologia da Obesidade	20
1.3 Definição e Métodos de Diagnóstico	26
1.4 Comorbidades e Fatores de Risco	28
1.5 Etiologia	31
1.6 Tratamentos	33
1.6.1 O método clínico para o tratamento da obesidade	33
1.6.2 O método medicamentoso para o tratamento da obesidade	35
1.6.3 O método cirúrgico para o tratamento da obesidade	37
1.6.4 O balão intragástrico para o tratamento da obesidade	39
2. Funcionamento Psicodinâmico do Paciente Obeso	47
2.1 Fome X Appetite	47
2.2 A Relação Mãe-Bebê e a Figura Paterna	50
2.3 A Família do Obeso: uma breve consideração	57
2.4 Funcionamento Psicodinâmico do Paciente Obeso	58
2.5 Obesidade e Comportamento Aditivo	68
2.6 Implicações da Perda de Peso	72
II. OBJETIVO	76
III. MÉTODO	77
1. Participantes.....	77
2. Local.....	77
3. Procedimento de Coleta	77
4. Instrumentos	78
5. Considerações Éticas	81
6. Análise dos Dados	82
IV. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	84
1) Análise e Discussão dos Protocolos do Psicodiagnóstico de Rorschach e das Observações Clínicas da Amostra Total	89

1.1 Processamento da Informação na Amostra Total	89
1.2 Mediação Cognitiva na Amostra Total	93
1.3 Ideação na Amostra Total	96
1.4 Controle e Tolerância ao Estresse na Amostra Total	104
1.5 Auto-Percepção na Amostra Total	113
1.6 Relacionamento Interpessoal na Amostra Total	121
1.7 Afeto na Amostra Total	127
1.8 Estilo EB na Amostra Total	135
1.9 Considerações Parciais com Base na Amostra Total	139
 2) Análise e Discussão dos Protocolos do Psicodiagnóstico de Rorschach e das Observações Clínicas dos Pacientes que Perderam mais de 10% do Peso Inicial	140
2.1 Processamento da Informação no Grupo A.....	140
2.2 Mediação Cognitiva no Grupo A.....	143
2.3 Ideação no Grupo A	144
2.4 Controle e Tolerância ao Estresse no Grupo A.....	147
2.5 Auto-Percepção no Grupo A	150
2.6 Relacionamento Interpessoal no Grupo A.....	153
2.7 Afeto no Grupo A.....	156
 3) Análise e Discussão dos Protocolos do Psicodiagnóstico de Rorschach e das Observações Clínicas dos Pacientes que Perderam até 10% do Peso Inicial	161
3.1 Processamento da Informação no Grupo B.....	161
3.2 Mediação Cognitiva no Grupo B.....	164
3.3 Ideação no Grupo B	166
3.4 Controle e Tolerância ao Estresse no Grupo B	169
3.5 Auto-Percepção no Grupo B	173
3.6 Relacionamento Interpessoal no Grupo B.....	176
3.7 Afeto no Grupo B.....	179
 4) Análise e Discussão dos Protocolos do Psicodiagnóstico de Rorschach e das Observações Clínicas dos Pacientes que Ganharam Peso	183
4.1 Processamento da Informação no Grupo C.....	183
4.2 Mediação Cognitiva no Grupo C.....	185
4.3 Ideação no Grupo C	186
4.4 Controle e Tolerância ao Estresse no Grupo C.....	188
4.5 Auto-Percepção no Grupo C	189
4.6 Relacionamento Interpessoal no Grupo C.....	191
4.7 Afeto no Grupo C.....	192
 V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	194

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	198
----------------------------------	-----

ANEXOS	208
ANEXO A	209
ANEXO B	211
ANEXO C	212
ANEXO D	213
ANEXO E	214
ANEXO F	215
ANEXO G	216
ANEXO H	217
ANEXO I	218
ANEXO J	219
ANEXO K	220
ANEXO L	221
ANEXO M	222
ANEXO N	223
ANEXO O	224
ANEXO P	225
ANEXO Q	226
ANEXO R	227
ANEXO S	228
ANEXO T	229

APRESENTAÇÃO

Como aluna de graduação de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, cursei a disciplina de Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico III e V (TEAP) em 2003, onde tive meu primeiro contato com o Método das Manchas de Tinta de Hermann Rorschach. Esse primeiro contato despertou progressivamente em mim uma curiosidade em estudar com profundidade a sua forma de aplicação, classificação e, principalmente, a interpretação de suas variáveis. Esse método possibilita o entendimento da estrutura e da dinâmica da personalidade assim como o modo como uma pessoa se relaciona com o mundo e consigo mesmo, como vê a si próprio e como lida com as demandas do seu dia a dia.

O Método das Manchas de Tinta de Rorschach oferece recursos para a realização de diagnósticos diferenciais que envolvem padrões específicos do funcionamento da personalidade. Fornece, ainda, contribuições para o planejamento e a avaliação do tratamento, bem como as mudanças e melhoras decorrentes. Além disso, é aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Voltando para os tempos da graduação. No ano seguinte, em 2004, fui monitora dessas mesmas disciplinas e minhas tarefas incluíam plantão de dúvidas aos alunos e o auxílio à professora no preparo das aulas e demais atividades. Durante esse período, pude aprofundar ainda mais o meu conhecimento nesse método e iniciei a experiência de contato direto com alunos e uma prática inicial com as tarefas docentes.

O tempo seguiu e somente no final de 2006, já formada, voltei a ter contato com o Método das Manchas de Tinta de Rorschach, no meu percurso inicial dentro do campo do tratamento da obesidade. Nesse ano, fui convidada a compor uma equipe que estava sendo formada para tratar de pacientes obesos com um novo método de dispositivo intragástrico desenvolvido por médicos endoscopistas de um hospital particular de grande porte na cidade de São Paulo.

Inicialmente, a equipe interdisciplinar era composta por três médicos, uma nutricionista e por mim. Após alguns meses, um educador físico passou a integrar o quadro de profissionais, que segue inalterado até os dias de hoje.

Minha função inicial era apenas auxiliar os médicos na seleção e indicação, por meio da avaliação psicológica, daqueles pacientes que adeririam ao tratamento. Foram necessárias algumas conversas com os membros da equipe para que compreendessem que a avaliação psicológica não tinha e não tem o objetivo de prever o grau de adesão ao tratamento e, sim, de avaliar a estrutura de personalidade do paciente, as defesas psíquicas utilizadas, as formas de enfrentamento, a capacidade de tolerar e lidar com mudanças, bem como em identificar potencialidades.

Assim, a avaliação psicológica foi reconduzida dentro do trabalho com a equipe, partindo de entrevistas semi-dirigidas e da aplicação do Método das Manchas de Tinta de Rorschach. Esse processo tem duração aproximada de seis semanas, podendo variar de acordo com cada paciente.

Num primeiro momento, os pacientes realizavam apenas a avaliação clínica, psicológica e nutricional. O tempo transcorrido entre elas e a colocação do dispositivo era longo, aproximadamente seis meses, e o contato com esses pacientes era praticamente inexistente durante esse período. Desse modo, após o período de um ano, observou-se que a adesão dos pacientes ao tratamento era muito limitada, com poucas mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida.

Após algumas conversas e discussões, a equipe se deu conta de que, além da avaliação psicológica não determinar, de fato, se o paciente iria ou não aderir ao tratamento, o acompanhamento psicológico seria de fundamental importância, uma vez que o processo como um todo envolvia muitas mudanças de comportamentos que exigiam novas formas de lidar com a nova realidade.

Assim, além da avaliação clínica, psicológica e nutricional, esses pacientes passaram a ser acompanhados individualmente nestas duas áreas por um período de nove meses: quinzenalmente nos três primeiros meses em que estariam com o dispositivo, mensalmente nos três meses seguintes, uma vez que seis meses é o tempo permitido para que o mesmo permaneça no estômago. A partir daí, o acompanhamento se estendia por mais três meses sem o dispositivo, pois foi verificado que, conforme o momento de retirada ia se aproximando, o paciente apresentava muitas ansiedades, angústias e medo de não ser capaz de manter o peso perdido.

Entretanto, após um ano e meio de tratamento observou-se que ainda eram poucos os pacientes aderentes, o que gerou novas reformulações. Assim, a partir de

discussões em equipe, elaborou-se novas formas de intervenção e, com isso, um novo modo de tratar o paciente obeso foi concebido.

Além das avaliações e das consultas individuais mensais com a nutricionista e do acompanhamento psicológico individual, quando necessário, o paciente passou a ser acompanhado também em grupo, antes, durante e após a retirada do dispositivo, totalizando um período mínimo de nove meses de tratamento.

Os grupos assim constituídos foram mensais, compostos por no máximo dez pacientes e coordenados por mim nos moldes de um grupo operativo, conforme preconizado por Pichon-Rivière, a partir dos referenciais teóricos da psicanálise e da dinâmica de grupos. Para esse autor, os grupos operativos são centrados na tarefa e caracterizados pela relação que seus integrantes mantêm com a mesma. A nutricionista também estava presente nesses encontros.

O objetivo dos encontros grupais foi facilitar a aquisição de conhecimentos sobre formas mais saudáveis de alimentação, de se relacionar com os alimentos, de lidar com angústias e ansiedades e de refletir sobre questões subjetivas envolvidas nos processos de ganho e perda de peso, proporcionando novas formas de aprendizagem e a promoção de mudanças. Nesse sentido, apesar de não ser um grupo terapêutico em si, pode-se considerar que possui efeitos terapêuticos, conforme discute Osorio (2000).

Foi a partir da história de formação da equipe e do contato intenso com nossos pacientes que foi construído um conjunto de procedimentos que permitiu a melhora na qualidade de vida dos mesmos, reiterando a contribuição e a importância do psicólogo na equipe de saúde e a troca de conhecimentos das diversas áreas com enfoque interdisciplinar.

Não obstante, precisava de mais conhecimentos. Assim, preparei-me para ingressar no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e buscar uma maior interlocução entre a minha prática e o conhecimento científico na área da Psicologia da Saúde.

A titulação acadêmica também permitirá uma integração mais efetiva nos grupos de pesquisa na área da saúde, como também cumprir com um dos requisitos exigidos pelo Ministério da Educação para ingressar na carreira docente no Ensino Superior.

I. INTRODUÇÃO

1. OBESIDADE

1.1 Breve história da obesidade

Entre 2,5 milhões de anos e 3500 a 3000 anos a.C, período que abrange a Pré-História, o homem retirava da natureza o seu sustento; a caça e a coleta de alimentos eram as únicas fontes de alimentação disponíveis. Sobreviviam aqueles que eram capazes de armazenar a maior quantidade de energia. Os seres humanos com maior reserva energética conseguiam lidar melhor com a escassez de alimentos e combater com maior eficácia as infecções (FERREIRA, 2006; GASPAR, 2003 e TOMAYCONZA, 2008).

No período Paleolítico, entre 20.000 e 30.000 anos a.C, já havia representações de mulheres obesas e essa admiração por formas femininas arredondadas persistiu até o final do período Neolítico. Uma das únicas representações existentes que confirma a existência da obesidade naquela época é uma pequena estátua de pedra que representa uma figura feminina com formas volumosas, que provavelmente retrata o símbolo da maternidade e da fertilidade: a Vênus de Willendorf (GASPAR, 2003 e TOMAYCONZA, 2008).

Com o passar do tempo, o homem deixou de ser nômade e começou a produzir seu próprio alimento a partir do cultivo da terra e da criação de animais, garantindo seu sustento e não mais dependendo exclusivamente da natureza (GASPAR, 2003).

Na Idade Antiga, que compreende os anos 3500 a 3000 a.C até a queda do Império Romano em 476 d.C, ocorre o desenvolvimento da cultura egípcia, grega, com Hipócrates, e romana, com Galeno. Pela primeira vez, há a associação entre obesidade, o comer em excesso e a estigmatização do obeso. Observa-se aumento da variedade de alimentos e que aqueles pertencentes às camadas sociais mais superiores eram os que apresentavam peso mais elevado. Hipócrates e Galeno descreveram minuciosamente as doenças e identificaram uma relação entre o

excesso de peso e morte súbita; prescreviam uma alimentação saudável e em pequenas quantidades, além da prática de exercícios físicos como formas de evitar e tratar a obesidade (TOMAYCONZA, 2008).

Já na Idade Média, entre os anos de 476 d.C e 1453 d.C, a ingestão de grandes variedades e quantidades de alimentos continuava presente, como anteriormente, nas camadas sociais mais elevadas, a nobreza, e era vista como sinônimo de bem-estar e riqueza. A Igreja Católica, por sua vez, condenava a gula e passa a considerá-la um pecado. Os artistas retratavam a gordura e sua preferência escultural por mulheres com quadris, coxas e abdomens grandes em quadros e esculturas. Entretanto, não se sabe se eram representações realísticas ou se refletiam um ideal artístico, simbolizando abundância e fertilidade, num momento em que a fome era uma presença constante (LOLI, 2000; TOMAYCONZA, 2008).

Naquela época, o excesso de peso e a obesidade eram tidos como ideal de beleza, possivelmente em decorrência da escassez de alimentos. Ganhar peso e acumular gordura eram sinais de saúde e prosperidade (BENEDETTI, 2001).

Na Idade Moderna, que compreende a queda do Império Bizantino em 1453 d.C até o ano de 1789 com a Revolução Francesa, a gula continuava sendo condenada pela Igreja Católica e foi incorporada como um dos sete pecados capitais. O sobrepeso e a obesidade se mantinham como símbolos de fecundidade, atrativo sexual e sinônimo de saúde e bem-estar; havia uma valoração positiva. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da Medicina, embora ainda influenciado pelos pensamentos de Hipócrates e Galeno, introduz novas noções sobre o funcionamento físico e químico do organismo. Os médicos e estudiosos começam a associar a obesidade a algumas doenças, como por exemplo, o acidente vascular cerebral (AVC) e passam, assim, a considerá-la uma doença (TOMAYCONZA, 2008).

Observa-se que até esse momento a visão da Medicina e da sociedade quanto à obesidade não coincidia: enquanto uma a entende como doença e fator de risco para outras enfermidades, aumentando a mortalidade e diminuindo a qualidade de vida, a outra a considera como ideal de beleza e saúde.

A Idade Contemporânea, período que se inicia a partir da Revolução Francesa e estende-se até os dias de hoje, é caracterizada pelo notável desenvolvimento da Medicina e da tecnologia. O interesse pela obesidade e o excesso de peso continua crescendo; a ênfase é no diagnóstico, etiologia e

tratamento. Em 1835, por exemplo, o matemático e sociólogo Adolphe Quételet desenvolve um método de medida da gordura corporal que é utilizada até hoje: o índice de massa corporal, ou IMC.

Na segunda metade do século XX, nos Estados Unidos, há profusão de estudos metabólicos, a fim de aperfeiçoar a compreensão dos mecanismos de acumulação de tecido adiposo. O esforço se concentra no desenvolvimento da melhor terapêutica para tratar a obesidade, que inclui, principalmente, métodos de modificação do comportamento alimentar. Em 1994, descobre-se o gene da obesidade, abrindo novas portas para o entendimento da genética, da regulação do peso corporal e das funções hormonais do tecido adiposo (BENEDETTI, 2001 e TOMAYCONZA, 2008).

Além do desenvolvimento da Medicina e da tecnologia, a Revolução Industrial na sociedade ocidental possibilitou também a criação de novas formas de conservação de alimentos, sintetização de vitaminas, minerais, eletrólitos e aminoácidos e obtenção de concentrados protéicos. Tais avanços favoreceram mudanças nos hábitos e nos padrões alimentares e no estilo de vida, contribuindo para maior acúmulo de tecido adiposo na população moderna (GASPAR, 2003).

A obesidade, durante muito tempo, foi entendida e vista como sinal de saúde e status; hoje é encarada como sinal de doença responsável por complicações orgânicas e pelo aumento da taxa de mortalidade:

se em algum momento da história o obeso foi tido como próspero e saudável, deixou de ser assim considerado no mundo contemporâneo. A correlação entre obesidade, complicações orgânicas e mortalidade conferiu ao obeso o status de doente e à obesidade o de doença que precisa ser tratada (BENEDETTI, 2001, p.19).

1.2 Epidemiologia da obesidade

O excesso de peso e a obesidade atingem não somente os países desenvolvidos como também aqueles em desenvolvimento.

Segundo dados da World Health Organization (Organização Mundial de Saúde) (WHO, 2003), a obesidade atingiu proporções epidêmicas com mais de um

bilhão de adultos com sobrepeso, sendo 300 milhões obesos. Em algumas áreas da América do Norte, Europa, Inglaterra, ilhas do Pacífico, Austrália, Ásia e China a obesidade aumentou três vezes ou mais desde 1980. Estima-se que 17,6 milhões de crianças com menos de cinco anos estão acima do peso; nos EUA, por exemplo, o número de crianças duplicou e o de adolescentes triplicou desde a década de 1980.

Com base nos dados obtidos pelo relatório do National Center for Health Statistics, baseado nos resultados da National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) do biênio 2007-2008, estima que 34,2% dos adultos americanos com 20 anos ou mais estão com excesso de peso, sendo 33,8% obesos e 5,7% extremamente obesos. Entre as crianças e adolescentes, nesse mesmo período, com idades entre dois e 19 anos, os dados estimam que 16,9% são obesos.

Até as décadas de 1960-1970, a prevalência de obesidade nos EUA permanecia estável, tendo aumentado em 50% ao longo dos anos 1980-1990. Hoje, dois terços da população americana adulta apresentam sobrepeso e obesidade.

Em 1998, foi desenvolvido o Documento do Consenso Latino-Americano sobre Obesidade em conjunto com dezenas de especialistas de doze países latino-americanos das áreas de Medicina, Nutrição, Psicologia e Educação Física, com o objetivo de fornecer informações sobre os diversos aspectos relacionados com a obesidade e seu tratamento e que possam contribuir para sua prevenção (COUTINHO, 2010).

Segundo o consenso, é provável que 200 mil pessoas morram por ano em decorrência de complicações e doenças associadas à obesidade na América Latina.

Os dados epidemiológicos disponíveis de alguns países da América Latina datam das décadas de 1980 e 90, porém é possível ter uma dimensão do problema. A prevalência de sobrepeso no Uruguai era de 50% para homens e mulheres; no Chile era de 50% e 40%, respectivamente; na Colômbia de 50% para os homens e 30% para as mulheres; na Costa Rica, 40% dos homens e 20% das mulheres tinham sobrepeso; em Cuba, 38% dos homens e 30% das mulheres; no Peru, 38% dos homens e 28% das mulheres e, por fim, no México, 30% dos homens e 35% das mulheres. Com exceção do México, onde o sobrepeso é maior nas mulheres, e no Uruguai, na qual a porcentagem de homens e mulheres é semelhante, a taxa de sobrepeso é maior nos homens dos outros países, provavelmente refletindo o modo como os hábitos e os estilos de vida nessas sociedades estão organizados (COUTINHO, 1998).

No Brasil, os dados disponíveis mais recentes são da POF 2002-2003 (Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003). Trata-se de uma pesquisa de campo domiciliar por amostragem, realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Engenharia e Estatísticas) em parceria com o Ministério da Saúde com adultos com 20 anos ou mais de idade de ambos os sexos, com o objetivo de investigar as características dos domicílios brasileiros e seus orçamentos. As informações obtidas permitem estudar aspectos da economia nacional e são úteis ao especificar a composição dos gastos familiares, inclusive aqueles com alimentos e bebidas e as disparidades regionais e entre áreas urbanas, por exemplo.

Com base nos hábitos de consumo, verificou-se que, numa população de 95,5 milhões de pessoas, há 4%, ou 3,8 milhões de pessoas com déficit de peso e 40,6% com excesso de peso, ou 38,8 milhões, sendo que, dessas, 10,5 milhões são consideradas obesas.

Entre as décadas de 1970-1980, houve uma diminuição de 50% do déficit de peso e, entre 2002 e 2003, verificou-se uma prevalência de baixo peso de 2,8% e de 5,4% entre homens e mulheres, respectivamente. Segundo a OMS (1995 *apud* COUTINHO, GENTIL e TORAL, 2008), uma prevalência de até 5% de baixo peso é considera aceitável em países em desenvolvimento.

O excesso de peso e a obesidade aumentaram consideravelmente no Brasil entre as décadas de 1970 e 2003: na década de 1970, o excesso de peso que era de 18,6% na população masculina saltou para 41% em 2003, e a obesidade que atingia 2,8% aumentou para 8,8%. Na população feminina, na mesma época, o excesso de peso aumentou de 28,6% para 39,2% em 2003 e a obesidade subiu de 7,8% para 12,7% (IBGE, 2004).

Quando se consideram os meios urbanos e os rurais do Brasil, as prevalências de excesso de peso e obesidade são diferentes para homens e mulheres, conforme pode ser observado na Tabela 1 (IBGE, 2004):

Tabela 1 – Prevalência de excesso de peso e obesidade na população brasileira com 20 anos ou mais, por sexo e situação de domicílio – período 2002-2003 (%)

	EXCESSO DE PESO		OBESIDADE	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano
HOMENS	28,5	43,8	5,1	9,7
MULHERES	39,9	40,7	12,7	13,2

Fonte: Tabela adaptada IBGE, 2004

Na zona rural, 28,5% dos homens e 39,9% das mulheres apresentam excesso de peso e, nas regiões urbanas, essa taxa é de 43,8% e 40,7%, respectivamente. A porcentagem de homens com excesso de peso é significativamente maior nos grandes centros urbanos do que nas regiões rurais, enquanto que, na população feminina, essa taxa não apresenta grandes diferenças.

No que diz respeito às taxas de obesidade, na zona rural 5,1% dos homens e 12,7% das mulheres são obesos, enquanto que, nos grandes centros urbanos, há 9,7% de homens obesos e 13,2% de mulheres. Há mais homens e mulheres obesos nas cidades do que nas zonas rurais.

Com base nos dados em questão, nota-se que há 10% a mais de mulheres com sobrepeso na zona rural em relação aos homens, enquanto que nas regiões urbanas essa diferença é bem menor, em torno de 3%. Quando o assunto é obesidade na zona rural, observa-se que há mais que o dobro de mulheres obesas em relação aos homens. Nos grandes centros urbanos, a diferença entre os sexos é bem menor: 3,5%. Quando se compara a prevalência de sobrepeso e obesidade entre as zonas rural e urbana, observa-se que, nessa última, a taxa é maior.

Esses dados podem ser explicados quando se leva em consideração a renda das famílias: nos últimos 30 anos, a evolução do estado nutricional sofreu influência da renda; desse modo, observou-se que, quanto maior a renda *per capita*, maior a frequência de excesso de peso e obesidade na população.

Com base no relatório do IBGE (2004), com relação à renda *per capita*, os resultados apontam que, quanto maior a renda, maior o consumo de gorduras e menor o de carboidratos, cereais, leguminosas, farinhas, féculas e massas.

Pinheiro, Freitas e Corso (2004) também identificaram alguns padrões na alimentação da população brasileira: os moradores dos centros urbanos consomem maior quantidade de alimentos processados, como gorduras, açúcares e derivados

de leite, enquanto que, nas áreas rurais, há maior ingestão de cereais, raízes e tubérculos, o que pode explicar, em parte, os dados encontrados pelo IBGE em 2004.

Contudo, apenas a renda *per capita* sozinha não é a única responsável pelo aumento do excesso de peso na população, conforme outros autores verificaram, como Ferreira (2006), Kac e Velásquez-Meléndez (2003) e Pinheiro, Freitas e Corso (2004). Outros fatores também devem ser considerados, como o estilo de vida, padrões de comportamento, a genética e a modernização, dentre outros.

Para a WHO (2003) e autores como Ferreira (2006) e Kac e Velásquez-Meléndez (2003), as mudanças ocorridas na sociedade e nos padrões de comportamento das últimas décadas contribuíram para a atual configuração do quadro epidêmico. Com a Revolução Industrial no ocidente, adveio o crescimento econômico, a modernização, a urbanização e a globalização, que favoreceram o aumento do consumo de alimentos altamente energéticos ricos em gorduras saturadas e açúcares, e a redução da atividade física, caracterizada pelo sedentarismo.

Pinheiro, Freitas e Corso (2004), de maneira semelhante, consideram três hipóteses para o aumento da obesidade mundial, embora não estejam suficientemente esclarecidas. A primeira hipótese refere-se à maior suscetibilidade genética das populações à obesidade que, associada às mudanças no estilo de vida e dos hábitos alimentares das últimas décadas, potencializaram seu aumento. A segunda hipótese atribui o aumento da obesidade ao declínio do dispêndio energético dos indivíduos, caracterizado pelo sedentarismo. Por fim, a obesidade ocorreria como uma sequela da desnutrição.

Os aumentos das taxas de sobrepeso e de obesidade trouxeram consigo mudanças significativas no perfil das doenças que incidem sobre uma determinada população.

Coutinho, Gentil e Toral (2008), Ferreira (2006) e Kac e Velásquez-Meléndez (2003) identificaram algumas mudanças no perfil das doenças que incidem sobre a população de alguns países da América Latina, incluindo o Brasil. Esses países estão enfrentando, nos últimos 20 anos, uma transição nutricional caracterizada pela presença da desnutrição, deficiências de micronutrientes e excesso de peso coexistindo nas mesmas comunidades e, muitas vezes, no mesmo domicílio e família. A transição nutricional pode ser entendida como um:

fenômeno no qual ocorre uma inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população no tempo, ou seja, na magnitude e no risco atribuível de agravos associados ao padrão de determinação de doenças atribuídas ao atraso e à modernidade, sendo, em geral, uma passagem da desnutrição para a obesidade (KAC E VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003, p.S4).

Nesse sentido, o grande desafio da nutrição em Saúde Pública para enfrentar a transição nutricional é criar políticas articuladas numa agenda única que englobe, ao mesmo tempo, medidas de combate à desnutrição e à obesidade. (COUTINHO, GENTIL E TORAL, 2008).

Dessa forma, em 1999, foi criada, no Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição com o objetivo de articular a agenda única de nutrição, considerando o direito humano à alimentação adequada, o que implica em “desenvolver mecanismos que apóiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, revendo hábitos alimentares considerados pouco saudáveis” (COUTINHO, GENTIL E TORAL, 2008, p.S336) e a segurança alimentar e nutricional, e que envolvem medidas regulatórias que impeçam as empresas de praticar práticas abusivas contra os consumidores, inclusive crianças.

Nos EUA, algumas políticas já estão sendo implementadas e é possível ver seus reflexos aqui no Brasil: maior ênfase sobre a importância da alimentação saudável e da atividade física nas escolas por meio da implementação das cantinas saudáveis, que consiste em restringir frituras e salgados industrializados, e da valorização das aulas de educação física. Entretanto, tais medidas ainda não têm apresentado impacto significativo na saúde pública, apontando para a necessidade de outras práticas mais efetivas (FERREIRA, 2006).

Pinheiro, Freitas e Corso (2004) também enfatizam a importância do nível primário de atenção, onde as ações devem focar o diagnóstico precoce e o processo de educação nutricional, reforçando a importância da implementação das cantinas saudáveis, por exemplo. Acrescentam, ainda, a necessidade da participação ativa dos sujeitos na reconstrução de um modelo de vida mais saudável e na incorporação de mudanças no estilo de vida. Nesse sentido, não bastaria apenas oferecer os instrumentos para que mudem hábitos e estilo de vida; é preciso que os mesmos se responsabilizem pelas mudanças.

1.3 Definição e métodos de diagnóstico

De maneira simplificada, alguns autores definem a obesidade como resultante do acúmulo anormal ou excessivo de tecido adiposo, de forma que pode resultar em prejuízos à saúde do indivíduo (ALMEIDA, LOUREIRO E SANTO, 2002; MATOS, 2006 e PINHEIRO, 2004).

Azevedo (2003) amplia esse conceito, incluindo fatores externos e internos do indivíduo e entendendo a obesidade como consequência do desequilíbrio entre a entrada e a saída de energia do organismo e decorrente da interação e influência de fatores constitucionais, ambientais, culturais, familiares, psicológicos e sociais.

Do ponto de vista emocional, Franques (2006a) identifica dois tipos de obesidade: a endógena ou de desenvolvimento e a exógena ou reativa. Na obesidade endógena, o indivíduo apresenta excesso de peso desde a infância e tende a confundir e vivenciar seus desejos como necessidades de ingerir alimentos.

A obesidade reativa ocorre após o sujeito enfrentar situações que provocaram mudanças ou desequilíbrios emocionais como, por exemplo, casamento, nascimento de filhos, separações e perda por mortes. Durante tais acontecimentos, a pessoa mostra grande dificuldade na elaboração psíquica e, dessa forma, a frustração e a dor psíquica são amenizadas pela ingestão alimentar, que leva a um alívio temporário das mesmas.

Tudo aquilo que implica em mudanças pode atuar como fator desencadeante e disparar o desenvolvimento da obesidade; a obesidade seria, portanto, reativa a algum acontecimento que não poderia ser enfrentado de outra forma que não pela ingestão de alimentos:

o processo de engordar pode ser desencadeado por eventos estressantes capazes de provocar tensões que ponham em movimento o que está latente, levando à sua manifestação (CORMILLOT, 1988 *apud* BENEDETTI, 2001, p.41).

Um indivíduo obeso desde a infância difere, portanto, daquele que começou a engordar em reação a algum evento, de forma que a quantidade de tecido adiposo e o seu tempo de existência já revelariam o grau de dificuldade e as possibilidades de êxito do tratamento, segundo Kahtalian (1992):

obesidades de longa duração e os chamados “grandes obesos” (50% acima do peso ideal), já indicam a impossibilidade de remoção ou impõem limites bem estreitos de redução ponderal, ao contrário das obesidades do tipo “reacionais”, ou seja, aquelas que se instalam a partir de crises existenciais ou acidentais recentes (gravidez, processos de separação, luto, etc) (KAHTALIAN, 1992, p.274).

Do ponto de vista morfológico, segundo Benedetti (2001) e Sadock e Sadock (2007), a obesidade pode ser entendida como o aumento volumétrico e/ou numérico das células adiposas; o tecido adiposo cresce tanto em decorrência da quantidade dessas células como de seu tamanho. Sua maior proliferação ocorre na infância e na puberdade, sendo mais invariável no adulto.

A obesidade que se inicia na infância tem como característica o aumento da quantidade e do tamanho dos adipósitos; já a obesidade com início na vida adulta é resultado apenas do aumento do tamanho dessas células. Assim, um indivíduo cuja obesidade iniciou-se na infância tem maior probabilidade de se tornar obeso quando for adulto, pois a perda de peso costuma produzir redução do volume de adipósitos, porém não em seu número:

o platô de perda de peso ocorre quando o tamanho das células de gordura atinge a normalidade, de tal maneira que, mesmo com uma dieta rigorosa, esses indivíduos permanecem minimamente obesos por terem um número excessivo de células (BENEDETTI, 2001, p.26).

O excesso de gordura pode estar mais concentrado na região abdominal, caracterizando a obesidade tipo andróide (formato de maçã), sendo mais frequente em indivíduos do sexo masculino, ou pode estar mais concentrado na região dos quadris, a chamada obesidade tipo ginóide (formato de pêra), que é mais comum no sexo feminino (MANCINI, 2006).

A obesidade pode ser ainda diagnosticada por meio de dois métodos, de acordo com sua localização e distribuição do tecido adiposo: o quantitativo, que se refere à massa de tecido adiposo, e o qualitativo, referente à distribuição de gordura corporal ou à presença de adiposidade visceral (MANCINI, 2006).

Os métodos mais baratos e de mais fácil utilização no diagnóstico quantitativo, entre outros, são as tabelas de peso X altura, a somatória das medidas de pregas cutâneas, a impedância bioelétrica de frequência única e o Índice de Massa Corporal (IMC).

O IMC é o método mais utilizado, pois seus valores não se alteram com a idade e é menos vulnerável às diferenças culturais. Seu cálculo é simples e apresenta boa correlação com a adiposidade corporal, embora não distinga a gordura central da periférica e nem a massa gordurosa da massa magra, podendo superestimar o grau de obesidade em indivíduos musculosos. O IMC pode ser obtido dividindo-se o peso pela altura ao quadrado e a OMS classificou os indivíduos de acordo com o risco de desenvolver doenças (Tabela 2).

Tabela 2 – Classificação da Obesidade segundo o Índice de Massa Corpórea (IMC) e Risco de Doença (Organização Mundial de Saúde)

IMC (Kg/m ²)	Classificação	Obesidade Grau	Risco de Doença
< 18,5	Magreza	0	Elevado
18,5 – 24,9	Normal	0	Normal
25 – 29,9	Sobrepeso	I	Elevado
30 – 39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥ 39,9	Obesidade Grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: Mancini, 2006.

Os métodos qualitativos incluem exames de ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, porém são de uso experimental e limitado na prática clínica, seja pelo alto custo ou mesmo pelo fato de que parte dos indivíduos obesos não consegue ser acomodado nos aparelhos convencionais. Dentre os métodos qualitativos, existe também a relação cintura-quadril, que consiste na razão entre as circunferências de ambos, na qual índices superiores a 0,8 em mulheres e 0,9 em homens indicam maior quantidade de gordura visceral.

1.4 Comorbidades e fatores de risco

A partir do que foi exposto sobre a gravidade e os riscos que advêm da obesidade, a OMS a integrou no grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

(DCNT). As DCNT são difíceis de serem definidas, porém podem ser assim caracterizadas como sendo:

doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou morte (LESSA, 1998 *apud* PINHEIROS, FREITAS E CORSO, 2004, p.524).

Considerando a prevalência crescente em todo o mundo, a obesidade vem assumindo, atualmente, caráter epidêmico, tornando-se um dos principais problemas de saúde pública e fator de risco para inúmeras doenças. As consequências para a saúde vão desde a redução da qualidade de vida até o aumento do risco de morte prematura (AZEVEDO, 2003; LOLI, 2000; MANCINI, 2006; SANTOS, PERES E NENEZ, 2002; Van HOUT e VAN HECK, 2009).

A obesidade aumenta o risco de desenvolver inúmeras doenças crônicas, como diabetes mellitus, dislipidemia, diminuição do HDL (high density lipoprotein em inglês, ou lipoproteína de alta densidade) ou colesterol bom, intolerância à glicose, doenças cardio e cerebrovasculares, alterações da coagulação e doenças articulares degenerativas. Além disso, há maior probabilidade de desenvolver neoplasias estrogênio-dependentes, neoplasia de vesícula biliar e outras formas de cânceres, esteatose hepática (gordura no fígado) com ou sem cirrose, acidente vascular cerebral (AVC), apnéia do sono e doenças pulmonares, desordens endócrinas e hipertensão arterial sistêmica (HAS) (AZEVEDO, 2003; JUNG, 1997; LOLI, 2000; MANCINI, 2006; SANTOS, PERES e BENEZ, 2002 e SANTOS, 2005).

Blumenkrantz (1997, *apud* FRANCISCHI et al, 2000) comparou pessoas com peso normal e aquelas acima do peso e constatou, nessas, maiores riscos de desenvolverem doenças. Por exemplo, homens 20% acima do peso possuem risco duas vezes maior de falecerem por diabetes, 40% a mais de chance de desenvolverem disfunções na vesícula biliar e 25% a mais de doenças coronarianas. Quando o excesso de peso aumenta para 40% acima do peso desejável, apresentam 70% a mais de chances de desenvolverem doenças coronarianas e o risco de morte por diabetes é quatro vezes maior.

De acordo com Jung (1997), uma perda de peso de aproximadamente 10 Kg, o que corresponderia, aproximadamente, a uma perda de 5 a 10% do peso inicial, já geraria benefícios significativos para a saúde do indivíduo (Tabela 3).

Tabela 3 – Benefícios para a saúde com perda de 10 Kg

Mortalidade	Diminuição de 20 a 25% na mortalidade geral; Diminuição de 30 a 40% dos óbitos relacionados à diabetes; Diminuição de 40 a 50% de óbitos relacionados à obesidade e câncer
Pressão Sanguínea	Diminuição de 10mmHg na pressão sanguínea; Diminuição de 20mmHg na pressão diastólica
Angina	91% na redução dos sintomas; 33% de aumento da tolerância aos exercícios físicos;
Lipídios	Diminuição de 10% no colesterol total; Diminuição de 15% no LDL; Diminuição de 30% nos triglicerídeos
Diabete	Redução acima de 50% de desenvolver a doença; Diminuição de 30 a 50% da glicemia em jejum; Diminuição de 15% da hemoglobina glicolizada

Fonte: Adaptado de Jung, 1997.

Em boletim divulgado pela OMS em 1995, a mortalidade da população mundial atribuída ao excesso de peso foi de um milhão de óbitos (FERREIRA, 2006). As consequências para a saúde vão desde a redução da qualidade de vida até o aumento do risco de morte prematura. Em países desenvolvidos, a obesidade custa para os cofres públicos cerca de 2% a 6% dos gastos com a saúde (WHO, 2003), com graves consequências nas políticas públicas da área.

1.5 Etiologia

A obesidade pode, desse modo, ser considerada uma doença determinada por fatores orgânicos, genéticos, ambientais, socioculturais, alimentares e emocionais, sendo, portanto, multifatorial, crônica e de difícil tratamento (ALMEIDA, 2002; AZEVEDO, 2003; FRANQUES, 2006a, MATOS, 2006; SANTOS, PERES e BENEZ, 2002; VAN HOUT e VAN HECK, 2009). Tais fatores estão em íntima relação uns com os outros e afetam-se mutuamente.

Os de ordem orgânica incluem a regulação metabólica do gasto energético e as alterações endócrinas. Na regulação metabólica, a gordura se acumula nas células como forma de estocagem de energia e o seu grau de acúmulo depende do modo como as reações metabólicas estão reguladas. Esse processo é influenciado por características hereditárias que determinam o quanto de energia será armazenada. As alterações endócrinas são pouco frequentes, embora existam casos em que a obesidade possa decorrer de distúrbios de algumas glândulas, como a hipófise, a tireóide e as supra-renais (BENEDETTI, 2001).

A carga genética pode exercer influência no equilíbrio metabólico, na determinação do número de células adiposas e no comportamento glandular, entretanto os diversos estudiosos ainda não chegaram ao consenso quanto ao grau dessa influência (BENEDETTI, 2001).

Para Villares (2002), a obesidade resulta da interação entre fatores ambientais, que estão ligados aos hábitos e ao estilo de vida, e os genéticos. A autora realiza um levantamento de pesquisas com gêmeos, crianças adotivas e estudos genéticos, a fim de demonstrar a influência da genética na etiologia da obesidade.

Conclui, por fim, que a genética possui um papel no desenvolvimento da obesidade, porém os fatores ambientais modificam essas influências tanto no aumento como na diminuição do ganho de peso em indivíduos suscetíveis.

Lottenberg (2002) concorda com Villares (2002) quando afirma que a etiologia da obesidade envolve fatores genéticos e ambientais. A autora destaca principalmente o estilo de vida do homem moderno, marcado pelo sedentarismo e pela grande disponibilidade de alimentos ricos em gorduras e, portanto, com alta densidade energética. Conclui que o meio ambiente e o estilo de vida são fatores

fundamentais para a gênese da obesidade e que sua associação com fatores genéticos e metabólicos pode contribuir no direcionamento da melhor conduta terapêutica.

Donato (2004) afirma que, sob o ponto de vista genético, com raras exceções, a obesidade é produto da interação de vários genes e inúmeros fatores ambientais:

o rápido aumento da prevalência da obesidade em diferentes populações e as diferenças na prevalência da obesidade em vários grupos de uma mesma população demonstram que, mais do que pela herança genética, a obesidade está diretamente relacionada a fatores ambientais, sociais e comportamentais (DONATO et al, 2004, p.336).

Azevedo e Spadotto (2004), ao expressarem o pensamento da corrente psicossomática, confirmam a influência tanto da genética como dos aspectos ambientais e familiares na etiologia da obesidade:

a ascendência relativa do ambiente comparada à da hereditariedade é variável em cada paciente obeso, mas a inevitável importância preponderante do ambiente e de outros fatores exógenos, na maioria dos casos de obesidade, parece ser inquestionável (AZEVEDO E SPADOTTO, 2004, p.129)

A genética sozinha não explica toda a complexidade da etiologia da obesidade, assim como o ambiente, sozinho, também não o faz. Um não pode ser entendido sem levar em consideração o outro; ambos estão em íntima relação.

Os fatores socioculturais incluem as mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida, ambos provocados pela industrialização e a globalização, conforme apresentado anteriormente.

Por fim, os fatores psicológicos foram estudados exhaustivamente por diversos pesquisadores que tentaram compreender a correlação existente entre ingestão exagerada de alimentos e obesidade, a exemplo de Azevedo e Spadotto (2004), Benedetti (2001, 2006), Békei (1992), Kahtalian (1992) e Loli (2000). Inúmeros estudos foram realizados no sentido de procurar compreender de que modo, ao longo da história do indivíduo, organiza-se sua maneira de lidar com o alimento e que tipo de alterações pode levar ao descontrole e à obesidade. Essas questões estão intimamente relacionadas com o funcionamento psíquico desses pacientes e serão discutidas detalhadamente no próximo capítulo.

1.6 Tratamentos

A ênfase no tratamento da obesidade deve focar a redução da quantidade de gordura corporal, pois é apenas a sua perda que promoverá benefícios à saúde física (FRANCISCHI, 2000). A diminuição de massa gordurosa se dá quando o balanço energético é negativo, isto é, quando o gasto de energia supera o seu consumo. Desse modo, a redução de peso deve ser resultado da maior perda possível de gordura corporal e de perda mínima de massa magra (músculo).

Ratifica-se como a obesidade vem adquirindo proporções epidêmicas, sendo fator de risco para diversas doenças crônicas e potencialmente fatais, além de haver, em nossa sociedade, uma supervalorização da magreza. Diversos tratamentos foram desenvolvidos ao longo das décadas, sendo importante a avaliação cuidadosa dos mais adequados e indicados para cada paciente, singular em sua forma de lidar com as limitações e mudanças impostas para o alcance do emagrecimento.

Com o objetivo de reduzir a incidência de morbidades relacionadas à obesidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a diminuição de 5% a 15% do peso corporal que deve ser mantido ao longo do tempo (MION et al, 2007)

O tratamento da obesidade, de maneira geral, implica em mudanças do estilo de vida e dos hábitos alimentares e comportamentais. Para que isso ocorra, foram desenvolvidos alguns métodos para a perda de peso, que podem ser classificados em clínico, medicamentoso e cirúrgico. Outra alternativa para o tratamento da obesidade é o balão intragástrico de líquido ou de ar, que será objeto de uma discussão nesta Dissertação.

1.6.1 O método clínico para o tratamento da obesidade

O método clínico envolve dietas, a realização de exercícios físicos regulares e psicoterapia.

O manejo da dieta é de grande importância no tratamento da obesidade, entretanto nem todos os estudiosos concordam que essa é a melhor forma de intervenção, embora entendam que restrições alimentares prolongadas são eficazes na redução do peso corporal em curto prazo (BENEDETTI, 2001). Apesar de haver

importante redução de peso com as dietas extremamente hipocalóricas, os resultados mostram, em geral, que não há garantias de que os resultados almejados se estendam ao longo do tempo, além de representar riscos para a saúde:

dietas que restringem severamente o consumo energético, bem como jejuns prolongados, são cientificamente indesejáveis e perigosos para a saúde, resultando em perdas de grandes quantidades de água, eletrólitos, minerais, glicogênio e outros tecidos isentos de gordura, com mínima redução da massa adiposa (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE *apud* FRANCISCHI, 2000, p.25).

A partir dos anos 1990 o conceito de emagrecimento sofre algumas transformações e mudanças, com a inclusão da noção de finitude na meta de fazer dietas e da importância de educar os desejos e a compulsão para comer. Desse modo, entra em cena o conceito de reeducação alimentar nas práticas educativas em alimentação em contraposição ao conceito de fazer dieta (SANTOS, 2010):

a noção de finitude no ato de fazer dieta expressa uma suspensão do tempo que difere profundamente das mudanças permanentes a serem incorporadas para toda a vida propostas pela reeducação alimentar (SANTOS, 2010, p.462)

Em outras palavras, o ato de fazer dieta implica que o sujeito, em algum momento, não mais precisará restringir a ingestão de alimentos, podendo voltar a alimentar-se como sempre o fez, o que, invariavelmente, leva ao incremento do peso perdido. Assim, fazer dieta está associado à idéia de rigidez; é monótona, repetitiva, pouco criativa, difícil de ser seguida por longos períodos de tempo e não se tem a possibilidade de escolher aquilo que deseja comer.

O conceito de reeducação alimentar, por outro lado, está vinculado à noção de que a perda de peso possa ocorrer de modo saudável, equilibrado e natural, por meio da adoção de novos hábitos alimentares que devem se estender por toda a vida. Nesse sentido, o indivíduo é responsável por aquilo que vai ingerir; o foco recai sobre a importância de sua participação na construção cotidiana de sua dieta, o que, de certa forma, amplia seu poder de decidir e fazer escolhas a todo o momento, aumentando a responsabilidade pelas mesmas (SANTOS, 2010).

Contudo, só a realização da reeducação alimentar não é suficiente para a perda e manutenção de peso. Autores como Francischi (2000) apontam a

importância da combinação de dieta e de exercícios físicos para maior perda e manutenção de peso, afirmando que “o exercício combinado à restrição energética promove redução no peso corporal, maximizando a perda de gordura e minimizando a perda de massa magra” (FRANCISCHI, 2000, p.26).

A atividade física contribui para redução do peso por meio da criação do balanço energético negativo e pode ser definida como:

qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte num gasto calórico. O exercício é considerado uma subcategoria da atividade física, deve ser planejado, estruturado e repetitivo (FORTES, 2006, p. 301).

O baixo nível de atividade física representa importante fator de risco para o surgimento das DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis). Segundo Fortes (2006), sua prática ajuda a controlar o peso corporal e a reduzir a ansiedade, o estresse, a depressão e o risco associado às doenças cardiovasculares e diminui os triglicérides e a propensão à trombose e aumenta o HDL (em inglês *high-density lipoprotein*, ou lipoproteína de alta densidade, o colesterol bom).

Quanto à psicoterapia, Benedetti (2001) identificou duas correntes psicológicas principais no tratamento da obesidade, a saber, a abordagem comportamental e a psicodinâmica, ambas importantes no método clínico.

Nesta Dissertação, o foco é na abordagem psicodinâmica, apresentada em capítulo subsequente, que visa a compreensão do psiquismo e a condução do paciente a uma reorganização e desenvolvimento de sua personalidade, tendo por base a compreensão do significado da obesidade em sua vida, em que o comer compulsivo é entendido como

expressão de desajustamento emocional, sendo a obesidade vista, então, como o sintoma deste, superdeterminado por causas psicológicas e emocionais subjacentes inconscientes (AZEVEDO, 2003, p.53).

1.6.2 O método medicamentoso para o tratamento da obesidade

O uso de medicamentos constitui outra estratégia no tratamento de pacientes obesos. Entretanto, um estudo cuidadoso da função de cada medicamento, do seu tempo de atuação no organismo e dos efeitos colaterais torna-se fundamental para

um tratamento mais criterioso, pois, desse modo, é possível identificar qual droga é mais eficaz para cada caso em estudo.

Kolanowski (1999) comparou os benefícios das drogas supressoras de apetite com seus riscos potenciais para a saúde, indicando três formas de avaliar a eficácia das mesmas, apresentadas a seguir.

A primeira delas diz respeito à perda de peso, que deve ser entre 5% e 10% do peso inicial do sujeito. A segunda deve informar se o seu uso prolongado permite a manutenção do peso perdido por um período de pelo menos um ano e a última, se o uso da medicação também diminui as comorbidades consequentes. Para que a perda e a manutenção de peso ocorram e as comorbidades diminuam, é necessário que haja mudanças no estilo de vida e reeducação alimentar.

A perda de peso com uso de medicamentos é maior nas primeiras semanas ou meses de tratamento, diminuindo após seis meses. Após esse período, a continuidade do tratamento dependerá da avaliação dos riscos e dos benefícios à saúde. O uso prolongado (dois ou três anos) de medicamentos pode gerar danos à saúde, especialmente em pacientes com hipertensão, insuficiência coronária, desordens psicológicas e depressão (KOLANOWSKI, 1999).

Coutinho (1999) divide os medicamentos em três categorias: os que atuam sobre o sistema nervoso central modificando o apetite ou o comportamento alimentar por meio da inibição seletiva da recaptação da noradrenalina e da serotonina (sibutramina, mazindol, anfepramona, sertralina, bupropiona, femproporex, metformina, fluoxetina), os que operam no aumento da termogênese (efedrina, cafeína, aminofilina) e, por fim, os que agem sobre o sistema gastrointestinal inibindo a absorção de gorduras (orlistate).

Recentemente, em fevereiro de 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reabriu as discussões envolvendo o uso de medicamentos para emagrecimento que atuam no sistema nervoso central. Esses medicamentos incluem a sibutramina e os derivados de anfetamina (anfepramona, femproporex, dietilpropiona e mazindol). Estudos realizados por um grupo de consultores da Agência apontam que o consumo dessas drogas, mesmo que controlado e indicado apenas para alguns tipos de pacientes, aumenta o risco de problemas cardíacos, colocando em risco sua eficácia.

A proposta da ANVISA quanto à retirada desses medicamentos do mercado e proibi-los dividiu opiniões na classe médica e gerou debates: há quem defenda seu

uso, uma vez que a proibição dessas drogas traria grandes prejuízos para aqueles pacientes com dificuldades em perder peso seguindo apenas o tratamento clínico convencional, e há também aqueles que defendem a proibição desses remédios, devido aos inúmeros riscos e efeitos colaterais para a saúde.

Leonhardt et al (1999 *apud* BENEDETTI, 2001) acrescentam que nenhum dos medicamentos disponíveis no mercado até então curam a obesidade e somente são úteis quando utilizados em conjunto com outros tratamentos. Reiteram que a manutenção do peso perdido depende das mudanças nos hábitos, nos comportamentos alimentares e no estilo de vida empreendidas pelo paciente durante o tratamento com o medicamento; caso contrário, a recuperação do peso perdido é inevitável.

1.6.3 O método cirúrgico para o tratamento da obesidade

Em 2010, foi enviado pela Associação Paranaense de Estudos sobre a Obesidade (APESO) um Projeto de Lei ao Senado Federal pleiteando a “regulamentação legal do tratamento cirúrgico da obesidade denominado ‘derivação intestinal reversível restritiva Lazzarotto e Souza’” (BRASIL, 2010). Segundo a Associação, esse procedimento preservaria todos os órgãos do trato digestivo, é reversível e não prejudica a absorção de proteínas, vitaminas e sais minerais, além de permitir ao paciente ingerir os mesmos alimentos que comia antes da intervenção cirúrgica.

Esse documento define alguns procedimentos que devem ser seguidos pelos profissionais de saúde que atuam nessa área, tais como a avaliação da condição de saúde do paciente, complementada por uma lista de exames clínicos, fisioterapia respiratória, avaliação psicológica e nutricional antes do procedimento cirúrgico e o acompanhamento clínico pelo médico após a cirurgia. O documento define ainda o tipo de anestesia o qual o paciente deve ser submetido, os profissionais que deverão compor a equipe médico-cirúrgica, a forma como o procedimento cirúrgico deve ser realizado, as regras para o pós-operatório, que incluem o local de permanência do paciente dentro do hospital (unidade de terapia intensiva e enfermaria) e o período de permanência em cada um, além da dieta a ser seguida.

Nesse Projeto de Lei, a obesidade é entendida apenas sob o ponto de vista clínico e orgânico; desconsidera-se os fatores de ordem ambiental, sociocultural,

alimentar e emocional que estão envolvidos em sua etiologia. Ao não se levar em consideração que a obesidade é uma doença multifatorial e crônica, de difícil tratamento, os profissionais de saúde correm o risco de considerar seus pacientes apenas como indivíduos obesos, como corpos sem cabeça, desconectados de suas histórias de vida. O meio em que estão inseridos, o modo como se vêem, como lidam com os problemas e como se relacionam com o alimento e a função ocupada por ele em suas vidas influenciam enormemente no ganho e na perda de peso, conforme será discutido no capítulo referente à psicodinâmica desses pacientes.

O tratamento cirúrgico da obesidade somente é indicado para aqueles pacientes que já tiveram tentativas prévias de tratamentos convencionais, sem êxito na redução do peso de maneira satisfatória e na manutenção do que foi perdido (REPETTO e RIZZOLI, 2006). O objetivo da cirurgia é, portanto, permitir menor ingestão e/ou absorção de alimentos, levando à diminuição do peso corporal, sendo uma técnica de redução de peso e não de cura da obesidade.

Por se tratar de um procedimento invasivo e que apresenta risco aumentado de complicações descritas na Medicina, é fundamental a seleção cuidadosa desses pacientes, seguindo alguns critérios que avaliem os benefícios e os riscos, assim descritos por Repetto e Rizzolli (2006) são:

- IMC ≥ 40 com ou sem co-morbidades;
- IMC ≥ 35 com uma ou mais co-morbidades ocasionadas ou agravadas pela obesidade;
- ter sido submetido, no mínimo, a algum tratamento sem o resultado esperado ou com novo ganho de peso;
- faixa etária entre 18 e 60 anos.

Repetto e Rizzolli (2006) acrescentam ainda que há algumas condições clínicas que podem contraindicar o procedimento cirúrgico, mesmo que temporariamente. São elas: adição a drogas ou álcool, sendo que o paciente deve estar em tratamento e abstinente há pelo menos seis meses; doença mental que impeça o entendimento e a adesão ao tratamento, com exceção feita para aqueles que contam com um bom suporte familiar; condição clínica instável; e quaisquer tipos de cânceres que não estejam em remissão e livre da doença há pelo menos três anos.

Quanto aos tipos de cirurgias, há três tipos: restritivas, disabsortivas e restritivas - disabsortivas (COTTA-PEREIRA, BENCHIMOL, 2006 e SANTOS, 2005).

Os procedimentos restritivos, como o indicado pelo Projeto de Lei enviado ao Senado Federal, restringem o conteúdo gástrico por meio da diminuição de seu volume, provocando saciedade precoce com pequena quantidade de alimento ingerido, principalmente os sólidos, porém o paciente pode ingerir alimentos líquidos quase no mesmo valor calórico dos sólidos. Pode-se citar como exemplos a banda gástrica ajustável e a cirurgia de Mason.

Nos procedimentos disabsortivos, o estômago é grampeado e seu tamanho é reduzido em 60% a 70%, sendo que boa parte do intestino delgado é isolada do processo de digestão. Essa cirurgia é indicada para pacientes com IMC acima de 50 e que não toleram mudanças radicais dos hábitos alimentares. Pode provocar desnutrição e distúrbios metabólicos, pois a grande maioria dos nutrientes não é absorvida. Como exemplos temos a cirurgia de Scopinaro e a derivação biliopancreática.

Por fim, as cirurgias restritivas - disabsortivas que, como o próprio nome sugere, consiste na associação das duas técnicas anteriormente descritas. É indicada para pacientes com IMC entre 35 e 50 e que apresentam dificuldades de seguir uma dieta hipocalórica. Nessa técnica, é acrescentado um fator restritivo à ingestão de doces; quando o paciente ingere grandes quantidades desse tipo de alimento, ocorrem sintomas do tipo dumping (náuseas, vômitos quando da ingestão desses alimentos). A cirurgia de Fobbi – Capella é um exemplo.

Os resultados satisfatórios após a cirurgia bariátrica dependem da capacidade dos pacientes de implementarem mudanças permanentes no estilo de vida, no comportamento alimentar e na aderência às dietas restritivas. Entretanto, como apontam Van Hout e Van Heck (2009), nem todos conseguem implementar essas tais alterações, o que acaba provocando pouca perda ponderal de peso ou até ganho de peso, além de transtornos alimentares, sintomas psiquiátricos e diminuição da qualidade de vida.

1.6.4 O balão intragástrico para o tratamento da obesidade

Além dos tratamentos apresentados, o balão intragástrico (ar ou líquido) pode ser a opção para pacientes que não desejam se submeter a uma cirurgia definitiva

ou que apresentam algumas das contraindicações para os tratamentos medicamentoso e cirúrgico, além de dificuldades na adesão ao método clínico.

O balão intragástrico de líquido surgiu em 1982 quando Nieben e Harbol tiveram a idéia de utilizar uma prótese para preencher a cavidade gástrica, gerando maior saciedade nos pacientes com menos alimento ingerido. A proposta inicial era de ser um tratamento alternativo à cirurgia bariátrica. A prótese variava em formato, conteúdo e tipo de material (MARCHESINI, SALLET e PAIVA, 2006).

Em 1985, o Food and Drug Administration (FDA) aprovou seu uso em humanos, porém os resultados não foram satisfatórios, uma vez que a metade dos 20 mil balões colocados esvaziou-se espontaneamente. Além disso, metade dos pacientes apresentou gastrite severa, 15% dos balões foram eliminados nas fezes, 10% dos pacientes tiveram que retirar o balão por hiperemese (náuseas e vômitos) incontrolável, 7% foram operados por apresentar obstrução intestinal em decorrência do esvaziamento e consequente migração do balão e 4% apresentaram úlceras gástricas. Não houve diferenças significativas entre a perda de peso do grupo experimental e o grupo controle (GANC e GANC, 2006). Diante de tais resultados, o FDA restringiu no ano seguinte o seu uso apenas para casos selecionados e em centros de referência.

Após análises, os pesquisadores identificaram as causas para o insucesso do dispositivo: forma inadequada (cilíndrica), pequeno volume (200 a 300ml) com efeito restrito sobre o apetite; o fato do balão ser inflado com água e o material ser vulnerável ao ácido clorídrico; fácil vazamento da válvula; e a ausência medicamentos antieméticos e inibidores de bomba protônica (náuseas e vômitos) potentes (GANC e GANC, 2006).

Foi somente em 1987 que profissionais da área de saúde ligados ao tratamento da obesidade atingiram um consenso do que seria um balão ideal, como o ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Balão intragástrico
preenchido com líquido
Fonte: HPBio

Com isso, o balão foi reformulado e novos padrões foram estabelecidos (GANC e GANC, 2006 e MARCHESINI, SALLET e PAIVA, 2006):

- material não ulcerogênico e resistente ao ácido clorídrico;
- molde projetado de forma a não permitir o esvaziamento espontâneo, liso e sem arestas;
- variável em volume (entre 400 e 700ml);
- ser preenchido com líquido;
- possuir material radiopaco (azul de metileno) e de longa duração;
- não provocar obstrução caso houvesse migração.

Vliegen (2002 *apud* GANC e GANC, 2006) identificou três modos de ação do balão: a mecânica, a hormonal e a neurológica. A ação mecânica diminui a capacidade gástrica em 50%, dificulta a passagem do alimento entre o balão e as paredes gástricas e o esvaziamento gástrico lento explicam o aparecimento da saciedade precoce. A alteração de hormônios e neuropeptídeos tem como consequência o retardo no esvaziamento e a redução do apetite. Na ação neurológica, o peso e o volume do balão atingem, via estimulação vagal, o núcleo paraventricular do trato solitário, reduzindo assim o apetite.

De acordo com estudiosos da área (MARCHESINI, SALLET e PAIVA, 2006 e MION et al, 2007), esse método é mais indicado para aqueles indivíduos com:

- IMC maior que 35 e com doenças associadas que não obtiveram sucesso com outras terapêuticas ou que não aceitam a cirurgia;

- IMC menor que 35 que apresentam doenças secundárias à obesidade ou que são refratários aos outros tratamentos clínicos por mais de três anos;
- IMC maior que 50 que estão em preparo para a cirurgia de restrição gástrica.

A perda de peso, segundo os estudiosos, varia entre 10% e 20% com consequente diminuição das comorbidades.

As vantagens do balão incluem a reversibilidade do tratamento, uma vez que sua inserção e retirada ocorre por via endoscópica, o baixo risco de complicações clínicas e intercorrências, a inserção poder ser realizada diversas vezes e o fato dessa técnica não competir com outras (Figuras 2, 3 e 4).

Figura 2 – Passagem do balão intragástrico até o estômago

Fonte: Cirurgia Obesidade

Figura 3 – Insuflação do balão intragástrico dentro do estômago

Fonte: Cirurgia Obesidade

Figura 4 – Balão intragástrico posicionado dentro do estômago

Fonte: Cirurgia Obesidade

A grande limitação do balão é que deve ser retirado ou trocado a cada seis meses, pois o material é perecível no ambiente do estômago (GANC e GANC, 2006).

No estudo de Marchesini, Sallet e Paiva (2006), o período de utilização do balão pelos pacientes acompanhados variou entre quatro e seis meses e a perda média de peso, segundo os autores, foi entre 14 Kg e 19 Kg, sendo que a porcentagem de redução do excesso de peso ficou entre 23% e 50%, com perda média de IMC de cinco pontos. Todos os pacientes foram submetidos a uma dieta hipocalórica. A recidiva da obesidade após 18 meses da retirada foi de 45%.

Os autores não informaram nesse estudo quantos pacientes se submeteram à técnica e nem se foram acompanhados por equipe interdisciplinar.

Ganc e Ganc (2006) estudaram 300 pacientes com tempo média de permanência de 157 dias com o balão. Um total de 175 eram do sexo feminino e 125 do sexo masculino, com idade média de 40 anos, peso médio de 108 Kg e IMC médio de 37,8. A perda máxima de peso foi de 43 Kg, ou 31% do peso, sendo a mínima zero; a média foi de 12,8 Kg, ou 12% do peso inicial. Sete pacientes desistiram nos primeiros 30 dias e dois pacientes apresentaram complicações e intercorrências (hipocalcemia severa e colonização intensa por fungos).

Os autores são categóricos ao afirmar que o paciente candidato ao balão deve estar ciente de que o resultado final está intimamente relacionado à sua participação ativa no tratamento, que envolve reeducação alimentar e mudanças do estilo de vida, como por exemplo, a prática de exercícios físicos.

O balão preenchido com líquido, embora eficaz na perda de peso, conforme observado nas pesquisas, possui uma válvula de difícil transposição da cardio e orofaringe e provoca muitas náuseas e vômitos durante as primeiras semanas após a sua colocação. É provável que esses sintomas, segundo Mion et al (2007), estejam mais relacionados ao peso do balão do que ao seu tamanho.

Deste modo, foi desenvolvido, na França, um novo dispositivo insuflado com ar, o Heliosphere BAG (Figura 5), com o objetivo de diminuir o peso do próprio dispositivo e, assim, atenuar as náuseas e vômitos. Esse novo balão pesa 30g (contra as 600 – 800g do balão inflado com líquido) e seu mecanismo de ação é semelhante ao de seu antecessor.

Figura 5 – Balão intragástrico insuflado com ar – Heliosphere BAG
Fonte: HPBio

Mion et al (2007) avaliaram 28 pacientes com IMC médio de 35 entre as 4ª, 8ª e 16ª semanas após a introdução do Heliosphere BAG. A perda média de peso foi de 9,3%, sendo que nove pacientes perderam mais de 10% do peso inicial. Após um

ano da retirada do balão, os autores relatam que apenas 30% dos pacientes conseguiram manter o peso perdido e que a maioria teve aumento variável de peso, sem especificação nos resultados. Afirmam que todos os pacientes foram acompanhados por uma equipe multiprofissional.

Claudez (2005) realizou um estudo com o balão de ar com 32 pacientes com IMC médio de 36,75 e que também foram acompanhados por uma equipe multiprofissional. Após o período de seis meses, a perda média de peso foi de 13,1Kg, com poucas queixas de náuseas e vômitos. O autor conclui que o balão de ar reduz a ocorrência de complicações clínicas e da hiperemese, com eficácia semelhante ao balão preenchido com líquido.

Doldi et al (2004) dividiram 73 pacientes obesos em dois grupos com o objetivo de comparar a eficácia entre aqueles que desejaram realizar apenas dieta e aqueles que quiseram colocar o balão associado à dieta. Dessa forma, os participantes foram divididos em grupo A, composto por 42 pacientes com peso médio de 111,7Kg que foram tratados apenas com uma dieta de 1000 Kcal/dia e o grupo B, com 31 pacientes com peso médio de 128 Kg e que optaram por colocar o balão e realizar a mesma dieta.

No 6º mês de tratamento, as 32 mulheres do grupo A perderam, em média, 11,6 Kg enquanto que os homens um total de 16,4 Kg. No grupo B, no 4º mês, a média de perda de peso entre as 24 mulheres foi de 15,5 Kg e para os homens foi de 21 Kg. No 12º mês, as mulheres do grupo A perderam 15,1 Kg em média e os homens 18,7 Kg; no grupo B, houve perda média de 11,2 Kg entre as mulheres e de 24 Kg entre os homens. Após 18 meses, todos os pacientes recuperaram uma parte do peso perdido, em especial os participantes do grupo B.

Os autores concluíram que o balão associado à dieta promove maior perda de peso num espaço de tempo menor e atribuíram a recuperação do peso perdido à baixa adesão dos pacientes à dieta hipocalórica, à inadequada insuflação do balão e ao esvaziamento do mesmo.

Carbonelli et al (2003) acompanharam 20 pacientes pelo período de seis meses após a introdução do balão. Ao final desse período, perderam, em média, 15Kg. Segundo os autores, para que a perda de peso seja mantida, é importante que a reeducação alimentar, o suporte psicológico, a realização de atividades físicas e o follow-up estejam presentes durante todo o tempo de tratamento e até mesmo após a retirada do dispositivo. Além disso, concluíram que é fundamental que os

pacientes sejam acompanhados por uma equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogos e nutricionistas.

Os pacientes submetidos à colocação do balão recuperaram parte do peso perdido entre 12 e 18 meses após a retirada do mesmo. Segundo os pesquisadores consultados, o paciente deve adotar uma postura mais ativa no tratamento, que implica em mudanças de comportamentos e do estilo de vida, algo muito difícil de ser modificado sem o suporte adequado.

Recentemente, a equipe liderada pelo Dr. Kiyoshi Hashiba de São Paulo, desenvolveu um novo balão preenchido com ar, o Balão BioFlex (Figuras 6, 7 e 8). Esse balão foi utilizado nos pacientes da presente Dissertação.

Figura 6 – Balão Intragástrico BioFlex desinsuflado
Fonte: HPBio

Figuras 7 e 8 – Balão intragástrico BioFlex posicionado dentro do estômago
Fonte: HPBio

Este balão pesa 19,5 g, é mais leve que o Heliosphere BAG e de fácil inserção e retirada. A introdução é realizada por meio de fio guia e a extração é facilitada pelo cateter rosqueado, não apresentando dificuldade na passagem da cardio e orofaringe. Além disso, é possível realizar a reinsuflação no 4º mês, enquanto o dispositivo estiver inserido no estômago para manter a curva da perda de peso, sem ser necessário retirá-lo.

O mecanismo de ação é semelhante aos anteriores, com a vantagem de poder manter a insuflação necessária para o alcance de um melhor resultado quanto à perda de peso. Outro benefício para os pacientes é a diminuição da hiperemese e de outras complicações clínicas já citadas.

Neste capítulo contextualizamos brevemente a história da obesidade na sociedade ocidental e discorremos sobre a sua epidemiologia, as comorbidades, os fatores de risco, a etiologia e os tratamentos. O quadro clínico é complexo e impõe uma abordagem integrada e multiprofissional junto aos pacientes.

Há uma busca do ideal em termos de procedimentos que sejam eficazes na perda de peso e com menor número de efeitos e conseqüências que sejam indesejáveis para esses pacientes. A apresentação inicial já aponta que os melhores resultados devem incluir atendimentos combinados.

A seguir, apresentaremos o enfoque psicodinâmico da compreensão da obesidade.

2. FUNCIONAMENTO PSICODINÂMICO DO PACIENTE OBESO

Nesse capítulo apresentaremos os aspectos relacionados à psicodinâmica da obesidade, com ênfase nos fatores psicológicos envolvidos na sua constituição, manutenção e perda de peso, partindo da psicologia infantil e considerando seus efeitos na idade adulta.

Além dos riscos à saúde, diversos autores consideram também as consequências sociais e psicológicas que a obesidade acarreta. Indivíduos obesos são estigmatizados, sofrem preconceito, discriminação, isolamento social e com relacionamentos interpessoais, no geral, insatisfatórios, além de poderem serem vistos como pessoas com falhas de caráter (VAN HOUT e VAN HECK, 2009).

Há citações na literatura de outros padrões e estereótipos relacionados aos indivíduos obesos, que incluem os de serem pessoas relaxadas, preguiçosas e responsáveis por sua condição, que, ao senso comum e até na visão de alguns profissionais de saúde, falta-lhes força de vontade e auto-controle para emagrecerem (FRANQUES, 2006a e SANTOS, 2005).

Como pode-se observar, nem sempre as explicações para a obesidade estão relacionadas às causas fisiológicas.

Para compreender os aspectos psicológicos associados à psicodinâmica da obesidade, é importante definir e diferenciar, primeiramente, os conceitos de fome e apetite, uma vez que nem sempre o paciente sabe distinguir quando come porque tem fome, ou porque está triste, ansioso, angustiado, nervoso, feliz, excitado. Esses sentimentos sempre estão presentes em algum grau nesses indivíduos. O destaque é para a área do desejo e a relação com o alimento que entra para cumprir uma função psíquica e emocional.

2.1 Fome X Apetite

Hamburguer (1957), a partir de sua prática clínica como psiquiatra, observou que a hiperfagia em alguns indivíduos obesos não atenderia apenas a propósitos

meramente nutricionais; tais propósitos nem sempre são evidentes para eles próprios e seu médico.

Esse autor apresenta uma análise sobre a distinção entre fome e apetite. A fome seria, portanto, o resultado de um desequilíbrio bioquímico, fisiológico e nutricional que, após atingir um determinado nível, geraria desconforto ou mesmo dor, impulsionando o sujeito a ingerir nutrientes, isto é, alimentos, a fim de restabelecer o equilíbrio perdido. Em outras palavras, a fome seria a expressão fisiológica do corpo por energia.

O apetite, por outro lado, seria um desejo psicológico de comer e esclarece que a relação entre o mesmo e as emoções se originaria a partir de experiências da primeira infância. Amor, dor, nojo, medo, raiva, depressão e ansiedade frequentemente produzem distúrbios no apetite. A hiperfagia em indivíduos obesos atenderia, portanto, as necessidades emocionais e não alimentares.

Em um estudo com 18 pacientes, detectou que o comer em excesso estava relacionado a várias situações, tais como resposta a tensões emocionais não específicas, gratificação substituta de situações de vida intoleráveis, sintoma de doença emocional subjacente e adição à comida.

Kahtalian (1992) se questiona quando o indivíduo come por fome ou movido pelo desejo. De maneira semelhante a Hamburger (1957), define a fome como a expressão biológica da necessidade de regular o balanço energético. A fome provoca dor, desprazer e é desagradável, sendo que seu único objeto de remoção é a comida. Os centros da fome e da saciedade, situados no hipotálamo, são os mecanismos responsáveis por regular a necessidade de produzir fome e da procura por alimento para produzir saciedade.

A saciedade pode ser entendida como um mecanismo regulador da ingestão de alimentos. Antes mesmo que o alimento ingerido seja completamente absorvido pelo organismo, o indivíduo tem a sensação de já estar saciado, pois regiões do hipotálamo são ativadas nesse momento e hormônios como a serotonina, a dopamina e a norepinefrina, que estão envolvidos na regulação do comportamento alimentar, são liberados produzindo a sensação de saciedade (SADOCK e SADOCK, 2007).

O apetite, por sua vez, está ligado ao psíquico; é regido pelo prazer e pela satisfação libidinosa e, portanto, não obedece aos centros da fome e da saciedade. Nesse sentido, o ser humano é capaz de comer e beber sem sentir fome e sede. O

alimento passa a ser procurado não para satisfazer a fome e sim como um tranquilizante (KAHTALIAN, 1992).

As ingestões elevadas de alimentos são mecanismos inconscientes que substituem os afetos, em geral, relacionados às situações de alta ansiedade e frustrações de difícil enfrentamento.

Helman (2008), grande estudioso na área de antropologia médica, estudou, dentre outros assuntos, a função da comida nas sociedades humanas, percebendo que esta vai além do suprimento de uma função biológica:

a comida não é apenas uma fonte de nutrição. Em todas as sociedades humanas ela tem muitos papéis e está profundamente entrelaçada aos aspectos sociais, religiosos e econômicos do dia a dia. Para as pessoas nessas sociedades, a comida traz uma gama de significados simbólicos, que expressam e criam as relações entre os seres humanos, entre eles e os seus deuses e entre eles e o ambiente natural. O alimento, assim, é uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo que habita (HELMAN, 2008, p.49).

Embora não fale diretamente sobre obesidade e os tratamentos, observou a dificuldade existente na mudança de hábitos alimentares, mesmo quando estes interferem na saúde dos indivíduos:

devido ao papel central dos alimentos na vida cotidiana, especialmente nas relações sociais, as crenças e as práticas relacionadas à dieta são notoriamente difíceis de serem mudadas, mesmo quando interferem com a nutrição adequada (HELMAN, 2008, p.49).

Estabelecida uma distinção conceitual entre fome e apetite, apresentamos, a seguir, uma discussão sobre a relação entre o ato de comer e seu significado psicológico, partindo das experiências iniciais da vida e, portanto, primitivas em termos de desenvolvimento emocional.

2.2 A Relação Mãe – Bebê e a Figura Paterna

As teorias sobre o desenvolvimento que se baseiam nas relações objetais enfatizam o papel desempenhado pela mãe na relação com seu filho, não sendo possível estudar um sem incluir o outro. O vínculo entre ambos se origina a partir do contato íntimo durante a amamentação e a manipulação do bebê pela mãe. Se estrutura, assim, uma relação circular, na qual as atitudes de um influenciam e criam respostas no outro, que, por sua vez modifica a conduta do primeiro.

Winnicott (1956/2000) fala de um estado muito especial da mãe que se inicia no final da gestação e estende-se durante as primeiras semanas de vida do bebê, o qual denominou de preocupação materna primária. A figura materna deve alcançar um estado de sensibilidade exacerbada na fase inicial da vida de seu bebê e recuperar-se dele à medida que ele a libera.

A mãe, quando encontra-se nesse estado, que não constitui-se em doença e sim em sinal de saúde, consegue sentir-se no lugar de seu bebê e, assim, corresponder às suas necessidades corporais e, posteriormente, às suas necessidades egóicas.

É durante esse momento que a mãe se torna uma pessoa muito vulnerável do ponto de vista psicológico, sem que as pessoas assim o perceba. O ideal seria que ela pudesse contar com algum tipo de proteção que se estrutura ao seu redor, permitindo que se volte para dentro e possa dedicar-se exclusivamente ao seu bebê (WINNICOTT, 1993). Geralmente, quem desempenha essa função é a figura paterna.

Se as condições são adequadas e a mãe consegue oferecer uma adaptação suficientemente boa às necessidades de seu bebê, o seu desenvolvimento psicológico segue de forma mais favorável. O fornecimento de um ambiente suficientemente bom nessa fase mais primitiva da vida do bebê o capacita a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos, a enfrentar as dificuldades da vida e a organizar suas defesas (WINNICOTT, 1956/2000, 1993).

Se as falhas maternas forem excessivas para o bebê suportar, ocorre uma ameaça de aniquilação e uma intensificação da angústia e do nível de ansiedade. Winnicott (1956/2000) tece, com base nisso, considerações acerca da formação do ego do bebê, baseado em suas experiências com o mundo externo:

a base para o estabelecimento do ego [do bebê] é um suficiente 'continuar a ser' não interrompido por reações à intrusão (...) A primeira organização do ego deriva da experiência de ameaças de aniquilação que não chegam a se cumprir, e das quais, repetidamente, o bebê se recupera. A partir dessas experiências, a confiança na recuperação começa a transformar-se em algo que leva ao ego e à capacidade do ego de suportar frustrações (WINNICOTT, 1956/2000, p.403).

Dessa forma, na ausência de um ambiente suficientemente bom, onde as falhas maternas são demais para o bebê suportar, o "sentimento de realidade encontra-se ausente" (WINNICOTT, 1956/2000, p.404), as dificuldades não serão enfrentadas e as satisfações não serão alcançadas. Surge, então, um falso eu que se submete às exigências externas, simplesmente adaptando-se a elas.

Segundo Winnicott (1951/2000), não é possível, para um bebê, progredir do princípio do prazer para o princípio de realidade, a menos que exista uma mãe suficientemente boa. Uma mãe suficientemente boa é aquela capaz de oferecer holding (sustentação), handling (manejo) e apresentar os objetos do mundo para seu filho (WINNICOTT, 1993) e, assim, desenvolver as preocupações maternas primárias de uma maneira satisfatória; é aquela capaz de se adaptar quase totalmente às necessidades de seu bebê e que, gradativamente, vai se adaptando cada vez menos inteiramente, de acordo com a "crescente capacidade do bebê de suportar as falhas na adaptação e de tolerar os resultados da frustração" (WINNICOTT, 1951/2000, p.326).

É a partir dessa adaptação quase perfeita da mãe às necessidades do bebê que faz com o que o mesmo esteja apto a conceber a existência de uma realidade externa e, conseqüentemente, os objetos em objetos reais, ou seja, amados e odiados.

No início de sua vida, o bebê consegue, a partir do contexto oferecido por sua mãe, conceber a idéia de que existe algo que irá suprir alguma necessidade surgida a partir de uma tensão instintiva. Assim, diante de alguma tensão, por exemplo, a fome, o bebê sente desconforto; uma mãe suficientemente boa se adaptará adequadamente às suas necessidades, permitindo, então, ao seu filho, a possibilidade de ter a ilusão de que ele é onipotente e criou a realidade, o seio, que é ao mesmo tempo uma parte dele: "a mãe coloca o seio real justamente ali onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento certo" (WINNICOTT, 1951/2000,

p.327). É no reino da ilusão que os objetos transicionais e os fenômenos transicionais se desenvolvem.

A segunda tarefa mais importante da mãe (a primeira é proporcionar a possibilidade da ilusão) é a de desiludir seu filho. Na medida em que o bebê se desenvolve, a mãe se adapta cada vez menos às suas necessidades; surge a separação entre ele e a mãe, o dentro e o fora. O bebê começa a registrar progressivamente as ausências e as frustrações; sua onipotência de criar os objetos dos quais necessita é colocada em dúvida e, assim, começa a distinguir os limites entre o eu e o não-eu:

nesta dialética união-separação, satisfação-frustração, completude-incompletude, momentos de ir e vir entre um estado e outro, origina-se uma brecha, um espaço que terá o importante efeito psíquico de instaurar o limite entre o eu e o não-eu (ABADI, 1998, p.31).

Winnicott (1951/2000) observou que entre a passagem do eu para o não-eu, do subjetivo para o objetivamente percebido, existe uma “região intermediária da experimentação, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa” (WINNICOTT, 1951/2000, p.318). É nessa área intermediária que surgem os objetos transicionais, que podem ser um brinquedo e/ou a ponta macia de um cobertor, por exemplo. A família reconhece a importância desse objeto para o bebê e respeita essa necessidade, oferecendo-os em momentos, como por exemplo, na hora de dormir. Tais objetos funcionam como uma defesa contra a ansiedade depressiva, relacionada à perda da situação psicológica primitiva.

Segundo o autor, o objeto transicional não é um objeto interno, nem tampouco um objeto externo; ele é uma posse, a primeira possessão não-eu. O bebê só poderá escolher e utilizar um objeto transicional quando o objeto interno é vivo, real e suficientemente bom:

para que a relação com o objeto transicional se constitua e se mantenha, é preciso tanto a presença real e concreta da mãe como uma representação interna dela ou do vínculo com ela, firmemente estabelecido no interior (ABADI, 1998, p.39).

Se o objeto interno falhar, de acordo com Winnicott (1951/2000), esse morre ou adquire um caráter persecutório. Falhas prolongadas da mãe fazem com que tanto o objeto interno quanto o transicional percam seu sentido.

O objeto transicional ajuda a superar e a elaborar a ausência da mãe e a desenvolver a tolerância à frustração; o objeto ocupa o lugar da figura materna, mas não a substitui; o objeto não é a mãe. Quando um objeto transicional cumpre a função de representar a mãe, é porque houve, por parte do bebê, o reconhecimento de que uma perda existiu:

o paradoxo reside no fato de o objeto transicional proteger tanto da perda da mãe como do risco de fusão com ela. Sua função é a de manter ambos unidos e, ao mesmo tempo, separados, permitindo o desenvolvimento das capacidades psíquicas da criança (ABADI, 1998, p.43).

Assim, na medida em que o objeto transicional auxilia o bebê na travessia da subjetividade para a objetividade, pode ser considerado o precursor dos símbolos (WINNICOTT, 1951/2000).

No entanto, pode ocorrer do indivíduo prolongar a relação com os objetos transicionais, que passam a ser usados não mais para ajudar na elaboração da ausência do objeto interno e sim para negar essa ausência; ele deixa de ser um objeto que representa a mãe para ser outro que a substitui. Há, desse modo, um uso fetichizado do objeto transicional (ABADI, 1998).

Se a ausência da mãe é negada, a sua representação interna fica prejudicada, implicando na ilusão de que o objeto é a mãe, dificultando a capacidade de simbolização:

o aparelho psíquico terá dificuldades em construir as representações internas da mãe; a criança e depois o adulto terão uma tendência a buscar objetos concretos dos quais dependerão adictivamente para aplacar o sentimento de vazio e solidão (ABADI, 1998, p.42).

Nesse sentido, frente às falhas precoces maternas superiores à capacidade do bebê de dar conta delas, o alimento pode entrar no quesito de uso fetichizado do objeto transicional, na medida em que o processo simbólico está prejudicado, assim como a representação do objeto interno (mãe). Diante de situações geradoras de ansiedade e angústia, o indivíduo poderá recorrer repetidamente ao alimento na tentativa de lidar com o desamparo. Dessa forma, na obesidade, temos a compensação pelo alimento do vazio interno.

Békei (1984) propõe que a origem da obesidade se dá a partir das perturbações na relação mãe-bebê. A autora afirma que a obesidade é uma doença psicossomática tipicamente infantil, cujos efeitos permanecem durante toda a vida, pois foram gerados pelas perturbações na relação inicial.

Segundo as principais teorias psicanalíticas, as falhas maternas que ocorrem no início da fase de simbiose provocam psicopatologias mais graves, como as psicoses. Já aquelas falhas ocorridas no final do período simbiótico (4º ao 6º mês de vida) e durante o período de separação – individuação, na qual a criança já apresenta um ego minimamente estruturado e, portanto, algumas defesas psíquicas, não geram uma total desorganização; o que se observa são doenças mais delimitadas, são doenças psicossomáticas (BÉKEI, 1984).

A relação inicialmente estabelecida entre a mãe e seu filho é permeada pelo ato de comer, no caso, a amamentação. Na fase simbiótica (ou de dependência absoluta, segundo a conceituação de Winnicott), pelo fato da criança estar fusionada à sua mãe, sente que o leite (alimento) faz parte dela própria. Quando a fase de diferenciação se inicia, o bebê começa a se dar conta de que a mãe é um corpo distinto do dele e, conseqüentemente, que o alimento vem de fora. É a mãe que, ao dar de mamar, proporciona sensação de prazer e bem-estar.

Kahtalian (1992) também vê na amamentação um importante veículo de contato entre o bebê e o mundo externo; o modo como vivencia a amamentação é decisivo na forma como esse futuro indivíduo estabelecerá suas relações:

essa interação dos primeiros meses de vida é vivida intensamente pela região oral e é através dela que a criança começa a perceber o mundo que a cerca. Estas vivências primitivas vão servir ao psiquismo infantil como modelo de respostas futuras, mais tarde ampliado pelas diversas interações do desenvolvimento infantil e no contato e na troca das experiências familiares (KAHTALIAN, 1992, p.274).

Uma mãe empática ou suficientemente boa é capaz de identificar e diferenciar as necessidades de fome de seu bebê de outras necessidades e do desconforto; no entanto, uma mãe narcisista não registra esses sinais emitidos por seu filho, dando-lhe de comer de acordo com seus próprios desejos.

Desse modo, a criança pode tanto rejeitar a comida, vomitando-a por exemplo, como pode se submeter aos desejos da mãe, suprimindo a percepção de

suas próprias sensações internas de necessidades, o que requer grande esforço de adaptação e adquirindo o que Winnicott denominou de falso self. Assim, ao invés do leite adquirir a função de objeto transicional, permanece a serviço da fusão mãe-bebê, sendo percebido como fazendo parte do próprio corpo da criança.

Quando a criança é “alimentada num ritmo que não lhe permite reconhecer sua própria necessidade, não pode usá-la como instrumento para discriminar o eu do não-eu” (BÉKEI, 1984, p.188). Assim, aceita aquilo que a mãe lhe oferece para comer, associando que só recebe carinho e atenção durante os momentos de alimentação.

Essa atitude imposta pelo narcisismo da mãe configura a base para a obesidade infantil mediante um duplo mecanismo: a sobrecarga de alimentos ingeridos provoca hiperplasia do tecido adiposo e interfere na aprendizagem do reconhecimento da saciedade.

A persistência do narcisismo primário (relação simbiótica) interfere no processo de identificação. Uma mãe empática permite que seu filho invista seu próprio corpo de libido, elegendo-o como objeto do narcisismo secundário para que, então, possa eleger outros objetos internos para identificar-se. Se, segundo Békei (1984), o narcisismo primário persiste, o processo de identificação é muito complicado e é responsável pela identidade confusa do obeso.

Se o narcisismo materno não for tratado a tempo, sempre que o indivíduo deparar-se com situações estressantes, recorrerá à comida. O alimento ocupa um importante lugar na vida da família; é como se fosse investido de grande carga afetiva, gerando uma necessidade de ingerir cada vez mais comida, numa atitude adicta por sua capacidade de assegurar segurança.

Békei (1984) observou que, nessas famílias, a figura paterna é frágil e submete-se constantemente à mãe. Tal dinâmica influencia de diferentes formas o modo como o menino e a menina estabelecerão relações interpessoais no futuro. Diante de uma figura paterna assim constituída, o menino não tem onde buscar apoio numa fase em que a diferenciação da mãe deveria ocorrer.

O excesso de gordura nos meninos torna seus corpos mais femininos; a obesidade surge, então, como uma espécie de autocastração, a fim de reforçar a identificação com a mãe e evitar que ela se transforme em objeto de seu desejo sexual. Nas meninas, a função da gordura é semelhante: a capa de gordura esconde suas formas femininas incipientes, mantendo seus corpos infantilizados,

evitando, assim, a sexualidade e, conseqüentemente, a rivalidade com a figura materna (BÉKEI, 1984).

Bruch (1969), importante pesquisadora na área de obesidade infantil e de transtornos alimentares, revela, em seus estudos, que a fome não é uma função realmente inata, mas sim produto da aprendizagem. Desenvolve-se de maneira adequada ou não, por meio da repetição constante de algumas sequências de eventos que acompanham a satisfação das necessidades corporais da criança pela mãe ou pelo responsável pelos seus cuidados. Quando o bebê manifesta algum tipo de desconforto, cabe à sua mãe reconhecê-lo e eliminá-lo de forma apropriada para proporcionar alívio.

A perturbação no processo de reconhecimento das necessidades biológicas da criança, como por exemplo a fome, pode levar a uma inabilidade da criança em reconhecer e diferenciá-la de outros sinais de desconforto corporal ou de tensão emocional. Se a mãe oferecer alimento em resposta a sinais que indicam a presença de fome, o bebê vai sendo capaz de desenvolver o conceito de fome como uma sensação diferente de qualquer outra; seria o que Winnicott identifica como sendo a mãe suficientemente boa como aquela, cuja sensibilidade lhe permite adaptar-se adequadamente às necessidades de seu bebê. Contudo, se a mãe for negligente ou oferecer alimento indiscriminadamente, o bebê ficará confuso e não será capaz de discriminar a fome de qualquer outro desconforto. Com isso, qualquer desconforto ou tensão emocional é interpretado como fome.

Essa autora, assim como posteriormente Békei (1984), observou também que pacientes com distúrbios alimentares e obesos apresentam transtornos na relação precoce mãe-bebê referentes à satisfação de nutrição e outras carências psicológicas e corporais.

Nesse sentido, haveria uma falta de sensibilidade da mãe em reconhecer e atender as necessidades de seu filho; qualquer comunicação extraverbal de desconforto por parte da criança geraria, na mãe, sempre a mesma resposta, interferindo futuramente na habilidade dessas pessoas em discriminar a fome e a saciedade de outros sinais de desconforto e tensão emocional. Desse modo, esses pacientes apresentariam alguma perturbação no modo como a sensação de fome é experienciada. Esse déficit na percepção da fome não seria, portanto, orgânico e sim funcional.

Axelrud, Gleiser e Fishman (1999 *apud* BENEDETTI, 2001) concordam com Békei (1984) e Bruch (1973; 1977 *apud* AZEVEDO, 2003) ao afirmarem que o bebê pode chorar por diversos motivos, porém, quando a mãe interpreta o choro ou o desconforto como sendo apenas em decorrência da fome e sempre lhe oferece alimento, passa a informação de que todas as más sensações podem ser resolvidas com comida.

Estudando as famílias dessas crianças, Bruch (1973; 1977 *apud* AZEVEDO, 2003) descobriu padrões de relações, interação e comunicação perturbadas, muito semelhantes aos das famílias de esquizofrênicos, que as induziam à obesidade.

Diversos autores (FENICHEL, 1966 e KAPLAN E KAPLAN, 1957 *apud* AZEVEDO, 2003) também identificam nas perturbações da relação mãe-filho um dos fatores da obesidade infantil. Falam da “mãe do obeso” como uma mãe superprotetora e sufocante, a qual tenta compensar tendências subjacentes de hostilidade, competição ou rejeição da criança. Trata-se de uma figura materna poderosa e dominadora ao lado de uma figura paterna frágil, não-agressiva e pouco ambiciosa. Além disso, os pais enfatizam a comida para além dos fins nutricionais.

As vivências psicológicas iniciais são, portanto, de muita importância na compreensão da psicodinâmica do obeso. O ato de comer e a comida em excesso incluem uma significação maior relacionada às falhas no desenvolvimento psicológico do obeso que desorganiza sua estrutura, gerando sofrimento psíquico não enfrentado e deslocado para o funcionamento orgânico, produzindo e mantendo a obesidade.

2.3 A Família do Obeso: uma breve consideração

O fator oral/boca é, portanto, a primeira via de contato do bebê com o mundo e é decisivo na relação que o indivíduo estabelecerá com a alimentação no decorrer de toda sua vida. Portanto, de acordo com Donato et al (2004), tratar o indivíduo obeso implica incluir sua família no processo, pois, ao mesmo tempo que desempenha um papel importante na gênese e na manutenção dos distúrbios emocionais, possui também um papel fundamental na sua correção e cura.

Incluir a família no processo de tratamento da obesidade nem sempre é uma tarefa fácil. Benedetti (2006) entende que as resistências familiares podem estar presentes em qualquer forma e tipo de tratamento.

Muitas vezes, a família não está ciente do sofrimento de seu integrante obeso e interpreta a decisão de uma cirurgia, por exemplo, como mais um tratamento que será abandonado ou mesmo fracassado, uma vez que não observa mudanças significativas no comportamento alimentar ou que há falta de força de vontade para emagrecer.

Geralmente, afirma Benedetti (2006), o fornecimento de informações sobre os procedimentos e sobre a própria obesidade como doença e sua etiologia podem diminuir o nível de resistência do grupo familiar.

Contudo, há outro tipo de dificuldade que está relacionada à própria psicodinâmica das relações familiares.

Se todo sistema familiar, segundo a concepção sistêmica, tende à homeostase, a obesidade estaria à serviço da manutenção do seu equilíbrio e o emagrecimento de um de seus membros pode ser entendido como uma ameaça, gerando uma crise. Nesse caso, a resistência ao emagrecimento tem o propósito de manter a homeostase familiar, que, caso não for mantida, pode provocar o colapso do sistema ou a sua reorganização. Segundo Benedetti (2006), “se isso acontecer [o emagrecimento], o sistema ou entrará em colapso ou responderá mudando para outro assentamento capaz de satisfazer as demandas do novo campo” (BENEDETTI, 2006, p.108).

Para que essa mudança ocorra, a autora sugere oferecer um diagnóstico que inclua toda a família na problemática do paciente, a fim de torná-la co-responsável pelo tratamento, com ênfase na compreensão da psicodinâmica do obeso.

2.4 Funcionamento Psicodinâmico do Paciente Obeso

Diversos estudiosos identificaram alguns padrões semelhantes de funcionamento e traços de personalidade em indivíduos obesos. Entretanto, todos são categóricos ao afirmar que não existe um perfil de personalidade específico que

predisponha à obesidade e nem à psicopatologias específicas (BENEDETTI, 2001; DOBROW, KAMENETZ e DEVLIN, 2002; FABRICATORE e WADDEN, 2004).

Costa et al (2009) afirmam que os obesos, em geral, não possuem mais psicopatologias comparativamente aos não obesos; todavia, acrescentam que aqueles que procuram tratamento apresentam grande sofrimento psicológico e transtornos psiquiátricos:

uma constatação feita através de pesquisas nesta área mostra que obesos que procuram atendimento, os quais constituem a amostra da maior parte das pesquisas realizadas, apresentam marcado sofrimento e um aumento na incidência de transtornos psiquiátricos, em especial os transtornos de humor e transtornos alimentares, e merecem criteriosa avaliação física e psicológica (COSTA et al, 2009, p.291).

Apesar de não ter sido identificada uma personalidade do obeso, estudos recentes apontam a existência de alguns fatores de risco para psicopatologias na população de obesos, em especial os distúrbios de humor.

Fabricatore e Wadden (2004) observaram que mulheres obesas, obesos extremos ($IMC \geq 40$) e aqueles diagnosticados com transtorno do comer compulsivo são mais suscetíveis a apresentarem transtornos psicológicos.

Bruch (1973, 1976, 1977 *apud* AZEVEDO e SPADPTTO, 2004) refere que nem todo obeso é emocionalmente perturbado: há aqueles que estão funcionando com uma adaptação adequada e não procuram ajuda psiquiátrica. Há os que procuram ajuda e cujos problemas psiquiátricos não são uniformes. A obesidade, portanto, pode estar associada a qualquer desordem psiquiátrica (neurose ou psicose) ou pode ter um papel no desencadeamento de quadros psiquiátricos ou ser deles consequentes.

Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002) concluíram, após revisão de literatura, que, apesar de não existirem psicopatologias específicas entre os indivíduos obesos que procuram tratamento, o índice de depressão é significativamente mais elevado em relação aos não obesos. Os índices de transtornos de ansiedade, bulimia, tabagismo e transtorno de personalidade borderline são mais modestos.

Elfhag, Carlsson e Rössner (2003), após revisão de literatura, afirmam que não existem desvios de personalidade ou mesmo menos psicopatologia nesses pacientes. Entretanto, no que diz respeito à depressão, apontam que muitos estudos

indicam que há relação com a obesidade. Recentemente, a depressão em pacientes obesos está sendo relacionada como consequência de ser obeso, ao contrário do que propõe o DSM IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição), que afirma que o apetite elevado é um indicador de que a depressão pode afetar o comportamento alimentar.

D'Argenio et al (2009), em uma pesquisa com 200 sujeitos, incluindo indivíduos não obesos saudáveis e obesos com e sem diagnóstico de transtorno de humor, encontraram evidências de que não apenas o abuso sexual e físico como também outros traumas vividos até os 15 anos de idade estão associados ao desenvolvimento da obesidade na vida adulta. Os distúrbios psicológicos não são os únicos responsáveis pelo elevado risco de desenvolvimento da obesidade em indivíduos expostos a traumas precoces, porém é de suma importância o seu diagnóstico e tratamento.

Embora não seja possível falar de uma personalidade do obeso, estudos realizados apontam a existência de algumas características de traço de personalidade e de dinâmica psíquica semelhantes nesses pacientes.

Loli (2000) verificou a presença da cisão entre aquilo que as pacientes sabiam sobre dieta e alimentação saudável e o que faziam com a própria alimentação, apresentando, muitas vezes, uma grande dificuldade em se darem conta do quanto realmente ingeriam.

Além disso, observou que muitas de suas pacientes apresentavam enorme resistência em pensarem e refletirem sobre suas emoções. Os conflitos eram frequentemente dissipados, não atingindo uma expressão mental:

os problemas de ordem psíquica literalmente não existiam nas mentes dessas pacientes e, então, os conflitos que deveriam ser resolvidos nessa instância dirigem-se para o funcionamento orgânico produzindo e mantendo a obesidade (LOLI, 2000, p.57).

Trata-se, portanto, da descarga e expressão repetitiva de um conflito inconsciente por meio de um ato ao invés de sua verbalização (MIJOLLA-MELLOR, 2005). Em outras palavras, a simbolização é deficitária e o que deveria ser expresso dessa forma é manifesto diretamente no corpo repetidas vezes, sem que a pessoa obesa tenha consciência disso.

o paciente não tem nenhuma recordação do que esqueceu e recalcou, e não faz mais do que traduzi-lo em ato. Não é sob a forma de recordação que o fato esquecido reapareceu, mas sob a forma de ação. É evidente que o doente repete esse ato sem saber que se trata de uma repetição (MIJOLLA-MELLOR, 2005, p.179).

Esse mecanismo, no qual a pessoa expressa um conflito inconsciente por meio de um ato repetidas vezes é chamado de atuação e pode ser definido como um:

ato por meio do qual o sujeito, sob o domínio de seus desejos e fantasias inconscientes, vive esses desejos e fantasias no presente com um sentimento de atualidade que é muito vivo, na medida em que desconhece a sua origem e o seu caráter repetitivo (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p.44).

Em seu artigo “Recordar, repetir, elaborar” de 1914, Freud tece algumas considerações acerca da compulsão à repetição observada em seus analisandos. Observou que muitos de seus pacientes não se recordavam em absoluto do que fora esquecido e reprimido. O que acontecia é que atuavam sem saber que o faziam:

é lícito afirmar que o analisando não recorda absolutamente o que foi esquecido e reprimido, mas sim o atua. Ele não o reproduz como lembrança, mas como ato, ele o repete, naturalmente sem saber que o faz (FREUD, 1914/2010, p.199).

O paciente repete aquilo que foi recalcado não como um fragmento do passado, possivelmente relacionado à vida sexual infantil, e sim como se fosse uma vivência do presente (FREUD, 1920/2006).

O recordar é substituído pela compulsão à repetição, sem possibilidade de elaboração, uma vez que aquilo que foi recalcado permanece inconsciente. Quanto maior for a resistência, menor será a possibilidade de recordar o que foi esquecido e, conseqüentemente, mais o paciente atuará (FREUD, 1914/2010, 1920/2006).

Freud (1914/2010) verificou ainda que a compulsão à repetição não ocorre apenas no campo transferencial com o médico durante o tratamento analítico, mas também em outros relacionamentos e atividades do paciente. Nesse sentido, pode-se pensar que, diante de uma vivência reprimida e, portanto, esquecida, o paciente obeso atuaria por meio da repetição da ingestão compulsiva de alimentos; ele não

se recorda daquilo que recalcou, simplesmente repete a ação sem elaborar o conflito. O ato repetido corresponde à ingestão de grandes quantidades de alimento.

Loli (2000) constatou que suas pacientes apresentavam um modo muito peculiar com relação à própria experiência afetiva, que se refletia na desistência do tratamento ou numa verdadeira verborréia sem qualquer reflexão, como se os sentimentos não fossem para ser sentidos, sendo, frequentemente, mesclados, confundidos e engolidos. O ato de comer correspondia a um recurso possível para lidar com seus conflitos ou dores psíquicas.

Suas pacientes queixavam-se de grande sobrecarga de ansiedade e estresse; a autora observou que os impulsos agressivos eram os mais difíceis de serem expressos e verbalizados. A manifestação dessa voracidade, de quererem dar conta de tudo, seria uma tentativa de não entrarem em contato com a própria realidade interna. O ato de comer correspondia, portanto, a um recurso para o não enfrentamento de seus conflitos e dores psíquicas.

McDougall (1991) discute o conceito de desafetação para explicar os processos de pensamento observado em pacientes obesos. Um indivíduo desafetado é incapaz de manter contato com suas próprias emoções; as palavras não possuem a função de ligação pulsional, sendo vazias de significado. O discurso desses pacientes é intelectualizado e totalmente desprovido de afetos; são incapazes de distinguir um afeto do outro ou tendem a dispersá-los sob alguma forma de ação, aliviando, assim, uma excitação afetiva insuportável. Caracteriza-se, dessa forma, um déficit de simbolização:

as palavras (...) são os diques mais eficazes para conter a energia vinculada às pulsões e aos fantasmas aos quais estas deram origem (...) Quando as palavras deixam de preencher essa função, o psiquismo vê-se obrigado a emitir sinais de sofrimento de tipo pré-simbólico, contornando, por aí mesmo, as ligações limitadoras da linguagem (MCDOUGALL, 1991, p.114).

A autora observou, no processo de análise de seus pacientes que, durante suas infâncias, vivenciaram emoções intensas que não poderiam ser suportadas, a não ser pelo afastamento da realidade psíquica como forma de proteção e sobrevivência:

esses indivíduos tinham vivenciado precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e de identidade e que lhes foi necessário, a fim de sobreviver psiquicamente, erigir um sistema muito sólido para evitar o retorno de suas experiências traumáticas portadoras da ameaça de aniquilamento (MCDUGALL, 1991, p.105).

Com isso, conclui que seus pacientes, por não serem capazes de representar mentalmente uma ideia ligada à sua qualidade emocional e de recalcar essas representações, recorriam a mecanismos primitivos de defesas, como a identificação projetiva, para protegerem-se do impacto emocional. Ejetavam da consciência qualquer representação carregada de afetos. Isso não significa que eram incapazes de vivenciar e expressar suas emoções; o que acontecia era que eram incapazes de conter o excesso de experiência afetiva e, conseqüentemente, de refletirem sobre essa experiência. Em outras palavras, ao sinal de qualquer estado emocional insuportável, partiam para a ação. Podiam, ainda, utilizar da identificação projetiva.

Kahtalian (1992), assim como Loli (2000), também observou que o indivíduo obeso apresenta grande resistência em associar a hiperfagia com situações emocionais que está vivenciando ou já vivenciadas; há dificuldades em conectar a ingestão exagerada de comida com situações de ansiedade, depressão e medo. Além disso, a agressividade é muito reprimida e, muitas vezes, manifesta-se por meio da atuação.

Santos, Peres e Benez (2002), após revisão da literatura especializada, ratificam tais observações, incluindo a baixa autoestima, a pouca tolerância à frustração, as dificuldades para discriminar sentimentos e para lidar com as conseqüências do estresse e a contenção da agressividade como características desses pacientes.

Além disso, a obesidade pode surgir também como defesa contra sintomas depressivos, como forma de afastamento social e/ou em decorrência da repressão sexual vivida por esses pacientes.

Dalgarrondo (2000) discute que o obeso, em sua maioria, é muito sensível às frustrações, recorrendo ao alimento como forma de compensação do afeto. Aponta também que esses pacientes têm grande dificuldade em diferenciar a fome de sensações desagradáveis, desconforto, ansiedade e disforias. Em outras palavras, todo mal-estar é interpretado como fome.

Wanderley et al (2006) também constataram que a obesidade constitui numa defesa contra a agressividade, incluindo ainda a sexualidade. A raiva não é manifesta, pois o paciente não é capaz de discriminar a destrutividade advinda de sua manifestação e a agressividade. No que se refere à sexualidade, discutem como a deformação do corpo do obeso inviabilizaria o interesse sexual por parte do outro, constituindo numa importante defesa contra impulsos sexuais.

Almeida, Loureiro e Santos (2002) realizaram uma pesquisa com o objetivo de caracterizar os aspectos psicossociais relativos à imagem corporal de mulheres com obesidade mórbida em comparação a mulheres não obesas, tendo por base os indicadores de interpretação de Van Kolck para do Desenho da Figura Humana.

Um total de 60 mulheres participou da pesquisa, com idades variando entre 30 e 60 anos, divididas igualmente em dois grupos: experimental, formado por pacientes que estavam em tratamento baseado em reeducação de hábitos alimentares e dieta, com IMC ≥ 40 , e o grupo controle, composto pelas participantes com IMC variando de 20 a 25Kg/m².

Os itens nos desenhos realizados que apresentaram diferenças significativas quanto às características predominantes foram aqueles que se referiam à imagem corporal. Os dados obtidos indicam uma maior frequência, no grupo experimental, de sentimentos de subestima e de descontentamento com relação ao próprio corpo, além de falta de confiança em si e nos relacionamentos interpessoais, insegurança, ansiedade, dificuldade de adaptação ao ambiente e na percepção do próprio corpo como de fato ele é, sugerindo distorção da imagem corporal.

Santos, Peres e Benez (2002) desenvolveram um estudo, cujo objetivo foi delinear o perfil psicológico de um grupo de dez adultos obesos mórbidos antes de uma intervenção multidisciplinar voltada à reeducação alimentar. Utilizaram o Desenho da Figura Humana.

Concluíram que os pacientes apresentavam dificuldades na contenção dos impulsos, tendência à imaturidade, passividade, dependência e insegurança. Tendem a buscar no plano da fantasia a satisfação que não encontram na realidade, possuindo uma imagem corporal permeada por sentimentos de inadequação, inferioridade e descontentamento, além de uma baixa autoestima.

Tardivo (2006) procurou abordar os aspectos psicológicos mais evidentes associados à obesidade em uma amostra feminina. O grupo se constituiu de oito mulheres com idades entre 30 e 58 anos e IMC entre 27,0 e 40,5. O instrumento

utilizado foi o House-Tree-Person (HTP), incluindo o desenho da figura humana do sexo oposto ao desenhado primeiramente.

A partir dos desenhos, a autora pôde levantar como hipótese que as mulheres obesas pesquisadas têm dificuldades em lidar com sentimentos de rejeição, sendo que, para evitá-los, permanecem muito atentas às necessidades dos outros em detrimento de suas próprias. Com isso, surgem sentimentos de frustração e o alimento é utilizado como forma de repor as “energias sentidas como perdidas para o meio e não repostas nas relações interpessoais que tendem a lhe parecer unilaterais” (TARDIVO, 2006, p.36). Consequentemente, essas mulheres não conseguem dizer não e impor limites, uma vez que, se o fizessem, geraria sentimentos de culpa e temor pela perda do afeto.

Nesse sentido, a gordura pode constituir em uma barreira concreta diante dos limites nos quais a pessoa não consegue colocar de outra maneira. Ou, ainda, como uma proteção em relação ao meio externo, vivenciado pelo obeso como sendo muito ameaçador.

Morais (1990) realizou uma pesquisa com 26 mulheres obesas com idades variando entre 21 e 44 anos e nível socioeconômico médio – baixo. O objetivo foi verificar os aspectos psicológicos de pacientes obesas, de forma a diferenciar aquelas com obesidade de início precoce daquelas com início tardio. Utilizou técnicas projetivas gráficas e o Psicodiagnóstico de Rorschach, este aplicado e avaliado de acordo com a nomenclatura francesa.

A autora verificou que não houve diferenças marcantes entre os grupos de obesas de início precoce e tardio. Ambos apresentavam funcionamento mental marcado pela baixa produtividade; tendência à globalização dos estímulos com características de superficialidade; não envolvimento, como uma tentativa de não contatar mais profundamente com os afetos e de buscar o controle emocional, sem, no entanto, consegui-lo totalmente. No que diz respeito à vivência emotiva, a autora observou que é marcada pela imaturidade, labilidade e dificuldade de elaboração dos afetos, sugerindo a presença de conflitos não resolvidos e instabilidade emocional.

Considerando que as emoções negativas e o modo de enfrentar as demandas externas exercem influência na obesidade, Elfhag, Carlsson e Rössner (2003) utilizaram dois índices do Método das Manchas de Tinta de Rorschach (Sistema Compreensivo) para identificar dois subgrupos de pacientes obesos de uma amostra

de 100 sujeitos: DEPI (Depression Index ou Índice de Depressão) e CDI (Coping Deficit Index ou Índice de Déficit Relacional). Com isso, pretendiam sugerir estratégias de tratamento psicológico mais eficazes para cada tipo de paciente. Foram excluídos os protocolos de pacientes com DEPI e CDI positivos (13%) e aqueles com ambos negativos (24%). Os pacientes que deram positivo para DEPI compreenderam 37% da amostra e os que deram positivo para CDI, 26% da amostra.

As variáveis do DEPI sugerem que os pacientes apresentam dificuldades emocionais, lançando mão do distanciamento afetivo na tentativa de se defender contra tais emoções. Como resultado, há sobrecarga emocional, maior complexidade psicológica e insatisfação com o próprio corpo.

O alimento poderia, então, ser usado como uma tentativa de atenuar esses afetos dolorosos e a ansiedade, numa espécie de auto-medicação. Desse modo, pacientes com tal padrão de funcionamento se beneficiariam, segundo os autores, de um tratamento que os ajudasse a compreender seus afetos e emoções. A psicoterapia voltada para o insight cumpriria esse objetivo.

Já as variáveis do CDI sugerem a existência de dificuldades por parte desses pacientes em mobilizar recursos adequados para lidar com as exigências e demandas internas e externas. Assim, esses pacientes apresentam comportamentos inadequados frente aos alimentos e, conseqüentemente, dificuldades em modificar seus hábitos alimentares e estilo de vida. Dessa forma, um tratamento centrado na modificação do comportamento poderia beneficiá-los, uma vez que os conduziria a novos costumes e hábitos que gerariam mudanças e proporcionaria novas habilidades.

Mobbs et al (2010) realizaram uma pesquisa com 47 pacientes com sobrepeso e obesos e em 47 indivíduos com peso normal. Utilizaram uma escala conhecida como UPPS Impulsive Behavior Scale, cuja finalidade é avaliar as quatro dimensões da impulsividade, a saber: urgência, falta de perseverança, falta de planejamento e procura por sensações¹. O objetivo foi identificar quais dessas dimensões estariam presentes em indivíduos obesos.

A urgência poderia contribuir, em pessoas obesas, para dificuldades no controle da ingestão de alimentos frente a situações que mobilizem fortes emoções.

¹ Tradução Livre

A perseverança consistiria na permanência do foco em atividades que podem ser difíceis ou tediosas, que, caso ausente, facilitaria o aumento no consumo de alimentos.

A falta de planejamento se refletiria na dificuldade em pensar e refletir sobre as consequências de suas ações antes mesmo de agir; a tendência seria por optar pelas recompensas imediatas mesmo quando há consequências negativas a longo prazo. Por fim, a procura por novas sensações estaria relacionada à abertura por novas experiências e tendência a apreciar atividades excitantes e emocionantes.

Os autores concluíram que os pacientes do grupo experimental apresentam maior nível de urgência, prejudicando o controle da ingestão de alimentos, que, por sua vez, dificulta a percepção de que se está comendo muito e que isso trará consequências negativas no futuro. Apresentam ainda um alto nível de falta de perseverança, associado a dificuldades em inibir pensamentos relacionados à comida e que promove o aumento do desejo de comer.

Com base nos estudos apresentados, pode-se considerar que os pacientes pesquisados e descritos, de uma maneira geral, apresentam baixa produtividade mental, com dificuldade na manutenção do contato com as próprias emoções e na elaboração e reconhecimento dos próprios afetos. Há superficialidade, labilidade emocional, imaturidade e não envolvimento no enfrentamento dos afetos em função das demandas internas e externas. Tendência à impulsividade mais elevada (dimensões relativas à urgência e à falta de perseverança), insegurança, descontentamento com o próprio corpo e distorção da imagem corporal.

Há uma facilidade em dissiparem os conflitos sem atingirem a expressão mental e nem elaborá-los. Os conflitos são dirigidos ao funcionamento orgânico, mantendo a obesidade e, assim, a elevação da ansiedade, por exemplo.

Aqueles que buscam um tratamento na área apresentam um grau de sofrimento psíquico e transtornos de humor. A depressão tem o seu índice intensificado.

O obeso é sensível às frustrações, sendo que o alimento compensa o afeto, dificultando a diferenciação da fome de sensações desagradáveis das vivências psíquicas.

A obesidade é ainda discutida como uma defesa contra a agressividade e a sexualidade. A deformidade no corpo pelo excesso de peso inviabilizaria o interesse sexual e protegeria o obeso dos impulsos consequentes.

Embora muitos autores não considerem a existência de um perfil psicológico do paciente obeso (BENEDETTI, 2001; DOBROW, KAMENETZ e DEVLIN, 2002; FABRICATORE e WADDEN, 2004), as conclusões obtidas pelos autores apresentados são importantes na compreensão da psicodinâmica do obeso.

2.5 Obesidade e Comportamento Aditivo

Há autores que entendem a obesidade como um comportamento aditivo, embora não cheguem a um acordo sobre qual o melhor termo a ser empregado: adição ou dependência.

Kallas (2007) opta por utilizar o termo adição por considerá-lo mais abrangente que outros, como toxicofilia, toxicomania ou dependência química e por aplicar-se a diversos aspectos da vida cotidiana, como em jogos, sexo e condutas alimentares, dentre outros.

O sujeito adicto seria, então, a pessoa, cuja existência estaria orientada para a busca dos efeitos produzidos sobre seu corpo e seu espírito por substâncias lícitas ou ilícitas ou por uma conduta (jogos, condutas alimentares, sexo, uso da internet, compras) (VALLEUR e MATYSIAC, 2005).

Fairburn (1995) e Wilson (1993 *apud* BORGES e CLAUDINO, 2006) por sua vez, criticam o uso do conceito de adição quando utilizado na compreensão da compulsão alimentar, uma vez que existem diferenças importantes entre as condutas terapêuticas utilizadas no tratamento das compulsões alimentares daquelas utilizadas para outras adições.

Além disso, para Wilson (1993 *apud* BORGES e CLAUDINO, 2006), o conceito de adição envolve critérios como tolerância e dependência física que não são observados em indivíduos com compulsão alimentar (BORGES e CLAUDINO, 2006). Esses autores consideram a relação entre compulsão alimentar e as dependências ou comportamentos aditivos uma condição paradoxal, uma vez que a comida está sempre presente nos outdoors, em propagandas no rádio, na TV, em revistas e em jornais, além de ser necessária à nossa sobrevivência.

A relação entre o sujeito e um objeto será patológica dependendo da intensidade e da preponderância entre ambos. Dessa forma, qualquer objeto pode

tornar-se um objeto de dependência, desde que apresente a falta de limites e o excesso. A cocaína, o álcool, o tabaco, a internet, a comida, o jogo e o sexo podem configurar-se como objetos de dependência em função da relação que o indivíduo estabelece com eles (BORGES e CLAUDINO, 2006).

O alimento só se configurará como um objeto de dependência quando, além de garantir a sobrevivência fisiológica, garantir também a de ordem psicológica. Assim, o alimento passa a ser o foco de atenção central da vida do sujeito, “desvitalizando outros campos de interesse, causando certo desequilíbrio e prejuízos em seu funcionamento global” (BORGES e CLAUDINO, 2006, p.430).

McDougall (1991) afirma que todos somos capazes de manifestar comportamentos de comer, fumar e beber em excesso diante de situações de estresse, como uma tentativa de lidar com as demandas; entretanto, há aqueles que sempre recorrem à tais ações como uma defesa contra a dor mental, caracterizando a dependência.

De maneira semelhante, Kallas (2007) afirma que:

todos podem recorrer à comida, à bebida, ao cigarro ou mesmo a medicamentos em momentos difíceis, quando acontecimentos externos, ou mesmo internos, ultrapassam a capacidade habitual de conter e elaborar conflitos. Assim, isso não se torna um problema, a não ser em casos em que é a única solução de que o sujeito dispõe para suportar a dor psíquica (KALLAS, 2007, p.16)

Sob a perspectiva psicossomática, McDougall (1991) lança luz à questão da adição e fornece contribuições valiosas sobre o funcionamento psíquico desses pacientes. Pessoas que funcionam desse modo tornam-se mais propensas a manifestar problemas somáticos quando vivenciam situações de estresse, como casamento, luto, gravidez, divórcio, abandono e separações. Podem, dessa maneira, recorrer às soluções aditivas na tentativa de obter conforto e alívio diante dos conflitos e da dor psíquica.

Assim, o objeto aditivo está sempre investido como um objeto bom capaz de prover alívio, contudo, como não pode substituir aquele objeto que está faltando ou que sofreu danos no mundo interno, deve ser constantemente buscado no mundo externo:

indivíduos que funcionam com uma economia psíquica aditiva, a fim de fazerem desaparecer a dor psíquica não dispõem de uma representação interna da mãe como objeto introjetado capaz de dispensar cuidados, mãe com a qual eles poderiam se identificar nas situações de tensão ou de conflito (MCDUGALL, 1991, p.110)

Orsini (1998) lança mão dos conceitos de pulsão de vida e pulsão de morte de Freud na tentativa de compreender o ato de comer compulsivo dos obesos mórbidos. Entende esse ato como uma tentativa mortífera de saciar plenamente um desejo, que, de acordo com Freud, nunca é completamente saciado em sua plenitude:

quando o obeso come compulsivamente por alguma razão, o caminho da simbolização está dificultado e ele só pode experimentar o prazer ou o vazio fundamental do ser humano, o vazio da insaciabilidade plena do desejo de forma compulsiva, mortífera, empanturrando-se (...) A ausência de angústia que o obeso, de ordinário, apresenta, traduz este estado de espírito em que a angústia precisa ser tamponada, pois é como se o obeso recusasse a dimensão trágica presente no ser humano (ORSINI, 1998, p.22)

Os pacientes obesos recorrem ao ato de comer repetidas vezes na tentativa de aliviar o sofrimento e a angústia; contudo, o alívio é momentâneo, tendo que ser repetido assim que o efeito tranquilizador se extingue (LOLI, 2000).

O ato de comer repetidamente pode ser entendido também como um comportamento compulsivo, que, ao ser repetido inúmeras vezes, gera alívio:

o comer compulsivo tem uma função que vai além da função nutritiva, buscando servir à alguma satisfação emocional inconsciente. Assim, o que observamos na obesidade é uma utilização perversa da comida, ou para combater a ansiedade, ou para a satisfação de necessidades emocionais inconscientes diversas, afetivas ou sexuais (AZEVEDO, 2003, p.53).

Kallas (2007), após extensa revisão bibliográfica, afirma que, embora não exista uma estrutura psíquica aos comportamentos de dependência, alguns aspectos são recorrentes nesses pacientes. Dentre as características encontradas, destacam-se a:

incapacidade desses indivíduos de pensarem, refletirem, adiarem e a substituição dessas habilidades pela ação. São sensíveis às tensões decorrentes das necessidades, mas não são capazes de decodificá-las em termos verbais de modo a satisfazê-las. Assim, a única

maneira de se livrarem de seu desconforto se dá por meio da ação. A evitação do pensamento e a impulsividade estão também ligadas à profunda sensação de vazio existencial, com a qual não podem se deparar, devido à fraqueza egóica que não lhes permite tolerar frustrações (KALLAS, 2007, p.35)

Além disso, a autora observa uma permanente demanda por preenchimento e a constante busca de um objeto mágico, exterior, capaz de aliviar a angústia existencial. Por fim, tem-se ainda a presença de uma capacidade precária de integração das imagens parentais que poderia servir de modelos identificatórios, prejudicando identificações ulteriores e, conseqüentemente, o estabelecimento de relações duradouras.

Marchesini (2006) amplia a discussão estabelecendo um conceito de psiquismo correlacionado com a perspectiva biológica, na qual estão envolvidos o funcionamento da estrutura cerebral e suas funções eletroquímicas.

Considera que, por ser produto dos circuitos neurais, o psiquismo sofre alterações em seu funcionamento por meio dos neurotransmissores, responsáveis pela comunicação entre os neurônios. Os produtos dessa comunicação são observados pelos sentimentos, pensamentos, desejos, capacidade de concentração e atenção, controle dos comportamentos de comer e beber, regulação do sono e comportamento sexual, dentre outros.

Assim, de acordo com essas considerações, quando um indivíduo submete-se à cirurgia bariátrica, por exemplo, não é suficiente interferir apenas no estômago; é necessário agir sobre a química cerebral para que o padrão alimentar seja modificado e sua química restabelecida.

Quando a comida entra como objeto da compulsão, o mecanismo é muito similar ao do alcoolismo: “a comida abre o apetite e inicia um ciclo de ingestão alimentar descontrolada e voraz que só para quando a pessoa está empanzinada ou passando mal de tanto comer” (MARCHESINI, 2006, p.25).

A autora parte do pressuposto de que alguns estados emocionais, como por exemplo, a depressão e a ansiedade, impelem o sujeito à ingestão alimentar, com o objetivo de regular a química cerebral:

a falta de serotonina, que está na base de alguns quadros emocionais, impele o indivíduo à ingestão alimentar impulsiva e seletiva para os carboidratos, que faz o cérebro liberar L – triptofano (precursor da formação da mesma serotonina). A serotonina que se

encontra alterada em indivíduos depressivos e ansiosos requisita, via ato alimentar, que o próprio cérebro se medique, pelo impulso a comer, na tentativa de regular seu quadro afetivo. Porém, na medida em que o espaço gástrico tem seu limite, sobrevém a sensação de incômodo pela distensão e plenitude abdominais, que *em alguns* evocam sentimentos de arrependimento e culpa e acabam por reforçar o ciclo já instalado de deprimir e comer. Ao menor sinal de esvaziamento gástrico, o indivíduo começa a comer novamente (MARCHESINI, 2006, p.27)

Dessa forma, depreende-se que não basta apenas reduzir o tamanho do estômago do obeso ou propor qualquer outro tratamento, no qual a ingestão de alimentos é dificultada. Em alguns casos, é necessário tratar e restabelecer o equilíbrio neuroquímico do cérebro, uma vez que o paciente pode encontrar novas formas de medicá-lo, via outros comportamentos compulsivos e também destrutivos: abuso de álcool, drogas, sexo e compras, por exemplo.

O consumo compulsivo de alimentos pode ser considerado uma forma de adição pela presença de pensamentos e comportamentos disfuncionais nesses indivíduos. Por estabelecerem uma relação patológica com os mesmos, a comida acaba tornando-se um objeto de dependência, em função da relação que estabelecem com a mesma.

2.6 Implicações da Perda de Peso

O emagrecimento rápido e acentuado promovido por alguns tratamentos, como a cirurgia bariátrica e o uso de medicamentos, por exemplo, pode acarretar a eclosão de outros, ainda mais prejudiciais (BENEDETTI, 2001).

Franques (2006a) afirma que mesmo após a perda de peso

a dificuldade em lidar com as emoções permanece e se não for tratada adequadamente a tendência é que outras “saídas” sejam encontradas. É provável que um novo círculo vicioso se estruture de uma outra forma, lançando mão de outros ‘escapes’ (FRANQUES, 2006a, p.76).

Em sua prática enquanto psiquiatra, Morton (1966) observou que, para o obeso perder e manter o peso perdido, é necessário resolver ou avançar na

resolução de seus conflitos emocionais; muitos afetos frequentemente indicam a existência de impulsos inconscientes que dificultam a perda de peso, mas que estão a serviço da manutenção do equilíbrio emocional, conforme já foi discutido.

Durante a fase de emagrecimento, é possível perceber a manifestação da tristeza que alguns autores atribuem ao rompimento desse equilíbrio, que, ainda que calcado na enfermidade, é algo familiar para o paciente.

A perda de peso, embora fundamental para a saúde, pode ainda ser acompanhada de estresse e flutuações de humor em decorrência da mudança de comportamentos alimentares e estilo de vida, que “demandam comportamentos compensatórios de autocontrole para estabelecer uma harmonia, o qual, por sua vez, mobiliza emoções difíceis de controlar e entender” (COSTA et al, 2009, p.290).

Para Axelrud et al (1999 *apud* BENEDETTI, 2001), a obesidade possui um significado na vida do indivíduo, podendo estar a serviço de uma proteção contra intimidades, desejos sexuais, protestos ou qualquer outro tipo de manifestação de desejos ou sentimentos, tornando o emagrecimento um mobilizador de tensões.

Ao emagrecer, o paciente vê-se diante de uma nova realidade, que dele exigirá novas estratégias para lidar com tal situação. Benedetti (2001) afirma que

mudando o tamanho do corpo, mudam também as aptidões do indivíduo, o jeito de se relacionar com o mundo e consigo próprio, mas o simples fato de ter um corpo mais magro não garante que essa relação seja qualitativamente melhor (...) O bem-estar social depende, também, e sobretudo, da própria capacidade de lidar com a nova situação a que se está exposto (BENEDETTI, 2001, p.62).

O obeso que está em processo de perda de peso necessita estabelecer um novo modo de se relacionar com o mundo externo real, por meio de um processo de desestruturação e reestruturação tanto de seu mundo interno (identificações, desejos, ambições e conceitos morais) quanto do externo. Entretanto, o indivíduo depara-se com diversas situações disparadoras de ansiedade e geradoras de angústia que antes eram defendidas pela própria obesidade. Loli (2000) concorda também que permanecer obeso implica em não entrar em contato com determinadas questões e, assim, permanecer protegido:

deixar de ser obeso sempre (variando em grau quanto à importância individual de cada indivíduo) implicará em alterações na maneira de agir e em uma mudança da própria vida como um todo. Sendo assim,

é fundamental considerar que no tratamento de um indivíduo obeso estamos diante de alguém que terá de se reorganizar, pois ser obeso não é igual a não sê-lo (LOLI, 2000, p.135).

O corpo passa a ser alvo de observações e elogios, fazendo com que os relacionamentos familiares, afetivos, sexuais, sociais e profissionais requeiram adaptações. A gordura, que antes protegia, não está mais lá e, agora, o sujeito está mais exposto física e emocionalmente na vida. As dificuldades e os conflitos emocionais que estavam encobertos tendem a surgir e, se não forem tratados, podem levar o paciente a boicotar-se (FRANQUES, 2006a).

De acordo com Perez e Romano (2004), a dificuldade em aderir ao tratamento liga-se ao fato de que a ingestão de alimentos garante a manutenção desse equilíbrio psíquico. Assim, restringir essa ingestão terá significativo impacto na vida emocional do obeso, pois exige por parte dele o controle de uma importante fonte de prazer, porém sem produzir um emagrecimento imediato. Levando-se em consideração que o obeso tem baixa tolerância à frustração, como afirma Dalgalarondo (2000), esperar pelo resultado pode ser algo insuportável, doloroso e angustiante:

fazer dieta significa tolerar a frustração de não comer o que se quer, quando se quer, e poder adiar a satisfação que seria, no caso, emagrecer depois de um certo tempo. O funcionamento psíquico do adicto ao alimento não permite tolerar ou adiar satisfação (PEREZ e ROMANO, 2002, p.10)

Para essas autoras, o paciente pode, então, numa tentativa de aliviar tais sentimentos, atribuir aos profissionais a responsabilidade pelo seu tratamento, sendo frequente a fantasia de que os mesmos irão emagrecê-lo de forma mágica.

Afirmam que a relação com os profissionais nessa etapa pode ser difícil, uma vez que predomina no obeso a idealização, a projeção, a ambivalência e a indiferenciação eu-outro, que se manifestam por meio de uma expectativa fantasiosa de que os profissionais irão emagrecê-lo ou, caso haja algum fracasso, que não são competentes.

Essa indiferenciação eu-outro, em especial, pode gerar sentimentos de raiva, pois, ao ser encarado como extensão de si, os profissionais não deveriam impor a dieta e outros procedimentos, manifestando-se em desacordo com a expectativa.

A obesidade é uma parte da vida desses pacientes. Mesmo não sendo possível apresentar uma única linha terapêutica, os profissionais da área tem como um dos pontos de partida em seu trabalho interdisciplinar a certeza de que a pessoa obesa sofre psicologicamente.

Acompanhar um grupo de pacientes obesos e estudar as suas estruturas de personalidade, assim como a relação com outros fatores como a própria adesão ao tratamento iniciado, norteou o interesse e o contexto da presente Dissertação de Mestrado.

Considera-se uma adesão quando o paciente em acompanhamento perdesse mais de 10% do seu peso inicial.

A seguir, apresentamos os Objetivos desta pesquisa.

II. OBJETIVOS

A presente Dissertação tem como objetivos a identificação de traços e características da estrutura e dinâmica da personalidade de uma amostra de pacientes obesos, por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach e de observações clínicas e verificar se há relação entre os resultados obtidos e a adesão ao tratamento proposto que incluía mudanças nos hábitos e comportamentos alimentares e no estilo de vida e a colocação do Balão BioFlex.

III. MÉTODO

1. Participantes

A amostra foi composta por 19 participantes, sendo 15 mulheres e quatro homens, independentemente dos níveis socioeconômico e educacional. Os participantes foram indicados pela equipe médica responsável e recomendados pelos próprios pacientes que já estavam em tratamento.

O IMC inicial desses pacientes variou entre 29,5 e 41,01 kg/m², sendo a média 35,6, e faixa etária entre 19 e 55 anos, com média de 36,7 anos. Desses 19 pacientes, apenas um apresentava sobrepeso; 15 possuíam obesidade grau II e três eram obesos grau III (obesidade grave).

Os participantes foram divididos em três subgrupos de acordo com o referencial de Jung (1997): aqueles que haviam perdido mais de 10% do peso inicial (Grupo A – 6 participantes), os que perderam até 10% (Grupo B – 9 participantes) e os que ganharam peso (Grupo C – 2 participantes).

2. Local

A avaliação psicológica ocorreu no hospital em que o tratamento e a própria pesquisa foram realizadas e no consultório da psicóloga pesquisadora, conforme a disponibilidade de horários dos pacientes. O acompanhamento em grupo ocorreu exclusivamente no próprio hospital, em local adequado para sua realização e autorizado pelo médico responsável pela pesquisa.

3. Procedimento de Coleta

Um dos métodos de tratamento para a obesidade é o Balão de Ar. Na presente pesquisa, os participantes utilizaram o Balão da BioFlex já descrito anteriormente.

Os pacientes que foram submetidos ao procedimento completo, realizaram avaliações médicas, psicológica e nutricional, além de participarem dos grupos mensais e acompanhamento psicológico individual quando necessário. O dispositivo permaneceu no estômago por um período de quatro a seis meses.

Houve pacientes que optaram pela não colocação do balão. No entanto, participaram das outras etapas do procedimento.

Considerou-se, portanto, a adesão completa do paciente participante ao tratamento quando atingisse uma perda de 10% de seu peso inicial.

A avaliação psicológica consistiu em entrevistas clínicas e aplicação do Método das Manchas de Tinta de Rorschach (Sistema Compreensivo).

Foi realizado um acompanhamento mensal em grupo coordenado pela psicóloga pesquisadora da presente Dissertação e com participação da nutricionista antes, durante e após a colocação e retirada do Balão de Ar. Cada paciente deveria frequentar o grupo de acompanhamento por um período mínimo de nove meses: enquanto aguardava para ser avaliado pela equipe interprofissional, mais seis meses em que estaria com o dispositivo e mais três meses após a sua retirada.

4. Instrumentos

Para Bleger (2003), a entrevista se constitui numa técnica de investigação científica em Psicologia e, como tal, possui seus próprios procedimentos, onde é possível verificar e aplicar o conhecimento científico simultaneamente. Essa especificidade da técnica “identifica ou faz coexistir no psicólogo as funções de investigador e de profissional, já que a técnica é o ponto de interação entre a ciência e as necessidades práticas” (BLEGER, 2003, p.1).

Numa entrevista semi-dirigida, parte das informações é obtida por meio do relato do paciente e a outra por observação clínica que envolve, por exemplo, comportamentos verbais e não verbais, congruência entre o conteúdo do discurso e o humor e os afetos expressos (FRANQUES, 2006b). Assim, a técnica da entrevista semi-dirigida permite ao entrevistado se colocar e falar sobre aquilo que quiser e ao entrevistador em intervir com o objetivo de buscar maiores esclarecimentos, clarear pontos obscuros e ampliar informações.

Bleger (2003) utiliza o termo “entrevista aberta” que se caracteriza pela liberdade que o entrevistador dispõe para realizar perguntas e fazer intervenções. A liberdade do profissional consiste na flexibilidade, que permite que o “entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular” (BLEGER, 2003, p.4), favorecendo, dessa forma, uma investigação mais ampla e profunda da personalidade do sujeito. Dito de outra forma, o entrevistador deve ser

flexível o suficiente para permitir que o campo da relação estabelecida com o entrevistado seja configurado e estabelecido por ele.

Com base nessas considerações, foram realizadas entrevistas psicológicas com os pacientes participantes da pesquisa com o objetivo de coletar informações a respeito de sua vida, incluindo a história da obesidade, o modo como se relacionavam no seu contexto social, como lidavam com as exigências e demandas do cotidiano, como enxergavam a si e ao outro e quais os mecanismos defensivos utilizados.

Bleger (2003) afirma que nenhuma entrevista sozinha é capaz de esgotar a totalidade da personalidade de um indivíduo, mas somente uma parte dela. Para isso, é necessário que a entrevista seja associada a outras técnicas de exame.

Os instrumentos psicológicos e projetivos podem ser usados como mediadores e facilitadores do contato terapêutico e das intervenções com o mundo interno dos pacientes (PAULO, 2004).

Dessa forma, foi utilizado, além das entrevistas, o Psicodiagnóstico de Rorschach (Sistema Compreensivo), que consiste em um instrumento de investigação da estrutura e da dinâmica da personalidade. Quanto à estrutura, abrange tanto os estados quanto os traços da personalidade do indivíduo. Em relação à dinâmica, investiga suas características subjetivas, suas necessidades, atitudes, conflitos e preocupações que definem o modo como lida com as circunstâncias presentes em sua vida (WEINER, 2000).

As variáveis estruturais do Psicodiagnóstico de Rorschach (Sistema Compreensivo) compreendem as seis dimensões do comportamento humano, a saber: o modo como os indivíduos abordam as experiências e percebem os estímulos, como modulam o afeto, como lidam com o estresse, como se percebem, como organizam o pensamento e como se relacionam com os demais (Weiner, 2000).

Esse método de investigação pode ser considerado um instrumento de avaliação tanto objetivo quanto subjetivo, uma vez que envolve uma tarefa de estruturação cognitiva que inclui um conjunto de estímulos uniformes, aplicação padronizada, codificação com base em normas pré-estabelecidas e diretrizes interpretativas específicas; como também é constituído por um estímulo à capacidade de fantasiar, que permite a exploração subjetiva de imagens temáticas que pode, como ocorre com frequência, envolver projeção (WEINER, 2000).

Segundo esse autor, a projeção ocorre quando as pessoas atribuem suas próprias características internas a objetos ou eventos externos sem justificativa e sem ter consciência de que o estão fazendo. Assim, levando em consideração que as pranchas do Rorschach apresentam características mais ou menos definidas, maior será a probabilidade de que o sujeito veja e defina os estímulos segundo seus próprios termos, permitindo uma maior ou menor projeção de seus conteúdos internos.

Por fim, foram utilizados também os dados clínicos observados durante as entrevistas de avaliação e o acompanhamento em grupo e individuais.

De posse dos elementos da personalidade e do ambiente social e familiar do paciente, procurou-se identificar o que seria relevante e significativo da personalidade, os principais focos de angústias e fantasias inconscientes e mecanismos defensivos e adaptativos. É o que Trinca (1984) define como sendo um psicodiagnóstico compreensivo.

Nesta Dissertação, utilizou-se o conceito de psicodiagnóstico compreensivo de Trinca como base teórica do psicodiagnóstico interventivo. Paulo (2004) define essa modalidade de psicodiagnóstico como sendo

uma forma de avaliação psicológica subordinada ao pensamento clínico para apreensão da dinâmica intrapsíquica, compreensão da problemática do indivíduo e intervenção nos aspectos emergentes, relevantes e/ou determinantes dos desajustamentos responsáveis por seu sofrimento psíquico e que, ao mesmo tempo, e por isso, permite uma intervenção eficaz (PAULO, 2004, p.53).

A principal proposta do psicodiagnóstico interventivo, segundo Becker (2002), é explorar o significado das queixas trazidas pelo paciente, explicitando como os sintomas podem “vincular-se às interrelações e à história familiar, bem como esclarecendo eventuais características orgânicas ou sócio-culturais envolvidas nas expressões peculiares da personalidade” (BECKER, 2002, p.26).

Esse tipo de psicodiagnóstico tem como pressupostos básicos o entendimento de que o cliente é ativo no processo, implicando, consequentemente, que o psicólogo compartilhe continuamente sua compreensão da problemática trazida e o foco do trabalho se dê na relação cliente-psicólogo, onde a ênfase recai nas “possibilidades do cliente atribuir significados às experiências vividas no processo psicodiagnóstico” (BECKER, 2002, p.26).

Grassano (1996) pontua que a devolução dos aspectos desvalorizados e temidos, como também aqueles adaptativos, pode promover uma modificação da dinâmica interna daquele paciente e, conseqüentemente, uma integração entre os aspectos adaptativos e patológicos que não reconhece como sendo seus. Portanto, a entrevista devolutiva pode ser considerada também uma intervenção.

Um dos objetivos da avaliação psicológica com pacientes obesos que serão submetidos a algum tratamento para a obesidade, segundo Franques (2006a), é detectar e tratar aqueles que são portadores ou que são mais propensos a distúrbios psicológicos graves, como os psicóticos, os deprimidos, os usuários de drogas, aqueles que possuem sinais e transtornos alimentares como bulimia e anorexia. Nesses casos, faz-se de extrema importância também a participação do psiquiatra. Os outros objetivos incluem também orientação, informação e apoio.

O trabalho do psicólogo pode ser mais um instrumento que pode:

auxiliar o paciente a conhecer e a compreender melhor a si mesmo, a aderir de forma mais eficiente ao tratamento, envolvendo-se e tornando-se responsável pela vivência da criação de uma nova identidade e pela sua participação efetiva no processo de emagrecimento (FRANQUES, 2006a, p.79).

5. Considerações Éticas

Em relação aos aspectos éticos, seguindo as recomendações da Resolução CFP 016/2000 (Conselho Federal de Psicologia, 2000), foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), de modo a garantir:

1. O esclarecimento dos objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa;
2. A participação espontânea do sujeito no estudo;
3. O anonimato e a proteção da imagem do participante;
4. A utilização dos dados obtidos exclusivamente para fins de pesquisa;
5. O direito do participante de retirar seu consentimento, no todo ou em parte, em qualquer momento da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo de qualquer natureza;

Os participantes da presente pesquisa foram exclusivamente aqueles que concordaram em participar voluntariamente do estudo através da assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para fins de preservar o sigilo e o anonimato, os nomes dos participantes foram trocados por nomes fictícios.

6. Análise dos Dados

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde os dados foram analisados e interpretados qualitativamente, pois esse modo de sistematização permite o delineamento das características de personalidade dos sujeitos pesquisados possibilitando a avaliação da relação entre os traços e características de personalidade e a adesão ao tratamento.

Num primeiro momento, todos os protocolos foram analisados e interpretados, segundo as variáveis estruturais do Método de Rorschach que mais se destacaram e que foram mais representativos de cada módulo. A classificação e a interpretação de cada protocolo foi supervisionada por uma psicóloga especialista no Psicodiagnóstico de Rorschach.

Exner estudou a validade e a possibilidade de relacionar as variáveis estruturais do Rorschach entre si, submetendo os dados do teste a uma análise formal de módulos. Essa análise culminou na formulação de sete grupos de variáveis intercorrelacionadas, os quais denominou “módulos” do Rorschach (WEINER, 2000). Cada um desses módulos está associado a um aspecto distinto do funcionamento da personalidade, a saber:

- *Processamento da informação*: relativo a como as pessoas dirigem sua atenção ao mundo;
- *Mediação cognitiva*: envolve o modo como as pessoas percebem os objetos de sua atenção;
- *Ideação*: consiste no modo como as pessoas pensam sobre o que percebem;
- *Controle e tolerância ao estresse*: associado aos recursos adaptativos de que as pessoas dispõem para lidar com as demandas e gerenciamento do estresse;
- *Modulação do afeto*: compreende o modo como as pessoas lidam com as situações emocionais e como vivenciam e expressam os afetos;

- *Auto-percepção*: associado a como as pessoas percebem a si mesmas;
- *Relacionamento interpessoal*: investiga como as pessoas percebem os outros e se relacionam com eles.

Foram utilizados para a análise o *Manual de Interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo* de Exner e Sandín (1999), *Princípios da Interpretação do Rorschach* de Weiner (2000), e o *Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira* de Nascimento (2010).

Na presente Dissertação, não foi feita uma análise temática das pranchas.

A análise dos dados dos protocolos foi dividida de acordo com esses sete módulos. Foi realizada uma descrição e análise geral da amostra total e, em seguida, uma descrição e análise de cada um dos subgrupos (Grupo A, Grupo B e Grupo C), a fim de identificar possíveis semelhanças e diferenças entre eles. Os protocolos do Psicodiagnóstico de Rorschach encontram-se em anexo (Anexos B a T).

IV. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciamos a apresentação dos resultados pelos dados da Tabela 4.

Tabela 4 – Peso dos pacientes ao longo do tratamento para perda de peso

Nome	Idade	P.I	IMC	P.A.A	P.A.C	P.A 3	P.A 6	P.I – P.F	Porcentagem	IMC Final
Fernando	31	151,0	37,8	146,3	148,3	132,4	126,7	-24,3	-16,09%	31,6
Camila	29	106,5	33,71	105,6	105,3	94,1	89,8	-16,8	-15,77%	28,4
Luciana	49	79,7	33,93	77,2	75,6	70,2	69,5	-10,2	-12,79%	29,3
Joana	27	104,1	34,03	103,1	105,5	99,6	91,4	-12,7	-12,19%	29,8
Roberto	42	89,1	30,83	88,4	Não colocou	87,4	79,5	-9,6	-10,77%	27,8
Silvana	31	89,7	32,35	90,3	89,7	82,7	80,7	-9	-10,03%	29,3
Julia	19	113,6	39,31	110,9	110,4	105,2	103,6	-10	-8,80%	35,8
André	33	137,35	40,65	129,2	Não colocou	126,5	124,5	-10,85	-7,89%	39,7
Márcio	42	155,3	39,61	153,1	153,2	144,3	144	-11,3	-7,20%	36,9
Kátia	53	96,5	40,21	98,5	Não colocou	89,9	S/D	-6,6	-6,85%	37,4
Carmen	33	82,3	29,5	85,5	87,4	79,9	77,4	-4,9	-5,90%	27,8
Amanda	37	88,2	30,16	86,8	86,8	83,8	Retirou antes	-4,4	-4,98%	28,6
Eliana	41	102,0	37,47	102,1	105,9	99,9	97,2	-4,8	-4,70%	35,7
Suzana	55	100,0	34,2	101,4	101,4	99,6	Retirou antes	-2,1	-2,05%	34,1
Daniela	34	104,0	36,41	101,5	Não colocou	S/D	103,1	-0,9	-0,86%	36,1
Bruna	36	90,7	33,93	90,9	Não colocou	94,0	96,5	5,8	6,39%	36,4
Giovana	39	105,0	41,01	103,1	Não colocou	105,9	111,2	6,2	5,90%	43,4
Angela	41	92,0	37,36	89,0	Não colocou	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Alice	27	105,15	34,73	108,7	Não colocou	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D

Legenda

P.I = Peso Inicial

P.A.A = Peso Após a Avaliação

P.A.C = Peso Antes da Colocação

P.A 3 = Peso Após 3 meses

P.A 6 = Peso Após 4-6 meses

P.I – P.F = Peso Inicial – Peso Final

S/D = Sem Dados Disponíveis

Pacientes com mais de 10% de perda do peso inicial (Grupo A)

Pacientes com até 10% de perda do peso inicial (Grupo B)

Pacientes com ganho de peso (Grupo C)

Dos 19 sujeitos da amostra, seis perderam mais de 10% do peso inicial (Grupo A), sendo que a perda média foi de 13,7Kg. O máximo de peso perdido foi de 24,3Kg e o menor 9Kg. Desses seis pacientes, apenas um não colocou o Balão de Ar, pois optou pela reeducação alimentar e a prática de exercícios físicos.

O peso médio, que antes era de 103,3Kg foi para 89,6Kg e o IMC médio desses pacientes passou de 33,7 para 29,3.

Todos os seis participantes foram diagnosticados com obesidade grau II antes do início do tratamento e, seis meses após a colocação do dispositivo, cinco passaram para sobrepeso, sendo que apenas um continuou com obesidade grau II.

Outros nove pacientes (Grupo B) eliminaram até 10% do peso inicial, com perda média de 5,6Kg. A maior perda de peso nesse subgrupo foi de 11,3Kg e a menor 0,9Kg.

Dois desses pacientes, identificados a seguir por nomes fictícios, retiraram o dispositivo antes de completar seis meses: Amanda, que teve uma intercorrência médica e Suzana, pois não estava satisfeita com os resultados obtidos, afirmando nas reuniões que era muito trabalhoso fazer todas as mudanças propostas, preferindo realizar a cirurgia bariátrica. Tratava-se de uma paciente com dificuldades em estabelecer limites para si e para os demais; frequentemente, ingeria mais alimento do que o necessário para saciar sua fome na intenção de testar o quanto poderia comer. Era uma paciente que durante toda a vida sempre testou os limites. Nas entrevistas, mostrou-se muito focada na situação de conflito que estava sendo vivida pelo esposo e as repercussões disso nos filhos, um dos quais estava realizando avaliação psicológica para colocação do Balão de Ar pela mesma psicóloga. Suzana não possuía um olhar para si mesma e facilmente colocava-se no lugar de uma figura materna curiosa nos segredos que o filho pudesse contar em seus atendimentos e não nos próprios afetos. A saída do grupo e a decisão de retirar o Balão apenas dois meses após sua colocação foi consequente da resistência em enfrentar seus conflitos pessoais (FREUD, 1914/2000 e 1920/2006), além de considerar-se uma pessoa com baixa autoestima, razão pela qual atribui o aumento de peso.

Desses nove pacientes, três não colocaram o Balão: André e Kátia optaram por aguardar um tempo maior após as avaliações psicológicas e nutricionais, com o intuito de tentar promover as mudanças nos hábitos e comportamentos alimentares sem o auxílio do dispositivo, no entanto abandonaram o tratamento. E Daniela, pois não estava conseguindo se organizar minimamente de forma a seguir as orientações dadas pela nutricionista.

Santos (2010) discute a importância da participação do paciente em sua reeducação alimentar. Mesmo não havendo uma rigidez na dieta discutida e

apresentada, a desistência desses pacientes evidencia a dificuldade na compreensão da função do alimento em suas vidas.

O peso médio dos pacientes desse grupo, que inicialmente era de 112,1Kg foi para 102,5Kg e o IMC médio passou de 36,3 para 34,6. Antes de iniciarem o tratamento, seis deles foram diagnosticados com obesidade grau II e dois com obesidade grau III; quatro a seis meses após a colocação do Balão, seis foram classificados com obesidade grau II e dois com sobrepeso.

Observa-se, assim, que dois pacientes saíram da obesidade grau III e passaram a ser classificados como obesos grau II e dois pacientes que antes eram obesos grau III passaram a ser obesos grau II, o que significa que, embora a perda de peso foi inferior a 10% do peso inicial, possivelmente, obtiveram mudanças importantes na qualidade de vida. Esses dados devem ser entendidos com algumas ressalvas, pois, desses nove pacientes, três não colocaram o Balão de Ar e dois retiraram antes de completarem o período mínimo de permanência de quatro meses.

Quanto aos demais pacientes, duas ganharam, em média, 6Kg durante o tratamento e mantiveram-se na mesma classificação de obesidade (graus II e III) (Grupo C), e duas interromperam o mesmo após a avaliação psicológica e nutricional, daí a ausência de dados quanto ao peso e ao IMC. Nenhuma dessas quatro pacientes colocou o dispositivo.

Em relação ao tempo de permanência desses pacientes nos grupos mensais, organizamos a Tabela 5.

Dos seis participantes com perda de peso maior que 10% do peso inicial, quatro frequentaram o grupo por aproximadamente 24 meses, sendo que cinco no total por mais de 13-18 meses.

Com relação àqueles que perderam até 10% do peso inicial, a distribuição de tempo de permanência no grupo se estendeu até o período de 13-18 meses, sendo quatro deles até seis meses.

As únicas duas pacientes que incrementaram o peso permaneceram nos grupos de acompanhamento pelo período de 19-24 meses. Não colocaram o Balão por decisão da equipe, por não apresentarem condições psicológicas e nutricionais consideradas mínimas para lidarem com as exigências e consequências de uma nova realidade advinda com as mudanças impostas pelo procedimento e pelo emagrecimento.

Tabela 5 – Peso dos pacientes X Período de Tempo de permanência no grupo mensal

	Pacientes com mais de 10% de perda do peso inicial	Pacientes com até 10% de perda do peso inicial	Pacientes com ganho de peso
0 - 6 meses		Julia Suzana Eliana Carmen	
7 - 12 meses	Roberto	André Márcio Amanda	
13 - 18 meses	Luciana	Kátia Daniela	
19 - 24 meses	Fernando Camila Joana Silvana		Bruna Giovana

Legenda

- Pacientes com mais de 10% de perda do peso inicial (Grupo A)
- Pacientes com até 10% de perda do peso inicial (Grupo B)
- Pacientes com ganho de peso (Grupo C)

Ao longo do acompanhamento desses 19 pacientes, pôde-se observar que o espaço grupal permitiu a aprendizagem de diversas informações nutricionais, possibilitando a todos a opção de entendê-las e praticá-las. A participação na construção cotidiana da dieta amplia o poder da decisão em mantê-la (SANTOS, 2010).

Na parte psicológica, as questões subjetivas foram o foco dos encontros. Assim como descreveram Kahtalian (1992) e Loli (2000), muitos desses participantes tiveram dificuldades em exporem seus afetos e refletirem sobre suas próprias emoções e relacioná-las às situações de ansiedade, depressão, medo e angústias, por exemplo, conforme será discutido no Módulo de Afetos do Rorschach.

O acompanhamento em grupo com enfoque interdisciplinar pode ser considerado um importante instrumento no tratamento da obesidade. As intervenções da psicóloga não produziam o emagrecimento e sim a compreensão dos processos emocionais associados ao aumento e a perda de peso, além do significado da obesidade na vida de cada um, conforme também indicado por Azevedo (2003).

É possível que o tempo de permanência desses pacientes nos grupos tenha exercido alguma influência no que diz respeito à ampliação da consciência e da noção de si próprio, o que parece ter refletido, de alguma forma, no processo de perda de peso. Os pacientes que mais perderam peso foram os que permaneceram por mais tempo nos grupos.

Contudo, o grupo sozinho não deve ser o único suporte para esses pacientes, uma vez que não dá conta de questões que foram negligenciadas por tanto tempo. Com isso, reforça-se também a importância da psicoterapia, do acompanhamento nutricional e psicológico individuais e que o tratamento seja conduzido por uma equipe interdisciplinar.

Embora tenha sido ratificada a importância do entendimento psicodinâmico da obesidade e das questões subjacentes à mesma, apenas três pacientes do Grupo B (Eliana, André e Julia) optaram e fizeram, por um período, psicoterapia individual. Os demais participantes permaneceram apenas no grupo.

André, por exemplo, muito participativo nos encontros de grupo, iniciou seu atendimento individual ao perceber o quanto era exigente na atenção e cuidado que a namorada pudesse ter para com ele, sem, no entanto, apresentar o mesmo comportamento com ela. Desse modo, optou por dar continuidade ao processo iniciado durante a avaliação, de forma a procurar compreender os motivos que o faziam agir dessa maneira.

Filho adotivo, ficou órfão de pai quando criança e de mãe aos 18 anos. Denominava-se “uma pessoa sozinha” (sic). Identificou que a obesidade teve início a partir da morte da figura materna, situação desencadeante de trauma, conforme discute D’Argenio et al (2009). Buscava nos relacionamentos que estabelecia com as namoradas uma forma de “escapar da solidão” (sic). O desejo de poder casar-se com uma delas estava condicionada a esta necessidade.

O alimento parecia preencher o vazio afetivo sentido, provocador de um mal-estar contínuo, como afirma Dalgallarrondo (2000).

A interrupção das sessões individuais ocorreu após três meses. Não conseguiu expor para a psicóloga o motivo da desistência. No entanto, avançar implicava em poder refletir sobre sua sexualidade, a relação com o aumento de peso e o comer compulsivamente em sua história de vida, gerando muita angústia e ansiedade.

A seguir, apresentaremos os resultados da análise dos protocolos do Psicodiagnóstico de Rorschach e das observações clínicas dos participantes da amostra total.

1. Análise e Discussão dos Protocolos do Psicodiagnóstico de Rorschach e das Observações Clínicas da Amostra Total

A tríade cognitiva do Rorschach é composta por três módulos independentes entre si, porém intimamente relacionados, a saber: processamento da informação, mediação e ideação. Cada um desses módulos informa como a pessoa incorpora as informações procedentes do exterior, como as traduz e as identifica e como elabora novos conceitos a partir delas.

Apresentaremos, a seguir, os resultados obtidos na análise dos módulos do Rorschach.

1.1 Processamento da Informação na Amostra Total

O modo como o indivíduo incorpora as informações vindas do exterior serão influenciadas pela sua capacidade de ajustar a sua conduta às demandas reais das situações que aparecem em sua vida. A partir disso, foram selecionadas as variáveis: Lambda, Zd, W:D:Dd e qualidade formal (DQ). Vide Tabela 6.

Tabela 6 – Processamento da Informação na Amostra Total

Nome	LAMBDA	Zd	W:D:Dd	DQ+	DQv/+	DQv
Eliana	0,37	-2,5	14:12:0	14	0	0
Suzana	0,31	-1	10:5:2	4	0	2
Roberto	0,53	-6,5	14:9:0	7	0	0
Angela	0,17	2,5	4:18:5	5	1	1
Márcio	0,38	-1,5	9:8:1	2	0	0
Luciana	0,06	-0,5	14:3:1	11	0	1
André	0,27	1,5	8:5:1	11	0	0
Bruna	0,78	7	6:5:5	9	0	0
Fernando	0,19	7	11:7:1	10	0	0
Joana	0,42	2,5	13:4:0	7	0	0
Silvana	0,08	2	10:2:2	4	5	1
Alice	0,45	1	9:7:0	6	1	2
Giovana	0,5	-4,5	5:9:1	4	0	1
Daniela	0,5	0	10:5:3	2	0	3
Kátia	0,33	-3,5	6:14:8	10	0	2
Carmen	0,29	1	10:12:0	6	0	2
Amanda	0,75	-2,5	6:29:7	11	1	0
Julia	0,14	3	8:7:1	8	0	1
Camila	0,25	-4,5	8:10:2	6	0	0

Legenda

L → entre 0,30 e 0,99 L < 0,30 L > 0,99

Zd → entre -3,0 e +3,0 Zd > +3,0 Zd < -3,0

W:D:Dd → equilíbrio predomínio de W predomínio de D predomínio de Dd (Dd > 3)

DQ+ → média alto baixo

DQv/+ → média alto baixo

DQv → média alto baixo

O Lambda indica a proporção das respostas de Forma Pura em um protocolo e diz respeito ao controle intelectual de que o indivíduo dispõe, de modo a evitar o processamento das emoções; são as respostas que menos requerem dispêndio de energia, visto que são as mais simples, pois desconsidera-se a complexidade no campo de estímulos, ou seja, o indivíduo elimina do campo tudo aquilo que não é forma, tais como as cores, o sombreado e a perspectiva, por exemplo.

Dos 19 participantes, onze possuem foco de atenção equilibrado (Lambda entre 0,30 e 0,99); são pessoas mais objetivas, capazes de identificar informações

importantes e acessórias, a tolerar as incertezas e ambigüidades e a lidar com as situações de maneira flexível.

Os oito pacientes restantes apresentam Lambda baixo, indicando a presença de dificuldades em discriminar informações importantes das acessórias, deixando, com isso, passar muitos estímulos. Além disso, sofrem grande interferência das estimulações emocionais, não conseguindo evitá-las e, conseqüentemente, são inundados por elas.

Essa dificuldade em selecionar e separar as informações importantes das acessórias reflete um foco de atenção amplo, o que permite certo dinamismo e sensibilidade, favorecendo a realização criativa das tarefas. Entretanto, se a pessoa estiver, por exemplo, vivenciando um nível de estresse superior aos recursos disponíveis ($\text{Nota D} < \text{AdjD}$), o que pode ser observado em cinco desses oito participantes, é provável que essa consciência dilatada de sua vida contribua para que se sintam distraídos, dispersos e com a consciência de que existem aspectos desagradáveis de suas vidas que prefeririam ignorar ou desconsiderar.

Na amostra do Estado de São Paulo, Nascimento (2010) identificou que 50% dos pesquisados apresenta valores de Lambda entre 0,40 e 1,14. Se considerarmos esse intervalo, não haverá mudanças na frequência de pacientes com Lambda situado no intervalo médio.

A variável Z_d avalia o equilíbrio entre a quantidade de informações incorporadas e a capacidade de processá-la adequadamente. Dos 19 sujeitos, 13 encontram-se no intervalo médio (entre -3,0 e +3,0), indicando que absorvem a quantidade de informações que são capazes de processar adequadamente, sendo provável que cheguem a conclusões, solucionem problemas e completem tarefas de modo eficiente e com um nível de êxito compatível com suas habilidades.

Quatro participantes podem ser caracterizados como hipoincorporadores ($Z_d < -3,0$): são indivíduos que absorvem poucas informações e tendem a examinar suas experiências de modo mais superficial. Embora esse modo de funcionamento favoreça a tomada rápida de decisões e a realização ágil de tarefas, a pessoa corre o risco de errar em seus julgamentos em decorrência de análises superficiais.

É interessante notar que, desses quatro participantes hipoincorporadores, dois possuem DQ_+ abaixo da média, indicando, provavelmente, que o baixo volume de informações absorvido e a rápida tomada de decisões dificultam e prejudicam a

qualidade da análise e da síntese dos elementos do campo de estímulos, aumentando a probabilidade do indivíduo cometer mais erros.

Apenas dois participantes da amostra hiperincorporam informações ($Z_d > +3,0$), absorvendo um volume além de sua capacidade de processar com eficiência. A pessoa tende a examinar as situações mais profundamente do que é preciso, o que indica cuidado e ampla consideração entre os elementos. Entretanto, se o tempo disponível for curto, pode haver aumento da ansiedade, pois sente que lhe falta informações suficientes para tomar qualquer decisão; hesita e mostra-se insegura. Observa-se que ambos possuem DQ_+ acima da média, indicando, possivelmente, que o exame profundo das situações favoreça o estabelecimento de vínculos significativos entre os elementos.

Na amostra do Estado de São Paulo, resultados acima de $+2,0$ foram pouco frequentes (NASCIMENTO, 2010), assim como na amostra da presente pesquisa.

O Índice de Economia, representado pela variável $W:D:D_d$, indica que 42,1% dos sujeitos, ou oito, focam sua atenção nos aspectos globais de suas experiências (W), em detrimento dos aspectos comuns (D). Esse modo de aproximação pode facilitar a apreensão de relações complexas entre os eventos e a conduzir a formulações criativas, no entanto, quando em excesso, pode comprometer a atenção a questões comuns, também importantes.

Ainda com relação ao Índice de Economia, quatro sujeitos apresentaram $D_d > 3$; essa frequência é considerada alta, se comparada aos 5% da amostra americana dos não-pacientes que deram esse mesmo resultado. Quando essa variável está aumentada, indica atenção acentuada aos aspectos incomuns das experiências; trata-se de pessoas criativas, mas que tendem a desconsiderar aquilo que é óbvio para a maioria (por exemplo, Xu% encontra-se elevado nesses quatro pacientes), resultando em dificuldades nos relacionamentos interpessoais, uma vez que suas percepções sobre determinado evento podem não ser compartilhadas pelos outros.

Apenas seis participantes são capazes de reconhecer o significado mais amplo dos eventos e, ao mesmo tempo, notar aquilo que é comum e trivial, facilitando a adaptação.

A análise das DQ se relaciona diretamente com o nível de desenvolvimento intelectual e com a capacidade para realizar operações de análise e síntese no campo de estímulos.

A DQ_+ representa a forma mais elaborada de análise e síntese; isso significa que a pessoa é capaz de examinar, compreender e estabelecer relações significativas entre os eventos. É possível observar que 12 participantes possuem DQ_+ na média ou acima da média, entretanto chama a atenção que 36,8% apresenta baixa capacidade de elaboração cognitiva.

A $DQ_{v/+}$ é a menos frequente, porém está presente em quatro pacientes, uma frequência relativamente alta. Essa variável indica que a pessoa até consegue realizar processos de análise e síntese, no entanto os mesmos estão prejudicados por problemas de definição formal; a síntese possui menor precisão e eficácia.

O interessante é que, desses quatro participantes, metade possui DQ_+ abaixo da média, reforçando a hipótese de que os processos de análise e síntese dos elementos do ambiente são menos precisos e eficazes, podendo prejudicar a adaptação.

Por fim, a DQ_v , que assinala um funcionamento cognitivo mais imaturo e primitivo, isto é, menos elaborado, também é pouco frequente, porém está presente em três pacientes.

A partir da análise das variáveis do módulo de Processamento da Informação, pode-se dizer que, de maneira geral, 57,8% dos pacientes possui capacidade de estabelecer relações significativas entre os elementos do campo de estímulos; são objetivos e capazes de identificar informações importantes e acessórias, de tolerar as incertezas e ambiguidades e de lidar com as situações de maneira flexível, entretanto há uma frequência alta de indivíduos com dificuldades importantes na capacidade de síntese. Apesar disso, 68,4% absorve a quantidade de informações que é capaz de processar adequadamente, embora a qualidade do processamento esteja relacionado ao modo como o indivíduo irá estabelecer as relações entre os eventos e os elementos do ambiente.

1.2 Mediação Cognitiva na Amostra Total

O módulo de Mediação Cognitiva preocupa-se com a forma com que a pessoa traduz as informações advindas do ambiente; em outras palavras, avalia o grau de adaptabilidade e convencionalidade de suas respostas. A eficácia das

condutas dependerá de seus processos de mediação que lhe permitirá se adequar com maior ou menor precisão frente às exigências e demandas do ambiente. A partir disso, foram selecionadas três variáveis consideradas mais significativas: X_%, Xu% e Populares (Tabela 7).

Tabela 7 – Mediação Cognitiva na Amostra Total

Nome	X_%	Xu%	POP.
Eliana	0,12	0,27	9
Suzana	0,24	0,18	5
Roberto	0,13	0,26	9
Angela	0,15	0,44	2
Márcio	0,17	0,17	6
Luciana	0,11	0,28	7
André	0,14	0,21	5
Bruna	0,31	0,38	2
Fernando	0,37	0,16	3
Joana	0,18	0,29	8
Silvana	0,07	0,29	4
Alice	0,06	0,44	6
Giovana	0,2	0,13	7
Daniela	0,22	0,39	3
Kátia	0,21	0,32	5
Carmen	0,14	0,18	6
Amanda	0,12	0,33	8
Julia	0,13	0,63	3
Camila	0,15	0,15	6

Legenda

X_% → X_% ≤ 0,15 X_% > 0,15

Xu% → entre 0,10 e 0,20 Xu% < 0,10 Xu% > 0,20

Pop. → entre 5 e 7 com R > 17 e entre 4 e 6 com R ≤ 17 P < 4 P > 7

A variável X_% representa a proporção de respostas que estão afastadas do habitual, ou seja, aquelas que apresentam distorções significativas das percepções que o indivíduo forma acerca de si e do ambiente. As respostas de qualidade formal *menos* é aquela em que a probabilidade de que tenha havido projeção é alta, uma vez que aquilo que a pessoa vê não está lá, não corresponde aos contornos concretos da mancha, devendo, assim, ter surgido de seu interior.

Destaca-se que 42,1% da amostra apresenta $X_{\%} > 0,15$ e que, desses 42,1%, dois pacientes têm $X_{\%} > 0,29$. Isso significa que esses indivíduos possuem grande probabilidade de perceber os eventos de forma inadequada e de formar impressões errôneas a seu próprio respeito e em relação aos demais, levando-os a cometerem erros de julgamento.

Analisando os determinantes que acompanham todas as respostas FQ_, observa-se que a grande maioria concentra-se nas respostas de Forma Pura, Cor Cromática e Acromática e Movimento Humano e Animal. Isso significa que as distorções na percepção ocorrem, principalmente, nos processos de controle intelectual, nas capacidades de processar e expressar sentimentos tanto agradáveis quando desagradáveis, de perceber os outros adequadamente e, por fim, nos processos ideativos provocados por estados de insatisfação de necessidades básicas primárias (fome, sede, calor, frio) e secundárias (prestígio, sucesso).

As respostas FQu, apesar de pouco frequentes na amostra americana de não-pacientes, são facilmente percebidas e não violam os contornos das manchas. Trata-se de um modo mais individualizado de traduzir os estímulos, porém sem distorções. Na presente amostra, 68,4% dos sujeitos, ou 13 de 19, apresentam $Xu_{\%} > 0,20$, indicando que possuem um modo muito próprio de ver o mundo, o que pode gerar excessivo auto-centramento, fazendo com que suas percepções sejam orientadas em função de suas necessidades.

Como esses indivíduos traduzem os estímulos de forma mais idiossincrática, a possibilidade de vivenciarem conflitos ou dificuldades vai depender das exigências e das expectativas sociais. Se levarmos em consideração que hoje vivemos numa “sociedade lipofóbica” (FISCHLER, 1995), as condutas e comportamentos dos obesos não são aceitos, uma vez que vão de encontro às expectativas e exigências cada vez maiores de um corpo magro, esbelto e saudável.

As respostas Populares complementam a análise das variáveis $X_{\%}$ e $Xu_{\%}$, na medida em que informam o grau de convencionalismo e adaptabilidade às normas sociais.

Dos 13 pacientes com $Xu_{\%} > 0,20$, cinco deram respostas Populares dentro do intervalo médio e quatro deram acima da média. Apesar de traduzirem os estímulos do ambiente de maneira mais individualizada, são capazes de reconhecer o que é convencional para a maioria das pessoas, especialmente em momentos em que são solicitados a responder de acordo com as normas, embora isso não

signifique que responderão de forma convencional o tempo todo, já que isso depende de outras variáveis, tais como o volume de recursos de que dispõem e o modo como os utiliza e se estão vivenciando momentos de estresse.

Dos cinco pacientes que deram respostas Populares abaixo da média, quatro possuem $X_u\% > 0,20$, indicando incapacidade significativa de perceber o que é óbvio para a maioria das pessoas, o que pode gerar conflitos e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Entretanto, isso não significa um comprometimento do teste de realidade, já que outras variáveis devem ser levadas em consideração, por exemplo, WSum6.

Um número adequado de Populares ameniza as implicações negativas de $X\%$, pois indica a existência de alguma capacidade de reconhecer a realidade convencional, mesmo quando na presença de dificuldades importantes na percepção de si, dos outros e dos eventos: dos oito sujeitos que pontuaram $X\% > 0,15$, cinco possuem essa característica.

Resumidamente, é possível afirmar que, embora a maioria dos participantes traduza a percepção dos estímulos de maneira distorcida e/ou mais individualizada, é capaz de reconhecer aquilo que é óbvio para os outros, principalmente quando solicitada a agir e a pensar de forma mais convencional, sem, no entanto, perder de vista seu desejo de ser singular e diferente.

1.3 Ideação na Amostra Total

O objetivo desse módulo é investigar como são conceitualizadas as informações incorporadas e traduzidas do meio ambiente. Seu foco são as características do pensamento, a qualidade e a lucidez da ideação, a frequência em que suas características se manifestam e o modo como é utilizada.

A ideação refere-se ao modo como as pessoas organizam o pensamento, a partir de suas experiências e impressões. Assim, serão analisadas as variáveis associadas à soma ponderada dos seis códigos especiais críticos (WSum6), aos movimentos (FM, M e m), à proporção a:p e ao Índice de Intelectualização ($2AB + Art + Ay$) (Tabela 8).

A variável EB será discutida ao final da análise dos demais módulos.

Tabela 8 – Ideação na Amostra Total

Nome	Wsum6	a:p	Ma:Mp	FM	m	Lado esq. eb	Intelectualização	EB
Eliana	13	3:12	2:6	6	1	7	2	intro. persis.
Suzana	2	3:5	2:1	4	1	5	8	intro.mod
Roberto	1	5:4	3:3	3	0	3	3	intro. mod
Angela	2	2:17	0:6	10	3	13	1	intro. mod
Márcio	0	0:8	0:3	4	1	5	3	ambigual
Luciana	8	6:6	2:2	4	4	8	0	extrat. mod.
André	21	4:9	3:7	2	1	3	4	intro. persis.
Bruna	7	4:3	1:1	4	1	5	4	extrat. mod.
Fernando	19	5:8	1:6	4	2	6	4	ambigual
Joana	20	4:6	1:3	3	2	5	5	intro. mod
Silvana	11	2:5	0:4	2	1	3	12	extrat. mod.
Alice	0	4:6	0:0	7	3	10	1	extra. persis.
Giovana	2	4:1	1:1	3	0	3	0	extrat. mod.
Daniela	7	1:1	0:1	1	0	1	4	extra. persis.
Kátia	18	5:7	3:1	8	0	8	3	extrat. mod.
Carmen	3	1:7	1:4	3	0	3	3	ambigual
Amanda	0	3:11	1:5	5	3	8	2	intro. mod
Julia	22	6:6	0:0	9	3	12	4	extra. persis.
Camila	7	4:11	1:5	5	4	9	0	intro. persis.

Legenda

WSum6 → WSum6 ≤ 12 WSum6 > 17

a:p → números parecidos se um exceder 4 e um dos valores for maior do que o dobro do outro

Ma:Mp → Ma ≥ Mp com M > 1 Mp > Ma

FM e m → FM entre 3 e 5 FM > 5 FM < 3 m = 1 m = 0 m > 1

Lado esq. eb → FM + m < 6 com FM entre 3 e 5 FM + m > 6

Índice de Intelectualização → quando ≤ 3 entre 4 e 5 > 5

EB → intro. persis. intro. mod. ambigual extra. mod. extra. persis.

A variável WSum6, que inclui a soma ponderada dos seis códigos especiais críticos, a saber DV, DR, INCOM, FABCOM (todos podendo ser classificados em Nível 1 e 2), ALOG e CONTAM, avalia a capacidade das pessoas de formar impressões razoáveis sobre as relações entre eventos e manter um fluxo coeso entre as ideias e associações.

Os Níveis 1 e 2 representam o grau de afastamento da realidade que os conteúdos mostram, sendo o Nível 1 o de grau mais leve. Esse nível é o mais presente em todas as respostas que apresentam DV, DR, INCOM e FABCOM nos protocolos dos pacientes da amostra.

Um total de 13 participantes da amostra apresenta boa capacidade de pensar de maneira lógica e coerente, o que pode minimizar os efeitos negativos de $X_{\%}$ e $Xu_{\%}$ elevados encontrados.

Os seis protocolos restantes, por sua vez, apresentam $WSum6 > 17$, o que significa que esses sujeitos se deparam com dificuldades importantes de raciocínio, podendo ocorrer interrupções no fluxo do pensamento e conceituações equivocadas, aumentando a probabilidade de cometerem erros nas tomadas de decisão.

Vale ressaltar que, desses seis sujeitos, um possui $WSum6 < 17$, porém foi incluído junto aos pacientes que apresentam dificuldades de raciocínio, pois apresenta três respostas DR1 e uma FABCOM1. As respostas DR1 implicam numa falta de controle da impulsividade ideativa que acaba gerando divagações que não têm relação com a tarefa que estão realizando naquele determinado momento. Já as respostas FABCOM1 assinalam falhas na atividade de síntese, sugerindo que a ideação está desorganizada ou é imatura. Em outras palavras, trata-se de alguém com controles fracos e imaturo.

Esses seis participantes deram, ao todo, 34 respostas contendo códigos especiais críticos: 14 respostas com DR1, sete com FABCOM1, seis com INCOM1, duas com DV1, duas com ALOG, uma com CONTAM e duas com DR2. Isso significa que as dificuldades no raciocínio concentram-se, principalmente, na falta de controle da impulsividade reativa, o que gera divagações inconsistentes (DR), na falha na atividade de síntese (FABCOM) e no fracasso na capacidade de discriminação do indivíduo e uma forma muito concreta de raciocínio (INCOM).

Assim como na amostra do Estado de São Paulo de não-pacientes, na amostra da presente Dissertação, a frequência dos códigos especiais de nível 2 também é bastante raro, assim como as respostas CONTAM.

Analisaremos agora as variáveis envolvidas com as respostas de movimento (M, FM e m). Essas respostas refletem características da ideação, pois a conceituação está envolvida na atribuição de movimento ao percepto. Como a percepção de movimento não está presente na mancha, a pessoa a cria a partir de

um processo mental; em outras palavras, lança mão de um processo ideacional e, nesse sentido, alguma forma de projeção se faz presente.

O pensamento flexível é evidenciado no Rorschach pela proporção de movimentos ativos e passivos (a:p). Quando a soma de um dos valores de a:p exceder quatro e um desses valores for maior do que o dobro do outro, indica a presença de inflexibilidade cognitiva. Dos 19 pacientes da amostra, dez são capazes de considerar perspectivas alternativas de suas experiências e de modificar seus pontos de vista.

No entanto, nove participantes da amostra são inflexíveis, o que significa que apegam-se rigidamente a seus valores, ideias e crenças, custando muito a mudar de ponto de vista e de apreender novos modelos de funcionamento.

Essa característica é um fator de prognóstico desfavorável, uma vez que uma pessoa inflexível tende a opor grandes resistências a qualquer processo e mudança. Levando-se em conta que o tratamento para obesidade implica em mudanças nos hábitos, nos comportamentos alimentares e no estilo de vida, os pacientes que apresentam rigidez cognitiva podem ter muitas dificuldades em aceitar e prosseguir com o tratamento proposto, já que raramente reavaliam suas posturas com base em novas informações e dificilmente mudam de opinião quanto ao modo mais adequado de promover mudanças.

São pacientes, por exemplo, muito resistentes ao fracionamento das refeições e à não ingestão de bebidas gasosas antes da colocação do dispositivo; possuíam muitas crenças quanto às dietas e tinham muita dificuldade em modificá-las, pois sempre fizeram daquele determinado jeito e o consideravam correto.

O pensamento construtivo é evidenciado no Rorschach pela proporção de movimentos humanos ativos e passivos (Ma:Mp) e consiste em usar a ideação de modo realista e voltado para a ação, visando a solução de problemas. Quando uma pessoa é capaz de enfrentar as situações pensando sobre elas, não vive à mercê das circunstâncias e evolui na vida por vontade própria.

Assim, a proporção $Ma \geq Mp$ indica que o indivíduo é capaz de pensar de modo construtivo. Essa capacidade está presente em apenas seis participantes da amostra. Dois não deram respostas de movimento humano, indicando a presença de dificuldades importantes no funcionamento de suas atitudes ideacionais, e um forneceu apenas uma resposta M.

Dez pacientes, ou 52,6%, apresentam $M_p > M_a$, indicando tendências a substituir a realidade pela fantasia, na tentativa de lidar com as exigências e demandas da vida cotidiana imaginando como os outros ou eventos fortuitos poderiam tomar decisões ou resolver problemas por eles. Ao mesmo tempo em que proporciona um alívio momentâneo do desconforto, esse mecanismo aumenta a dependência dos demais, pois essa atitude traz implícita a ideia de que as soluções vêm de fora.

Na amostra do Estado de São Paulo de não-pacientes, 44% dos sujeitos apresentaram $M_p > M_a$, o que pode ser considerado um valor muito alto. Na presente amostra, esse valor é ainda mais alto: 52,6%.

Essa porcentagem tem uma implicação significativa no que diz respeito ao tratamento da obesidade: esses pacientes delegam à equipe, ao esposo, aos filhos, aos pais, aos amigos e aos mais diversos acontecimentos a responsabilidade e, principalmente, o fracasso pelos tratamentos, aos quais já se submeteram. Com isso, é como se se ausentassem da responsabilidade dos mesmos, assim como os comportamentos e as condutas relacionadas.

Nos grupos de acompanhamento tais responsabilidades eram facilmente atribuídas aos profissionais, ao próprio Balão e, em particular, aos atendimentos psicológicos.

Serão analisadas agora as variáveis FM (Movimento Animal) e m (Movimento Inanimado) e o lado esquerdo da experiência de base (eb), que consiste na soma de FM e m.

A variável FM implica numa atividade mental provocada e não deliberada e, conseqüentemente, não é bem controlada e dirigida; está relacionada a processos ideativos provocados por estados de necessidades básicas internas tanto primárias quanto secundárias que não foram gratificadas. Sua frequência deve estar entre três e cinco. Quando aparece aumentada, significa que há presença acentuada de necessidades não satisfeitas, elevando o desconforto interno e provocando dificuldades nos processos de atenção e concentração e no sono. É interessante destacar que diversos pacientes queixam-se de insônia e sono agitado.

Retomando, quando diminuída, sugere que a pessoa eliminou o registro da existência dessas necessidades ou que está orientada na direção de uma busca imediata de gratificação dessas necessidades sem pensar sobre elas; em outras palavras, o indivíduo tende a atuar.

Para os sujeitos com FM aumentada (cinco no total), há um aumento significativo de necessidades básicas primárias não satisfeitas, por exemplo, a fome; é como se essa sensação estivesse exacerbada e a atenção desses indivíduos focada no estômago, na satisfação da necessidade em si e na saciedade, em detrimento de outras demandas, embora nem sempre estejam com fome.

Bruch (1969) afirma que indivíduos obesos possuem uma falha na aprendizagem da fome e interpretam todo desconforto como sendo fome; essa sensação de estarem com fome é constante e boa parte da atenção está direcionada na satisfação dessa necessidade primária básica.

Já para aqueles com FM diminuída (três no total), observa-se que há uma busca desenfreada pela gratificação imediata da necessidade de fome ou daquilo que é interpretado como tal, sem sequer refletirem se o desconforto sentido pode estar relacionada a algum sentimento desagradável, por exemplo como raiva, tristeza, angústia, ansiedade.

A variável *m* é a mais instável de toda a prova, sendo influenciada diretamente pelas tensões situacionais. Sua frequência típica é um; ao todo, seis pacientes da amostra deram uma resposta *m*.

O aumento dessa variável indica a existência de pensamentos angustiantes e implica certo sentimento de perda de controle, que pode alterar ou interromper o curso do pensamento deliberado. Sugere também que a pessoa está apresentando maior nível de preocupação por sentir-se impotente e à mercê de eventos que estão fora de seu controle.

Quase metade dos participantes da amostra, oito no total, parece estar vivenciando esse sentimento de perda de controle, o que interfere nos processos de pensamento, além de gerar impotência frente àqueles eventos que não dependem deles, como, por exemplo, o resultado do processo de avaliação psicológica, que consiste em algo novo e nunca vivenciado por eles e que, possivelmente, esteja gerando intensa angústia.

Já a ausência de *m*, presente em 26,3% dos participantes da amostra, significa que não estão tão preocupados com aquelas situações sobre as quais têm pouco controle. Tal indiferença chama a atenção, principalmente quando se encontra em circunstâncias desagradáveis ou quando outras pessoas estão para tomar decisões importantes sobre sua vida, como por exemplo, o processo de

avaliação, no qual toda a equipe está envolvida e avaliando se possui condições mínimas de colocar o dispositivo.

Como já foi exposto anteriormente, a soma de FM e m constitui o lado esquerdo de eb que, quando abaixo de 6 ($FM + m < 6$), significa que a ideação não deliberada resiste ao controle consciente, ou seja, a pessoa é assaltada por ideias fora de seu controle, porém é capaz de parar de pensar sobre elas e voltar-se para outro assunto. No entanto, quando $FM + m$ estiver acima de seis ($FM + m > 6$), indica a presença de excesso de ideação não deliberada e pouca capacidade de impedir a tomada de consciência de ideias perturbadoras ou preocupantes, influenciando a atenção e a concentração.

Ao observar a Tabela 5, é possível perceber que quase metade dos pacientes vem apresentando excesso de ideação não deliberada, comprometendo sua concentração, por exemplo, em situações de trabalho que exigem atenção concentrada, e possível perda de controle. O que pôde ser observado nos grupos e nas entrevistas de avaliação foi que parte dos participantes, de fato, não conseguiam lidar com determinadas situações, recorrendo à ingestão exagerada de alimentos numa tentativa de aplacar sentimentos desagradáveis e de dar conta das demandas.

Dos nove pacientes com $FM + m > 6$, um apresenta $FM + m = 6$, com $m = 2$, sugerindo que alguma tensão situacional está provocando a emergência de sentimentos angustiantes e a sensação de perda de controle.

Durante o processo de avaliação e de acompanhamento nos grupos, foi possível observar que Fernando vinha vivenciando situações estressantes superiores aos seus recursos, o que provavelmente aumentava a possibilidade de perda de controle e a incapacidade de parar de pensar naquilo que o estava incomodando. Suas ideias perturbadoras ou preocupantes assaltavam sua consciência, consequentemente aumentando a ingestão de alimentos, numa tentativa de lidar com elas; nesse sentido, o Balão serviria ao propósito de colocar limites onde ele próprio não estava conseguindo fazer por si.

O Índice de Intellectualização, que é composto pela soma dos conteúdos Arte (Art), Antropologia (Ay) e pelo código especial Abstração (AB), implica num esforço empreendido pelo indivíduo no sentido de manter uma distância suportável entre si e os sentimentos, afetos e emoções de qualquer natureza, sejam eles agradáveis ou desagradáveis, e de minimizar o impacto dos mesmos.

É possível notar que a frequência de pacientes da amostra que utilizam a intelectualização como uma de suas estratégias defensivas é relativamente elevada: oito pacientes lançam mão desse mecanismo e, desses oito, dois apresentam $2AB + Art + Ay > 5$, o que significa que a intelectualização constitui o principal mecanismo de defesa por eles utilizado.

Embora o objetivo dessa estratégia seja reduzir o impacto das emoções, seu uso abusivo tende a distorcer o verdadeiro significado das situações e a tornar a pessoa mais vulnerável frente à estimulação emocional. Além disso, pelo fato de reagir a essa estimulação de maneira mais superficial do que a maioria das pessoas, a qualidade de suas relações interpessoais pode ser prejudicada.

Como o uso abusivo da intelectualização tende a distorcer o verdadeiro significado das situações, já que a mesma é utilizada como um dos únicos recursos disponíveis para lidar com as demandas, com os afetos e resolver problemas, mesmo quando diferentes situações exigem diferentes abordagens, é possível levantar como hipótese se esse índice não pode ajudar a explicar os elevados níveis de $X_{-}\%$ e $Xu\%$.

Dos oito sujeitos com Índice de Intelectualização aumentado, cinco possuem $X_{-}\% > 0,15$, seis apresentam $Xu\% > 0,20$ e quatro possuem essas duas variáveis elevadas.

Com relação aos sentimentos, uma das formas possíveis de lidar com a estimulação emocional é manter uma distância segura entre si e os afetos, o que pode até mesmo chegar a constituir numa aversão às situações que envolvam expressões de sentimentos e, conseqüentemente, aversão também às situações de relacionamento interpessoal, já que a expressão de sentimentos está envolvida nessas situações.

Essa aversão é representada pela variável Afr baixa (ver Tabela Módulo de Afetos) e está presente em sete dos oito pacientes que utilizam a intelectualização como um dos seus principais mecanismos de defesa. A intelectualização é utilizada, portanto, como uma forma de aplacar a intensidade das emoções e afetos e, assim, proteger esses indivíduos da angústia proveniente dos contatos interpessoais que não poderiam ser suportados de outra forma.

Na amostra do Estado de São Paulo de não-pacientes, uma pequena parcela dá resultados acima de dois; 20% apresenta o índice igual a um e 32% igual a zero. Na amostra da presente pesquisa, apenas dois participantes obtiveram

$2AB + Art + Ay = 1$; 42,1% possuíam esse índice igual ou maior a quatro, sugerindo que utilizam essa estratégia com maior frequência.

De maneira geral, pode-se afirmar, com relação ao módulo de Ideação, que os pacientes da amostra possuem boa capacidade de pensar de maneira lógica e coerente, entretanto apresentam inflexibilidade cognitiva, o que pode dificultar a adesão ao tratamento. Há, também, fortes tendências a utilizarem a fantasia e a intelectualização como mecanismos defensivos, além de estarem vivenciando um excesso de ideação não deliberada.

1.4 Controle e Tolerância ao Estresse na Amostra Total

Esse módulo avalia a habilidade da pessoa para utilizar seus recursos disponíveis, de modo a formular e colocar em prática suas decisões e a agir de forma eficaz, enfrentando, assim, eventuais aumentos de desconforto. Terá uma capacidade de controle adequada e eficaz quando os estímulos irritativos internos não ultrapassarem suas capacidades e habilidades de formular respostas significativas frente ao desconforto.

A tolerância ao estresse, seja crônico ou situacional, está intimamente relacionada à capacidade de controle, pois quanto maior for a capacidade de manter a direção das condutas, maior será a habilidade para suportar aumento da tensão psíquica.

Com isso em vista, foram selecionados os indicadores EA, CDI, NotaD e AdjD (NotaD Ajustada) (Tabela 9). A variável EB também está presente nesse módulo, porém será discutida mais adiante.

A variável EA é formada pela soma de M e WSumC e constitui um índice relativo ao volume de recursos de que uma pessoa dispõe para enfrentar as demandas e implementar e planejar estratégias de tomadas de decisão. EA é a variável central desse módulo e não pode ser analisada sem se levar em consideração os valores de M e WSumC, mesmo quando estiver na média ou acima dela (entre sete e 11). Tanto o excesso como a deficiência de um ou de outro pode minar a capacidade adaptativa individual, uma vez que a pessoa tenderá a usar

principalmente a ideação ou os afetos para lidar com as situações, prejudicando a adaptação.

Tabela 9 – Controle e Tolerância ao Estresse na Amostra Total

Nome	EA	CDI	Nota D	AdjD	AdjD e D	EB
Eliana	10,5	3	0	0	0	intro. persis.
Suzana	3,5	4	-2	-2	0	intro. mode.
Roberto	9,5	2	0	0	0	intro. mode.
Angela	8,5	3	-3	-2	1	intro. mode.
Márcio	5	5	-1	-1	0	ambigual
Luciana	13	2	-2	-1	1	extra. mode.
André	10,5	2	1	1	0	intro. persis.
Bruna	6	1	0	0	0	extra. mode.
Fernando	16	2	2	3	1	ambigual
Joana	6	4	-1	-1	0	intro. mode.
Silvana	10,5	3	0	0	0	extra. mode.
Alice	5	4	-1	-1	0	extra. persis.
Giovana	6	1	0	0	0	extra. mode.
Daniela	4,5	3	-2	-2	0	extra. persis.
Kátia	10,5	4	-2	-1	1	extra. mode.
Carmen	9	1	0	0	0	ambigual
Amanda	9,5	3	-2	0	2	intro. mode.
Julia	5	3	-7	-5	2	extra. persis.
Camila	7,5	5	-4	-2	2	intro. persis.

Legenda

EA → entre 7 e 11 acima da média EA < 7

CDI → CDI < 4 CDI > 3

Nota D → D > 0 D = 0 com diferença inferior a 2,5 entre EA e es D < 0

AdjD → AdjD < 0 AdjD = 0 AdjD > 0

AdjD e D → AdjD - D = 1 AdjD - D > 1

EB → Intro. persis. Intro. mod. Ambigual extra. mod. extra. persis.

Dos onze pacientes com EA na média ou acima da média, três apresentam excesso de M. São pacientes que utilizam principalmente a ideação para lidar com qualquer tipo de situação, mesmo que essa exija ações mais voltadas para a expressão de sentimentos. Tal mecanismo de funcionamento pode dificultar a adaptação, uma vez esses indivíduos possivelmente agirão da mesma forma mesmo em circunstâncias diferentes.

No entanto, de maneira geral, pode-se dizer que esses pacientes possuem recursos para atender as demandas da vida diária, sendo capazes de mobilizar tanto a ideiação como o afeto para lidar com elas, embora não seja possível afirmar que tais recursos sejam os mais adequados em todas as situações.

O restante dos participantes da amostra, oito no total, possui recursos limitados para lidar com as demandas do dia a dia e para desenvolver estratégias de tomadas de decisão adequadas, podendo se desorganizar mais facilmente caso as exigências se tornem mais complexas. Nesse sentido, é provável que funcionem melhor em ambientes bem estruturados, rotineiros e sem ambigüidades.

Como nem sempre tal garantia está presente, é possível que esses pacientes estejam vivenciando alto nível subjetivo de estresse, desencadeando fortes influências no modo como conduzem suas condutas.

Quando esse contexto surgia nos grupos de acompanhamento ou durante o processo de avaliação, a equipe tomava sempre o cuidado de explicar minuciosamente o tratamento, suas consequências e, principalmente, como funcionava a colocação e a retirada do dispositivo, já que todo o quadro era desconhecido pelos pacientes e potencialmente gerador de estresse.

O baixo volume de recursos disponíveis pode exercer influências significativas no modo como uma pessoa irá lidar com as restrições impostas pelo tratamento para obesidade e na manutenção do peso perdido. Como o alimento constitui um dos poucos recursos de que dispõe para enfrentar as exigências externas, com as consequentes angústias e as ansiedades, ao deparar-se com situações estressantes, poderá recorrer à comida (BÉKEI, 1984, entre outros). Esse foi um dos principais pontos discutidos nos grupos de acompanhamento.

O tratamento para obesidade exige mudanças nos hábitos e comportamentos alimentares, além de alterações no estilo de vida, sendo que, muitas vezes, são impostas restrições a determinados alimentos que possuem importantes significados. A pessoa, desse modo, não poderá recorrer a eles para enfrentar as exigências, angústias, ansiedades e demandas cotidianas; não havendo tal disponibilidade poderá optar pela ingestão exagerada de outros alimentos ou à realização excessiva de exercício físicos, compras compulsivas, uso de álcool ou ainda desorganizar-se facilmente, caso haja maiores exigências que superem sua escassa capacidade de enfrentamento.

Na maioria dos casos atendidos, o que se observa é uma grande dificuldade dos pacientes em enfrentar os problemas diários e os estados de tensão interna sem estarem recorrendo à comida.

O emagrecimento e a manutenção do peso perdido fazem com que o paciente se depare com uma nova realidade, onde são diversas as situações disparadoras de ansiedade e geradoras de angústia que antes eram defendidas pela própria obesidade e enfrentadas por meio da ingestão de alimentos (BENEDETTI, 2001). Considerando que oito pacientes da amostra possuem baixo EA, é fundamental que desenvolvam novos recursos para que possam lidar com a nova realidade; caso contrário, o ganho de peso pode ser inevitável, o que normalmente ocorre após um período.

O Índice de Déficit Relacional (CDI) contém onze variáveis usadas em dez critérios que produzem valores de zero a cinco. Um CDI no valor de quatro ou cinco indica a presença de sérios problemas para enfrentar as situações de seu meio social em decorrência dos poucos recursos de que o indivíduo dispõe. Com isso, há maior probabilidade de apresentar dificuldades nos processos de controle e de desorganizar sua conduta frente a situações de estresse. A organização da personalidade é mais imatura, o que favorece maior vulnerabilidade diante de situações de aumento de tensão, o que, por sua vez, contribui a aumentar os problemas de controle.

Além de ser um importante índice de medida da capacidade de controle do indivíduo, o CDI também é um indicativo do modo como costuma estabelecer suas relações interpessoais. Uma pessoa com CDI positivo frequentemente apresenta problemas na interação com os demais; suas relações interpessoais costumam ser mais superficiais e pouco duradouras, o que pode fazer com que seja visto pelos outros como sendo menos sensível e mais distante. Essa falta de habilidade pode torná-la mais vulnerável à rejeição e, conseqüentemente, produzir sentimentos de desvalorização ou baixa autoestima, o que facilita a presença de depressões secundárias, como já discutia Hamburger (1957).

A frequência de CDI positivo é muito baixa entre adultos não-pacientes na amostra americana: apenas 3%. Na amostra do Estado de São Paulo, esse valor é de 55%. Na amostra da presente pesquisa, 31,5% dos pacientes apresentam CDI elevado, o que reforça a hipótese de que esses sujeitos dispõem de poucos recursos para lidar com os problemas, provocando aumento na ingestão de

alimentos e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Dos seis sujeitos com CDI positivo, metade também apresenta Índice de Depressão (DEPI) positivo. Com isso, pode-se pensar se os sintomas depressivos apresentados por esses pacientes não são secundários a suas dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

A frequência encontrada entre os pacientes da amostra foi maior que a frequência encontrada na pesquisa realizada por Elfhag, Carlsson e Rössner (2003): 31,5% ante os 26% dessa última.

As implicações de CDI elevado dependem do valor de EA e a relação entre ambas identifica dois padrões de inadequação no modo de enfrentar as demandas: CDI positivo com EA baixo e CDI positivo com EA alto.

Quatro pacientes encaixam-se no primeiro padrão, o que significa que possuem limitada competência psicológica para enfrentar as demandas e, conseqüentemente, maior probabilidade de apresentar dificuldades nos processos de controle e de desorganizarem-se frente às situações mais complexas, além de apresentarem problemas nas relações interpessoais. É interessante notar que, desses cinco pacientes, dois também possuem DEPI positivo, que pode ser secundário às dificuldades que encontram.

Os outros dois pacientes com CDI elevado apresentam, paradoxalmente, EA também alto. Tal padrão indica que não são, de modo geral, incompetentes e que até podem ser capazes de desenvolver condutas adequadas, entretanto apresentam dificuldades significativas nas relações interpessoais, devido à falta de habilidades sociais.

A NotaD e AdjD são duas variáveis que estão intimamente relacionadas entre si e são indicadoras de sobrecarga no indivíduo. Avaliam a adequação da capacidade de lidar com as demandas, permitindo a redução das experiências de desconforto subjetivamente sentido e a manutenção da sensação de bem-estar e tranquilidade.

Quando a NotaD for igual a zero, é provável a pessoa não apresente ansiedade, tensão, nervosismo ou irritabilidade manifestas, além de ser psicologicamente estável e de possuir capacidades para tolerar frustrações, controlar seu comportamento e evitar ações precipitadas ou descontrole emocional.

Ao todo, seis indivíduos da pesquisa apresentam NotaD = 0, entretanto dois possuem também EA baixo, o que significa, provavelmente, que a estabilidade e o equilíbrio psicológicos devem estar sendo mantidos, devido a um estilo de vida em

que são empregados diversos esforços para manter as experiências de estresse num mínimo possível, por meio da evitação de experiências novas, e de afastar da consciência os pensamentos e afetos perturbadores.

Enquanto esses dois pacientes forem capazes manter esse estilo de vida, conseguirão se proteger do desconforto psicológico. Entretanto, diante de circunstâncias um pouco mais complexas, correm o risco de se sentirem sobrecarregados e, assim, desorganizar sua conduta e apresentar controles frágeis. Pelo fato de não se sentirem desconfortáveis, esses pacientes podem apresentar algumas condições crônicas e resistentes a mudanças.

Apenas dois pacientes possuem NotaD positiva, o que implica em amplas capacidades para lidarem com as demandas, de tolerarem o estresse e de demonstrarem tranquilidade em situações de emergência. No entanto, essas características, apesar de bem-vindas em momentos de crise, podem ser vistas pelos outros como falta de sensibilidade, pois não permite que a pessoa se abale ou, ainda, ignore ou minimize os efeitos dos acontecimentos.

Esse modo de funcionamento é particularmente resistente à mudanças, uma vez que a pessoa não vê necessidade de modificar seu modo de agir, o que pode interferir em tratamentos direcionados às modificações de seu modo de ser, de agir e de se relacionar, por exemplo com o alimento, com os outros e consigo mesmo. Embora o indivíduo tenha à sua disposição um amplo leque de recursos que possa lançar mão em momentos de crise, isso não significa que o fará em todas as situações ou ainda que a comida não possa se constituir numa estratégia disponível para lidar com o estresse, a angústia e outros sentimentos desagradáveis de sua experiência.

Destaca-se a alta frequência de pacientes com NotaD negativa; ao todo, onze indivíduos da amostra, sendo que oito apresentam valores acima de 1. Isso significa que possuem grande probabilidade de se sentirem ansiosos, nervosos, tensos e irritáveis, com baixa tolerância à frustração e com tendência à impulsividade.

Em outras palavras, diante de quaisquer desconfortos, esses pacientes sequer conseguem refletir sobre o que estão sentindo ou o que está acontecendo, mesmo que tenham recursos psíquicos, pois o desconforto sentido provavelmente é superior aos recursos disponíveis; a impulsividade entra em cena e eles recorrem ao alimento.

O ato de comer, como afirma Loli (2000), surge como um recurso possível para lidar com os conflitos e com o sofrimento psíquico, uma vez que esses pacientes apresentam grande dificuldade de refletirem sobre a própria experiência afetiva, um dos pontos mais difíceis nas conversas de grupo e nos atendimentos individuais.

Recorreremos à Winnicott (1951/2000, 1956/2000) e Békei (1984) para explicar uma das possíveis origens para a baixa tolerância à frustração encontrada nesses pacientes que tem as falhas maternas como elementos principal.

Para isso, retornaremos ao início da vida do bebê. Winnicott afirma que uma mãe suficientemente boa é aquela capaz de se adaptar quase totalmente às necessidades de seu bebê e que, à medida que seu filho se desenvolve, adapta-se cada vez menos; é o que Winnicott chama de ilusão e desilusão. É nesse momento que o bebê reconhece a existência de um dentro e de um fora, isto é, a existência de uma realidade interna e externa e começa a registrar e a elaborar as ausências da mãe e a desenvolver a tolerância à frustração, a partir do surgimento dos objetos transicionais.

Entretanto, uma mãe narcisista, de acordo com Békei (1984), não é capaz de adaptar-se às necessidades de seu bebê e interpreta qualquer sinal de desconforto como sendo fome, dando-lhe comer segundo seus próprios desejos. O bebê pode, então, suprimir a percepção de suas próprias sensações, submetendo-se aos desejos de sua mãe. Nesse caso, o leite permanece a serviço da fusão mãe-bebê; o bebê não consegue discriminar o eu do não-eu, o dentro e o fora, a realidade interna da realidade externa. Consequentemente, não há o registro da ausência da mãe e o objeto transicional, que pode ser o leite, passa a ser usado para substituí-la e o processo de simbolização fica prejudicado. É o que Abadi (1998) chama de uso fetichizado do objeto transicional.

Quando isso acontece, o bebê não consegue desenvolver a capacidade de tolerância à frustração e nem de elaborar a ausência da mãe; sempre que encontrar-se em situações geradoras de ansiedades e angústias, o indivíduo recorrerá repetidamente ao alimento na tentativa de lidar com o desamparo sentido.

A NotaD Ajustada, ou AdjD, refere-se àquele estresse persistente, mais crônico e auxilia na diferenciação entre o estresse crônico do estresse situacional, além de compreender os efeitos do estresse subjetivamente sentido.

Sete sujeitos da amostra possuem AdjD no valor de zero, assim como também apresentam NotaD = 0, com exceção de um deles, Amanda, que tem NotaD negativa. Isso significa que pessoas como ela possuem tolerância adequada ao estresse e que seus controles falhariam apenas quando as situações estressantes forem intensas, prolongadas e inesperadas.

Apenas dois indivíduos apresentam AdjD positiva, coincidentemente os mesmo dois que também têm NotaD positiva. Aqueles com AdjD positiva tem capacidade significativa de controlar e tolerar o estresse, pois conta com recursos disponíveis para lidar com as diferentes situações (EA na média ou acima da média).

Contudo, apenas ter um EA suficiente ou acima da média, como é o caso desses pacientes, não garante uma boa eficácia na resolução e no enfrentamento das situações, pois podem utilizar os recursos disponíveis de maneira inadequada ou ineficaz, prejudicando o enfrentamento dos problemas cotidianos e das questões subjetivas.

Mais da metade da amostra, dez pacientes ao todo, possui AdjD negativa, o que significa que estão vivenciando uma carga de estresse subjetivamente sentido superior à suas capacidades de mobilizar recursos adequados e suficientes para gerar condutas eficientes e, assim, recuperar a homeostase psíquica. Novamente, o que se observa são pessoas mais vulneráveis à impulsividade, podendo, nesse caso, recorrer à ingestão de alimentos tão logo sintam qualquer estimulação irritativa superior aos recursos de que dispõem.

Sabe-se, por exemplo, que a intelectualização pode constituir-se numa defesa útil em diversos momentos, inclusive nos de estresse e crise; no entanto, é muito frágil e pode ruir diante de desconfortos e exigências intensos. Pacientes como Suzana, Joana, Daniela e Jéssica podem se beneficiar desse mecanismo em algumas situações, porém quando o mesmo falha e não dispõem de outros recursos, podem recorrer à ingestão exagerada de alimento na tentativa de enfrentar as demandas e minimizar o impacto que provocariam.

A $\text{NotaD} < \text{AdjD}$ informa a existência de estresse situacional e que a tolerância ao mesmo é inferior ao habitual. Apesar disso, o prognóstico é favorável, uma vez que, solucionada a situação estressante, a pessoa pode recuperar seus controles habituais.

Dos 19 participantes da pesquisa, sete estão vivenciando estresse situacional, o que pode influenciar seus padrões de conduta, diminuindo a tolerância à frustração e aumentando a probabilidade de apresentar comportamentos impulsivos. Esses dados estão de acordo com o que foi observado por Dalgalarondo (2000), na qual afirma que os obesos são muito sensíveis às frustrações, recorrendo ao alimento numa tentativa de compensar a falta que sentem, segundo ele, de afeto.

Desses sete participantes que apresentam desconforto situacional, cinco possuem tanto NotaD quanto AdjD negativas, o que indica a presença de uma sobrecarga habitual que foi exacerbada por fatores situacionais. Em outras palavras, esses pacientes, em algum momento, vivenciaram situações de estresse e não conseguiram solucioná-las; acabaram, por fim, adaptando-se a elas e o que antes era algo situacional acabou transformando-se algo de caráter mais crônico e difícil de ser mudado. Com isso, está mais propenso a condutas impulsivas.

Loli (2000) encontrou dados semelhantes nos atendimentos com suas pacientes obesas, as quais queixavam-se de grande sobrecarga de estresse e ansiedade. A autora atribui tal situação à grande dificuldade de reflexão sobre si próprias e na tentativa de não entrarem em contato com a realidade interna. Levanta como hipótese que essas pacientes recorriam à atuação, uma vez que não conseguiam expressar o que sentiam.

Resumidamente, pode-se afirmar que há pacientes que possuem recursos limitados para lidar com as demandas cotidianas e para implementarem e planejarem estratégias de ação. Mesmo aqueles que possuem um volume de recursos na média ou acima da média não conseguem mobilizá-los adequadamente para enfrentar as situações. Além disso, uma maior frequência de pacientes está vivenciando mais desconforto subjetivamente sentido do que seus recursos podem dar conta, diminuindo a tolerância à frustração e aumentando o surgimento de condutas impulsivas.

1.5 Auto-Percepção na Amostra Total

O módulo de Auto-Percepção inclui o modo como o indivíduo constrói conceitos e atitudes sobre si mesmo para alcançar o auto-conceito e a auto-valorização mais ou menos ajustados à sua realidade. Uma boa capacidade de perceber a si mesmo de modo favorável é obtido por uma adequada autoestima e pela promoção de uma autoimagem positiva.

A autoestima pode ser definida pelo valor que uma pessoa atribui a suas qualidades e capacidades e constitui uma característica de traço estável que é muito difícil de ser modificada ao longo do tempo. Esse valor que atribui a si é obtido por meio de comparações que realiza em relação aos demais.

Já a autoimagem pode ser entendida como a descrição de características e aspectos específicos que o indivíduo faz a seu próprio respeito e de suas ações, podendo basear-se em dados reais ou imaginários. Ao contrário da autoestima, a autoimagem se modifica em resposta às mudanças situacionais.

A partir disso, foram selecionadas para a análise do módulo de Auto-Percepção as variáveis $Fr + rF$, $3r + (2)/R$, respostas de Vista, MOR, FD, $H:Hd + (H) + (Hd)$, Hx e Sx (Tabela 10).

As respostas de Reflexo ($Fr + rF$) estão associadas a características consideradas como traços de personalidade narcisista, em que o indivíduo superestima seu próprio valor em detrimento dos demais. É uma variável de traço que raramente se modifica ao longo do tempo: a pessoa que não dá respostas de Reflexo na aplicação dificilmente dará no re-teste. Entretanto, pode haver variações em sua frequência, caso o indivíduo der uma resposta desse tipo.

Trata-se de uma resposta pouco frequente, estando presente em somente 7% da amostra de adultos não-pacientes. No entanto, observa-se que quase metade dos pacientes da amostra, 47,3%, deram ao menos uma resposta de Reflexo.

Os traços de personalidade narcisista incluem tendência à auto-glorificação e à priorização de suas próprias necessidades e interesses em detrimento dos de outros. Além disso, são indivíduos que não se responsabilizam por seus fracassos, negam suas falhas e culpam os outros e as circunstâncias em que se encontram pelas dificuldades que enfrentam.

Tabela 10 – Auto-Percepção na Amostra Total

Nome	Fr+rF	3r+(2)/R	V	FD	MOR	H:Hd+(H)+(Hd)	Hx	Sx
Eliana	5	0,88	2	4	1	3:12	1	0
Suzana	1	0,41	1	2	0	3:0	0	0
Roberto	0	0,35	0	2	4	2:7	0	0
Angela	0	0,41	2	1	3	3:7	0	2
Márcio	1	0,44	1	3	1	3:3	0	1
Luciana	3	0,89	1	1	2	2:3	0	3
André	0	0,43	0	1	3	8:4	6	0
Bruna	0	0,63	0	0	0	4:4	0	0
Fernando	2	0,53	0	0	1	2:6	3	3
Joana	2	0,59	0	4	1	2:3	1	0
Silvana	0	0,5	2	1	2	3:1	5	0
Alice	0	0,38	0	3	2	1:1	0	0
Giovana	0	0,4	1	1	1	1:5	0	1
Daniela	0	0,28	0	0	4	2:1	0	1
Kátia	0	0,36	2	1	2	2:6	0	3
Carmen	1	0,41	2	1	0	7:0	0	0
Amanda	6	0,81	2	0	2	2:6	0	3
Julia	0	0,44	0	1	4	0:1	0	0
Camila	1	0,65	1	1	2	3:4	1	2

Legenda

Fr + rF → Fr + rF = 0 Fr + rF > 0

3r + (2)/R → entre 0,33 e 0,44 < 0,33 > 0,44 > 0,44 com reflexo < 0,33 com reflexo
entre 0,33 e 0,44 com reflexo

V → V = 0 V > 0

MOR → entre 0 e 2 MOR > 2

FD → FD entre 1 e 2 FD = 0 FD > 2

H:Hd + (H) + (Hd) → $H \geq Hd + (H) + (Hd)$ com $H \geq 2$ $H < Hd + (H) + (Hd)$

Hx → Hx = 0 Hx > 0

Sx → Sx = 0 Sx > 0

Tais características estão presentes na metade dos participantes da amostra, tendência também observada durante o processo de avaliação e nos encontros grupais mensais por meio de suas falas. Raramente se responsabilizam pelos tratamentos pelos quais haviam se submetido e pelo fracasso em manter o peso perdido.

É importante ressaltar que são pacientes que iniciaram o tratamento com a equipe atual após uma longa história de fracasso no que diz respeito a tratamentos

para a obesidade. Tais tratamentos incluíam, na maioria das vezes, dietas restritivas e consideradas mágicas e mirabolantes, tais como a dieta da lua, do abacaxi e do ovo, por exemplo, e uso de medicação por longos períodos de tempo com sucesso temporário.

O uso de medicações, por exemplo, atua apenas por um período de tempo e o médico deve avaliar cuidadosamente qual é a mais indicada para cada paciente e se a mesma realmente reduz as comorbidades (KOLANOWSKI, 1999 e LEONHARDT et al, 1999 *apud* BENEDETTI, 2001). Além disso, as dietas restritivas funcionam apenas por um breve período de tempo, pois o indivíduo dificilmente conseguirá manter as severas restrições por um longo tempo. Esses pacientes até emagreciam, porém recuperavam o peso perdido após um tempo.

As histórias anteriores de fracasso geram consequências psíquicas, contribuindo para uma autoimagem deficitária. São pacientes que não conseguem dar conta de si mesmos e buscam no atual tratamento uma solução não somente para a obesidade como também para inúmeros problemas. Atribuem com mais facilidade a responsabilidade pelo tratamento à equipe, principalmente quando apresentam um traço de personalidade narcisista. Peres e Romano (2004) discutem amplamente esta questão.

Além da equipe, observa-se também que as dificuldades e o fracasso em manter o peso perdido frequentemente são atribuídos ao marido, à esposa, aos filhos, aos pais e familiares em geral, aos amigos e colegas de trabalho, enfim àqueles que fazem parte de sua rede social, que sempre são os culpados por lhes oferecer guloseimas e fazer comidas gostosas e gordurosas, às festas que são obrigados a frequentar, aos churrascos de final de semana.

No Grupo A, apenas três pacientes conseguiram reconhecer, após um longo período de acompanhamento, a responsabilidade parcial no processo de tratamento e não em algo alheio a si próprios. Foram pacientes que perderam mais de 10% do peso inicial.

Os participantes que apresentam traços narcisistas de personalidade necessitavam, com maior frequência, da reafirmação contínua e exagerada de si próprios, o que, frequentemente, favorecia a utilização da racionalização, da atuação e da negação, com o objetivo de manter uma autoestima satisfatória. Esses mecanismos defensivos dificultavam o estabelecimento de relações interpessoais profundas e significativas. Tais dificuldades levam ao próprio questionamento,

suscitando um conflito entre a necessidade de reafirmação e a percepção de que talvez as coisas não são bem assim.

Esse conflito entre o alto valor pessoal e características pessoais negativas percebidas em si é particularmente observado naqueles pacientes que, junto com as respostas de Reflexo, também fornecem respostas de Vista. Dos nove pacientes com respostas de Reflexo, as respostas de Vista estão presentes em sete.

A variável Vista é pouco frequente e muito estável, assim o habitual é não encontrá-la nos protocolos. Entretanto, está presente em onze pacientes da amostra, sendo que sete apresentam também respostas de Reflexo.

Na amostra de Nascimento (2010), as respostas de Vista estão presentes em 18% dos participantes da pesquisa, enquanto que, na amostra desta pesquisa, obtivemos um total de 57,8%.

Essa variável representa a existência de auto-crítica negativa quando o indivíduo realiza tarefas de autoexame, o que provoca sentimentos de tristeza e, conseqüentemente, baixa autoestima. É provável que a profunda desvalorização gerou estratégias defensivas narcísicas, com o objetivo de negar o sofrimento. Às vezes, nem mesmo o próprio sujeito tem consciência de que está sofrendo, especialmente se lança mão da intelectualização, da fantasia e da negação para lidar com o mesmo.

O Índice de Egocentrismo, representado pela variável $3r + (2)/R$, oferece uma noção de se o indivíduo está sendo capaz de dirigir atenção suficiente e adequada para si mesmo e oferece dados sobre sua autoestima. Esse índice é formado por duas variáveis que oferecem gradações diferentes quanto à auto-percepção: enquanto os pares parecem representar uma forma de auto-centramento mais elaborada, já que o indivíduo é capaz de perceber dois objetos distintos e separados, os reflexos concebem a auto-percepção de forma mais primitiva, imatura e narcisista, uma vez que consegue perceber apenas uma única imagem, um único objeto e seu reflexo.

Normalmente, quando a pessoa dá respostas de Reflexo, o Índice de Egocentrismo eleva-se, visto que essas respostas são multiplicadas por três.

Seis dos oito sujeitos com $3r + (2)/R$ elevado possuem também respostas de Reflexo, revelando a existência de uma preocupação elevada com o próprio self, o que reduz o interesse pelo mundo exterior, já que o indivíduo estará mais preocupado consigo mesmo do que com o mundo que o cerca. Nota-se também

que, desses seis pacientes, quatro deram respostas de Vista, levando às dificuldades explicitadas anteriormente.

Apenas dois participantes obtiveram $3r + (2)/R$ elevado, porém sem respostas de Reflexo, o que sugere que, embora apresentem uma preocupação inusual consigo mesmos, ambos não estão tendo qualquer prazer em voltar a atenção para si.

Apenas uma paciente, Daniela, possui $3r + (2)/R$ abaixo do intervalo médio, o que significa que tende a comparar-se desfavoravelmente com as outras pessoas e a preocupar-se pouco com suas próprias necessidades. Observa-se, junto ao baixo Índice de Egocentrismo, alta frequência de respostas de conteúdo MOR, assinalando e reforçando a presença de baixa autoestima e baixa autoimagem, respectivamente, predispondo-a a depressão (seu Índice de Depressão é positivo). Isso pôde ser observado em suas falas durante o processo de avaliação e nos encontros grupais, onde, frequentemente, se comparava desfavoravelmente em relação aos outros e se questionava se suas ações e comportamentos estavam corretos. Seus relatos eram permeados por grande sofrimento.

Dos dez pacientes sem respostas de Reflexo, sete apresentam Índice de Egocentrismo dentro do intervalo médio, indicando tendência a voltar a atenção suficiente para si, porém sem ignorar o que acontece ao seu redor.

A FD, assim como as respostas de Vista, também se relaciona com o processo de autoinspeção, porém sem acrescentar o tom de autocritica negativo dessas respostas; é como se a pessoa tivesse a capacidade de distanciar-se dos estímulos externos para realizar as tarefas de autoexame.

Nesse sentido, a presença de uma ou duas respostas desse tipo tem um significado positivo, pois significa que o indivíduo possui capacidade suficiente de introspecção, em que consegue reconhecer o melhor método de atender suas próprias necessidades, de avaliar como suas ações afetam outras pessoas e de reconsiderar as imagens que forma a seu próprio respeito.

Mais da metade dos pacientes da amostra, onze no total, apresenta essa capacidade de introspecção e de autoexame, o que pode exercer influências positivas em processos psicoterapêuticos e no tratamento para obesidade, já que, ao refletir, podem promover mudanças de postura e de comportamento frente à vida.

Dos oito pacientes restantes, quatro não possuem essa capacidade e os outros quatro apresentam alto número de respostas FD. No primeiro caso, os

participantes possuem capacidade limitada de se autoexaminar e, conseqüentemente, de modificar seus comportamentos, de reconhecer e atender suas necessidades e de avaliar o impacto que suas ações provocam nos outros. Nesse sentido, essas pessoas, ao não apresentarem capacidade de refletir a respeito do significado, da função e do papel desempenhado pelo alimento em suas vidas, poderão ter sucesso limitado na perda de peso e na sua manutenção.

Por outro lado, quando o indivíduo dá $FD > 2$ significa que está dedicando muito tempo às tarefas de autoexame, o que pode provocar aumento de seu distanciamento com o meio. Em pessoas introvertidas, como é o caso de metade desses pacientes, há maior tendência de aparecer $FD > 2$, pois esse tipo vivencial se relaciona com a postergação.

De maneira geral, o que pôde ser observado em alguns pacientes que forneceram ao menos uma resposta FD é que, ao darem início ao processo de avaliação, já vieram com algumas reflexões sobre algumas questões de suas vidas, tais como a forma como se posicionam frente aos outros e aos problemas e como enfrentam os mesmos e, principalmente, sobre os motivos que os levaram a incrementar demasiadamente o peso ao longo dos anos. Contudo, isso não significa que assim se conduziram ao longo dos encontros grupais e na avaliação, pois as resistências se apresentaram de forma mais contundente.

Apesar de pouco frequente em relação à amostra americana de não-pacientes, a alta frequência de conteúdo MOR (Mórbido) está presente em 26,3% dos sujeitos da amostra, o que indica a presença de dificuldades significativas dos indivíduos de manter um nível adaptativo de autoimagem.

A presença de $MOR > 2$ sugere que os pacientes estão apresentando atitudes negativas no que concerne o próprio corpo, influenciando negativamente no meio em que está inserido, já que, ao se verem de modo depreciado, as impressões que formam do mundo também terá essa coloração mais negativa.

Comparando a amostra do Estado de São Paulo de não-pacientes com a nossa amostra, observa-se que, na primeira, 50% dos sujeitos não deram sequer uma resposta de conteúdo MOR e 28% apresentaram apenas uma. Nesse sentido, valores acima de um na amostra de Nascimento (2010) podem ser considerados elevados. Na presente amostra, apenas três pacientes não deram respostas com esse conteúdo e cinco deram apenas uma. Um total de 57,8% apresenta $MOR > 1$, sugerindo, nesse caso, a presença de atitudes negativas com relação ao próprio

corpo e em manter um nível adaptativo de auto-imagem. Com isso, observa-se que, tendo por base os valores obtidos pela amostra de Nascimento (2010), há duas vezes mais pacientes que se vêem de modo mais depreciado em comparação à amostra americana de não-pacientes, sugerindo que, por alguma razão, em nosso meio, as pessoas apresentam maior nível de baixa autoestima.

Santos, Peres e Benez (2002), assim como Elfhag, Carlsson e Rönner (2003) discutiram como a insatisfação com o corpo é uma das maiores complexidades psicológicas no tratamento dos obesos, reiteradas pela nossa experiência nos atendimentos individuais e grupais.

A variável Interesse Interpessoal, representada pela proporção entre o número de respostas de conteúdo de figuras humanas inteiras e reais e o número de respostas de figuras humanas parciais ou imaginárias [$H:Hd + (H) + (Hd)$], avalia a capacidade do indivíduo de se identificar de maneira adequada com os outros. O valor de H deve ser de pelo menos dois e o lado esquerdo deve prevalecer [$H \geq Hd + (H) + (Hd)$]; quando isso ocorre, significa que o indivíduo apresenta capacidade de identificação adequada e que sua própria imagem e a percepção do outro estão baseadas e construídas em elementos da realidade.

Contudo, apenas sete sujeitos da amostra possuem uma noção de identidade estável; os outros 12 indivíduos parecem possuir uma noção mais distorcida sobre si mesmo e os demais. Nesse caso, a identificação se dá com objetos parciais ou com pessoas que não fazem parte de seu mundo real; é como se o indivíduo se identificasse apenas com algumas características daqueles que estão ao seu redor ou ainda como se a autoimagem e a percepção do outro se baseasse em experiências imaginárias e fantasiosas.

Békei (1984) atribui a identidade confusa do indivíduo obeso à persistência do narcisismo primário. Discute como a relação simbiótica mãe-bebê interfere no processo de identificação, pois a mãe não permite que seu filho invista seu próprio corpo de libido e, assim, elegê-lo como objeto do narcisismo secundário para que, então, possa eleger outros objetos.

Assim como MOR, o conteúdo Hx (Experiência Humana) é uma variável com baixa frequência entre a amostra de não-pacientes, porém está presente em 31,5% da amostra, assinalando que esses pacientes tendem a estabelecer aspectos de seu auto-conceito recorrendo à intelectualização, numa tentativa de minimizar o impacto de sentimentos desagradáveis associados à sua autoimagem.

É interessante notar que, desses seis pacientes, metade apresenta $V > 0$, o que indica a presença de autocrítica negativa, e um indivíduo apresenta $MOR > 2$, sugerindo a existência de atitudes negativas quanto ao próprio corpo. Assim, pode-se levantar como hipótese se Hx elevado não se constitui num mecanismo de defesa que permite ao indivíduo lidar com características suas que considera desagradáveis.

O conteúdo Sx (Sexo) também não é muito frequente e, quando elevado, representa aumento da preocupação do sujeito pela temática sexual, podendo sugerir a presença de questões sexuais que, de algum modo, estão preocupando-os ou que nem se quer têm consciência delas. É provável que quase metade da amostra, 47,3%, esteja apresentando alguma preocupação ou dificuldade relacionada à sexualidade, assunto que pouco apareceu nos encontros grupais e nos atendimentos individuais, sugerindo dificuldades em vivenciar e em entrar em contato com essa temática.

A questão da sexualidade foi discutida na pesquisa realizada por Wanderley et al (2006) citada anteriormente. A obesidade constitui numa defesa contra a sexualidade, uma vez que o excesso de gordura deforma o corpo, inibindo o interesse sexual por parte do outro e, assim, protegendo o paciente de impulsos sexuais, os quais não tem recursos para lidar.

O que pode ser observado nos pacientes, com relação a esse módulo, é que, de maneira geral, apresentam muitos traços de características de personalidade narcisista, levando a dificuldades nos relacionamentos interpessoais. No entanto, ao mesmo tempo, percebe-se a existência de uma profunda desvalorização em relação a si mesmos, o que pode gerar conflitos entre a necessidade de autoafirmação e a percepção de crenças pessoais.

Percebe-se, ainda, dificuldades em manter uma autoimagem adequada e a existência de preocupações e dificuldades na área da sexualidade. Nesse sentido, pode-se pensar se, para lidar com essa dificuldade e com os conflitos na autoimagem, não estejam lançando mão de recursos intelectuais. Por fim, é possível notar dificuldades no processo de identificação, que se dá a partir de objetos parciais ou de pessoas que não fazem parte da realidade vivenciada.

1.6 Relacionamento Interpessoal na Amostra Total

Esse módulo avalia o modo como as pessoas se relacionam com os outros, como os percebe e como comportam-se nas situações interpessoais. Com isso, foram selecionadas as variáveis Índice de Isolamento, respostas de Textura, COP, AG, a:p, Fd e GHR:PHR (Tabela 11).

Tabela 11 – Relacionamento Interpessoal na Amostra Total

Nome	Isolamento	T	COP	AG	a:p	Fd	GHR:PHR
Eliana	0,04	0	2	1	3:12	2	11:3
Suzana	0,35	3	2	0	3:5	0	2:1
Roberto	0,13	2	2	2	5:4	0	6:4
Angela	0,11	0	2	0	2:17	1	6:4
Márcio	0	2	0	0	0:8	0	5:1
Luciana	0,61	0	2	1	6:6	1	6:1
André	0,21	0	5	1	4:9	0	8:4
Bruna	0,06	0	2	0	4:3	0	5:4
Fernando	0,11	0	0	0	5:8	0	4:5
Joana	0,12	1	0	0	4:6	0	4:2
Silvana	0,21	0	1	0	2:5	0	2:5
Alice	0,56	0	0	0	4:6	0	2:0
Giovana	0,07	0	0	3	4:1	0	2:5
Daniela	0,06	1	0	0	1:1	0	1:2
Kátia	0,21	2	2	1	5:7	2	1:8
Carmen	0,09	1	2	0	1:7	0	7:0
Amanda	0,21	1	0	0	3:11	1	3:5
Julia	0,19	2	3	3	6:6	0	1:4
Camila	0,15	2	0	0	4:11	0	4:3

Legenda

Isolamento → ≤ 0,25 > 0,33

Textura → T = 1 T = 0 T > 1

COP → COP > 0 COP = 0

AG → AG entre 1 e 2 AG = 0 AG > 2

a:p → a ≥ p p > a + 1

Fd → Fd = 0 Fd > 0

GHR:PHR → GHR > PHR com pelo menos três respostas de conteúdo humano
PHR ≥ GHR

O Índice de Isolamento é baseado na frequência dos cinco conteúdos desprovidos de componentes humanos, a saber Botânica, Nuvem, Geografia, Paisagem e Natureza, sendo que nem todas têm o mesmo peso; Botânica e Natureza têm peso dois. O aumento dessa variável parece estar relacionado ao isolamento social.

Um valor baixo desse índice não possui qualquer implicação específica para a personalidade, nem tampouco exclui dificuldades no âmbito social. Um total de 84,2% apresenta baixo Índice de Isolamento, no entanto não é possível chegar a quaisquer conclusões quanto ao modo como estabelecem seus vínculos sem antes analisar outras variáveis.

Quando o Índice de Isolamento está aumentado, em especial quando acima de 0,33, leva-se a crer que as pessoas apresentam significativo isolamento social, representado pela esquivia de interação social ou de falta de oportunidades de contato interpessoal. Ao todo, 15,7% da amostra possui Índice de Isolamento elevado, sugerindo que esses pacientes possuem dificuldades em se vincularem com outras pessoas e em manterem um relacionamento profundo e harmonioso.

A resposta de Textura relaciona-se com as necessidades de proximidade e de contato emocional. Quase todos os não-pacientes fornecem alguma resposta de Textura, o que é um bom indicador da capacidade de formar vínculos com outras pessoas. Entretanto, apenas quatro participantes da amostra deram esse tipo de resposta.

Quase metade da amostra não deu qualquer resposta de Textura. Sua ausência indica um comprometimento da capacidade de formar vínculos, no entanto isso não significa que a pessoa evita as relações interpessoais; isso quer dizer que seus relacionamentos tendem a ser mais distantes. É como se a preocupação estivesse mais direcionada em manter uma distância segura entre si e os demais; as aproximações dos outros são vistas como uma invasão desse espaço.

É interessante observar que, dos três participantes com Índice de Isolamento elevado, dois não deram respostas de Textura, reforçando a ideia de que apresentam dificuldades importantes em estabelecer e manter vínculos significativos em suas vidas, seja por perceberem que não possuem recursos adequados ou por não conseguirem mobilizar recursos suficientes para lidar com as outras pessoas e com a estimulação emocional que acompanha os relacionamentos interpessoais.

Nesse sentido, podem acabar optando por manter uma distância considerada segura dos outros.

Já o excesso de respostas de Textura ($T > 1$), presente em seis pacientes da amostra, sugere que apresentam maior necessidade de proximidade e contato e tendem a se sentirem mais carentes e necessitados do ponto de vista interpessoal. Identifica também um estado de solidão e sofrimento, visto que está associado a comportamentos desajustados que visam apelar a dor psíquica; a pessoa tende a buscar desesperadamente relacionamentos íntimos e isso pode colocá-la em situações pouco recompensadoras, o que gera mais sofrimentos e dificuldades.

Aqueles que fornecem uma única resposta de Textura podem apresentar $T > 1$, caso sofram alguma perda objetal ou a ruptura de algum vínculo significativo, levando ao aumento temporário de suas necessidades de proximidade e afeto, como também do sofrimento emocional.

Analisando a história de vida desses pacientes, destaca-se a de Julia, cujo avô falecera poucas semanas antes do início do processo de avaliação, a de Kátia, que estava no meio de um processo de divórcio e a de Suzana, cujo esposo, no momento da avaliação, estava sendo processado na justiça.

Os outros três pacientes sofreram perdas objetais e rupturas de vínculos significativos há muitos anos, sugerindo a possibilidade de não terem sido elaboradas e, portanto, ainda provocavam intensos sentimentos de solidão.

As respostas de movimento Cooperativo (COP) indicam o interesse do indivíduo de se envolver em situações de atitudes cooperativas e, portanto, reflete a tendência a estabelecer vínculos positivos com os demais. Ao todo, onze participantes da amostra deram ao menos uma resposta COP, sugerindo que vêem as interações entre as pessoas de modo positivo e tendem a participar delas com boa vontade. Contudo, essa frequência é baixa se se considerar a amostra americana de não-pacientes: 57,8% ante 80%.

A ausência de COP ($COP = 0$) na presente amostra implica que 42,1% dos sujeitos apresenta desinteresse e desprazer em realizar atividades em conjunto. Entretanto, desses oito pacientes com $COP = 0$, cinco deram ao menos uma resposta de Textura, o que minimiza as consequências da ausência desse tipo de resposta, sugerindo que possuem capacidades de se envolverem em relações interpessoais próximas.

Já as respostas de movimento Agressivo (AG) indicam a presença de uma postura mais assertiva ou competitiva na interação com os outros, porém não significa, necessariamente, que o indivíduo está sendo movido pela raiva quando manifesta certa agressividade. Espera-se que a maioria das pessoas dê até duas respostas AG, contudo apenas cinco dos 19 pacientes da amostra deram esse tipo de resposta.

Somente dois participantes, Julia e Giovana deram três respostas AG. Tal resultado indica que, provavelmente, apresentam maior assertividade nas relações interpessoais, sem que isso tenha, necessariamente, relação direta com comportamentos desajustados.

Julia, além das respostas desse tipo, também forneceu respostas COP, sugerindo que pode ser capaz de prever tanto a cooperação como trocas competitivas entre as pessoas.

Giovana, por outro lado, não deu nenhuma resposta COP, o que nos leva a crer que, em sua percepção, as relações interpessoais se dão de modo mais assertivo que para os demais. A partir dos atendimentos com essa paciente e das observações clínicas nos grupos, percebe-se que possui dificuldades importantes em expressar seus sentimentos, em especial a raiva. Nesse sentido, pode-se pensar que tal sentimento esteja projetado nos outros que são vistos como assertivos e agressivos para com ela.

A ausência de AG está presente em cerca de 30% da amostra de não-pacientes, contudo observa-se mais que o dobro dessa frequência na amostra da presente pesquisa, sugerindo que os participantes apresentam falta de assertividade nas relações interpessoais, fazendo, conseqüentemente, com que sejam manipulados e conduzidos.

Essa falta de assertividade também foi encontrada nas pesquisas e observações clínicas de outros autores, como Loli (2000), Kahtalian (1992) e Wanderley et al (2006), em que a agressividade é muito reprimida e os impulsos agressivos são mais difíceis de serem verbalizados e expressos, levando à atuação.

Se o paciente apresentar, além de $AG = 0$, $p > a + 1$, a hipótese de que apresenta mais comportamentos passivos nas relações interpessoais é reforçada. A proporção a:p, anteriormente discutida no módulo de Ideação, também avalia o modo como estabelece seus relacionamentos: se mais ativo ou se mais passivo ou submisso.

Praticamente todos os não-pacientes da amostra americana (99%) possuem $a \geq p$, indicando possível ausência de passividade, entretanto apenas seis pacientes da amostra deram mais respostas de movimento ativo do que passivo. Isso significa que 13 sujeitos possuem tendência a comportamentos passivos nos relacionamentos interpessoais. São pessoas que subordinam suas necessidades e desejos aos de terceiros e que delegam suas responsabilidades para os outros, esperando que tomem decisões por eles e digam-lhes o que fazer.

Esse modo de funcionamento facilita a subordinação das necessidades e desejos desses pacientes aos de outros, assim como o desejo de emagrecer. Joana, por exemplo, dizia nos grupos que “seria mais aceita” (sic) e teria “mais amor da mãe” (sic) se fosse magra.

Nesse sentido, implicar-se num tratamento que envolve muitas mudanças de rotina, hábitos, estilo de vida, como também no modo como lidam com suas angústias, ansiedades e conflitos, pode tornar-se uma tarefa muito árdua e difícil de ser cumprida e manejada, uma vez que não se apropriaram realmente desse desejo. Além disso, é possível observar também que, ao delegar suas responsabilidades, adotando uma postura mais passiva frente ao tratamento e também na vida, esses pacientes dificilmente se envolvem no mesmo.

Desses 13 participantes, dez não deram respostas AG, reforçando o quanto são mais passivos nos relacionamentos interpessoais. Observa-se também que oito apresentam inflexibilidade cognitiva, sugerindo que a procura por novas soluções e a adoção de mudanças nos padrões de comportamento são mais limitadas.

Além das variáveis AG e a:p, a presença da variável Fd (respostas de conteúdo de Alimento) sugere a existência de condutas de dependência. Esse conteúdo é pouco frequente, no entanto está presente em cinco protocolos, sendo que em quatro tem-se $p > a + 1$ e em dois $p > a + 1$ e $AG = 0$. Os dados sugerem a presença de alguns componentes passivo-dependentes que são nucleares na estrutura da personalidade desses pacientes.

Por fim, temos a proporção GHR:PHR, que foi revista por Exner et al (2003 *apud* EXNER e ERDBERG, 2005), que atribui às respostas de conteúdo Humano boa qualidade (GHR) ou má qualidade (PHR), permitindo uma descrição mais detalhada da adequação dos comportamentos interpessoais do sujeito. A classificação em boa e má qualidade envolve várias categorias, tais como a qualidade formal, os códigos especiais e os conteúdos.

Quando $GHR > PHR$ com pelo menos três respostas de conteúdo humano, sugere que o indivíduo é capaz de lidar com as situações interpessoais de maneira adequada, sendo visto pelos outros de forma positiva. Considerando apenas essa variável, observa-se que mais da metade da amostra, 57,8%, possui $GHR > PHR$, valor semelhante ao encontrado na amostra do Estado de São Paulo (54%), sugerindo a presença de comportamentos interpessoais adaptados. Oito indivíduos da amostra apresentam $PHR > GHR$; trata-se de pessoas mais propensas a manifestar comportamentos interpessoais desadaptados e inadequados, podendo gerar conflitos e dificuldades com os demais.

Se considerarmos conjuntamente a variável Interesse Interpessoal (módulo de Auto-Percepção), podemos inferir algumas considerações acerca da proporção $GHR:PHR$, uma vez que, se analisada isoladamente, pode levar a alguns equívocos.

Dos onze participantes com $GHR > PHR$, seis possuem $H < H_d + (H) + (H_d)$. Isso significa que, embora apresentem respostas de conteúdo humano de boa qualidade, a maior parte é de figuras humanas parciais ou imaginárias. Em outras palavras, conseguem se relacionar bem com as pessoas, contudo identificam-se apenas com algumas de suas características ou ainda baseiam a percepção que formulam sobre elas em experiências fantasiosas ou imaginárias, podendo gerar conflitos nos relacionamentos interpessoais.

Resumidamente, pode-se dizer que os pacientes da amostra, de maneira geral, não são isolados socialmente e até relacionam-se de forma adequada com as pessoas, no entanto possuem comprometimentos na capacidade de formação de vínculos, que muitas vezes são baseados em aspectos parciais ou mesmo em experiências fantasiosas ou imaginárias, o que pode gerar dificuldades nas relações interpessoais. Nesse sentido, seus relacionamentos tendem a ser mais distantes, embora possuam diversas pessoas que fazem parte de suas vidas. Observa-se, ainda, que apresentam comportamentos passivos nos relacionamentos interpessoais.

1.7 Afeto na Amostra Total

As emoções se articulam com a ideação de forma tão intrínseca que, às vezes, torna-se difícil distinguir uma da outra, uma vez que intervêm na tomada de decisões, na formulação dos juízos e nas condutas do indivíduo. Assim, a modulação do afeto envolve o modo como a pessoa vai lidar com seus sentimentos e como reagirá frente às emoções dos outros e das situações que envolvem a expressão das emoções. Selecionou-se, portanto, as variáveis Afr, WSumC:SumC', CorSH, SumSH, FC:CF+C, DEPI e respostas de Sombreado. A variável EB também está presente nesse módulo, porém será posteriormente discutida. A Tabela 12 mostra as variáveis e índices na amostra total.

Tabela 12 – Afeto na Amostra Total

Nome	Afr	WSumC:SumC'	SumC'	WsumC	CorSH	Sum SH com es>3	S	EB	FC:CF+C	C	DEPI	Y
Eliana	0,24	2,5:1	1	2,5	0	SumSH<FM+m	2	intro. persis.	1:2	0	2	0
Suzana	0,42	0,5:1	1	0,5	0	SumSH>FM+m	3	intro.mod	1:0	0	6	1
Roberto	0,21	3,5:4	4	3,5	0	SumSH>FM+m	3	intro.mod	1:3	0	4	0
Angela	0,5	2,5:3	3	2,5	1	SumSH<FM+m	4	intro.mod	5:0	0	4	0
Márcio	0,5	2:1	1	2	0	SumSH=FM+m	2	ambigual	0:2	0	2	1
Luciana	0,5	9,0:9	9	9	2	SumSH>FM+m	1	extra. mod	2:7	2	4	2
André	0,27	1,5:3	3	1,5	1	SumSH>FM+m	1	intro. persis.	1:1	0	4	1
Bruna	0,45	4:0	0	4	2	SumSH<FM+m	3	extra. mod	0:4	0	4	2
Fernando	0,46	9:2	2	9	1	SumSH<FM+m	5	ambigual	3:7	1	3	1
Joana	0,42	2:3	3	2	0	SumSH>FM+m	2	intro.mod	0:2	0	5	2
Silvana	0,4	6,5:5	5	6,5	3	SumSH>FM+m	1	extra. mod	1:4	4	7	1
Alice	1	5:0	0	5	0	SumSH<FM+m	1	extra. persis.	0:5	0	2	0
Giovana	0,5	4:0	0	4	1	SumSH<FM+m	2	extra. mod	0:4	0	4	1
Daniela	0,29	3,5:7	7	3,5	1	SumSH>FM+m	2	extra. persis.	1:3	0	6	1
Kátia	0,4	6,5:1	1	6,5	3	SumSH>FM+m	2	extra. mod	3:5	0	4	4
Carmen	0,47	4:1	1	4	1	SumSH>FM+m	3	ambigual	2:3	0	4	1
Amanda	0,68	3,5:2	2	3,5	1	SumSH=FM+m	3	intro.mod	3:2	0	3	3
Julia	0,6	5,0:5	5	5	1	SumSH<FM+m	2	extra. persis.	0:5	0	3	4
Camila	0,25	1,5:4	4	1,5	1	SumSH>FM+m	1	intro. persis.	1:1	0	5	4

Legenda

Afr → Afr > 0,49 Afr < 0,50

$WSumC:SumC' \rightarrow WSumC \geq SumC' \quad WSumC < SumC'$
 $WSumC \geq 2,5 \quad WSumC < 2,5$
 $SumC' \text{ entre } 0 \text{ e } 2 \quad SumC' > 2$
 $CorSH \rightarrow CorSH = 0 \quad CorSH > 0$
 $SumSH \text{ com } es > 3 \rightarrow SumSH < FM + m \quad SumSH > FM + m$
 $S \rightarrow \text{entre } 1 \text{ e } 2 \quad S = 0 \quad S > 2$
 $EB \rightarrow \text{Intro. persis.} \quad \text{Intro. mod.} \quad \text{Ambigual} \quad \text{Extra. mod.} \quad \text{Extra. persis.}$
 $FC:CF + C \rightarrow CF + C > FC + 1 \quad FC > (CF + C) + 3 \quad CPura > 0 \quad FC \geq CF + C \text{ e } CPura = 0$
 $CF + C > FC \text{ em menos de dois pontos}$
 $DEPI \rightarrow DEPI < 5 \quad DEPI = 5 \quad DEPI > 5$
 $SumY \rightarrow \text{entre } 0 \text{ e } 1 \quad Y > 1$

O Quociente Afetivo (Afr) informa sobre a responsividade do sujeito quando depara-se com situações afetivamente intensas. Apenas sete pacientes da amostra possuem Afr elevado ($Afr > 0,49$), sugerindo que são atraídos pelas situações emocionais e têm interesse em processar a estimulação emocional.

Pessoas assim podem ter alguns conflitos, caso apresentem dificuldades na modulação da expressão dos afetos; desses sete pacientes, cinco possuem $CF + C > FC + 1$. São indivíduos que se envolvem nas situações emocionais e nas trocas afetivas, todavia, ao expressarem suas emoções, sentimentos e afetos, o fazem de modo intenso, superficial e lábil, demonstrando alguma imaturidade emocional. Como consequência, tendem a isolar-se socialmente numa tentativa de minimizar e protegerem-se do desconforto gerado nessas situações.

Apenas 7% dos adultos não-pacientes possuem Afr baixo ($Afr < 0,50$), entretanto, na presente amostra, tem-se que 63,1% dos pacientes apresentam o Quociente Afetivo baixo. Trata-se de indivíduos que não se envolvem em situações em que a expressão de sentimentos está presente, possivelmente numa tentativa de evitar o descontrole na expressão dos afetos. Como a expressão de sentimentos está envolvida em situações interpessoais e como a relação entre as pessoas é permeada pela expressão de sentimentos e ideias, correm o risco de serem retraídos tanto emocional quanto socialmente.

É interessante observar que, desses 12 pacientes com Afr baixo, cinco não deram respostas de Textura ($T = 0$), indicando que, além de não expressarem o que sentem, são indivíduos que possuem dificuldades importantes no estabelecimento de vínculos significativos com as outras pessoas e cujos relacionamentos são mais

distantes. Esse dado reforça o que foi dito anteriormente quanto ao fato de tenderem a ser isolados socialmente e dificilmente realizarem trocas afetivas.

Por outro lado, dos seis pacientes com excesso de respostas de Textura ($T > 1$), quatro também possuem Afr baixo. Trata-se de indivíduos que sentem-se mais carentes do ponto de vista afetivo, necessitando de mais contato e proximidade do outro e que, ao mesmo tempo, não se envolvem em situações, nas quais a expressão de sentimentos está presente. Nesse sentido, a pessoa fica presa num círculo vicioso, onde, ao mesmo tempo em que necessita de contato, o evita, sentindo-se, provavelmente, ainda mais carente.

A Proporção de Constrição, representada no Rorschach por $WSumC:SumC'$, relaciona o nível de processamento de emoções ($WSumC$) com o grau de constrição afetiva ($SumC'$), isto é, indica o nível de afetos dolorosos que são internalizados.

Quando $WSumC < SumC'$, indica que o sujeito não consegue expressar diretamente aquilo que sente. Dos 19 pacientes da amostra, sete apresentam $WSumC < SumC'$; são pessoas que, ao invés de expressarem os afetos e as emoções, interioriza-os. Isso faz com que a tensão interna aumente e esses afetos sejam canalizados no corpo. Assim, aqueles conflitos que não são expressos verbalmente ou que não são simbolizados, são expressos via corpo. Isso não significa que a Proporção de Constrição seja um índice decisivo para o diagnóstico de transtornos somatoformes e, sim, que seu desequilíbrio pode contribuir para o surgimento de disfunções psicofisiológicas.

Durante os atendimentos com os pacientes, pôde-se observar que não expressavam afetos que os remetessem a algum tipo de agressividade ou qualquer outro sentimento desagradável; muitos tinham a fantasia de que, ao expressar o que sentiam, provocariam uma ruptura na relação com o outro, incluindo os profissionais da equipe.

Nesse sentido, a primeira escolha era de não expressá-los, o que gerava algumas consequências, às quais se davam conta apenas posteriormente: dores de cabeça, ingestão exagerada de comida, intestino ressecado e aumento da pressão sanguínea são alguns dos sintomas relatados por eles.

Analisando separadamente as variáveis $WSumC$ e $SumC'$, tem-se que 14 dos 19 pacientes da amostra apresentam $WSumC$ na média ou acima da média, indicando que até possuem capacidade adequada para vivenciar e expressar seus afetos, no entanto seu valor pode ser abafado por $SumC'$ aumentado; desses 14

sujeitos com WSumC elevado, seis também apresentam aumento de SumC', indicando que possuem essa capacidade, porém, por algum motivo, não estão sendo capazes de manifestar seus afetos, interiorizando-os.

Ao todo, nove pacientes possuem elevação de SumC', sugerindo que, ao invés de expressarem aquilo que sentem, tendem a interiorizar os afetos. Caso a irritação interna seja superior aos recursos de que dispõem para dar conta, suas estruturas psíquicas podem se desorganizar. Trata-se de um processo involuntário e automático e assinala um problema mais crônico e difícil de solucionar, já que as respostas de Cor Acromática constituem numa variável mais estável.

É possível também analisar SumC' com outras variáveis. Por exemplo, observa-se que a elevação de SumC' acompanha $CF + C > FC + 1$; ao todo, seis dos nove pacientes possuem essa combinação. Nesse sentido, os pacientes tendem a bloquear a expressão emocional numa tentativa de neutralizar o risco de se descontrolarem diante de situações de intensa estimulação emocional.

As respostas de Cor Acromática também podem ser observadas em pacientes com $p > a + 1$; ao todo, cinco dos nove pacientes apresentam, simultaneamente, SumC' elevado e $p > a + 1$, sugerindo que a constrição estaria presente naqueles que possuem condutas passivas nos relacionamentos interpessoais, pois não expressariam seus afetos e sentimentos por medo de serem abandonados ou rejeitados.

As respostas que envolvem determinantes mistos de Cor Cromática e Sombreado (C', V, T e Y) são pouco frequentes, no entanto um total de 13 dos 19 pacientes da amostra deram ao menos uma resposta de CorSH (Cor-Sombreado).

Esse tipo de resposta indica tendência à emocionalidade ambivalente: como as respostas de Cor Cromática estão associadas às experiências emocionais prazerosas e as respostas de Sombreado aos afetos dolorosos ou irritativos, a presença de respostas com ambos determinantes sugerem que o indivíduo atribui às pessoas e aos eventos de sua vida características positivas e negativas simultaneamente.

Com isso, apresenta dificuldades em discriminar seus sentimentos, tanto para si como para os outros, podendo provocar confusões nos contatos interpessoais que requerem a expressão de afetos. Além desses 13 pacientes apresentarem dificuldades em discriminar o que sentem, sete deles também internalizam os afetos.

A variável SumSH, composta pela soma das respostas de Cor Acromática, Vista, Textura e Sombreado Difuso e que constitui o lado direito da eb (experiência de base), deve ser menor que o lado esquerdo ($FM + m$), pois, caso contrário, indica a presença de estresse emocional e evidencia afeto desconfortável.

Destaca-se que pouco mais da metade da amostra parece estar vivenciando estresse emocional e afetos desconfortáveis. Como a pessoa tem pouco controle sobre esses afetos, quando estes aumentam de intensidade podem superar suas capacidades de controle e de recursos disponíveis, predispondo-a a condutas impulsivas, como a ingestão exagerada de alimentos e compras em excesso, por exemplo.

Além disso, nota-se, por meio das frequências de C', V, T e Y, em que as três primeiras variáveis são mais estáveis ao longo do tempo, que todos os indivíduos com $SumSH > FM + m$, com exceção de Kátia, estão vivenciando um mal-estar que já se estabilizou ao longo do tempo, constituindo-se em algo mais crônico e que, portanto, já está instalado em seus funcionamentos psíquicos.

As respostas de Cor Acromática (SumC'), de Textura (T) e de Vista (V) já foram analisadas e discutidas anteriormente. Agora, será dada atenção às respostas de Sombreado Difuso (Y), que são, junto com as respostas de movimento inanimado (m), as mais instáveis de todo o Rorschach; trata-se, portanto, de uma variável situacional. Esse tipo de resposta está relacionado a reações do indivíduo frente a situações externas geradoras de tensão e mal-estar. Espera-se até uma resposta desse tipo por protocolo, como parte da reação do indivíduo frente ao fato de estar sendo avaliado, e sua ausência não acarreta maior significação.

Dos 19 indivíduos da amostra, sete apresentam $Y > 1$, sugerindo que estão vivenciando sentimentos dolorosos em reação a alguma situação geradora de tensão ou de desamparo.

Provavelmente, esses pacientes se sentem inundados pelo afeto e, conseqüentemente, sofrem uma espécie de paralisia afetiva que bloqueia sua capacidade de ação por um tempo. Todavia, revela um prognóstico favorável, pois, por se tratar de algo situacional, assim que as circunstâncias que provocaram o sofrimento cessarem, o mal-estar cederá. Se por acaso não for possível resolver a situação geradora de sofrimento emocional, o que antes era algo agudo, transformar-se-á em algo mais crônico e difícil de ser modificado.

Dos sete pacientes com elevação de respostas de Sombreado Difuso, três também apresentam $p > a + 1$, sugerindo que possuem possibilidades limitadas para tomar iniciativas, de modo a resolverem as situações geradoras de sofrimento. Esse dado assinala um prognóstico desfavorável, pois a paralisia, representada por Y, somada à passividade dificultam a tomada de decisões com o intuito de resolver a situação geradora de sofrimento transformando-a, assim, em algo mais crônico.

Quando o sujeito fornece respostas no espaço em braço, S, está fazendo exatamente o oposto daquilo que lhe foi pedido. Em outras palavras, o indivíduo está processando áreas da mancha e definindo a tarefa de maneira mais pessoal, sem que isso aponte, necessariamente, na direção de algo mais patológico. A ausência de respostas S não é muito significativa.

Ao todo, 12 pacientes da amostra deram de uma a duas respostas de espaço em branco, sugerindo que buscam alguma independência, autonomia e auto-afirmação. No entanto, observa-se, ao mesmo tempo, a presença de componentes mais passivos nos relacionamentos interpessoais: em seis há ausência de movimentos Agressivos (AG), em oito tem-se $p > a + 1$ e em cinco $AG = 0$ e $p > a + 1$. Nesse sentido, embora possam possuir o desejo de serem mais autônomos e independentes, de dizerem não e de estabelecerem limites, não sabem como fazê-lo sem contrariar as vontades e desejos dos outros, sem magoá-los ou sem provocar sentimentos de raiva e decepção, o que seria algo insuportável para os mesmos.

O excesso de S, presente em sete indivíduos, indica tendências de oposição generalizada, que estão mais associadas a sentimentos subjacentes de raiva ou ressentimento do que a tentativas de se auto-afirmarem. Tal característica da personalidade interfere nas experiências prazerosas de afeto, uma vez que possivelmente não expressam a raiva e o ressentimento. Essa expressão vai depender da inclinação desses pacientes no que diz respeito às suas condutas nos relacionamentos: se mais passiva ou se mais assertiva. Se for mais passiva, a expressão da raiva e do ressentimento pode ser comprometida e uma possível via de expressão seria a corporal.

A proporção $FC:CF + C$ representa o grau de modulação das descargas e das trocas emocionais deliberadamente iniciadas pelo indivíduo sem, no entanto, que seja capaz de controlar a intensidade dessas descargas; em outras palavras, ele controla o início, mas não a intensidade.

Quatro pacientes da amostra possuem equilíbrio adequado entre as respostas FC, CF e CPura, identificando um repertório amplo no modo como expressam e vivenciam os afetos, o que indica capacidade de modular e controlar as descargas emocionais.

Apenas Angela apresenta $FC > (CF + C) + 3$, sugerindo tendência a expressar o afeto de modo muito contido e discreto e que dificilmente relaxa emocionalmente. Suas emoções são vividas profundamente e costumam ser estáveis. Quando SumC' encontra-se elevado (SumC' = 3), o hipercontrole é ainda mais reforçado. Durante os atendimentos, foi possível notar que a paciente empregava um esforço muito grande para conter seus sentimentos, porém, quando os expressava, percebia-se que não haviam se modificado ao longo do tempo; era como se os vivenciasse como se tivessem surgido recentemente.

Ao todo, 14 participantes apresentam ênfase em CF + C, porém uns em maior grau do que outros. Apenas Eliana e Carmen possuem $CF + C > FC$ em menos de dois pontos e sem respostas de CPura, indicando que provavelmente exprimem seus afetos de maneira mais espontânea e relaxada em comparação aos outros, não se esforçando em controlar suas emoções como a maioria. Isso não significa que possuem problemas de adaptação, a menos que o ambiente em que estejam inseridas tenha pouca tolerância no que diz respeito à expressão mais livre do afeto.

Doze pacientes da amostra apresentam $CF + C > FC + 1$, sugerindo a presença de uma afetividade mais intensa e lábil; trata-se de pessoas mais imaturas emocionalmente, cujos afetos são superficiais e rasos e que são expressos de forma dramática.

Quando CPura está presente, como é o caso de Lucília, Fernando e Silvana, curiosamente três dos seis pacientes que perderam mais de 10% do peso inicial, sugere a presença de maiores problemas na modulação afetiva.

A estimulação emocional desadaptada e descontrolada dos pacientes com $CF + C > FC + 1$ não implica, necessariamente, em impulsividade. Indivíduos impulsivos reconhecem que estão agindo de uma maneira que não lhes é própria; a falta de controle refletida pelo excesso de CF + C constitui um jeito próprio deles se comportarem e que não provoca estranhamento àqueles que estão ao seu redor.

De acordo com Exner e Sendin (1999), a proporção FC:CF + C refere-se ao grau de regulação das descargas e trocas afetivas, enquanto que um estilo mais impulsivo está relacionado à NotaD. Dos 12 sujeitos com ênfase em CF + C, sete

também apresentam NotaD negativa, sugerindo que, além de apresentarem baixa tolerância à frustração e tendência à impulsividade, são imaturos emocionalmente.

Em outras palavras, quando estão diante de qualquer desconforto, não conseguem refletir sobre o que estão sentindo ou o que está acontecendo ao seu redor (a capacidade de simbolização é prejudicada nesses pacientes), tendendo a atuarem e/ou a expressarem seus afetos de modo pouco modulado.

O que se observava nos atendimentos é que, frequentemente, os pacientes não percebem o que e o quanto estão ingerindo; muitas vezes não sabem se estão ou não com fome e dificilmente identificam o que estão sentindo no momento em que ingerem grandes quantidades de alimento. Durante o processo de avaliação psicológica, Joana, por exemplo, escreveu “fome” e “sede” como resposta ao que sentia em suas recordações sobre a alimentação. Ao se dar conta das respostas, verbalizou:

“sabe, eu nunca parei para pensar no que eu sinto... é muito difícil para mim prestar atenção naquilo que eu estou sentindo, porque eu não sei o que sinto”.

Um estilo afetivo mais expansivo pode contribuir para o retraimento social e emocional associado a Afr baixo. Dos 12 pacientes com $CF + C > FC + 1$, sete também possuem Afr baixo, conforme explicitado anteriormente. Embora sintam-se bem expressando-se livremente, podem se dar conta de que a labilidade e a expansividade não são bem aceitas em algumas situações e contextos sociais, nesse sentido podem optar por retraírem-se ou evitarem as trocas afetivas.

O Índice de Depressão (DEPI) é composto por 15 variáveis cognitivas, afetivas e de relação interpessoal. Valores inferiores a cinco ($DEPI < 5$) carecem de significação para o diagnóstico de transtorno de humor, embora possa fornecer informações qualitativas quanto ao funcionamento cognitivo e afetivo do sujeito e ao modo como conduz seus relacionamentos interpessoais.

Valores de DEPI entre três e quatro, segundo revisão realizada por Nascimento (2010), sugerem que, embora não se possa afirmar que a depressão seja um problema dominante, o indivíduo pode apresentar algumas de suas características.

Quando DEPI atinge um valor de cinco ($DEPI = 5$), indica que a pessoa possui muitos dos traços que são comumente encontrados entre os diagnosticados com depressão, sem, no entanto, que esteja padecendo disso no atual momento. Esse dado significa apenas que o indivíduo apresenta uma organização psicológica que o torna mais vulnerável à depressão ou a sofrer alterações bruscas de humor.

Um valor de $DEPI > 5$ confirma que a pessoa apresenta um sério transtorno afetivo e que está sofrendo de uma séria depressão.

Na amostra estudada por Nascimento (2010), 55,8% possui $DEPI = 3$ ou 4, 12,7% $DEPI = 5$ e 7,3% $DEPI = 6$ ou 7; ao todo, 20% da amostra de não-pacientes possui DEPI positivo. Na amostra da presente pesquisa, apenas $DEPI = 5$ possui porcentagem um pouco menor: 10,5%; 63,1% tem $DEPI = 3$ ou 4 e 15,7% $DEPI = 6$ ou 7. Ao todo, 26,2% dos pacientes apresentam DEPI positivo.

De maneira geral, pode-se dizer que aproximadamente metade dos pacientes são emocionalmente imaturos. Assim, numa tentativa de evitar e/ou minimizar o descontrole na expressão de seus afetos e emoções, acabam retraindo-se e interiorizando os afetos.

Esse funcionamento pode aumentar a tensão interna, fazendo com que se sintam inundados e paralisados pelo afeto. Com isso, o desconforto pode transformar-se em algo mais crônico e de difícil solução. Além disso, possuem emocionalidade ambivalente e estão vivenciando estresse emocional e afetos desconfortáveis, o que pode desencadear condutas mais impulsivas. A partir disso, observa-se que apresentam dificuldades em modular o afeto de modo prazeroso, moderado e suficiente.

1.8 Estilo EB na Amostra Total

A análise da variável EB, conforme dito anteriormente (Tabelas 8, 9 e 12) será realizada a seguir.

O estilo EB representa o estilo de resposta adotado pelo indivíduo que faz com que alguns aspectos de sua conduta sejam previsíveis para os outros. Desse modo, por fornecer informações sobre alguns aspectos do funcionamento psíquico do sujeito, o EB é uma das variáveis mais estáveis do Rorschach.

Além de ser capaz de mobilizar os recursos psíquicos adequados e minimizar o estresse subjetivamente sentido, o indivíduo deve ser flexível e coerente quanto aos padrões preferidos para lidar com as situações. Ser flexível e coerente implica ter a capacidade de responder de diferentes formas frente a diferentes demandas e de maneiras semelhantes diante de situações semelhantes.

Os indicadores de flexibilidade e coerência são representados pela natureza do estilo EB. Desse modo, o sujeito pode possuir um EB equilibrado, na qual possui preferência pelo modo ideacional ou expressivo para lidar com as situações. Pode acontecer do indivíduo não possuir um estilo EB preferencial, o que identifica o EB Ambigüal ou, ainda, pode acontecer do sujeito ser persistentemente introversivo (excesso de M) ou persistentemente extratensivo (excesso de WSumC).

Na amostra estudada, dez pacientes apresentam EB equilibrado; desses, metade possui preferência pelo estilo ideacional (EB Introversivo Moderado) e a outra metade pelo estilo mais expressivo (EB Extratensivo Moderado). Tais pacientes são capazes de modificar seus comportamentos conforme as situações mudam: ora empregam a ideação na resolução de problemas, ora deixam-se levar mais pela emoção.

O indivíduo moderadamente introversivo utiliza basicamente a ideação para resolver problemas e tomar decisões, porém mantém-se aberto para utilizar a emoção quando necessário. Já o indivíduo moderadamente extratensivo utiliza mais a emoção no momento de lidar com as demandas, é capaz de reconhecer seus sentimentos e os dos outros, entretanto, quando preciso, pode recorrer à ideação.

Embora sejam estilos muito diferentes quanto à resolução de problemas e ao modo de lidar com as demandas, sua eficácia prática é semelhante; um não é melhor do que o outro. Contudo, ter um EB equilibrado não elimina a possibilidade do sujeito apresentar dificuldades no enfrentamento das demandas, especialmente se seu EA for baixo, se possuir falhas no pensamento ou dificuldades na modulação do afeto.

Dos nove participantes restantes, três possuem EB Introversivo Persistente, três Extratensivo Persistente e três são Ambigüais.

Seja persistentemente introversivo ou persistentemente extratensivo, a pessoa possui significativa falta de flexibilidade para solucionar seus problemas; age sempre da mesma maneira mesmo em situações diferentes, o que prejudica a adaptação.

Os indivíduos com estilo EB Persistentemente Introversivo tendem a usar principalmente a ideação para lidar com as situações e resolver problemas em detrimento dos canais afetivos. Tais indivíduos sentem muita dificuldade em agir, pois contemplam todas as possibilidades antes de tomarem qualquer decisão.

Em decorrência da não utilização dos canais afetivos, esses pacientes possivelmente sentem-se pouco à vontade em situações que mobilizam emoções e expressão de sentimentos, já que possuem poucos recursos para enfrentá-las. Como consequência, podem desorganizar-se frente a estimulação emocional e sentir-se invadidos pelos afetos.

É interessante notar que, dos três pacientes com EB Persistentemente Introversivo, todos apresentam EA na média e apenas um possui CDI positivo e está vivenciando estresse situacional, o que pode estar prejudicando a mobilização de seus recursos disponíveis e mais adequados para a resolução das demandas, aumentando a probabilidade de comportamentos impulsivos e diminuindo a tolerância à frustração.

Quanto ao afeto, os três pacientes possuem Afr baixo e dois possuem WSumC baixo, SumC' elevado e $WSumC > SumC'$; esses mesmos dois pacientes apresentam também $FC \geq CF + C$ e o outro paciente $CF + C > FC$. De maneira geral, os dados sugerem que o uso da ideação se dá de forma mais ou menos adaptada, enquanto que a expressão de sentimentos é mais difícil; trata-se de pacientes que tendem a internalizar mais o afeto e evitar as situações interpessoais.

Já os pacientes com estilo EB Persistentemente Extratensivo tendem a ser muito expressivos e atuadores, que dificilmente refletem sobre suas decisões. Nesse sentido, a solução de problemas e a qualidade das decisões podem ser prejudicadas, uma vez que a ideação é fundamental para o planejamento das ações.

Dos três participantes com EB Persistentemente Extratensivo, todos apresentam EA baixo, $CF + C > FC + 1$, dois possuem Afr na média e $WSumC < SumC'$. Esses dados sugerem que possuem poucos recursos para lidar com as exigências cotidianas, são emocionalmente imaturos, cujos afetos são superficiais e expressos de forma mais lábil e que, possivelmente, lançam mão da constrição da capacidade de expressar afetos e da intelectualização (Índice de Intelectualização elevado) na tentativa de minimizar o impacto das emoções.

Destaca-se a ausência de respostas de Movimento Humano (M) nesses três pacientes, indicando que provavelmente sentem-se inundados pelos afetos, o que

exerce influência direta no pensamento deliberado, pois a ideação não está disponível para a realização de tarefas de postergação da descarga afetiva e para focalizar os processos de atenção.

Por fim, os pacientes com estilo EB Ambiguoal podem apresentar maior vulnerabilidade frente às dificuldades, pois são mais inconsistentes ao elaborar suas condutas. Suas respostas são mais imprevisíveis: ora processarão o afeto, ora utilizarão a ideação ao tentar solucionar os problemas. Em outras palavras, utilizam diferentes condutas mesmo em situações semelhantes, o que é bem menos eficiente do que usar qualquer uma isoladamente.

Esse estilo não necessariamente significa que esses pacientes apresentam alguma patologia, porém, dependendo da situação, se o nível de estresse for maior do que podem dar conta, tendem a desorganizarem-se mais facilmente.

Os pacientes ambiguaes dessa amostra, de maneira geral, são capazes de processar o afeto e possuem recursos psíquicos para lidar com as demandas e que, no momento, não estão vivenciando sobrecarga de estresse situacional suficiente para desorganizar suas condutas, embora sejam mais imaturos emocionalmente.

Em seguida, será analisado o estilo EB dos pacientes pertencentes aos grupos A, B e C.

Dos seis pacientes do Grupo A, quatro apresentam EB equilibrado; entre os nove pacientes do Grupo B, três possuem EB equilibrado, dois EB Introversivo Persistente, dois EB Extratensivo Persistente e um EB Ambiguoal e, os dois pacientes do Grupo C possuem EB equilibrado. Conforme dito anteriormente, não é possível chegar a conclusões analisando apenas uma variável isoladamente, já que corre-se o risco de cometer erros; esses resultados foram discutidos à luz de outras variáveis e índices. É possível notar apenas que os pacientes que perderam mais de 10% do peso inicial e os que ganharam peso foram os que mais apresentaram estilo EB equilibrado, embora não seja possível realizar generalizações, uma vez que o número de sujeitos de cada um dos grupos é muito pequeno.

1.9 Considerações Parciais com Base na Amostra Total

Apresentamos a descrição dos aspectos psicológicos em uma amostra de 19 pacientes atendidos em um programa interdisciplinar para tratamento da obesidade.

A partir da análise do Psicodiagnóstico de Rorschach em termos dos sete módulos de variáveis intercorrelacionadas propostos por Weiner (2000), levantou-se a descrição dos aspectos do funcionamento da personalidade dos pacientes em atendimento. Tais pacientes procuraram a equipe em decorrência do intenso sofrimento associado à obesidade.

O ponto de partida para a análise dos dados se deu pela Tríade Cognitiva (Processamento da Informação, Mediação Cognitiva e Ideação). Os pacientes possuem capacidade de estabelecerem relações significativas entre os elementos do campo de estímulo, no entanto traduzem a percepção dos estímulos de maneira distorcida ou mais individualizada. Apresentam, de modo geral, adequada capacidade de pensarem de forma lógica e coerente, embora com tendência à substituírem a realidade pela fantasia e a apresentarem inflexibilidade cognitiva.

Há pacientes que possuem recursos limitados para lidar com as demandas externas e para planejar e implementar estratégias de ação. Mesmo aqueles que apresentam recursos na média ou acima, não conseguem mobilizá-los adequadamente, em parte devido à sobrecarga de estresse subjetivamente sentido. Nesse contexto, a tolerância às frustrações diminui, aumentando o surgimento de condutas impulsivas.

Em relação à auto-percepção, muitos apresentam características de personalidade narcisista, que incluem a não responsabilização pelos fracassos, a negação das falhas e a atribuição das culpas à realidade externa. Embora apresentem esse traço de personalidade, a autoestima e a autoimagem são deficitárias. Assim, é provável que a profunda auto-desvalorização tenha gerado estratégias defensivas narcísicas. Além disso, observa-se também conflitos em relação à sexualidade.

Relacionam-se de forma satisfatória com os outros, porém possuem comprometimentos na capacidade de formação de vínculos, estabelecendo relações parciais com os outros ou mesmo fantasiosas, podendo levar a um certo distanciamento das outras pessoas.

Além disso, são pacientes mais imaturos emocionalmente com dificuldades em discriminar o que sentem e que tendem a expressar seus afetos de forma mais intensa e lábil. Assim, numa tentativa de evitar e minimizar o descontrole, interiorizam seus afetos.

Uma parte dos pacientes apresenta um estilo ideacional ou emocionalmente expressivo para lidar com as situações, enquanto que outros são persistentemente introversivos, extratensivos ou ainda ambíguos.

Os pacientes se mostraram interessados, inicialmente, nos atendimentos de grupo, expressando-se quer de forma mais cautelosa, quer de forma mais participativa.

No geral, associaram o início do aumento de peso às situações de rompimentos de vínculos significativos ou de perdas que enfrentaram. Em suas vidas, há a identificação de situações de traumas psíquicos (separação dos pais ou do cônjuge, morte dos pais, vitimização sexual e traições, por exemplo) como desencadeantes do aumento de peso. Dessa forma, como discute Franques (2006a), a obesidade foi associada a situações que provocaram mudanças ou desequilíbrios psíquicos emocionais. A frustração, a ansiedade e as angústias foram, provavelmente, amenizadas pela ingestão alimentar, que proporcionou e ainda proporciona um alívio temporário da dor psíquica.

A pequena amostra impede a generalização dos resultados aqui descritos. No conjunto, as descrições acima são condizentes com as encontradas na literatura.

2. Análise e Discussão dos Protocolos do Psicodiagnóstico de Rorschach e das Observações Clínicas dos Pacientes que Perderam mais de 10% do Peso Inicial

2.1 Processamento da Informação no Grupo A

Em seguida, serão analisados e discutidos os dados referentes ao Processamento da Informação dos pacientes que perderam mais de 10% do peso inicial (Grupo A) (Tabela 13).

Tabela 13 – Processamento da Informação – Grupo A

Nome	LAMBDA	Zd	W:D:Dd	DQ+	DQv/+	DQv
Fernando	0,19	7	11:7:1	10	0	0
Camila	0,25	-4,5	8:10:2	6	0	0
Luciana	0,06	-0,5	14:3:1	11	0	1
Joana	0,42	2,5	13:4:0	7	0	0
Roberto	0,53	-6,5	14:9:0	7	0	0
Silvana	0,08	2	10:2:2	4	5	1

Legenda

L → entre 0,30 e 0,99 L < 0,30 L > 0,99

Zd → entre -3,0 e +3,0 Zd > +3,0 Zd < -3,0

W:D:Ds → equilíbrio predomínio de W predomínio de D predomínio de Dd (Dd > 3)

DQ+ → média alto baixo

DQv/+ → média alto baixo

DQv → média alto baixo

Dos seis pacientes do Grupo A, 66,6% apresenta Lambda abaixo do intervalo médio ($L < 0,30$); na amostra, essa porcentagem é de 42,1%. O resultado indica a presença de dificuldades em discriminar as informações mais importantes das acessórias, o que faz com que muitos estímulos sejam desconsiderados. Além disso, não são capazes de evitar as estimulações emocionais, sendo, conseqüentemente, inundados por elas.

Esse foco de atenção amplo pode até permitir, conforme dito anteriormente, certo dinamismo e sensibilidade por parte do indivíduo, favorecendo a realização de tarefas, desde que haja recursos suficientes.

Os quatro participantes com Lambda baixo possuem um volume de recursos disponíveis na média ou acima da média, entretanto três pacientes estão vivenciando uma sobrecarga de estresse situacional ($\text{NotaD} < \text{AdjD}$), o que pode contribuir para alguma dificuldade em mobilizar recursos adequados para o enfrentamento das demandas. Nesse sentido, é possível que a consciência dilatada da vida desses pacientes esteja colaborando para que se sintam distraídos, dispersos e com a consciência de que existem aspectos de suas vidas que prefeririam ignorar ou desconsiderar.

Com exceção de um paciente, todos apresentam predomínio de W no Índice de Economia (83,3%); na amostra, esse valor é de 42,1%. Isso significa que cinco deles focam sua atenção nos aspectos globais das experiências (W), em detrimento dos aspectos comuns (D); tal funcionamento pode facilitar a apreensão de relações complexas entre os eventos e a conduzir a formulações criativas, porém, quando em excesso, pode comprometer a atenção a questões comuns, que também são importantes.

Apesar de não se deterem nos aspectos mais comuns das experiências, são capazes de examinar, compreender e estabelecer relações significativas entre os eventos; desses cinco pacientes, quatro apresentam DQ_+ na média ou acima da média.

Com relação à análise da qualidade formal das respostas dadas por esses participantes, observa-se que 66,6% dão respostas DQ_+ na média ou acima da média, apenas um (16,6%) apresenta excesso de $DQ_{v/+}$ e todos deram DQ_v na média. Tais dados sugerem que são capazes de examinar, compreender e estabelecer relações significativas entre os eventos, uma vez que, de maneira geral, não possuem problemas de definição formal e seu funcionamento cognitivo não é mais imaturo que aquele encontrado na amostra americana de não-pacientes.

Um total de 63,1% dos participantes da amostra total apresentam DQ_+ na média ou acima da média, porcentagem semelhante à encontrada nos indivíduos desse grupo; 21% e 15,7% possuem $DQ_{v/+}$ e DQ_v elevados, respectivamente.

Por fim, tem-se que apenas metade dos pacientes do Grupo A possuem Z_d dentro do intervalo médio (entre -3,0 e +3,0), dois absorvem poucas informações ($Z_d < -3,0$) e um absorve um volume de informações além da sua capacidade de processá-las eficazmente ($Z_d > 3,0$). É interessante observar que os sujeitos desse grupo que conseguem absorver a quantidade de informações que são capazes de processar adequadamente também apresentam boa capacidade de elaboração cognitiva (DQ_+ na média ou acima da média) e é provável que cheguem a conclusões, solucionem problemas e completem tarefas de modo eficiente e com um nível de êxito compatível com suas habilidades.

Os significados de $Z_d < -3,0$ e $Z_d > 3,0$ já foram explicitados anteriormente, não sendo necessário, portanto, repeti-los aqui.

De modo geral, pode-se dizer que a maioria desses pacientes apresenta dificuldades em discriminar informações importantes das acessórias e sentem-se

invadidos pela estimulação emocional. Embora o foco de atenção amplo permite certo dinamismo e sensibilidade, esses pacientes estão vivenciando sobrecarga de estresse situacional que pode contribuir para maiores dificuldades em mobilizar recursos suficientes e adequados e em concentrarem-se em suas tarefas.

Apesar disso, são pessoas que possuem bom nível intelectual e são capazes de analisar, compreender e estabelecer relações significativas entre os eventos do ambiente e de absorver a quantidade de informações que conseguem processar adequadamente. Consequentemente, conseguem chegar a conclusões e completar tarefas de modo eficiente e compatível com suas habilidades.

2.2 Mediação Cognitiva no Grupo A

Em seguida, serão analisados e discutidos os dados referentes à Tabela 14.

Tabela 14 – Mediação Cognitiva – Grupo A

Nome	X_%	Xu%	POP.
Fernando	0,37	0,16	3
Camila	0,15	0,15	6
Luciana	0,11	0,28	7
Joana	0,18	0,29	8
Roberto	0,13	0,26	9
Silvana	0,07	0,29	4

Legenda

X_% → X_% ≤ 0,15 X_% > 0,15

Xu% → entre 0,10 e 0,20 Xu% < 0,10 Xu% > 0,20

Pop. → entre 5 e 7 com R > 17 e entre 4 e 6 com R ≤ 17 P < 4 P > 7

Um total de quatro pacientes apresenta $X_{\%} \leq 0,15$, o que significa que são capazes de formar impressões precisas de si e do ambiente que os cerca, demonstrando que o teste de realidade é adequado. A diferença entre aqueles indivíduos com $X_{\%} > 0,15$ do Grupo A e os da amostra é de pouco menos de 10%: 33,3% do Grupo A ante os 42,1% da amostra total.

Por outro lado, 66,6% possuem $X_u\%$ elevado, sugerindo que vêem o mundo e traduzem os estímulos de modo mais individualizado, porém sem distorções. Esse modo mais próprio de enxergar o mundo pode gerar excessivo auto-centramento, fazendo com que suas percepções sejam orientadas em função de suas necessidades.

A presença de respostas Populares, conforme dito anteriormente, minimiza o impacto de $X_\%$ e $X_u\%$ elevados. Dos dois únicos sujeitos com $X_\%$ acima da média, um deles possui P acima da média e, dos quatro sujeitos com $X_u\% > 0,20$, metade tem P acima da média e a outra metade P na média. Esses dados sugerem que, apesar de haver alguma distorção quanto à percepção que o sujeito tem de si e do mundo e de traduzir os estímulos do ambiente de maneira mais individualizada, o que pode implicar em um maior distanciamento dos estímulos externos, esses pacientes são capazes de reconhecer o que é convencional para a maioria das pessoas, embora isso não signifique que responderão desse modo o tempo todo, já que isso depende, dentre outros aspectos, do modo como utilizam os recursos disponíveis.

Resumindo, embora possuam o teste de realidade adequado, representado pela capacidade de perceber a si, o outro e os eventos de modo preciso e adequado, esses pacientes traduzem os estímulos do ambiente e vêem o mundo de modo mais individualizado, o que gera maior auto-centramento. Com isso, suas percepções são mais orientadas em função de suas necessidades. Contudo, são capazes de reconhecer aquilo que é convencional e responder de acordo com o que é esperado.

2.3 Ideação no Grupo A

O modo como os pacientes do Grupo A organizam o pensamento difere um pouco daquele observado nos sujeitos da amostra total de forma geral (Tabela 15).

Tabela 15 – Ideação – Grupo A

Nome	Wsum6	a:p	Ma:Mp	FM	m	Lado esq. eb	Intelectualização	EB
Fernando	19	5:8	1:6	4	2	6	4	ambigual
Camila	7	4:11	1:5	5	4	9	0	intro. persis.
Luciana	8	6:6	2:2	4	4	8	0	extrat. mod.
Joana	20	4:6	1:3	3	2	5	5	intro. mod
Roberto	1	5:4	3:3	3	0	3	3	intro. mod
Silvana	11	2:5	0:4	2	1	3	12	extrat. mod.

Legenda

WSum6 → WSum6 ≤ 12 WSum6 > 17

a:p → números parecidos se um exceder 4 e um dos valores for maior do que o dobro do outro

Ma:Mp → Ma ≥ Mp com M > 1 Mp > Ma

FM e m → FM entre 3 e 5 FM > 5 FM < 3 m = 1 m = 0 m > 1

Lado esq. eb → FM + m < 6 com FM entre 3 e 5 FM + m > 6

Índice de Intelectualização → quando ≤ 3 entre 4 e 5 > 5

EB → intro. persis. intro. mod. ambigual extra. mod. extra. persis.

Um total de quatro pacientes apresenta boa capacidade de pensar de maneira lógica e coerente, o que pode contribuir para minimizar os efeitos negativos de Xu% elevado: desses quatro com WSum6 ≤ 12, três possuem Xu% > 0,20.

Fernando e Joana são os únicos pacientes com X_% > 0,15 e com WSum6 > 17, sendo que Joana apresenta tanto X_% quanto Xu% elevados. Esses dados podem indicar que a percepção inadequada dos eventos e a formulação de impressões errôneas a seu próprio respeito e dos demais podem estar associadas, dentre outros fatores, a dificuldades importantes de raciocínio. Em consequência, há interrupções no fluxo do pensamento, contribuindo para formulações equivocadas, aumentando a probabilidade de cometerem erros nas tomadas de decisão e nos julgamentos.

É interessante observar que a frequência de pacientes com WSum6 ≤ 12 é semelhante tanto na amostra total da pesquisa como nesse grupo: 68,4% e 66,6%, respectivamente.

Dos seis participantes do Grupo A, quatro apresentam pensamento flexível, o que significa que são capazes de considerar perspectivas alternativas de suas experiências e de modificar seus pontos de vista.

Quatro pacientes possuem tendências a substituir a realidade pela fantasia ($M_p > M_a$), na tentativa de lidar com as demandas e exigências cotidianas. Trata-se de pessoas que imaginam como os outros ou eventos fortuitos poderiam tomar decisões ou resolver problemas por elas. Esse mecanismo proporciona alívio momentâneo do desconforto, porém, concomitantemente, aumenta a dependência aos demais, pois se tem a fantasia de que as soluções virão de fora.

Com relação à amostra, 52,6% dos pacientes possuem $M_p > M_a$; no Grupo A, essa porcentagem é 14% maior.

Ao contrário da amostra, na qual 57,8% dos indivíduos possui FM dentro do intervalo médio esperado, 83,3% dos pacientes do Grupo A possui FM entre três e cinco, sugerindo não estarem vivenciando excesso de necessidades primárias e secundárias não satisfeitas ou que eliminaram o registro das mesmas ou, ainda, que estejam buscando gratificá-las assim que aparecem.

Em relação às respostas de Movimento Inanimado (m), 66,6% dos participantes do Grupo A apresentam $m > 1$, indicando que estão vivenciando tensões situacionais associadas a pensamentos angustiantes, podendo levar à sensação de perda de controle e, conseqüentemente, à alterações ou interrupções no curso do pensamento deliberado. Na amostra total, a proporção de m é 24,5% menor.

Metade dos pacientes desse grupo apresenta $FM + m < 6$, sugerindo que, apesar de ideias fora de seu controle invadirem seus pensamentos, são capazes de parar de pensar sobre elas e voltarem-se para outros assuntos. A outra metade possui excesso de ideação não deliberada e apresenta pouca capacidade de impedir a tomada de consciência de ideias perturbadoras, podendo comprometer a atenção e a concentração. Pouco mais de um terço dos indivíduos da amostra total, 36,8%, possuem essa característica.

Por fim, tem-se que 50% desses indivíduos utilizam a intelectualização como uma de suas estratégias defensivas. A intelectualização é usada, conforme dito anteriormente, como uma tentativa de manter uma distância segura entre si e os sentimentos, sejam eles de quaisquer natureza, e minimizar o impacto dos mesmos. A outra metade parece não lançar mão dessa estratégia defensiva, pelo menos em excesso.

O uso abusivo desse mecanismo defensivo, de acordo com o que foi dito anteriormente, tende a distorcer o verdadeiro significado das situações e a tornar a

pessoa mais vulnerável à estimulação emocional. Uma das formas de lidar com essa estimulação é promovendo uma distância segura entre si e os afetos. Como a expressão de sentimentos e afetos está, inevitavelmente, presente nas situações interpessoais, a pessoa tende a evitá-las, já que não possui recursos suficientes para lidar com elas. A aversão a essas situações é representada pelo Quociente Afetivo baixo e está presente em todos os participantes desse grupo com Índice de Intelectualização elevado.

É interessante observar que todos os pacientes com Índice de Intelectualização elevado também abusam da fantasia ($Mp > Ma$) para lidar com as demandas do dia a dia.

A maior parte dos pacientes desse grupo apresenta boa capacidade de pensar de maneira lógica e coerente, reforçando o que foi dito anteriormente a respeito do teste de realidade adequado, além de capacidade satisfatória de considerar perspectivas alternativas das experiências, de modificar seus pontos de vista e de mudar o foco da atenção de questões e ideias fora do seu controle para outras que também necessitam de cuidados. São pessoas que tendem a abusar da fantasia e da intelectualização na tentativa de lidar com as demandas e de minimizar o impacto de sentimentos e afetos

2.4 Controle e Tolerância ao Estresse no Grupo A

Em seguida, serão analisados e discutidos os dados referentes à Tabela 16.

Tabela 16 – Controle e Tolerância ao Estresse – Grupo A

Nome	EA	CDI	Nota D	AdjD	AdjD e D	EB
Fernando	16	2	2	3	1	ambigual
Camila	7,5	5	-4	-2	2	intro. persis.
Luciana	13	2	-2	-1	1	extra. mode.
Joana	6	4	-1	-1	0	intro. mode.
Roberto	9,5	2	0	0	0	intro. mode.
Silvana	10,5	3	0	0	0	extra. mode.

Legenda

EA → entre 7 e 11 acima da média EA < 7
 CDI → CDI < 4 CDI > 3
 Nota D → D > 0 D = 0 com diferença inferior a 2,5 entre EA e es D < 0
 AdjD → AdjD < 0 AdjD = 0 AdjD > 0
 AdjD e D → AdjD – D = 1 AdjD – D > 1
 EB → Intro. persis. Intro. mod. Ambigual extra. mod. extra. persis.

Com exceção de um paciente, os demais possuem recursos adequados para atender as demandas da vida diária (EA na média ou acima da média), sugerindo que um volume de recursos adequados pode contribuir, dentre outros aspectos, para a perda de peso, já que o sujeito terá, teoricamente, à sua disposição recursos psíquicos para lidar com as diferentes exigências cotidianas.

Um terço dos sujeitos possui CDI positivo, sugerindo, mais particularmente, que Camila e Joana possuem sérios problemas para enfrentar as situações, independentemente do valor de EA. Foram pessoas que se mostraram mais imaturas nos atendimentos individuais, em especial no que diz respeito aos relacionamentos interpessoais e que apresentam tendência a desorganizar suas condutas frente a situações de estresse, o que contribui para o aumento dos problemas de controle.

Além disso, suas relações interpessoais tendem a ser mais superficiais e pouco duradouras. Observa-se, por exemplo, que ambas as pacientes apresentavam muita dificuldade em manter os novos hábitos adquiridos durante o processo de tratamento quando a carga de trabalho e o estresse em seus empregos aumentavam. Camila possui CDI positivo, porém apresenta EA na média e Joana apresenta CDI também positivo e EA baixo. As implicações desses dois tipos de padrão já foram discutidas anteriormente.

Com relação à NotaD e AdjD observa-se três modos distintos de lidar com o estresse.

Roberto e Silvana possuem NotaD e AdjD = 0 com EA na média, sugerindo a existência de capacidades para tolerar as frustrações, controlar seus comportamentos e evitar ações precipitadas ou descontrole emocional. Dificilmente apresentam ansiedade, nervosismo, tensão ou irritabilidade manifestas. No entanto, pelo o que pôde ser observado durante o processo de avaliação, nos encontros

grupais e individuais, ambos pareceram não ter consciência desses afetos, especialmente por utilizarem como mecanismos defensivos a intelectualização, a fantasia, a negação ou a constrição dos afetos, dependendo das situações. Consequentemente, a irritação interna tendia a aumentar, assim como a tendência a apresentarem condutas impulsivas, ou seja, tendiam a recorrer ao alimento num primeiro momento sem conseguirem refletir sobre o que está se passando ao seu redor.

Apenas Fernando possui EA acima da média e NotaD e AdjD positivas, indicando a presença de amplas capacidades para lidar com as demandas, tolerar o estresse e demonstrar tranquilidade em situações de emergência. Entretanto, apresenta NotaD < AdjD, o que implica a presença de estresse situacional superior às suas capacidades de dar conta; sua tolerância ao mesmo é inferior ao habitual, podendo diminuir a tolerância à frustração e aumentar a probabilidade de apresentar comportamentos impulsivos.

O prognóstico, nessa situação, é favorável, desde que a mesma seja resolvida, pois, caso contrário, o que antes era algo situacional pode tornar-se algo crônico e de difícil resolução. Uma vez resolvida a situação estressora, pode recuperar seus controles habituais.

Metade dos pacientes possui NotaD e AdjD negativas e, embora tenham recursos psíquicos, o estresse e o desconforto subjetivamente sentidos provavelmente são superiores às suas capacidades de mobilizar adequadamente os recursos de que dispõem para gerar condutas eficientes e, assim, recuperar a homeostase psíquica. Esse processo contribui para que se sintam ansiosos, tensos, nervosos e irritáveis, diminuindo a tolerância à frustração e aumentando a tendência à impulsividade. Além disso, desses três sujeitos, dois possuem sobrecarga de estresse situacional (NotaD < AdjD), contudo, o que se percebe é que já vinham vivenciando uma sobrecarga habitual que foi exacerbada por fatores situacionais.

Por fim, metade dos pacientes desse grupo está vivenciando estresse situacional. Com isso, pode-se pensar se o próprio processo de emagrecimento não está sendo vivenciado por eles como um evento estressante, já que implica em inúmeras mudanças e adaptações. Tal questão foi amplamente discutida nos grupos de acompanhamento.

Esses dados estão de acordo com os apresentados por Santos, Peres e Benez (2002), assim como por Dalgarrondo (2002), que observaram, em especial,

baixa tolerância às frustrações como um estado comum nos pacientes com sobrepeso analisados em situações de estresse.

É possível, ainda, observar que metade dos pacientes do Grupo A possui um volume de recursos psíquicos adequados para lidar com as demandas do dia a dia, entretanto está vivenciando sobrecarga de estresse subjetivamente sentido superior às suas capacidades de mobilizar recursos adequados e suficientes para ajudá-los a dar conta das situações e, assim, gerar condutas eficientes. Os efeitos dessa sobrecarga podem ser vistos por meio do aumento do nível de ansiedade, tensão, nervosismo e irritabilidade, o que diminui a tolerância à frustração e aumenta a tendência à impulsividade.

2.5 Auto-Percepção no Grupo A

A Tabela 17 apresenta os dados obtidos referentes a esse módulo.

Um total de 66,6% possui traços de personalidade narcisista ($Fr + rF > 0$), que incluem tendência à auto-glorificação e à priorização de suas próprias necessidades e interesses. São pessoas que não se responsabilizam por seus fracassos, negam suas falhas e cujos relacionamentos interpessoais são mais superficiais e pouco significativos.

Tabela 17 – Auto-Percepção – Grupo A

Nome	Fr+rF	3r+(2)/R	V	FD	MOR	H:Hd+(H)+(Hd)	Hx	Sx
Fernando	2	0,53	0	0	1	2:6	3	3
Camila	1	0,65	1	1	2	3:4	1	2
Luciana	3	0,89	1	1	2	2:3	0	3
Joana	2	0,59	0	4	1	2:3	1	0
Roberto	0	0,35	0	2	4	2:7	0	0
Silvana	0	0,5	2	1	2	3:1	5	0

Legenda

Fr + rF → Fr + rF = 0 Fr + rF > 0

3r + (2)/R → entre 0,33 e 0,44 < 0,33 > 0,44 > 0,44 com reflexo < 0,33 com reflexo
entre 0,33 e 0,44 com reflexo

$$V \rightarrow V = 0 \quad V > 0$$

$$MOR \rightarrow \text{entre } 0 \text{ e } 2 \quad MOR > 2$$

$$FD \rightarrow FD \text{ entre } 1 \text{ e } 2 \quad FD = 0 \quad FD > 2$$

$$H:Hd + (H) + (Hd) \rightarrow H \geq Hd + (H) + (Hd) \text{ com } H \geq 2 \quad H < Hd + (H) + (Hd)$$

$$Hx \rightarrow Hx = 0 \quad Hx > 0$$

$$Sx \rightarrow Sx = 0 \quad Sx > 0$$

Necessitam reafirmar constantemente seu valor próprio e, para isso, podem recorrer à racionalização, à atuação e à negação, a fim de manter a autoestima adequada. Entretanto, tais mecanismos podem levar à dificuldades nos relacionamentos interpessoais e, conseqüentemente, ao próprio questionamento, o que acaba suscitando alguns conflitos entre a necessidade de reafirmação e a percepção de que talvez as coisas não são como imaginam. Nesse sentido, observa-se, junto às respostas de Reflexo, respostas de Vista.

Dos quatro sujeitos com $Fr + rF > 0$, metade apresenta esse tipo de resposta. Dos seis sujeitos desse grupo, 50% possui respostas de Vista. Essa variável, conforme explicitado anteriormente, representa a existência de auto-crítica negativa, o que gera sentimentos de tristeza e, conseqüentemente, baixa autoestima. É possível que a profunda desvalorização, um dos temas recorrentes e trabalhado nos grupos, tenha gerado estratégias defensivas narcísicas.

Nota-se uma porcentagem de respostas de Reflexo 19% maior que a encontrada na amostra total. Já as respostas de Vista estão presentes em 57,8% dos protocolos da amostra total, porcentagem semelhante à encontrada nesse grupo, que foi de 50%.

O Índice de Egocentrismo encontra-se elevado em cinco dos seis participantes do Grupo A, sendo que quatro possuem respostas de Reflexo, reforçando as características narcísicas encontradas nesses pacientes, o que acaba reduzindo seus interesses pelo mundo exterior, uma vez que estão voltados para suas próprias necessidades. Desses quatro pacientes, metade apresenta respostas de Vista, levando às dificuldades explicitadas anteriormente.

Apenas uma paciente, Silvana, possui $3r + (2)/R$ elevado sem nenhuma resposta de Reflexo e com duas respostas de Vista, sugerindo que trata-se de alguém que, embora apresente uma preocupação inusual consigo própria, parece não estar tendo nenhum prazer em voltar as atenções para si; a presença de V reforça a existência de auto-crítica negativa e baixa autoestima.

Na amostra total, 42,1% dos sujeitos possui Índice de Egocentrismo elevado, sendo que, no Grupo A, essa porcentagem é quase duas vezes maior: 83,3%.

Quanto à variável FD, 66,6% dos indivíduos possui ao menos uma resposta desse tipo, o que significa que são capazes de realizar tarefas de introspecção e autoexame, além de reconhecerem a melhor forma de atender as próprias necessidades, de avaliar suas ações e de reconsiderar as imagens que formam a seu próprio respeito.

Apenas uma paciente deu quatro respostas FD e um paciente não deu nenhuma. As implicações do excesso e da ausência de respostas desse tipo já foram explicitadas anteriormente, assim como as consequências para a perda de peso.

Com exceção de um paciente, todos os demais possuem baixa frequência de respostas MOR, o que indica que esses sujeitos não apresentam, aparentemente, dificuldades significativas em manter um nível adaptativo de autoimagem. Apenas 16,6% dos indivíduos desse grupo apresenta MOR > 2 contra 26,3% dos sujeitos da amostra total.

Dos seis pacientes do Grupo A, cinco possuem $H < H_d + (H) + (H_d)$, o que significa que quase todos os sujeitos desse grupo possuem uma noção mais distorcida sobre si mesmo e os demais; é como se pudessem se identificar apenas com algumas características dos outros. Chama a atenção que pacientes com uma identidade tão confusa e que, provavelmente, apresentam falhas na passagem do narcisismo primário para o secundário tenham perdido tanto peso. Em relação à amostra total, 83,3% dos participantes apresenta $H < H_d + (H) + (H_d)$; entre os pacientes do Grupo A, esse valor é de 63,1%.

A presença da variável Hx é mais de duas vezes maior que a encontrada na amostra total. Os pacientes do Grupo A parecem estabelecer aspectos de seu auto-conceito recorrendo à intelectualização, a fim de minimizar o impacto de sentimentos desagradáveis associados à autoimagem.

Por fim, com relação ao conteúdo Sexo (Sx), metade dos pacientes do Grupo A apresenta aumento de preocupações relacionadas à temática sexual, sugerindo a presença de alguma dificuldade em lidar com a sexualidade, outro tema de difícil exposição no grupo e nos atendimentos individuais.

Os índices apontam para a existência de traços de personalidade narcisista; a tendência de reafirmar seu valor próprio pode gerar alguns questionamentos e

conflitos internos e externos, conforme explicitado anteriormente, com o surgimento de sentimentos de tristeza e, conseqüentemente, baixa autoestima.

Nesse sentido, é possível que a profunda desvalorização nesses pacientes tenha gerado estratégias defensivas narcísicas, aspecto esse de suma importância para o trabalho de acompanhamento. Apesar de serem capazes de manter uma autoimagem adequada e de realizar tarefas de introspecção e autoexame, alguns possuem auto-crítica negativa. Trata-se de pacientes que apresentam uma noção mais distorcida de si mesmos e dos demais, além de recorrerem à intelectualização quando estabelecem conceitos sobre si próprios, provavelmente na tentativa de manter a autoimagem e a autoestima elevadas, e de possuírem preocupações no que diz respeito à sexualidade.

2.6 Relacionamento Interpessoal no Grupo A

Em seguida, serão analisados e discutidos os dados referentes ao modo como os pacientes do Grupo A se relacionam com os outros, como percebem as outras pessoas e como se comportam (Tabela 18).

Tabela 18 – Relacionamento Interpessoal – Grupo A

Nome	Isolamento	T	COP	AG	a:p	Fd	GHR:PHR
Fernando	0,11	0	0	0	5:8	0	4:5
Camila	0,15	2	0	0	4:11	0	4:3
Luciana	0,61	0	2	1	6:6	1	6:1
Joana	0,12	1	0	0	4:6	0	4:2
Roberto	0,13	2	2	2	5:4	0	6:4
Silvana	0,21	0	1	0	2:5	0	2:5

Legenda

Isolamento → ≤ 0,25 > 0,33
 Textura → T = 1 T = 0 T > 1
 COP → COP > 0 COP = 0
 AG → AG entre 1 e 2 AG = 0 AG > 2
 a:p → a ≥ p p > a + 1
 Fd → Fd = 0 Fd > 0

GHR:PHR → GHR > PHR com pelo menos três respostas de conteúdo humano

PHR ≥ GHR

Quase todos os pacientes, 83,3%, possui baixo Índice de Isolamento, frequência semelhante à encontrada entre os sujeitos da amostra total. Esse dado não traz qualquer implicação específica para a personalidade, porém não exclui dificuldades no âmbito social.

Metade dos pacientes possui ausência de resposta de Textura, frequência esta semelhante à encontrada entre os participantes da amostra total. Significa que tais pessoas possuem comprometimento da capacidade de formar vínculos com os outros; seus relacionamentos interpessoais tendem a ser mais distantes.

Trata-se de indivíduos que necessitam de mais tempo para confiar no outro, incluindo os profissionais da equipe. São pacientes que, em sua maioria estão em tratamento há pelo menos 19 meses. Após esse longo período, pode-se pensar que, provavelmente, conseguiram estabelecer um vínculo de maior confiança com os profissionais, um dos pré-requisitos fundamentais para a permanência em todas as etapas do tratamento.

Camila e Roberto apresentaram maior necessidade de proximidade com os outros. É possível que estejam se sentindo mais carentes e necessitados do ponto de vista interpessoal, provavelmente em decorrência de alguma perda objetual ou de ruptura de algum vínculo significativo. No caso de Camila, por exemplo, há, em sua história de vida, muitas rupturas e perdas significativas ocorridas há muitos anos e que talvez não foram elaboradas. Em decorrência, facilmente surgem intensos sentimentos de solidão e sofrimento. Seus pais se divorciaram quando ainda era criança e a mãe se casou novamente; o relacionamento entre Camila e o novo esposo da mãe sempre foi conflituoso até a separação por problemas financeiros.

Camila e a irmã foram morar com o pai e a mãe mudou-se para Portugal. Após o relato de sua história de vida, a paciente faltou em três atendimentos consecutivos. As faltas foram interpretadas, posteriormente, como uma dificuldade de falar sobre e de entrar em contato com sua tristeza, sua dor e sua raiva; é como se precisasse realizar um grande esforço para manter esses sentimentos o mais longe possível de si, evitando uma reflexão sobre os mesmos, conforme discutido por McDougall (1991).

Apenas Joana é capaz de estabelecer vínculos significativos com os outros, no entanto isso não significa que não encontre dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Metade dos sujeitos do Grupo A deu ao menos uma resposta de Movimento Cooperativo (COP), o que indica a existência de interesse desses indivíduos em se envolverem em situações onde atitudes cooperativas estão presentes; em outras palavras, há tendência em estabelecerem vínculos positivos com os outros. A presença de COP pode amenizar um pouco as implicações de $T = 0$, presente em Luciana e Silvana.

Três pacientes não apresentam respostas COP, sugerindo a existência de desinteresse ou mesmo desprazer na realização de atividades em conjunto. No entanto, dois deles deram ao menos uma resposta de Textura, indicando que até possuem capacidade de se envolverem em relações interpessoais íntimas, embora não se sintam muito à vontade em realizar atividades em conjunto.

As porcentagens de sujeitos com $COP > 0$ e $COP = 0$ são semelhantes entre os participantes da amostra total e do Grupo A: na amostra, $COP > 0$ está presente em 57,8% dos pacientes e $COP = 0$ está presente em 42,1%. Já entre os pacientes desse grupo, tem-se que metade possui $COP > 0$ e a outra metade $COP = 0$.

Dos seis pacientes, quatro não deram respostas de Movimento Agressivo e apresentam, simultaneamente, $p > a + 1$, sugerindo que apresentam falta de assertividade nas relações interpessoais e tendência a comportamentos passivos, o que significa que subordinam suas necessidades e interesses aos dos outros e delegam suas responsabilidades a terceiros.

Na amostra total, 26,3% dos pacientes não deram respostas AG, 68,4% possuem $p > a + 1$ e, dos 13 indivíduos com $p > a + 1$, 76,9%, ou dez deles, também não deram respostas AG. Com relação ao Grupo A, tem-se que 66,6% dos pacientes não deram respostas AG e, além disso, apresentam $p > a + 1$.

Apenas Luciana deu respostas de conteúdo de Alimento. A presença dessa variável indica a existência de condutas de dependência, embora apresente assertividade nos relacionamentos interpessoais e ausência de passividade nos mesmos.

Finalmente, com relação à proporção GHR:PHR, tem-se que 66,6% dos sujeitos do Grupo A apresenta $GHR > PHR$, indicando capacidade de lidar com as

situações interpessoais de maneira adequada, além de ser visto pelos outros de forma positiva.

No entanto, dos quatro pacientes com $GHR > PHR$, todos possuem $H < H_d + (H) + (H_d)$, sugerindo que, apesar de conseguirem se relacionar bem com as pessoas, identificam-se apenas com algumas de suas características ou, ainda, baseiam suas percepções sobre outros em experiências fantasiosas ou imaginárias, o que pode provocar alguns conflitos e dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Resumidamente, observa-se que metade dos indivíduos do Grupo A possui dificuldades em estabelecer vínculos significativos com os outros; trata-se, portanto, de pessoas cujos relacionamentos interpessoais tendem a ser mais distantes do que próximos e íntimos. Apesar disso, quando essas pessoas conseguem se envolver intimamente num relacionamento interpessoal, são capazes de apresentar alguns comportamentos de cooperação e de ajuda mútua.

Ao mesmo tempo, a maior parte desses indivíduos tende a apresentar falta de assertividade e condutas passivas nos relacionamentos interpessoais e, embora consigam se relacionar relativamente bem com os outros, se identifica apenas com algumas de suas características ou baseia as percepções que forma sobre os demais em experiências fantasiosas ou imaginárias.

2.7 Afeto no Grupo A

Em seguida, será analisado e discutido o modo como os pacientes desse grupo lidam com seus sentimentos e reagem frente às emoções dos outros e de situações em que a expressão de afetos está envolvida (Tabela 19).

Apenas Luciana possui o Quociente Afetivo elevado ($Afr > 0,49$); 83,3% dos pacientes desse grupo apresenta $Afr < 0,50$, 20% a mais que a porcentagem encontrada na amostra total. Esse dado sugere que a maioria dos indivíduos do Grupo A não se envolve em situações em que a expressão de sentimentos está presente, possivelmente como tentativa de evitar o descontrole emocional, caso as situações interpessoais tornem-se mais complexas do que pode dar conta.

Tabela 19 – Afeto – Grupo A

Nome	Afr	WSumC:SumC'	SumC'	WsumC	Cor SH	Sum SH com es>3	S	EB	FC:CF+C	C	DEPI	Y
Fernando	0,46	9:2	2	9	1	SumSH<FM+m	5	ambigual	3:7	1	3	1
Camila	0,25	1,5:4	4	1,5	1	SumSH>FM+m	1	intro. persis.	1:1	0	5	4
Luciana	0,5	9,0:9	9	9	2	SumSH>FM+m	1	extra. mod	2:7	2	4	2
Joana	0,42	2:3	3	2	0	SumSH>FM+m	2	intro.mod	0:2	0	5	2
Roberto	0,21	3,5:4	4	3,5	0	SumSH>FM+m	3	intro.mod	1:3	0	4	0
Silvana	0,4	6,5:5	5	6,5	3	SumSH>FM+m	1	extra. mod	1:4	4	7	1

Legenda

Afr → Afr > 0,49 Afr < 0,50

WSumC:SumC' → WSumC ≥ SumC' WSumC < SumC'

WSumC ≥ 2,5 WSumC < 2,5

SumC' entre 0 e 2 SumC' > 2

CorSH → CorSH = 0 CorSH > 0

SumSH com es > 3 → SumSH < FM + m SumSH > FM + m

S → entre 1 e 2 S = 0 S > 2

EB → Intro. persis. Intro. mod. Ambigual Extra. mod. Extra. persis.

FC:CF + C → CF + C > FC + 1 FC > (CF + C) + 3 CPura > 0 FC ≥ CF + C e CPura = 0

CF + C > FC em menos de dois pontos

DEPI → DEPI < 5 DEPI = 5 DEPI > 5

SumY → entre 0 e 1 Y > 1

Observa-se que, dos cinco indivíduos com Afr baixo, quatro apresentam $CF + C > FC + 1$; a ênfase em $CF + C$ indica a existência de uma afetividade mais intensa e lábil, embora os afetos sejam mais superficiais e expressos de modo mais dramático. Nesse sentido, possivelmente por terem consciência de que modulam muito pouco as descargas afetivas e as trocas emocionais, acabam optando por evitar situações emocionais, em que a estimulação afetiva supere suas capacidades pessoais de lidarem com elas.

Dessa forma, apesar da maioria apresentar Índice de Isolamento baixo, tendem a isolar-se socialmente numa tentativa de minimizar e protegerem-se do desconforto gerado em determinadas situações. Consequentemente, são pessoas que correm o risco de serem retraídas socialmente e emocionalmente.

Dos cinco pacientes com Afr < 0,50, observa-se, em dois deles, ausência de respostas de Textura (T = 0) e, em dois, excesso de respostas desse tipo (T > 1). As

implicações da análise dessas duas variáveis, Quociente Afetivo e Textura, já foram discutidas anteriormente.

Embora metade apresenta $WSumC > SumC'$, dois também possuem $SumC'$ elevado ($SumC' > 2$), indicando que apresentam capacidade de expressar aquilo que sentem ($WSumC \geq 2,5$), porém interiorizam boa parte de seus afetos, principalmente aqueles considerados desagradáveis e dolorosos, comportamento frequentemente observado durante os atendimentos individuais e em grupo.

Dos três pacientes com $WSumC < SumC'$, todos apresentam $SumC'$ elevado e dois possuem $WSumC$ abaixo da média, sugerindo que a não expressão verbal dos sentimentos e a dificuldade de simbolização fazem com que os afetos e os conflitos sejam canalizados no corpo.

Ao todo, quatro pacientes apresentam $WSumC$ na média ou acima da média, indicando que possuem capacidade adequada para vivenciar e expressar os afetos, no entanto três também apresentam elevação de $SumC'$, o que significa que essa capacidade de expressão está sendo abafada pelo excesso de respostas de Cor Acromática; o excesso de $SumC'$ indica que os afetos dolorosos estão sendo internalizados.

Na amostra total, $WSumC \geq 2,5$ está presente em 73,6% dos participantes e, desses, 42,8% também possui $SumC'$ elevado. No Grupo A, 66,6% possui $WSumC$ na média ou acima e, desses, 75% apresenta aumento de $SumC'$.

Com exceção de Fernando, todos os pacientes possuem elevação de $SumC'$, sugerindo tendência à internalização dos afetos. Desses cinco pacientes, quatro possuem ênfase em $CF + C$ e três possuem $p > a + 1$. As implicações de $SumC'$ com ênfase em $CF + C$ e com $p > a + 1$ já foram discutidas anteriormente.

Com base no que foi exposto, esses indivíduos bloqueiam a expressão emocional numa tentativa de neutralizar o risco de se descontrolarem frente a situações de intensa estimulação emocional.

Tanto na amostra total como no Grupo A, a proporção de respostas que envolvem determinantes mistos de Cor Cromática e Sombreado é alta: 68,4% e 66,6%, respectivamente. A presença de CorSH, conforme dito anteriormente, indica tendência à emocionalidade ambivalente; trata-se de pessoas que apresentam dificuldades em discriminar seus sentimentos tanto para si como para os outros.

Dos seis pacientes desse grupo, cinco (83,3%) apresentam $SumSH > FM + m$, indicando estarem vivenciando estresse emocional e afetos

desconfortáveis, possivelmente já estabilizados ao longo de tempo, mas fazendo parte do funcionamento psíquico, constituindo-se, desse modo, em algo de caráter mais crônico. Na amostra total, a frequência é quase 31% menor em relação ao Grupo A.

O excesso de respostas de Sombreado Difuso (Y) está presente em metade dos sujeitos desse grupo e em quase 37% dos sujeitos da amostra total. Esse dado sugere a presença de sentimentos dolorosos em reação a alguma situação geradora de tensão ou desamparo. Dos três pacientes do Grupo A, dois apresentam $p > a + 1$, indicando que trata-se de indivíduos com possibilidades limitadas de tomar iniciativas de modo a resolver as situações geradoras de sofrimento, uma vez que adotam uma postura mais passiva nos relacionamentos interpessoais.

Quatro pacientes buscam alguma autonomia, independência e auto-afirmação (S), no entanto três possuem falta de assertividade e comportamentos passivos nos relacionamentos interpessoais, representados pela ausência de respostas AG e por $p > a + 1$. As implicações decorrentes já foram discutidas anteriormente. A proporção de participantes com respostas desse tipo dentro do intervalo médio esperado é de 63,1% na amostra total e de 66,6% no Grupo A.

Embora Camila dê poucas respostas de Cor Cromática, é a única paciente capaz minimamente de controlar e modular as descargas afetivas ($FC \geq CF + C$ e $CPura = 0$). Os outros cinco apresentam ênfase em $CF + C$, o que indica que são imaturos emocionalmente; três deles deram respostas $CPura$, sugerindo a presença de maiores problemas na modulação afetiva, na qual a expressão das emoções é muito mais lábil e intensa.

Conforme dito anteriormente, a presença de $CF + C > FC + 1$ não implica em impulsividade; a ênfase em $CF + C$ constitui numa preferência pessoal de deixar os afetos fluírem livremente. Assim, quando agem descontroladamente, não geram estranheza entre aqueles que estão ao seu redor, pois estão agindo como sempre o fazem. Um estilo mais impulsivo está associado à $NotaD < 0$.

Em conseqüência, dos cinco pacientes com ênfase em $CF + C$, dois apresentam $NotaD$ negativa, o que significa que, além de serem imaturos emocionalmente, apresentam baixa tolerância à frustração e tendência à impulsividade.

É possível observar que 63,1% dos indivíduos da amostra total e 83,3% dos do Grupo A apresentam ênfase em $CF + C$.

Apenas um participante desse grupo apresenta um sério transtorno afetivo e está sofrendo de depressão (DEPI > 5) e dois possuem muitos dos traços que são habitualmente encontrados entre os diagnosticados com depressão, sem que, no entanto, estejam assim padecendo no atual momento (DEPI = 5). Metade dos pacientes apresenta DEPI < 5, o que não traz implicações para a personalidade, embora Nascimento (2010) afirme que DEPI entre três e quatro sugere a presença de algumas características de depressão.

Uma alta frequência de pacientes evita se envolver em situações em que a expressão de sentimentos está presente, provavelmente na tentativa de evitar o descontrole emocional, uma vez que apresentam afetividade intensa e labilidade emocional, características de imaturidade emocional.

Esses indivíduos, por terem consciência de que modulam pouco o afeto, tendem a retrair-se socialmente, a fim de evitar situações, nas quais a estimulação emocional supera seus recursos. Assim, embora possuam capacidade para vivenciar e expressar aquilo que sentem, internalizam seus afetos, especialmente aqueles considerados dolorosos. Esse bloqueio emocional pode neutralizar o risco de descontrole ou ainda ser uma tentativa de evitar se indisponem, de serem abandonados ou rejeitados pelos outros.

Além disso, apresentam emocionalidade ambivalente, estresse emocional e muitos dos traços que são encontrados entre os diagnosticados com depressão, embora isso não signifique que estejam com o quadro no atual momento.

A canalização no corpo daqueles conflitos e afetos que não podem ser expressos verbalmente ou que não conseguem ser simbolizados acabam aparecendo sob a forma de dores de cabeça, aumento da pressão sanguínea e, dentre outros, o incremento no peso. A obesidade, portanto, seria, talvez, o modo que tais pacientes encontraram, inconscientemente, para a expressão de seus conflitos, bem como para o que sentem.

3. Análise e Discussão dos Protocolos do Psicodiagnóstico de Rorschach e das Observações Clínicas dos Pacientes que Perderam até 10% do Peso Inicial

3.1 Processamento da Informação no Grupo B

Os dados referentes ao Processamento da Informação estão apresentados na Tabela 20.

Tabela 20 – Processamento da Informação – Grupo B

Nome	LAMBDA	Zd	W:D:Dd	DQ+	DQv/+	DQv
Julia	0,14	3	8:7:1	8	0	1
André	0,27	1,5	8:5:1	11	0	0
Márcio	0,38	-1,5	9:8:1	2	0	0
Kátia	0,33	-3,5	6:14:8	10	0	2
Carmen	0,29	1	10:12:0	6	0	2
Amanda	0,75	-2,5	6:29:7	11	1	0
Eliana	0,37	-2,5	14:12:0	14	0	0
Suzana	0,31	-1	10:5:2	4	0	2
Daniela	0,5	0	10:5:3	2	0	3

Legenda

L → entre 0,30 e 0,99 L < 0,30 L > 0,99

Zd → entre -3,0 e +3,0 Zd > +3,0 Zd < -3,0

W:D:Ds → equilíbrio predomínio de W predomínio de D predomínio de Dd (Dd > 3)

DQ+ → média alto baixo

DQv/+ → média alto baixo

DQv → média alto baixo

Dos nove pacientes que perderam até 10% do peso inicial, seis possuem foco de atenção equilibrado (Lambda entre 0,30 e 0,99), sugerindo serem mais objetivos e capazes de identificar informações importantes e acessórias, assim como a tolerarem as incertezas e ambigüidades, além de lidarem com as situações de maneira flexível.

Por outro lado, um terço dos sujeitos apresenta foco de atenção amplo (Lambda baixo). A dificuldade em selecionar as informações importantes das acessórias permite certo dinamismo e sensibilidade, favorecendo a realização criativa das tarefas, desde que o indivíduo possua recursos suficientes e não esteja vivenciando um nível de estresse superior aos recursos de que dispõe.

Dos três pacientes com $L < 0,30$, Julia é a única que possui EA abaixo da média e $\text{NotaD} < \text{AdjD}$, indicando a presença de estresse situacional e poucos recursos para lidar com o mesmo. Logo após o início do processo de psicodiagnóstico, a paciente foi submetida a uma cirurgia de urgência para a retirada de um tumor cerebral, diagnosticado numa consulta com o oftalmologista e que, segundo seu neurologista, surgiu em decorrência do excesso de peso. A presença de poucos recursos somada ao alto nível de estresse vivido dificultou, em partes, a adesão ao tratamento; Julia eliminou uma porcentagem de peso muito inferior ao que necessitava para garantir melhoras na sua qualidade de vida.

Na amostra total, 57,8% dos sujeitos apresenta foco de atenção equilibrado e 42,1% foco de atenção amplo. No Grupo B, 66,6% e 33,3% dos indivíduos possui Lambda entre 0,30 e 0,99 e $L < 0,30$, respectivamente.

Com exceção de Kátia, todos os pacientes do Grupo B absorvem a quantidade de informações que são capazes de processar adequadamente; desse modo, é possível que cheguem a conclusões, solucionem problemas e completem tarefas de forma compatível com suas habilidades. Esse dado reforça a hipótese de que alguns desses indivíduos, ao absorverem a quantidade de informações que são capazes de processar adequadamente, conseguem examinar, compreender e estabelecer relações significativas entre os eventos. Além disso, apresentam boa capacidade de elaboração cognitiva, representada por DQ_+ na média ou acima da média: dos oito indivíduos com Z_d entre -3,0 e +3,0, cinco apresentam DQ_+ na média ou acima da média.

Na amostra total, 68,4% dos sujeitos possuem Z_d dentro do intervalo médio esperado; no Grupo B, essa porcentagem é maior: 88,8% e no Grupo A apenas metade dos pacientes apresentam esse valor.

Com relação ao Índice de Economia, observa-se certa heterogeneidade no que diz respeito à distribuição de W, D e D_d . Dos nove pacientes que perderam até 10% do peso inicial, quatro apresentam equilíbrio na distribuição das localizações, três possuem predomínio de W e dois de D_d . Esses dados sugerem que, de nove

pacientes, cinco apresentam alguma dificuldade em reconhecer o significado mais amplo dos eventos, em notar aquilo que é comum e trivial e em considerar aquilo que é óbvio para a maioria das pessoas. As implicações de excesso de W a Dd já foram discutidas anteriormente.

É interessante notar que, dos três indivíduos com predomínio de W, dois possuem DQ_+ abaixo da média; desse modo, pode-se pensar que o descaso com as questões comuns pode comprometer o exame, a compreensão e o estabelecimento de relações significativas entre os eventos.

Durante o processo de avaliação, pôde-se perceber que tanto Kátia como Amanda, cada qual ao seu modo e de acordo com sua história de vida e o momento pelo qual estavam passando, focavam-se apenas em determinados aspectos de suas experiências sem, no entanto, conseguir enxergá-las dentro de um contexto maior. Esse modo de funcionamento pode ser explicado pelo excesso de Dd.

Como pode ser observado, a distribuição de W, D e Dd nesse grupo não segue um padrão, como ocorre com os pacientes do Grupo A, onde quase todos os participantes possuem predomínio de W (83,3%). Na amostra total, apenas 31,5% dos pacientes apresenta equilíbrio na distribuição de W, D e Dd, 42,1% possui predomínio de W, 21% predomínio de Dd e apenas um indivíduo apresenta predomínio de D. No Grupo B, 44,4% dos indivíduos apresenta equilíbrio no Índice de Economia, 33,3% predomínio de W e 22,2% predomínio de Dd.

Com relação à análise da qualidade formal das respostas dadas pelos pacientes desse grupo, nota-se que 66,6% deram DQ_+ na média ou acima da média e DQ_v na média; apenas um indivíduo, de nove, deu uma resposta $DQ_{v/+}$. Esses dados sugerem que esses pacientes possuem capacidade de examinar, compreender e estabelecer relações significativas entre os eventos, demonstrando, aparentemente, que os processos de análise e síntese são precisos e eficazes.

De forma mais frequente, pode-se dizer que os pacientes desse grupo são capazes de identificar as informações importantes das acessórias, de tolerarem as incertezas e ambigüidades, de serem objetivos e de absorverem a quantidade de informações que conseguem processar adequadamente, de modo a facilitar o exame, a compreensão e o estabelecimento de relações significativas entre os eventos, demonstrado pela boa capacidade de elaboração cognitiva.

Apesar disso e concomitantemente a isso, os participantes desse grupo podem apresentar algum grau de comprometimento na atenção às questões

comuns, bem como alguma dificuldade em perceber aquilo que é óbvio para a maioria das pessoas.

3.2 Mediação Cognitiva no Grupo B

A Tabela 21 apresenta os resultados em relação à Mediação Cognitiva.

Tabela 21 – Mediação Cognitiva – Grupo B

Nome	X_%	Xu%	POP.
Julia	0,13	0,63	3
André	0,14	0,21	5
Márcio	0,17	0,17	6
Kátia	0,21	0,32	5
Carmen	0,14	0,18	6
Amanda	0,12	0,33	8
Eliana	0,12	0,27	9
Suzana	0,24	0,18	5
Daniela	0,22	0,39	3

Legenda

X_% → X_% ≤ 0,15 X_% > 0,15

Xu% → entre 0,10 e 0,20 Xu% < 0,10 Xu% > 0,20

Pop. → entre 5 e 7 com R > 17 e entre 4 e 6 com R ≤ 17 P < 4 P > 7

É alta a frequência de pacientes do Grupo B com X_% > 0,15: dos nove, quatro possuem grande probabilidade de perceberem os eventos de forma inadequada e de formarem impressões errôneas a seu próprio respeito e em relação aos outros. Apenas 55,5% deles são capazes de formar impressões precisas de si, do ambiente e dos outros, demonstrando que o teste de realidade está adequado.

Assim como acontece com os indivíduos da amostra total e do Grupo A, 66,6% dos pacientes do Grupo B possui um modo mais individualizado de ver o mundo, em que suas percepções são orientadas em função de suas necessidades.

Retomando o que foi dito anteriormente, a presença de respostas Populares minimiza o impacto de X_% e Xu% elevados e informa o grau de convencionalismo

e adaptabilidade dos sujeitos às normas sociais. Dos quatro pacientes com $X_{\%} > 0,15$, três possuem respostas Populares na média e, dos seis indivíduos com $Xu\% > 0,20$, dois possuem P na média e dois P acima da média.

Os dados sugerem que, embora esses sujeitos apresentem dificuldades na percepção de si, dos outros e dos eventos e de traduzirem os estímulos do ambiente de maneira mais própria, são capazes de reconhecer o que é convencional para a maioria das pessoas, especialmente quando solicitados a responder de acordo com as normas.

Dos dois únicos sujeitos com respostas Populares abaixo da média, um apresenta $Xu\%$ elevado e o outro possui $X_{\%}$ e $Xu\%$ acima da média. As implicações quanto ao grau de convencionalismo e a adaptabilidade às normas já foram discutidas anteriormente.

Destaca-se que apenas uma paciente, Carmen, é capaz de perceber a si, aos outros e aos eventos de maneira precisa, adequada e sem distorções. Durante o processo de avaliação psicológica, pôde-se perceber, por exemplo, que emprega grande esforço para perceber seu filho de três anos como uma criança saudável, pois poucas semanas após seu nascimento, foi diagnosticado com intolerância à lactose, o que trouxe algumas complicações para o seu desenvolvimento neuropsicomotor. Quando entrou na escola, houve suspeitas de ser portador da Síndrome de Asperger.

Embora essa hipótese tenha sido descartada pelo neurologista, Carmen compara todo e qualquer comportamento e conduta de seu filho aos sintomas dessa síndrome. Percebe-se, com isso, um estado permanente de angústia, ansiedade e tensão, justificados pela gravidade do histórico, mas que também permitiu que pudesse falar sobre si enquanto mãe e mulher e, assim, rever sua postura.

Resumidamente, embora os pacientes desse grupo sejam capazes de formar impressões precisas de si, do ambiente e dos outros, a porcentagem daqueles com dificuldades nessa área é elevada quando comparamos com o total dos participantes do Grupo B. Observa-se também maior probabilidade desses pacientes se verem de forma mais individualizada, cujas percepções estão mais voltadas para a satisfação de suas próprias necessidades, o que acaba gerando maior tendência ao auto-centramento. Apesar disso, esses indivíduos são capazes de reconhecer, na maior parte das vezes, aquilo que é convencional, principalmente quando solicitados a responder e agir de acordo com as normas.

3.3 Ideação no Grupo B

Em seguida, serão apresentados os dados referentes à Ideação (Tabela 22).

Tabela 22 – Ideação – Grupo B

Nome	Wsum6	a:p	Ma:Mp	FM	m	Lado esq. eb	Intelectualização	EB
Julia	22	6:6	0:0	9	3	12	4	extra. persis.
André	21	4:9	3:7	2	1	3	4	intro. persis.
Márcio	0	0:8	0:3	4	1	5	3	ambigual
Kátia	18	5:7	3:1	8	0	8	3	extrat. mod.
Carmen	3	1:7	1:4	3	0	3	3	ambigual
Amanda	0	3:11	1:5	5	3	8	2	intro. mod
Elíana	13	3:12	2:6	6	1	7	2	intro. persis.
Suzana	2	3:5	2:	4	1	5	8	intro.mod
Daniela	7	1:1	0:1	1	0	1	4	extra. persis.

Legenda

WSum6 → WSum6 ≤ 12 WSum6 > 17

a:p → números parecidos se um exceder 4 e um dos valores for maior do que o dobro do outro

Ma:Mp → $Ma \geq Mp$ com $M > 1$ $Mp > Ma$

FM e m → FM entre 3 e 5 $FM > 5$ $FM < 3$ $m = 1$ $m = 0$ $m > 1$

Lado esq. eb → $FM + m < 6$ com FM entre 3 e 5 $FM + m > 6$

Índice de Intelectualização → quando ≤ 3 entre 4 e 5 > 5

EB → intro. persis. intro. mod. ambigual extra. mod. extra. persis.

Apenas pouco mais da metade dos pacientes, 55,5%, apresenta boa capacidade de pensar de maneira lógica e coerente, o que pode ajudar a minimizar, junto com as respostas Populares, os efeitos de $X_{\%}$ e $Xu\%$ elevados.

No entanto, quatro pacientes possuem WSum6 > 17, indicando que se deparam com dificuldades importantes de raciocínio, o que pode provocar interrupções no fluxo do pensamento e aumentar a probabilidade de cometerem deslizes nas tomadas de decisão. Embora Eliana apresente WSum6 = 13, foi incluída junto a esse sub-grupo de pacientes, pois, conforme dito anteriormente, apresenta três respostas DR1 e uma FABCOM1.

No que diz respeito à flexibilidade cognitiva, apenas quatro pacientes desse grupo, 44,4%, são capazes de considerar perspectivas alternativas de suas experiências e de modificar seus pontos de vista. A maioria, 55,5%, apegase rigidamente a seus valores, ideias e crenças, custando muito a mudar de ponto de vista e de apreender novos modos de enfrentar o mundo. É provável que esse estilo mais rígido os auxilie a realizar suas tarefas cotidianas e a lidar com seus afetos.

Apenas dois participantes usam a ideação de modo realista e voltado para a ação ($Ma \geq Mp$); trata-se, portanto, de pessoas que solucionam e enfrentam os problemas pensando sobre eles e que não vivem subordinados às circunstâncias. A maioria, cinco pacientes possuem tendências a substituírem a realidade pela fantasia ($Mp > Ma$) na tentativa de lidar com as demandas. Em outras palavras, são pessoas que ficam imaginando como os outros ou mesmo eventos fortuitos poderiam tomar as decisões ou resolver os problemas por elas.

Dois pacientes não deram respostas de Movimento Humano indicando que, como a ideação não está disponível para a realização de tarefas de postergação da descarga afetiva e para a focalização dos processos de atenção, a estimulação emocional exerce grande influência no pensamento deliberado dessas pessoas.

No Grupo B, ao contrário do que acontece na amostra total e no Grupo A, nota-se maior heterogeneidade na distribuição de FM.

De modo geral, 55,5% dos pacientes desse grupo apresenta alguma dificuldade em lidar com suas necessidades básicas internas tanto primárias quanto secundárias e isso inclui, por exemplo, a percepção de fome e saciedade. Dos cinco participantes com essas dificuldades, dois apresentam $FM < 3$ e três $FM > 5$. Autores como Bruch (1969) e Békei (1984) discutem o papel da aprendizagem e da mãe no reconhecimento da fome, temas esses importantes para uma reflexão nos grupos e no acompanhamento individual.

Apenas 44,4% dos pacientes do Grupo B apresenta FM dentro do intervalo médio esperado, sugerindo que não estão vivenciando excesso de necessidades não satisfeitas e nem que as eliminaram de seu campo de registro.

Já com relação à frequência de m, observa-se que 33,3% dos pacientes aparentemente não estão vivenciando situações de tensão que envolvam certo sentimento de perda de controle e pensamentos angustiantes ($m = 0$). Esse dado é curioso, já que estão passando, como todos, por um processo de avaliação

psicológica e por um tratamento que requer diversas e importantes mudanças em suas vidas. Nesse sentido, é provável que se mostrem mais defendidos.

Um total de 44,4% dos pacientes deu uma resposta m , sugerindo que possivelmente não estão vivenciando tensões situacionais que não possam dar conta. No entanto, 22,2% dos indivíduos estão vivenciando situações geradoras de angústia e impotência ($m > 1$), que implicam em sensação de perda de controle e que podem alterar ou interromper o curso do pensamento deliberado. Julia, por exemplo, durante o processo de avaliação, tinha dificuldades significativas em se recordar de fatos passados a curto e médio prazos, além do fato de que seu raciocínio era constantemente interrompido, uma vez que não se recordava sobre o que estava falando.

Percebe-se que os pacientes do Grupo B apresentam frequência menor de $m > 1$ em comparação àqueles da amostra total e do Grupo A.

Quatro pacientes apresentam $FM + m > 6$, indicando a presença de excesso de ideação não deliberada; é como se não fossem capazes de parar de pensar sobre determinada ideia e voltarem-se para alguma outra questão, o que acaba comprometendo a atenção e a concentração. Apenas 33,3% dos participantes apresenta $FM + m < 6$, sugerindo que, embora algumas ideias invadam a consciência, são capazes de parar de pensar sobre elas e voltar sua atenção para outros assuntos.

Apesar de dois participantes apresentarem $FM + m < 6$, o valor de FM é muito baixo. As implicações de $FM < 3$ já foram discutidas anteriormente.

Por fim, 44,4% dos pacientes utilizam a intelectualização como uma de suas estratégias defensivas principais, com o objetivo de reduzir e minimizar o impacto das emoções, além de promover uma distância segura entre si e os afetos. O uso abusivo desse mecanismo defensivo pode distorcer o verdadeiro significado das situações e tornar esses indivíduos mais vulneráveis frente à estimulação emocional, fazendo com que evitem as situações interpessoais, em que a expressão de afetos esteja envolvida.

Nesse sentido, é possível observar que, dos quatro sujeitos com Índice de Intelectualização elevado, metade apresenta $X_{\%} > 0,15$, três possui $X_u\% > 0,20$ e três Afr baixo.

Apenas pouco mais da metade dos pacientes apresenta boa capacidade de pensar de maneira lógica e coerente. As respostas Populares podem ajudar a

minimizar as implicações das percepções distorcidas e inadequadas que alguns indivíduos desse grupo possuem de si, do ambiente e dos demais. Entretanto, o que se observa, com uma maior frequência, é que os pacientes apresentam dificuldades no modo em que organizam o pensamento.

Trata-se de pessoas que apegam-se rigidamente a seus valores, ideias e crenças, pois, para elas, é muito custoso mudar e apreender novos modos de lidar com o mundo. Além disso, estão apresentando dificuldades de dar conta de suas necessidades básicas internas tanto primárias quanto secundárias e de mudar seu foco de atenção entre uma questão e outra, o que pode comprometer a concentração bem como a atenção de um modo geral.

Percebe-se também que tendem a utilizar a fantasia e a intelectualização como estratégias defensivas, contribuindo para o aumento da dependência em relação ao demais, da distorção da percepção de si, dos outros e dos eventos e da vulnerabilidade diante da estimulação emocional.

3.4 Controle e Tolerância ao Estresse no Grupo B

A seguir, a Tabela 23 apresenta os dados relativos ao controle e a tolerância ao estresse.

Com relação ao volume de recursos de que o indivíduo dispõe para lidar com as demandas, observa-se que, dos nove pacientes do Grupo B, cinco possuem EA dentro do intervalo médio e quatro abaixo da média. De modo geral, pode-se dizer que os participantes com EA na média possuem recursos para enfrentar as exigências e as situações, sendo capazes de mobilizá-los, embora não seja possível, conforme dito anteriormente, afirmar que os recursos mobilizados serão adequados em todas as circunstâncias. Esses pacientes podem apresentar outras estratégias que não a ingestão exagerada de alimentos em momentos de angústia, estresse, ansiedade, porém, por algum motivo, não estão utilizando todo o seu potencial.

Tabela 23 – Controle e Tolerância ao Estresse – Grupo B

Nome	EA	CDI	Nota D	AdjD	AdjD e D	EB
Julia	5	3	-7	-5	2	extra. persis.
André	10,5	2	1	1	0	intro. persis.
Márcio	5	5	-1	-1	0	ambigual
Kátia	10,5	4	-2	-1	1	extra. mode.
Carmen	9	1	0	0	0	ambigual
Amanda	9,5	3	-2	0	2	intro. mode.
Eliana	10,5	3	0	0	0	intro. persis.
Suzana	3,5	4	-2	-2	0	intro. mode.
Daniela	4,5	3	-2	-2	0	extra. persis.

Legenda

EA → entre 7 e 11 acima da média EA < 7

CDI → CDI < 4 CDI > 3

Nota D → D > 0 D = 0 com diferença inferior a 2,5 entre EA e es D < 0

AdjD → AdjD < 0 AdjD = 0 AdjD > 0

AdjD e D → AdjD - D = 1 AdjD - D > 1

EB → Intro. persis. Intro. mod. Ambigual extra. mod. extra. persis.

Os quatro pacientes com baixo EA, por outro lado, possuem poucos recursos para lidar com as demandas do cotidiano e para desenvolverem estratégias de tomadas de decisão adequadas, podendo vir a se desorganizar com maior facilidade, caso as circunstâncias se tornem mais complexas. Nesse sentido, é possível que se dêem melhor em ambientes bem estruturados, rotineiros e sem ambiguidade. As implicações de EA < 7 já foram discutidas anteriormente.

O Índice de Déficit Relacional é positivo em um terço desses pacientes. A presença desse índice indica que a pessoa possui problemas significativos no enfrentamento das demandas, devido aos poucos recursos disponíveis, além de apresentar maior probabilidade de ter dificuldades nos processos de controle e de desorganizar sua conduta frente a situações de estresse. Trata-se também de pessoas que são mais imaturas, cujos relacionamentos tendem a ser superficiais e pouco duradouros.

As implicações de CDI positivo dependem do valor de EA, e já foram discutidas anteriormente. Dos três pacientes com CDI elevado, dois possuem EA baixo e um possui EA na média. Com relação aos dois primeiros pacientes, pode-se

sugerir que a limitada competência psicológica para lidar com as demandas e as dificuldades encontradas nos processos de controle e nos relacionamentos interpessoais tenham contribuído para que a perda de peso fosse inferior a 10% do peso inicial, uma vez que, diante de circunstâncias mais complexas e geradoras de angústia e ansiedade, não possuem recursos adequados para lidar com elas, recorrendo, assim, à ingestão de alimentos, que promovem a alívio temporário do desconforto sentido, além de se tratar de algo que é conhecido e seguro para si.

A paciente com CDI positivo e EA na média, aparentemente, não possui limitada competência psicológica; o que provavelmente ocorre é que suas dificuldades concentram-se principalmente nos relacionamentos interpessoais. Kátia conseguiu, durante sua vida, lidar e enfrentar razoavelmente bem os problemas e as demandas que surgiram, entretanto observou-se que, embora esteja necessitando de mais contato interpessoal diante da iminência da situação de divórcio, parecia haver poucas pessoas com quem pode contar nesse momento. O grupo se apresentava como um apoio.

Dos nove pacientes, seis apresentam NotaD < 0, dois NotaD = 0 e apenas um NotaD > 1; com relação à AdjD, cinco indivíduos possuem AdjD < 0, três AdjD = 0 e apenas um AdjD positiva. Os significados de cada um dos valores de NotaD e AdjD já foram expostos anteriormente, entretanto é importante discutir as implicações da análise conjunta de ambas as variáveis.

Desse modo, dos nove participantes do Grupo B, dois apresentam NotaD e AdjD nos valores de zero e, junto com EA na média e CDI negativo, indica que não possuem, aparentemente, ansiedade, tensão, nervosismo e irritabilidade manifestas. A presença dessas variáveis sugerem estabilidade psicológica, existência de recursos suficientes e capacidade de mobilizá-los adequadamente, a fim de tolerarem as frustrações, controlarem o comportamento e evitarem ações precipitadas e descontrole emocional. São pessoas que possuem tolerância adequada ao estresse e cujos controles falhariam apenas quando surgirem situações que não dariam conta; no momento, nenhum dos dois parece estar vivenciando estresse situacional significativo.

Apenas André possui NotaD e AdjD positivas e EA na média, sugerindo a presença de amplas capacidades para lidar com as exigências, tolerar o estresse e demonstrar tranquilidade em situações de emergência. Essas características de personalidade foram-lhe muito úteis, por exemplo, após a morte dos pais; André é

filho adotivo e o relacionamento com os irmãos, frutos do primeiro casamento da mãe, era muito distante, sem outros parentes.

Assim, precisou enfrentar uma nova realidade, possivelmente com poucas pessoas com quem realmente podia contar. No entanto, esses traços de personalidade são muito resistentes à mudanças, uma vez que, à princípio, ele entende que não há necessidade de mudar seu modo de agir. Dizia que tudo, aparentemente, estava bem, possivelmente porque utiliza algumas estratégias defensivas que minimizam e afastam de si sentimentos dolorosos, tais como o uso da fantasia e da intelectualização. A dificuldade de entrar em contato com seus afetos e com as questões subjetivas envolvidas no processo de ganho de peso dificultaram sua adesão ao tratamento.

Dos seis pacientes com NotaD < 0, cinco também possuem AdjD < 0 e quatro apresentam EA baixo. Esses dados sugerem que o estresse subjetivamente sentido é, provavelmente, superior às capacidades desses pacientes de mobilizarem os recursos adequados para gerar condutas eficientes e, assim, recuperarem a homeostase psíquica.

Consequentemente, essas pessoas apresentam grande probabilidade de se sentirem ansiosas, tensas, irritáveis e nervosas, diminuindo a tolerância à frustração e aumentando a tendência à impulsividade.

Somente Amanda possui NotaD < 0 e AdjD = 0 e seu caso já foi discutido anteriormente na análise de AdjD = 0.

Por fim, um terço dos pacientes apresenta desconforto situacional, sendo que dois deles já possuíam uma sobrecarga habitual que foi exacerbada por fatores situacionais.

Embora a maioria dos pacientes desse grupo possui recursos psíquicos para lidar com as demandas da vida diária, uma boa parte pode vir a desorganizar suas condutas com maior facilidade caso as circunstâncias se tornem mais complexas, devido aos poucos recursos psíquicos disponíveis. Somado a isso, nota-se que estão vivenciando uma sobrecarga de estresse crônico subjetivamente sentido que possivelmente é superior às suas capacidades de mobilizar recursos adequados para gerar condutas eficientes, o que aumenta a probabilidade de apresentar comportamentos impulsivos e baixa tolerância à frustração. Frente a situações em que não conseguem lidar com o estresse subjetivamente sentido, podem lançar mão da intelectualização e da fantasia, conforme dito anteriormente.

3.5 Auto-Percepção no Grupo B

Os dados relativos à Auto-Percepção estão apresentados na Tabela 24.

Tabela 24 – Auto-Percepção – Grupo B

Nome	Fr+rF	3r+(2)/R	V	FD	MOR	H:Hd+(H)+(Hd)	Hx	Sx
Julia	0	0,44	0	1	4	0:1	0	0
André	0	0,43	0	1	3	8:4	6	0
Márcio	1	0,44	1	3	1	3:3	0	1
Kátia	0	0,36	2	1	2	2:6	0	3
Carmen	1	0,41	2	1	0	7:0	0	0
Amanda	6	0,81	2	0	2	2:6	0	3
Eliana	5	0,88	2	4	1	3:12	1	0
Suzana	1	0,41	1	2	0	3:0	0	0
Daniela	0	0,28	0	0	4	2:1	0	1

Legenda

Fr + rF → Fr + rF = 0 Fr + rF > 0

3r + (2)/R → entre 0,33 e 0,44 < 0,33 > 0,44 > 0,44 com reflexo < 0,33 com reflexo
entre 0,33 e 0,44 com reflexo

V → V = 0 V > 0

MOR → entre 0 e 2 MOR > 2

FD → FD entre 1 e 2 FD = 0 FD > 2

H:Hd + (H) + (Hd) → H ≥ Hd + (H) + (Hd) com H ≥ 2 H < Hd + (H) + (Hd)

Hx → Hx = 0 Hx > 0

Sx → Sx = 0 Sx > 0

Pouco menos da metade dos pacientes desse grupo, 44,4%, não deram respostas de Reflexo o que pode significar que 55,5%, ou mais da metade, possui traços de personalidade narcisista, com importantes consequências para o tratamento da obesidade, as quais já foram discutidos anteriormente.

Esses pacientes necessitam reafirmar constantemente seu próprio valor e, para isso, frequentemente utilizam a racionalização, a negação e a atuação, a fim de manter a autoestima. Entretanto, a utilização desses mecanismos pode dificultar o estabelecimento de relações interpessoais profundas e significativas, levando ao próprio questionamento e, conseqüentemente, a conflitos entre a necessidade de

reafirmação e a percepção de que talvez as coisas não são exatamente como pensam que são.

A presença desses conflitos é observada quando, por exemplo, junto com as respostas de Reflexo, há respostas de Vista: dos seis sujeitos com $V > 0$, cinco possuem $Fr + rF > 0$. Esse dado sugere a existência de autocrítica negativa quando esses pacientes realizam tarefas de autoexame, provocando sentimentos de tristeza e baixa autoestima.

Evidentemente, nem sempre esses indivíduos têm consciência de que estão sofrendo, especialmente se lançam mão da fantasia, da intelectualização e da negação como estratégias defensivas para lidar com o mesmo, que é o que pareceu acontecer com esses pacientes. Nesse sentido, pode-se levantar como hipótese se não foi a profunda desvalorização de si que gerou estratégias defensivas narcisistas.

Dos quatro participantes sem respostas de Reflexo, três apresentam $3r + (2)/R$ dentro do intervalo médio esperado, indicando que trata-se de pessoas que conseguem voltar a atenção suficiente para si sem ignorar o que se passa ao seu redor.

Apenas Daniela possui $3r + (2)/R < 0,33$ e seu caso já foi previamente discutido.

Dos cinco pacientes com $Fr + rF > 0$, três apresentam Índice de Egocentrismo dentro do intervalo médio e dois elevado. Nesse último caso, a presença de respostas de Reflexo e de Índice de Egocentrismo elevado reforça a existência de grande preocupação com o próprio self, levando, conseqüentemente, a um menor interesse pelo mundo exterior.

Cinco dos pacientes do Grupo B são capazes de realizar tarefas de introspecção e de autoexame; em outras palavras, são pessoas que conseguem reconhecer a melhor maneira de atender suas próprias necessidades, de avaliar como seu comportamento afeta os outros e reconsiderar as imagens que forma a seu próprio respeito. É interessante notar que essa capacidade de autoexame também está presente numa alta porcentagem dos pacientes da amostra total e do Grupo A.

A ausência ou o excesso de respostas FD trazem diversas implicações no que diz respeito às tarefas de autoexame e, conseqüentemente, ao tratamento. No Grupo B, dois pacientes não deram respostas desse tipo e dois deram $FD > 2$. As implicações desse dado já foram discutidas anteriormente.

As respostas de conteúdo MOR elevado estão presentes em um terço dos participantes desse grupo, curiosamente em pessoas com ausência de respostas de Vista, indicando que possuem dificuldades significativas em manter um nível adaptativo de autoimagem, influenciando negativamente o modo como enxergam a si e o ambiente em que estão inseridos.

Apesar de cinco dos nove pacientes possuírem uma noção de identidade estável, que consiste na capacidade de identificação adequada e que tanto a própria imagem como a dos outros estão baseadas e construídas em elementos da realidade, quatro indivíduos parecem possuir uma noção mais distorcida de si mesmo e dos demais. Conforme assinalado por Békei (1984), a identidade confusa dos obesos é atribuída à persistência do narcisismo primário, que interfere nos processos de identificação, o que acaba exercendo alguma influência no modo como se relaciona com o alimento, em última instância.

Um total de 22,2% dos pacientes do Grupo B estavam presentes as respostas de conteúdo Hx, sugerindo que são poucas as pessoas desse grupo que parecem recorrer à intelectualização quando estabelecem aspectos de seu autoconceito.

As respostas Sx estão presentes em 44,4% dos sujeitos, indicando a presença de preocupações importantes com relação às suas questões ligadas à sexualidade.

Com relação à auto-percepção, observa-se que uma parte dos pacientes não apresenta traços de personalidade narcisista, sendo capazes de voltar as atenções para si sem desconsiderar o que se passa ao seu redor. A outra parcela possui alguns desses traços, necessitando a todo o momento reafirmar seu próprio valor, o que pode gerar conflitos nas relações com os demais, uma vez que nem sempre a percepção que tem de si é compartilhada pelos outros. Tais conflitos podem contribuir para o surgimento de auto-crítica negativa, o que provoca sentimentos de tristeza e baixa autoestima. De maneira geral, trata-se de pacientes que, embora consigam realizar tarefas de introspecção e autoexame, de modo a reconhecerem a melhor maneira de atenderem suas próprias necessidades, possuem dificuldades importantes em manter a autoimagem e a autoestima adequadas, apresentando conflitos na área da sexualidade, embora mantendo uma noção de identidade estável.

3.6 Relacionamento Interpessoal no Grupo B

Os dados a seguir, se referem ao Relacionamento Interpessoal (Tabela 25).

Dos nove pacientes do Grupo B, oito apresentam valor baixo no Índice de Isolamento, o que não traz qualquer implicação específica para a personalidade, porém não elimina dificuldades no âmbito social, já que outras variáveis devem ser consideradas, como por exemplo, as respostas de Textura e a proporção a:p. Um baixo valor nesse índice indica que, aparentemente, não apresentam esquia significativa da interação social.

Tabela 25 – Relacionamento Interpessoal – Grupo B

Nome	Isolamento	T	COP	AG	a:p	Fd	GHR:PHR
Julia	0,19	2	3	3	6:6	0	1:4
André	0,21	0	5	1	4:9	0	8:4
Márcio	0	2	0	0	0:8	0	5:1
Kátia	0,21	2	2	1	5:7	2	1:8
Carmen	0,09	1	2	0	1:7	0	7:0
Amanda	0,21	1	0	0	3:11	1	3:5
Eliana	0,04	0	2	1	3:12	2	11:3
Suzana	0,35	3	2	0	3:5	0	2:1
Daniela	0,06	1	0	0	1:1	0	1:2

Legenda

Isolamento → ≤ 0,25 > 0,33

Textura → T = 1 T = 0 T > 1

COP → COP > 0 COP = 0

AG → AG entre 1 e 2 AG = 0 AG > 2

a:p → a ≥ p p > a + 1

Fd → Fd = 0 Fd > 0

GHR:PHR → GHR > PHR com pelo menos três respostas de conteúdo humano
PHR ≥ GHR

Apenas 33,3% dos pacientes forneceu uma resposta de Textura, sugerindo que a maioria apresenta alguma dificuldade no modo como estabelecem seus vínculos. Em quase metade, 44,4%, constatou-se mais de uma resposta de Textura,

o que significa que, provavelmente, possuem maior necessidade de contato e estejam se sentindo mais carentes do ponto de vista interpessoal.

Essa carência pode levá-los a uma busca desesperada por relacionamentos interpessoais, fazendo com que se coloquem em situações pouco recompensadoras e exploratórias que poderão trazer ainda mais dificuldades e sofrimento. Jéssica, por exemplo, apresenta comportamento promíscuo, no qual, frequentemente, coloca sua saúde em risco, uma vez que mantém relações sexuais sem proteção.

O excesso de respostas de Textura pode indicar também que esses pacientes sofreram recentemente a ruptura de um vínculo significativo e estão mais necessitados de contato e carinho, como é o caso, por exemplo, de Suzana e Kátia, conforme discutidos anteriormente.

Somente André e Eliana não deram respostas de Textura, sugerindo um comprometimento da capacidade de formar vínculos e cujos relacionamentos tendem a ser mais distantes. Trata-se de indivíduos que necessitam de um tempo maior para estabelecerem uma confiança nos outros e permitirem uma aproximação. Entretanto, quando estabelecem vínculos com os outros, tendem a apresentar comportamentos passivos nos mesmos ($p > a + 1$).

A história de André já foi discutida anteriormente. Eliana é a filha do meio de cinco irmãos. Afirmar, diversas vezes, que quem pediu para que nascesse foi sua irmã mais velha. Sua mãe não a desejou; a relação com ela sempre foi conflituosa e competitiva e isso possivelmente influenciou o modo como se vincula com os outros, bem como a função que o alimento ocupou e ainda ocupa em sua vida.

Enquanto 66,6% dos pacientes do Grupo B vêem as interações entre as pessoas de como positivo e participam delas com boa vontade ($COP > 0$), 33,3% não deram esse tipo de resposta, contudo todos forneceram ao menos uma resposta de Textura, minimizando o impacto da ausência de COP.

Em outras palavras, apesar desses pacientes não se interessarem e não sentirem prazer em realizar atividades em conjunto, possuem capacidade de se envolver e de estabelecer relações próximas, como aquelas que aconteciam nos grupos mensais.

Um total de 33,3% dos participantes deu de uma a duas respostas de Movimento Agressivo, o que demonstra que possuem algum nível de assertividade na interação com os outros, permitindo-lhes um posicionamento mais ativo nos relacionamentos interpessoais. No entanto, apresentam também excesso de

movimentos passivos ($p > a + 1$). Assim, embora a capacidade de serem mais assertivos nos relacionamentos interpessoais esteja presente, não estão conseguindo manifestar seus desejos, pois assumem uma postura mais passiva nos mesmos.

Ao todo, cinco pacientes não deram respostas AG, sugerindo falta de assertividade nas relações interpessoais, o que pode contribuir para que sejam manipulados pelos outros. Quatro deles apresentam ainda $p > a + 1$, reforçando a hipótese de serem mais passivos nos relacionamentos interpessoais.

Apenas Jéssica deu três respostas AG e seu caso já foi discutido anteriormente.

De nove pacientes, sete possui $p > a + 1$; trata-se de pacientes que subordinam suas necessidades e desejos aos de outros, depositam suas responsabilidades nas outras pessoas e esperam que os outros tomem decisões e resolvam seus problemas.

Conforme dito anteriormente, a variável Fd é pouco frequente, porém está presente em 33,3% dos indivíduos do Grupo B, sugerindo a existência de condutas de dependência. Dos três pacientes com $Fd > 0$, todos possuem comportamentos passivos nos relacionamentos interpessoais, reforçando a hipótese de que alguns componentes passivo-dependentes são nucleares em suas estruturas de personalidade.

Finalmente, com relação à proporção GHR:PHR, tem-se que 55,5% dos pacientes apresentam comportamentos interpessoais adequados e são capazes de lidar com as situações interpessoais. Apenas Eliana que, apesar de se relacionar bem com as pessoas, identifica-se apenas com algumas de suas características ou baseia suas percepções em experiências fantasiosas ou imaginárias [$H < Hd + (H) + (Hd)$]. Essa identidade mais confusa tem suas origens na relação estabelecida com a mãe quando ainda era um bebê.

Dos quatro participantes com $PHR > GHR$, três possuem $H < Hd + (H) + (Hd)$, sugerindo que, além de manifestarem comportamentos interpessoais inadequados e desadaptados, suas identificações se dão apenas com algumas características daqueles que estão ao seu redor ou estão baseadas em percepções fantasiosas ou imaginárias.

A maioria dos pacientes apresenta alguma dificuldade no que diz respeito ao estabelecimento de vínculos significativos com os outros. Dentre esses indivíduos,

observa-se que as necessidades de contato e proximidade manifestam-se de diferentes formas. Parte dessas pessoas parece ser mais carente e necessitada de contato, o que pode levá-las a uma busca desesperada por carinho e atenção. Essa maior necessidade de contato interpessoal pode ser em decorrência da ruptura ou da ameaça de ruptura de um vínculo significativo.

A outra parte dos participantes possui um comprometimento da capacidade de formar vínculos; seus relacionamentos tendem a ser mais distantes, além de necessitarem de um tempo maior para confiar nos outros.

Mesmo com essas peculiaridades, esses pacientes vêm de modo positivo a interação entre as pessoas, embora apresentem, com frequência mais elevada, falta de assertividade e presença de comportamentos passivos nos relacionamentos interpessoais. Alguns deles podem apresentar condutas de dependência e manifestarem comportamentos inadequados, além de se identificarem apenas com algumas características das pessoas ao seu redor ou cujas identificações estão baseadas em percepções fantasiosas ou imaginárias.

3.7 Afeto no Grupo B

Os dados desse módulo estão apresentados na Tabela 26.

Um total de 66,6% dos pacientes possui Afr baixo, o que significa que não se envolvem em situações em que a expressão de sentimentos está presente, provavelmente numa tentativa de evitar o descontrole de afetos. Dessa forma, podem vir a se isolar socialmente e emocionalmente, já que a expressão de sentimentos está envolvida em situações interpessoais.

Relacionando essa variável com as respostas de Textura, observa-se que, dos seis pacientes com $Afr < 0,49$, dois não deram sequer uma resposta de Textura, dois deram mais de uma resposta e dois deram uma resposta. As implicações de Afr baixo e $T = 0$ e $T > 1$ já foram discutidas anteriormente.

Tabela 26 – Afeto – Grupo B

Nome	Afr	WSumC:SumC'	SumC'	WsumC	Cor SH	Sum SH com es>3	S	EB	FC:CF+C	C	DEPI	Y
Julia	0,6	5,0:5	5	5	1	SumSH<FM+m	2	extra. persis.	0:5	0	3	4
André	0,27	1,5:3	3	1,5	1	SumSH>FM+m	1	intro. persis.	1:1	0	4	1
Márcio	0,5	2:1	1	2	0	SumSH=FM+m	2	ambigual	0:2	0	2	1
Kátia	0,4	6,5:1	1	6,5	3	SumSH>FM+m	2	extra. mod	3:5	0	4	4
Carmen	0,47	4:1	1	4	1	SumSH>FM+m	3	ambigual	2:3	0	4	1
Amanda	0,68	3,5:2	2	3,5	1	SumSH=FM+m	3	intro.mod	3:2	0	3	3
Eliana	0,24	2,5:1	1	2,5	0	SumSH<FM+m	2	intro. persis.	1:2	0	2	0
Suzana	0,42	0,5:1	1	0,5	0	SumSH>FM+m	3	intro.mod	1:0	0	6	1
Daniela	0,29	3,5:7	7	3,5	1	SumSH>FM+m	2	extra. persis.	1:3	0	6	1

Legenda

Afr → Afr > 0,49 Afr < 0,50

WSumC:SumC' → WSumC ≥ SumC' WSumC < SumC'

WSumC ≥ 2,5 WSumC < 2,5

SumC' entre 0 e 2 SumC' > 2

CorSH → CorSH = 0 CorSH > 0

SumSH com es > 3 → SumSH < FM + m SumSH > FM + m

S → entre 1 e 2 S = 0 S > 2

EB → Intro. persis. Intro. mod. Ambigual Extra. mod. Extra. persis.

FC:CF + C → CF + C > FC + 1 FC > (CF + C) + 3 CPura > 0 FC ≥ CF + C e CPura = 0

CF + C > FC em menos de dois pontos

DEPI → DEPI < 5 DEPI = 5 DEPI > 5

SumY → entre 0 e 1 Y > 1

Aqueles com Afr < 0,49 e T = 1, embora apresentem capacidade de estabelecer vínculos significativos entre as pessoas, evitam a aproximação interpessoal, possivelmente por terem a percepção de que, ao expressarem seus sentimentos, o farão de modo pouco modulado. Nota-se, por exemplo, que esses dois pacientes possuem maior labilidade emocional, representada pela ênfase em CF + C.

André, Suzana e Daniela são os únicos pacientes desse grupo com WSumC < SumC', indicando que, ao invés de expressarem os afetos e as emoções, interioriza-os. Consequentemente, os sentimentos e os conflitos que não são expressos ou verbalizados podem vir a serem expressos via corpo.

Em outras palavras, trata-se de pacientes que, ou não possuem capacidade adequada de vivenciar ou expressar os afetos ($WSumC < 2,5$) ou tendem a interiorizá-los, o que provoca aumento da irritação interna, podendo levar à desorganização psíquica, caso seus recursos não sejam suficientes.

Uma frequência maior de participantes é capaz de vivenciar e expressar aquilo que sentem, interiorizando pouco os afetos ($WSumC > SumC'$, $WSumC \geq 2,5$ e $SumC'$ entre zero e dois).

Analisando $SumC'$, observa-se que, dos três indivíduos com $SumC' > 2$, dois também apresentam $CF + C > FC + 1$, sugerindo que, possivelmente, há um bloqueio da expressão emocional na tentativa de neutralizar o risco de descontrole quando se deparam com situações de intensa estimulação emocional.

Um total de 66,6% possui tendência à emocionalidade ambivalente. Em outras palavras, são pacientes que apresentam dificuldades importantes em discriminar o que sentem, podendo gerar problemas significativos nos relacionamentos interpessoais.

Além disso, 55,5% dos pacientes parecem estar vivenciando estresse emocional e afetos desconfortáveis ($SumSH > FM + m$). Os cinco indivíduos com $SumSH > FM + m$, com exceção de Kátia, estão vivenciando um mal-estar que se estabilizou ao longo do tempo e que, portanto, transformou-se em algo mais crônico.

Quanto à vivência daquele mal-estar mais situacional, observa-se que um terço dos participantes do Grupo B estão sentindo-se inundados pelo afeto em decorrência de alguma situação geradora de tensão ou de desamparo ($Y > 1$); é como se esses pacientes estivessem sofrendo uma espécie de paralisia afetiva em decorrência de um excesso de estimulação emocional que os impedisse de agir por um tempo. Os dois terços restantes apresentam Y entre zero e um, o que não traz maiores significações.

É interessante observar que, dos três indivíduos com $Y > 1$, dois possuem $p > a + 1$, sugerindo que a passividade desses pacientes os impede de tomar iniciativas com o objetivo de resolver a situação desagradável em que se encontram.

Seis forneceram de uma a duas respostas no Espaço em Branco, sugerindo que buscam alguma independência, autonomia e auto-afirmação. Entretanto, dois não deram respostas AG e quatro apresentam $p > a + 1$. Isso significa que são pessoas que possuem algumas condutas mais passivas nos relacionamentos interpessoais que dificultam que assumam seus desejos, vontades e o

estabelecimento de limites. Nesse sentido, a autonomia e a independência são prejudicadas, mesmo que presentes.

Três pacientes apresentam excesso de S, o que significa que não expressam a raiva e o ressentimento do mesmo modo que a maioria das pessoas. São pacientes que possuem ausência de respostas AG e $p > a + 1$, sugerindo que a presença de condutas mais passivas nos relacionamentos interpessoais está contribuindo para que a expressão de tais sentimentos ocorra via corpo ou por meio da atuação.

Com relação à proporção $FC:CF + C$, observa-se que a maioria apresenta alguma dificuldade em modular as descargas afetivas e as trocas emocionais.

Apenas um terço possui equilíbrio adequado entre as respostas FC, CF e CPura, identificando capacidade de modular e controlar as descargas emocionais. Dois sujeitos apresentam $CF + C > FC$ em menos de dois pontos, indicando que a expressão dos afetos se dá de forma mais relaxada e espontânea e quatro possuem $CF + C > FC + 1$, sugerindo a presença de uma afetividade mais intensa e lábil.

A análise conjunta de FC, CF e C com a NotaD contribui para uma compreensão global de como o estresse e o modo como esses pacientes modulam o afeto se influenciam. Dos quatro pacientes com ênfase em $CF + C$, todos apresentam NotaD negativa, indicando que, além de serem imaturos emocionalmente, apresentam grande probabilidade de se sentirem nervosos, tensos, ansiosos e irritáveis diante de qualquer desconforto que supere suas capacidade de lidar com eles, o que gera baixa tolerância à frustração e aumenta a impulsividade. As implicações de $CF + C > FC + 1$ e $\text{NotaD} < 0$ para o tratamento da obesidade já foram discutidas anteriormente.

Um total de 22,2% apresenta um sério transtorno afetivo e está sofrendo de depressão ($\text{DEPI} > 5$) e 77,7% possui $\text{DEPI} < 5$, o que carece de significação para o diagnóstico de transtorno de humor, apesar de fornecer informações quanto ao funcionamento afetivo e cognitivo.

Resumidamente, são pessoas que tendem a não se envolver em situações em que a expressão de sentimentos está presente, provavelmente por apresentar dificuldades na modulação das descargas afetivas e nas trocas emocionais, o que sugere que são mais imaturas emocionalmente. Com isso, é possível que sejam mais retraídas tanto socialmente como emocionalmente, talvez na tentativa de evitar o descontrole de afetos caso a estimulação emocional seja superior às suas

capacidade de dar conta dos mesmos. Se isso acontecer, podem apresentar condutas impulsivas.

Apesar de uma alta frequência dos pacientes serem capazes de vivenciar e expressar o que sentem, interiorizando pouco os afetos, possuem também tendência à emocionalidade ambivalente, além de estarem vivenciando estresse emocional. Percebe-se também que, embora busquem alguma autonomia e independência nos relacionamentos interpessoais, são pacientes que apresentam condutas mais passivas nos mesmos.

4. Análise e Discussão dos Protocolos do Psicodiagnóstico de Rorschach e das Observações Clínicas dos Pacientes que Ganharam Peso

4.1 Processamento da Informação no Grupo C

O Grupo C foi composto por duas pacientes, Bruna e Giovana, que incrementaram o peso durante o tratamento. Ambas apresentam algumas características de personalidade muito distintas uma da outra no que diz respeito ao módulo de Processamento da Informação (Tabela 27).

Tabela 27 – Processamento da Informação – Grupo C

Nome	LAMBDA	Zd	W:D:Dd	DQ+	DQv/+	DQv
Bruna	0,78	7	6:5:5	9	0	0
Giovana	0,5	-4,5	5:9:1	4	0	1

Legenda

L → entre 0,30 e 0,99 L < 0,30 L > 0,99

Zd → entre -3,0 e +3,0 Zd > +3,0 Zd < -3,0

W:D:Ds → equilíbrio predomínio de W predomínio de D predomínio de Dd (Dd > 3)

DQ+ → média alto baixo

DQv/+ → média alto baixo

DQv → média alto baixo

Embora ambas possuam um foco de atenção equilibrado (Lambda entre 0,30 e 0,99), Bruna tende a absorver um volume de informações além da sua capacidade de processá-las eficientemente ($Z_d > +3,0$).

Simultaneamente, apresenta DQ_+ acima da média e $DQ_{v/+}$ e DQ_v ausentes, o que significa que realiza um exame profundo das situações, favorecendo o estabelecimento de vínculos significativos entre os elementos do campo de estímulos, sem conseguir, no entanto, dar conta do volume de informações que absorve, provavelmente em decorrência do baixo volume de recursos disponíveis ($EA < 7$).

Tal funcionamento pode elevar seu nível de estresse, consequentemente diminuindo sua tolerância à frustração e aumentando a impulsividade, que, somada à dificuldade de simbolização, contribui para a grande ingestão de alimentos como a que relatava ocorrer durante o período de avaliação e nos acompanhamentos em grupo.

Dedica muita atenção e energia aos aspectos incomuns de suas experiências, tratando-se de uma pessoa mais criativa, mas tendendo a desconsiderar o que é óbvio para a maioria das pessoas ($D_d > 3$), podendo provocar dificuldades e conflitos nos relacionamentos interpessoais.

Giovana, diferentemente de Bruna, tende a absorver poucas informações, a tomar decisões rápidas e a examinar suas experiências de modo mais superficial ($Z_d < -3,0$), o que pode estar prejudicando a qualidade da análise e da síntese dos elementos de seu campo de estímulos. Poderá, dessa forma, cometer erros com maior probabilidade (DQ_+ abaixo da média).

Apenas em seu protocolo houve predominância de D no Índice de Economia ($W:D:D_d$), indicando que, embora se mostre muito atenta aos aspectos comuns da vida, não consegue estabelecer relações significativas entre eles ou mesmo identificar aquilo que é incomum. Tais características sugerem que tende a se sair melhor em circunstâncias mais limitadas e pouco exigentes.

Em outras palavras, para que consiga dar conta das demandas, deve seguir uma rotina bem estruturada e pouco exigente. É interessante observar que, no caso dessa paciente, sua NotaD possui valor zero, reforçando a hipótese de que deve levar um estilo de vida mais “encolhido” (ver análise dessa variável no módulo de Controle e Tolerância ao Estresse).

Essas duas pacientes têm em comum apenas Lambda dentro do intervalo médio. Os modos como incorporam as informações provenientes do ambiente externo e como focam sua atenção são muito distintos.

4.2 Mediação Cognitiva no Grupo C

Observam-se em Bruna e Giovana condutas distintas no que diz respeito à tradução das informações provenientes do ambiente (Tabela 28).

Tabela 28 – Mediação Cognitiva – Grupo C

Nome	X_%	Xu%	POP.
Bruna	0,31	0,38	2
Giovana	0,2	0,13	7

Legenda

X_% → X_% ≤ 0,15 X_% > 0,15

Xu% → entre 0,10 e 0,20 Xu% < 0,10 Xu% > 0,20

Pop. → entre 5 e 7 com R > 17 e entre 4 e 6 com R ≤ 17 P < 4 P > 7

Bruna possui grande probabilidade de perceber os outros de forma inadequada e de formar impressões errôneas a seu próprio respeito e em relação aos outros (X_% > 0,15). Além disso, vê o mundo de maneira mais individualizada, o que faz com que suas percepções sejam orientadas segundo suas próprias necessidades (Xu% > 0,20). Tem dificuldade em perceber o que é óbvio para a maioria das pessoas, podendo gerar conflitos e dificuldades, por exemplo, nos relacionamentos interpessoais e na percepção da fome e da saciedade.

Em suas entrevistas, dizia não saber distinguir a sensação de fome de outras sensações desagradáveis, incluindo acontecimentos e afetos dolorosos; todos eram interpretados da mesma forma.

Já Giovana, embora tenha X_% elevado, seus efeitos são minimizados por Xu% dentro do intervalo médio e por um número elevado de respostas Populares, pois, apesar de apresentar importantes distorções de si e do ambiente, possui a

capacidade de reconhecer o que é convencional, especialmente quando é solicitada que o faça. Contudo, isso não significa que responderá de forma adequada em todos os momentos. Para isso, outros elementos do Rorschach devem ser considerados, tais como o volume de recursos de que dispõe e como os utiliza para lidar com as demandas, e se está vivenciando situações de estresse (vide Módulo de Controle e Tolerância ao Estresse).

4.3 Ideação no Grupo C

Com relação a esse módulo, pode-se observar que **Bruna e Giovana** possuem diversas semelhanças no que diz respeito ao modo como organizam o pensamento (Tabela 29).

Tabela 29 – Ideação – Grupo C

Nome	Wsum6	a:p	Ma:Mp	FM	m	Lado esq. eb	Intelectualização	EB
Bruna	7	4:3	1:1	4	1	5	4	extrat. mod.
Giovana	2	4:1	1:1	3	0	3	0	extrat. mod.

Legenda

WSum6 → WSum6 ≤ 12 WSum6 > 17

a:p → números parecidos se um exceder 4 e um dos valores for maior do que o dobro do outro

Ma:Mp → Ma ≥ Mp com M > 1 Mp > Ma

FM e m → FM entre 3 e 5 FM > 5 FM < 3 m = 1 m = 0 m > 1

Lado esq. eb → FM + m < 6 com FM entre 3 e 5 FM + m > 6

Índice de Intelectualização → quando ≤ 3 entre 4 e 5 > 5

EB → intro. persis. intro. mod. ambigüal extra. mod. extra. persis.

Ambas pacientes apresentam boa capacidade de pensar de maneira lógica e coerente (WSum6 ≤ 12), são capazes de enfrentar as situações não esperando ou fantasiando que alguém ou algum evento tome decisões ou resolva os problemas por elas (Ma ≥ Mp). São também capazes de mudar o foco de atenção e, desse

modo, voltar-se para outros assuntos, não importando quão perturbadora e angustiante possa ser alguma ideia ou situação.

Contudo, é possível que Bruna, ao contrário de Giovana, lance mão da intelectualização para manter uma distância segura entre si e os afetos e minimizar o impacto dos mesmos. Com isso, pode-se levantar como hipótese que essa paciente consegue mudar seu foco de atenção e voltar-se para outros assuntos justamente por não se sentir tão abalada por ideias perturbadoras e angustiantes, já que as afasta de si por meio de defesas intelectuais.

Bruna, diferentemente de Giovana, apega-se rigidamente a seus valores, ideias e crenças, custando muito a mudar de ponto de vista e opinião, o que leva a um prognóstico menos favorável, já que é muito resistente a mudanças, o que acaba refletindo diretamente no tratamento para obesidade. Apesar de ambas terem engordado durante o tratamento, Bruna foi a que mais incrementou o peso; a proporção a:p, junto com outros fatores, pode ter contribuído para isso. No entanto, tal postura mais rígida perante a vida provavelmente a ajude a lidar minimamente com as demandas e exigências do cotidiano.

4.4 Controle e Tolerância ao Estresse no Grupo C

Ambas possuem os mesmos valores em todas as variáveis que compõem esse módulo (Tabela 30).

Tabela 30 – Controle e Tolerância ao Estresse – Grupo C

Nome	EA	CDI	Nota D	AdjD	AdjD e D	EB
Bruna	6	1	0	0	0	extra. mode.
Giovana	6	1	0	0	0	extra. mode.

Legenda

EA → entre 7 e 11 acima da média EA < 7

CDI → CDI < 4 CDI > 3

Nota D → D > 0 D = 0 com diferença inferior a 2,5 entre EA e es D < 0

AdjD → AdjD < 0 AdjD = 0 AdjD > 0

AdjD e D → AdjD - D = 1 AdjD - D > 1

EB → Intro. persis. Intro. mod. Ambigüal extra. mod. extra. persis.

Trata-se de pacientes com recursos limitados para lidar com as exigências cotidianas e para desenvolver estratégias de decisão adequadas, podendo, conseqüentemente, desorganizarem-se mais facilmente caso as demandas do dia a dia tornem-se mais complexas (EA baixo).

Ao mesmo tempo, são pessoas que não apresentam ansiedade, tensão, nervosismo ou irritabilidade manifestas; são psicologicamente estáveis e até possuem alguma capacidade para tolerar frustrações, controlar o comportamento e evitar ações precipitadas ou descontrole emocional (NotaD = 0).

O que parece ser algo contraditório pode ser compreendido se considerar que essas pacientes provavelmente conseguem manter a estabilidade e o equilíbrio psicológicos às custas de um estilo de vida mais limitado e rígido, na qual empregam diversos esforços no sentido de manter as experiências de estresse num mínimo possível por meio da evitação de experiências novas e do afastamento da consciência de pensamentos e afetos perturbadores.

Em outras palavras, lidam muito bem com as demandas em ambientes rotineiros e estruturados, sem grandes mudanças e exigências. No entanto, se as circunstâncias se tornarem um pouco mais complexas, estressantes, prolongadas ou inesperadas, correm o risco de se sentirem sobrecarregadas e, com isso, desorganizar sua conduta e apresentar controles frágeis.

A NotaD, que no momento é zero, pode se tornar negativa e o estresse situacional se fará presente. Em situações como essas, quando as demandas são superiores aos recursos disponíveis, Bruna e Giovana podem recorrer impulsivamente ao alimento numa tentativa de lidar com as demandas e aplacar a angústia e a ansiedade sentidas.

É interessante recordar que Bruna é médica e trabalha no PS de um hospital público, portanto está sujeita a mudanças bruscas no ambiente, o que pode exigir dela recursos de que não dispõe. Nos plantões médicos, a paciente relata que ingere muito refrigerante e alimentos gordurosos, contudo não vê relação entre isso e os sentimentos que são mobilizados quando algo acontece; para ela, esses alimentos e bebidas são mais fáceis e rápidos de serem ingeridos. Facilmente emprega defesas intelectuais, a fim de não entrar em contato com eles e, na maioria das vezes, acaba atuando.

Giovana trabalha como empregada doméstica e, na maior parte das vezes, seu ambiente de trabalho não lhe exige muito. Entretanto, quando a filha de sua patroa teve um filho durante o período de acompanhamento individual, por exemplo, e necessitou ajuda nos cuidados e na reorganização da rotina da casa, ela própria se desorganizou e não conseguia, entre outros comportamentos, tomar corretamente sua medicação ou mesmo seguir as orientações da nutricionista.

4.5 Auto-Percepção no Grupo C

Em relação ao modo como constroem conceitos e atitudes sobre si mesmas, as duas pacientes diferem significativamente (Tabela 31).

Tabela 31 – Auto-Percepção – Grupo C

Nome	Fr+rF	3r+(2)/R	V	FD	MOR	H:Hd+(H)+(Hd)	Hx	Sx
Bruna	0	0,63	0	0	0	4:4	0	0
Giovana	0	0,4	1	1	1	1:5	0	1

Legenda

Fr + rF → Fr + rF = 0 Fr + rF > 0

3r + (2)/R → entre 0,33 e 0,44 < 0,33 > 0,44 > 0,44 com reflexo < 0,33 com reflexo
entre 0,33 e 0,44 com reflexo

V → V = 0 V > 0

MOR → entre 0 e 2 MOR > 2

FD → FD entre 1 e 2 FD = 0 FD > 2

H:Hd + (H) + (Hd) → $H \geq Hd + (H) + (Hd)$ com $H \geq 2$ $H < Hd + (H) + (Hd)$

Hx → Hx = 0 Hx > 0

Sx → Sx = 0 Sx > 0

Ambas apresentam ausência de respostas de Reflexo, não possuem elevação de respostas de conteúdo MOR e nem de Hx, o que não traz qualquer implicação para a personalidade no que diz respeito à autoestima e à autoimagem.

Bruna apresenta elevação do Índice de Egocentrismo sem respostas de Reflexo, sugerindo que, embora apresente uma preocupação inusual consigo mesma, parece não estar tendo nenhum prazer em voltar a atenção para si; possui

capacidade limitada de se autoexaminar e, a partir disso, modificar seus comportamentos, reconhecer e atender suas necessidades e de avaliar o impacto que suas ações tem nos outros ($FD = 0$).

Durante o processo de avaliação e nos encontros grupais, percebia-se que era incapaz de refletir sobre o que estava sendo discutido, com sérias limitações em ouvir sobre si e o outro e, principalmente, de ver a si própria.

Por um longo período, não se percebia como uma pessoa obesa, mesmo quando os outros lhe diziam que havia aumentado o peso. Nesse sentido, mudar suas condutas e atitudes não era entendido como algo necessário, uma vez que, para ela, não se via como obesa. Somente a partir do momento que aceitou essa condição foi sendo capaz de, aos poucos, refletir sobre algumas questões de sua vida que envolviam, principalmente, o modo como se relacionava com o outro. Consequentemente, a frequência com que atuava diminuiu consideravelmente.

Apesar disso, possui capacidade de identificação adequada; sua própria imagem e a percepção dos outros foram baseadas e construídas em elementos da realidade.

Giovana, por sua vez, possui capacidade de se autoexaminar e, com isso, modificar seus comportamentos ($FD = 1$); durante o processo de avaliação e nos encontros em grupo, refletia sobre o que estava sendo discutido e era capaz de chegar a conclusões e formular outras questões a partir do que era conversado. Apresenta tendência a voltar a atenção suficiente para si e para o que se passa ao seu redor ($[3r + (2)/R]$ está dentro do intervalo médio). No entanto, quando volta a atenção para si, não gosta daquilo que vê, o que acaba gerando sentimentos de tristeza e diminuindo sua autoestima, o que influencia diretamente em sua qualidade de vida, uma vez que evita, por exemplo, se relacionar com outras pessoas, pois, para ela, ninguém se aproximará de alguém obesa. Por fim, essa paciente apresenta uma noção mais distorcida sobre si mesma e os demais; a identificação se baseia em objetos parciais e em experiência fantasiosas [$H < H_d + (H) + (H_d)$].

4.6 Relacionamento Interpessoal no Grupo C

Bruna e Giovana apresentam valores baixos de Índice de Isolamento e ausência de respostas de conteúdo de Alimento, o que não traz qualquer implicação específica para a personalidade (Tabela 32).

Tabela 32 – Relacionamento Interpessoal – Grupo C

Nome	Isolamento	T	COP	AG	a:p	Fd	GHR:PHR
Bruna	0,06	0	2	0	4:3	0	5:4
Giovana	0,07	0	0	3	4:1	0	2:5

Legenda

Isolamento → $\leq 0,25$ $> 0,33$

Textura → $T = 1$ $T = 0$ $T > 1$

COP → $COP > 0$ $COP = 0$

AG → AG entre 1 e 2 $AG = 0$ $AG > 2$

a:p → $a \geq p$ $p > a + 1$

Fd → $Fd = 0$ $Fd > 0$

GHR:PHR → $GHR > PHR$ com pelo menos três respostas de conteúdo humano
 $PHR \geq GHR$

Ambas não fornecem nenhuma resposta de Textura ($T = 0$), sugerindo dificuldades importantes da capacidade de formar vínculos com os outros. Isso não significa que evitam as relações interpessoais e sim que seus relacionamentos tendem a ser mais distantes. Trata-se de pessoas que demoram mais tempo para confiar no outro e isso, junto com os outros índices e variáveis da prova de Rorschach, pode ter exercido alguma influência no modo como se envolveram com o tratamento e de como estabeleceram o vínculo com a equipe.

Embora ambas apresentem $a > p$, Bruna não forneceu nenhuma resposta de conteúdo Agressivo, sugerindo provável falta de assertividade nos relacionamentos interpessoais, o que pode ser observado principalmente em seu ambiente de trabalho, onde se deixava influenciar pelas decisões e vontades dos outros mesmo que isso a prejudicasse. Como consequência, era facilmente manipulada e

explorada. A presença de COP em seu protocolo indica que possui algum interesse em se envolver em situações em que o espírito cooperativo está presente.

É provável que Giovana perceba os relacionamentos interpessoais de modo mais assertivo, em que, sob seu ponto de vista, os outros são agressivos com ela (ver análise e discussão das variáveis COP e AG).

4.7 Afeto no Grupo C

Finalmente, com relação ao afeto, observa-se muitas semelhanças quanto ao modo como lidam com seus sentimentos, como as emoções expressas pelos outros as afetam e de como reagem em situações em que a expressão de afetos está envolvida (Tabela 33).

Tabela 33 – Afeto – Grupo C

NOME	Afr	WSumC:SumC'	SumC'	WsumC	Cor SH	Sum SH com es>3	S	EB	FC:CF+C	C	DEPI	Y
Bruna	0,45	4:0	0	4	2	SumSH<FM+m	3	extra. mod	0:4	0	4	2
Giovana	0,5	4:0	0	4	1	SumSH<FM+m	2	extra. mod	0:4	0	4	1

Legenda

Afr → Afr > 0,49 Afr < 0,50

WSumC:SumC' → WSumC ≥ SumC' WSumC < SumC'

WSumC ≥ 2,5 WSumC < 2,5

SumC' entre 0 e 2 SumC' > 2

CorSH → CorSH = 0 CorSH > 0

SumSH com es > 3 → SumSH < FM + m SumSH > FM + m

S → entre 1 e 2 S = 0 S > 2

EB → Intro. persis. Intro. mod. Ambigual Extra. mod. Extra. persis.

FC:CF + C → CF + C > FC + 1 FC > (CF + C) + 3 CPura > 0 FC ≥ CF + C e CPura = 0

CF + C > FC em menos de dois pontos

DEPI → DEPI < 5 DEPI = 5 DEPI > 5

SumY → entre 0 e 1 Y > 1

Bruna e Giovana possuem capacidade de expressar e vivenciar seus afetos ($WSumC \geq 2,5$), no entanto a expressão dos mesmos é intensa, lábil e dramática e os afetos são superficiais; enfim, são pessoas mais imaturas emocionalmente ($CF + C > FC + 1$).

Parecem não estar vivenciando grande sobrecarga de estresse emocional ($SumSH < FM + m$), entretanto apresentam emocionalidade ambivalente, indicando que possuem dificuldades em discriminar seus sentimentos tanto para si como quanto para os outros, o que pode provocar alguma confusão nos relacionamentos interpessoais. Além disso, podem estar apresentando algumas características de depressão, embora não se possa afirmar que estejam deprimidas ($DEPI = 4$).

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade é uma doença multifatorial e o seu diagnóstico e tratamento têm sido um grande desafio para os profissionais de saúde das mais diversas áreas. É considerada um dos grandes problemas de saúde pública, devido ao aumento progressivo de pessoas obesas nas mais diferentes faixas etárias, independentemente do nível socioeconômico e cultural e por ser fator de risco de diversas outras doenças, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, problemas cardíacos e respiratórios.

Em um mundo onde a rapidez das informações é um dos grandes desafios a ser enfrentado, há tendência por uma busca de estratégias e métodos de emagrecimento que proporcionem uma solução quase que milagrosa para a perda de peso. Dessa forma, multiplicam-se os programas de tratamento oferecidos àqueles que já apresentam a obesidade como quadro predominante.

Em virtude do seu caráter crônico, a adesão ao tratamento pode oferecer algum grau de dificuldade àqueles que querem emagrecer.

A opção pelo tratamento via método do Balão de Ar conduziu o grupo de pacientes em estudo a buscar uma perda de peso por meio de um procedimento não cirúrgico.

Esta trajetória de difícil percurso também requereu o acompanhamento psicológico desses pacientes para uma melhor compreensão de sua psicodinâmica, história de vida e a relação estabelecida com o alimento, assim como pensamentos e fantasias acerca de si mesmo e dos demais contextos de interação.

A partir da prática de atendimento em equipe interprofissional, um total de 19 pacientes foram acompanhados por um período que variou entre seis meses e 24 meses.

A questão inicial *porque alguns pacientes perdiam peso enquanto outros não* foi o ponto de partida para a elaboração desta Dissertação de Mestrado que ora apresentou os resultados obtidos fundamentalmente por meio da análise psicodiagnóstica do Método das Manchas de Tinta de Rorschach.

O objetivo geral deste trabalho, verificar se há relação entre os resultados obtidos e a adesão ao tratamento, foi contemplado.

Considerando as discussões dos resultados, constata-se que pacientes com maior perda de peso (acima de 10% do peso inicial) possuem disponibilidade para considerar a ocorrência de mudanças em suas vidas, além de recursos psíquicos para lidar com as demandas internas e externas. Desse modo, é provável que tenham sido capazes de promover, implementar e incorporar, durante o processo de avaliação, dos atendimentos individuais e dos grupos mensais, as mudanças necessárias para a perda de peso, bem como de desenvolver e/ou fortalecer outros recursos para lidar com as angústias, ansiedades e outras demandas que não só recorrendo à ingestão exagerada de alimentos por meio da atuação.

Tais pacientes estão vivenciando algum grau de estresse e desconforto subjetivamente sentido, não conseguindo, com isso, refletir sobre o que está acontecendo ao seu redor e sobre o que estão sentindo, uma vez que o desconforto sentido é superior aos recursos de que dispõem; a impulsividade entra em cena, fazendo com que recorram ao alimentos numa tentativa de aplacar ou minimizar a angústia, a ansiedade, a raiva, o medo, a impotência e o desamparo sentidos, já que, além da dificuldade de reflexão sobre as próprias experiências afetivas, possuem déficits nos processos de simbolização.

Há, ainda, a presença de traços de personalidade narcisista que dificultam a responsabilização desses pacientes pelas suas escolhas. Além disso, lançam mão da intelectualização como mecanismo defensivo. Frente a esse funcionamento psíquico, dificilmente vêem necessidade em realizar um processo psicoterapêutico, mesmo diante das dificuldades, pois ignoram aspectos negativos de si e não entram em contato com potenciais fontes de angústia. Esse processo contribui para que se sintam bem consigo mesmos, não vendo necessidade de mudarem seu jeito de ser e de se envolverem em um processo de auto-conhecimento.

Já aqueles pacientes com menor taxa de perda de peso (abaixo de 10% do peso inicial) apresentam maior rigidez. São pessoas que custam muito a mudar de ideia e de reavaliar e rever seus pontos de vista, crenças e valores, o que certamente contribui para uma menor perda de peso, já que possuem dificuldades importantes em promover mudanças em suas vidas.

Há preferência pelo uso da fantasia como principal estratégia defensiva que, embora ofereça alívio temporário do desconforto, aumenta a dependência em relação aos demais, que são vistos como sendo mais capazes de tomar decisões e resolver problemas por eles.

Além disso, observa-se dificuldades no que diz respeito ao modo como lidam com as necessidades básicas internas primárias e secundárias. Trata-se de pacientes que não conseguem identificar quando estão com fome e quando estão com raiva, tristes, nervosos, ansiosos e angustiados; seus sentimentos são interpretados como sendo fome.

Diferentemente do que acontece com os pacientes com maior perda de peso, esses possuem recursos limitados para lidar com as demandas, o que significa que suas condutas podem se desorganizar, caso as circunstâncias se tornem mais complexas. Nesse sentido, se saem melhor em ambientes rotineiros, estruturados e sem ambiguidades, no entanto, como nem sempre isso é possível, pode haver um aumento do nível de estresse, influenciando diretamente no tratamento, uma vez que a tolerância à frustração diminui e a impulsividade aumenta.

Observa-se em ambos os grupos que delegam à equipe, aos familiares, aos amigos e aos mais diversos eventos a responsabilidade pelo tratamento; trata-se de pessoas que adotam uma postura mais passiva e menos assertiva nos relacionamentos interpessoais, bem como dificuldades no estabelecimento de vínculos e de limites perante o outro. Além disso, são imaturos emocionalmente, o que leva a um retraimento social e emocional e a maior probabilidade de apresentar condutas impulsivas.

As duas pacientes com ganho de peso apresentam algumas características de personalidade semelhantes aos pacientes com maior e menor taxa de perda de peso, tais como imaturidade emocional, dificuldades em estabelecer vínculos e na capacidade de identificar as informações importantes das acessórias. Por outro lado, ambas aparentemente não estão vivenciando sobrecarga de estresse, embora possuam dificuldades em identificar seus sentimentos e afetos.

Os resultados obtidos não permitem generalizações, apesar de fornecerem contribuições importantes quanto ao funcionamento psíquico dos participantes dessa pesquisa.

Conclui-se, com base no que foi observado, que não há muitas diferenças no funcionamento psíquico entre aqueles que perderam mais peso daqueles que perderam menos ou ganharam peso, assim como em relação à adesão ao tratamento. Contudo, algumas características pareceram ter contribuído para um melhor prognóstico, tais como possuir recursos psíquicos e flexibilidade para lidar com as demandas e mudanças necessárias para maior perda de peso.

Os dados encontrados estão de acordo com a literatura, na qual ratifica-se que o tratamento para a obesidade realizado por uma equipe interdisciplinar é fundamental para garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes, uma vez que são compreendidos como um todo e não em partes.

A presente Dissertação de Mestrado contribuiu para uma melhor compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos na problemática da obesidade, bem como dos fatores que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento. Com isso, novas intervenções e pesquisas na área podem ser desenvolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANVISA adia proibição de remédio para emagrecimento. Exame, São Paulo, 23 fevereiro 2011. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/economia/brasil/noticias/anvisa-adia-proibicao-de-remedio-para-emagrecimento>. Acesso em 12 junho 2011.

- ANVISA quer banir remédios para emagrecer. Agência Estado, São Paulo, 16 fevereiro 2011. Disponível em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/02/anvisa-quer-banir-remedios-para-emagrecer.html>. Acesso em 12 junho 2011.

- ABADI, Sonia. Transições: o modelo terapêutico de D. W. Winnicott. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

- ALMEIDA, Graziela Aparecida Nogueira de; LOUREIRO, Sonia Regina; SANTOS, José Ernesto dos. A imagem corporal de mulheres obesas avaliada através do desenho da figura humana. Psicologia: reflexão e crítica, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p.283-292, 2002.

- AZEVEDO, Maria Alice S. B. de. A criança obesa: um estudo exploratório da personalidade através do desenho da figura humana e dos indicadores emocionais de Koppitz. Boletim de Psicologia, Bauru, v.LIII, n.118, p.49-72, 2003.

- AZEVEDO, Maria Alice S. B. de; SPADOTTO, Cleunice. Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. Temas psicol., São Paulo, v.12, n.2, p.127-144, 2004.

- BECKER, Elizabeth. Os bastidores de uma história: a expressão criativa de estagiários na prática do psicodiagnóstico interventivo. São Paulo, 2002. p.284. Tese (doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

- BÉKEI, Marta. Transtornos psicossomáticos em La niñez y la adolescencia. Buenos Aires: Nueva Visión, 1984.

- BENEDETTI, Carmen. Obesidade e emagrecimento: um estudo com obesos mórbidos submetidos à gastropластиа. São Paulo, 2001. 147p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- BENEDETTI, Carmen. Funcionamento familiar e cirurgia da obesidade. In: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales. (org.) Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor, 2006. p.105-113.
- BLEGER, José. Temas de Psicologia: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 82 de 2010. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=75038&tp=1>>. Acesso em 22 maio 2011.
- BRUCH, Hilde. Hunger and instinct. The Journal of Nervous and Mental Disease. [s.l.], v.149, n.2, p.91-114, ago. 1969.
- BORGES, Maria Beatriz; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. Transtornos alimentares: que dependência é esta?!. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier da; PEREIRA, Fernanda Gonçalves. (orgs.) Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- CARBONELLI, M. G. et al. Body composition modification in obese patients treated with intragastric balloon. Acta. Diabetol., Rome, v.40, suppl.1, p.S261-S262, out. 2003.
- CIRURGIA OBESIDADE. Balão intragástrico posicionado dentro do estômago. Disponível em: <cirurgiaobesidade.com/cirurgias_obesidade.html>. Acesso em 14 jun. 2011.
- _____. Insuflação do balão intragástrico dentro do estômago. Disponível em: <cirurgiaobesidade.com/cirurgias_obesidade.html>. Acesso em 14 jun. 2011.
- _____. Passagem do balão intragástrico até o estômago. Disponível em: <cirurgiaobesidade.com/cirurgias_obesidade.html>. Acesso em 14 jun. 2011.
- CLAUDEZ, H. Primary experience with air filled intragastric balloon literature data. In: UNITED EUROPEAN GASTROENTEROLOGY WEEK, 13., 2005, Copenhagen. Apresentação em pôster. Copenhagen. 2005.

- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP 016/2000 de 20 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao2000_16.pdf>. Acesso em 12 agosto 2011.

- COSTA, Fabiana Silva et al. Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. Psicologia em Estudo, Maringá, v.14, n.2, p.287-293, abr-jun. 2009.

- COTTA-PEREIRA, Roberto; BENCHIMOL, Alexander Koglin. Cirurgia bariátrica: aspectos cirúrgicos. In: NUNES, Maria Angélica et al. Transtornos alimentares e obesidade, 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.353-366.

- COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TORAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, supl.2, p.S332-S340, 2008.

- COUTINHO, Walmir (coord.). Documento do Consenso Latino Americano sobre obesidade. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/consenso.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2010.

- DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

- D'ARGENIO, Alberto et al. Early trauma and adult obesity: is psychological dysfunction the mediating mechanism?. Physiology and Behavior, Rome, v.98, n.5, p.543-546, 2009.

- DOBROW, Ilyse J.; KAMENETZ, Claudia; DEVLIN, Michael J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. Revista Brasileira de Psiquiatria, [s.l], v.24, supp.3, p.63-67, 2002.

- DOLDI, S. B et al. Intragastric balloon: another option for treatment of obesity and morbid obesity. Hepato-Gastroenterology, Milan, v.51, n.55, p.294-297, jan-fev. 2004.

- DONATO, Antonietta et al. Obesidade. In: BUSSE, Salvador de Rosis. (org.) Anorexia, bulimia e obesidade. Barueri: Manole, 2004. p.329-366.

- ELFHAG, Kristina et al. Sibutramine treatment in obesity: predictors of weight loss including Rorschach Personality Data. Obesity Research. Stockholm, v.11, n.11, p.1391-1399, nov. 2003.

- EXNER JR., John E.; SENDÍN, Concepción. Manual de interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

- EXNER JR., John E.; ERDBERG, Philip. The Rorschach, a comprehensive system – vol.2: advanced interpretation. 3.ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2005.

- FABRICATORE, Anthony; WADDEN, Thomas A. Psychological aspects of obesity. Clinics in Dermatology, New York, v.22, n.4, p.332-337, jul-ago. 2004.

- FERREIRA, Sandra Roberta Gouvêa. A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública? Einstein, supl.1. São Paulo, v.4, p.S1-S6, 2006.

- FISCHLER, Claude: Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi (org.). Políticas do Corpo. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p.69-79.

- FORTES, Marcos. Atividade física no tratamento da obesidade. In: NUNES, Maria Angélica et al. Transtornos alimentares e obesidade, 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.299-313.

- FRANCISCHI, Rachel Pamfilio Prado de et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Revista de Nutrição, Campinas, v.13, n.1, p.17-28, jan/abr. 2000.

- FRANQUES, Aída Regina Marcondes. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória: B – participação do psicólogo. In: GARRIDO JR., Arthur B. (Ed.). Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006a. p.75-79.

- _____. A entrevista psicológica. In: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales. (orgs.) Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor, 2006b, p. 55-62.

- FREUD, Sigmund. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber"): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1914). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

- _____. Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume II: 1915-1920. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006.

- GANC, Arnaldo José; GANC, Roberto Leite. Balão intra – gástrico: ponto. Einstein, supl.1. São Paulo, v.4, p.S130-S135, 2006.

- GASPAR, Fabíola Mansur Polito. Obesidade e trabalho: histórias de preconceito e reconhecimento vividas por trabalhadores obesos. São Paulo: Vetor, 2003.

- GRASSANO, Elsa. Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

- HAMBURGUER, Walter W. Psychological aspects of obesity. Bull N Y Acad. Med, New York, v.33, n.11, p.771-782, nov. 1957.

- HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

- HPBio. Balão intragástrico BioFlex desinsuflado. São Paulo, 2010. 1 fot.

- _____. Balão intragástrico insuflado com ar – Heliosphere BAG. São Paulo, 2010. 1fot.

- _____. Balão intragástrico BioFlex posicionado dentro do estômago. São Paulo, 2010. 1 fot.

- _____. Balão intragástrico preenchido com líquido. São Paulo, 2010. 1 fot.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=278>. Acesso em: 16 abr. 2010.

- JUNG, Roland. Obesity as a disease. British Medical Bulletin. [s.l], v.53, n.2, p.307-321, 1997. Disponível em: <<http://bmb.oxfordjournals.org/content/53/2/307.full.pdf+html>>. Acesso em 20 mar. 2011.

- KAHTALIAN, AlexAndré. Obesidade: um desafio. In: FILHO, Julio de Mello e cols (org.) Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.273-278.

- KALLAS, Renata Galves Merino. Do psicodiagnóstico à intervenção em adictos: contribuições do Rorschach e do atendimento clínico. São Paulo, 2007. 305p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

- KOLANOWSKI, Jaroslaw. A risk-benefit assessment of anti-obesity drugs. In: MALLARNEY, Gordon. (Ed.) Managing obesity. [s.l.]: Adis International, 1999. p.87-99.

- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. Vocabulário da Psicanálise Laplanche e Pontalis. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

- LOLI, Maria Salete Arenales. Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica. São Paulo: Vetor, 2000.

- LOTTENBERG, Ana Maria Pita. Influência do meio ambiente na gênese da obesidade. In: HALPERN, Alfred; MANCINI, Márcio C. (org.) Manual de obesidade para o clínico. São Paulo: Roca, 2002, p.45-59.

- MANCINI, Márcio C. Noções fundamentais – diagnóstico e classificação da obesidade. In: GARRIDO JR., Arthur B. (Ed.). Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006. p.1-7.

- MARCHESINI, João Caetano; SALLET, José Afonso; PAIVA, Dyker Santos. Balão Intragástrico. In: GARRIDO JR., Arthur B. (ed.) Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 61-70.

- MARCHESINI, Silvana Dallegrave. Distúrbios psíquicos e obesidade. In: GARRIDO JR., Arthur B. (ed.) Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006, p.25-33.

- MATOS, Maria Isabel Rodrigues. Quando o hábito alimentar se transforma em transtorno alimentar. In: GARRIDO JR., Arthur B. (Ed.). Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2006. p.137-159.

- MCDUGALL, Joana. Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

- MIJOLLA-MELLOR, Sophie de. Atuação (acting out / acting in. In: MIJOLLA, Alan de. Dicionário internacional da Psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições de A a L. Rio de Janeiro: Imago, 2005, p.178-180.

- MION, François et al. Tolerance and efficacy of an air-filled balloon in non-morbidly obese patients: results of a prospective multicenter study. Obesity Surgery, Lyon, v.17, n.6, p.764-769, jun. 2007.

- MOBBS, Olivia et al. Obesity and the four facets of impulsivity. Patient Education and Counseling, [s.l.], v.79, n.3, p.372-377, abr. 2010.

- MORAIS, Guiomar Papa de. Contribuição da psicodiagnóstico de Rorschach ao estudo da obesidade. São Paulo, 1990, p.59. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

- MORTON, Joseph H. Obesity and psychosomatic problems. Psychosomatics, [s.l.], v.7, n.5, p.175-181, maio-jun. 1966.

- NASCIMENTO, Regina Sonia Gattas Fernandes do. Sistema compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Prevalence of overweight, obesity and extreme obese among adults: United States, Trends 1976-1980 through 2007-2008. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2010. Disponível em: http://www.cdc.gov/NCHS/data/hestat/obesity_adult_07_08/obesity_adult_07_08.pdf < >. Acesso em 02 nov. 2010.

- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Prevalence of obesity among children and adolescents: United States, Trends 1963-1965 through 2007-2008. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2010. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.pdf < >. Acesso em 02 nov. 2010.

- ORSINI, Cecília Maria de Brito. Obesidade mórbida, pulsão de vida e pulsão de morte. Revista de Psicologia Hospitalar, São Paulo, v.15, n.1, p.19-24, jan/jun. 1998.

- OSORIO, Luiz Carlos. Grupos: teorias e práticas – acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- PAULO, Maria Salete Lopes Legname de. O psicodiagnóstico interventivo com pacientes deprimidos: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato. São Paulo, 2004. p.260. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- PEREZ, Glória Heloise; ROMANO, Bellkiss Wilma. Comportamento alimentar a síndrome metabólica: aspectos psicológicos. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, São Paulo, v.14, n.4, p.544-550, julho-agosto. 2004.
- PEREZ, Glória Heloise; ROMANO, Bellkiss Wilma. Apoio familiar e suas repercussões na adesão ao tratamento da obesidade. Revista da SBPH, Porto Alegre, v.5, n.1;2, p.9-14, jun-dez. 2002.
- PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição, Campinas, v.17, n.4, p.523-533, out/dez. 2004.
- REPETTO, Giuseppe; RIZZOLLI, Jacqueline. Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. In: NUNES, Maria Angélica et al. Transtornos alimentares e obesidade, 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.343-366.
- SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SANTOS, Francisco Carlos Gomes dos. Magro. E agora? Histórias de obesos mórbidos que se submeteram à cirurgia bariátrica. São Paulo: Vetor, 2005.
- SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na internet. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.459-474, 2010.
- SANTOS, Manoel André dos; PERES, Rodrigo Sanches; BENEZ, Marinella S. Lima. Contribuições de desenho da figura humana para o delineamento do perfil psicológico de um grupo de obesos mórbidos. Psic., São Paulo, v.3, n.2, p.20-29, dez. 2002.

- TARDIVO, Leila Salomão L. P. Cury. O psicodiagnóstico no contexto da cirurgia bariátrica: avaliar, compreender, intervir. O trabalho do psicólogo clínico. In: FRANQUES, Aída Regina Marcondes; LOLI, Maria Salete Arenales. (org.) Contribuições da Psicologia na cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor, 2006. p. 23-53.

- TOMAYCONZA, Hever Falcon. Historia de la obesidad em el mundo. Espanha, 2008. Disponível em: < <http://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad2.shtml>>. Acesso em 20 dez. 2010.

- TRINCA, Walter et al. Diagnóstico Psicológico: a prática clínica. São Paulo: EPU, 1984.

- VALLEUR, Marc; MATYSIAK, Jean-Claude. Las nuevas adicciones del siglo XXI: sexo, pasión e videojuegos. Espanha: Paidós, 2005.

- VAN HOUT, Gerbrand; VAN HECK, Guuis. Bariatric psychology, psychological aspects of weight loss surgery. Obesity Facts, [s.l], v.2, n.10, p.10-15, fev. 2009.

- VILLARES, Sandra Mara F. O que causa o ganho de peso? Etiologia: genética *versus* meio ambiente. In: HALPERN, Alfred; MANCINI, Márcio C. (org.) Manual de obesidade para o clínico. São Paulo: Roca, 2002, p.37-44.

- WANDERLEY, Kátia da Silva et al. Psicodiagnóstico: compreensão dos aspectos psíquicos da obesidade mórbida. In: CONGRESSO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RORSCHACH E MÉTODOS PROJETIVOS, 4., 2006, Brasília. Métodos projetivos: instrumentos atuais para investigação psicológica e da cultura. Brasília: ASBRo, 2006. p.576-581.

- WEINER, Irving B. [tradução Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva] Princípios da Interpretação do Rorschach. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

- WINNICOTT, Donald W. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

- _____. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight – global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <http://who.int/dietphysicalactivity/media/en/hsfs_obesity.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2010.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Um estudo com o Psicodiagnóstico de Rorschach sobre o funcionamento psíquico de pacientes que realizaram tratamento para a obesidade”²

I. Dados de Identificação do Participante da Pesquisa:

Nome: _____

Documento de Identidade: _____ **Sexo:** M () F ()

Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____

CEP: _____ **Telefone:** _____

II. Dados de Identificação da Pesquisadora:

Nome: Lívia Kondrat Pinto

Documento de Identidade: 29.708.756-3

CRP: 06/81178

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa tem como objetivo identificar características e traços de personalidade de pacientes que serão submetidos à colocação de dispositivo intragástrico para tratamento da obesidade, por meio da avaliação psicodiagnóstica e das observações clínicas realizadas nos grupos mensais. O profissional responsável pela pesquisa está acima identificada.

Leia as informações fornecidas e, caso concorde em participar da pesquisa, preencha e assine a ficha abaixo. Obrigado pela colaboração.

² O título da pesquisa foi alterado depois que todos os pacientes já haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mas sem que isso trouxesse mudanças para a conduta do trabalho.

Assinando o Termo de Consentimento, estou ciente de que:

Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo absoluto. As informações obtidas por meio da pesquisa serão utilizadas somente para alcançar o objetivo do trabalho acima exposto, cujos resultados poderão ser publicados em periódicos científicos e/ou apresentados em congressos, encontros e simpósios. Os procedimentos aplicados não oferecem riscos à minha integridade moral, física ou mental. Estou livre para retirar meu consentimento e interromper, a qualquer momento, a minha participação na pesquisa sem que haja qualquer prejuízo no meu tratamento.

Eu, _____, declaro que obtive todas as informações necessárias e dou meu consentimento livre e esclarecido para utilizar as informações obtidas na avaliação psicodiagnóstica e nos encontros de grupo.

São Paulo, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

CRP: 06/81178

ANEXO B – Sumário Estrutural – ELIANA

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation																																										
Zf = 20 ZSum = 64.0 ZEst = 66.5 W = 14 (Wv = 0) D = 12 W+D = 26 Dd = 0 S = 2	Blends Fr.M FC'.FM Fr.FM Fr.M Fr.FC.M FD.M.CF M.Fr FM.m M.CF	Single M = 2 FM = 3 m = 0 FC = 0 CF = 0 C = 0 Cn = 0 FC' = 0 C'F = 0 C' = 0 FT = 0 TF = 0 T = 0 FV = 1 VF = 1 V = 0 FY = 0 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 3 F = 7 (2) = 8	H = 3 (H) = 5 Hd = 4 (Hd) = 3 Hx = 1 A = 5 (A) = 1 Ad = 2 (Ad) = 0 An = 0 Art = 1 Ay = 1 Bl = 0 Bt = 0 Cg = 2 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 2 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 1 Ls = 1 Na = 0 Sc = 2 Sx = 0 Xy = 0 Idio = 0	☒ FV+VF+V+FD > 2 ☐ Col-Shd Blends > 0 ☒ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☐ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☒ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☐ R < 17 5 Total																																										
DQ																																														
(FQ-)																																														
+ = 14 (3) o = 12 (0) v/+ = 0 (0) v = 0 (0)																																														
Form Quality																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th></th> <th>FQx</th> <th>MQual</th> <th>W+D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>+</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">16</td> </tr> <tr> <td>u</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>none</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>						FQx	MQual	W+D	+	0	0	0	o	16	5	16	u	7	1	7	-	3	2	3	none	0	0	0																		
	FQx	MQual	W+D																																											
+	0	0	0																																											
o	16	5	16																																											
u	7	1	7																																											
-	3	2	3																																											
none	0	0	0																																											
Special Scores																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th></th> <th>Lvl-1</th> <th>Lvl-2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DV</td> <td style="text-align: center;">0 x1</td> <td style="text-align: center;">0 x2</td> </tr> <tr> <td>INC</td> <td style="text-align: center;">0 x2</td> <td style="text-align: center;">0 x4</td> </tr> <tr> <td>DR</td> <td style="text-align: center;">3 x3</td> <td style="text-align: center;">0 x6</td> </tr> <tr> <td>FAB</td> <td style="text-align: center;">1 x4</td> <td style="text-align: center;">0 x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG</td> <td style="text-align: center;">0 x5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON</td> <td style="text-align: center;">0 x7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raw Sum6</td> <td style="text-align: center;">= 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wgtd Sum6</td> <td style="text-align: center;">= 13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AB</td> <td style="text-align: center;">= 0</td> <td style="text-align: center;">GHR = 11</td> </tr> <tr> <td>AG</td> <td style="text-align: center;">= 1</td> <td style="text-align: center;">PHR = 3</td> </tr> <tr> <td>COP</td> <td style="text-align: center;">= 2</td> <td style="text-align: center;">MOR = 1</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td style="text-align: center;">= 0</td> <td style="text-align: center;">PER = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">PSV = 1</td> </tr> </tbody> </table>						Lvl-1	Lvl-2	DV	0 x1	0 x2	INC	0 x2	0 x4	DR	3 x3	0 x6	FAB	1 x4	0 x7	ALOG	0 x5		CON	0 x7		Raw Sum6	= 4		Wgtd Sum6	= 13		AB	= 0	GHR = 11	AG	= 1	PHR = 3	COP	= 2	MOR = 1	CP	= 0	PER = 0			PSV = 1
	Lvl-1	Lvl-2																																												
DV	0 x1	0 x2																																												
INC	0 x2	0 x4																																												
DR	3 x3	0 x6																																												
FAB	1 x4	0 x7																																												
ALOG	0 x5																																													
CON	0 x7																																													
Raw Sum6	= 4																																													
Wgtd Sum6	= 13																																													
AB	= 0	GHR = 11																																												
AG	= 1	PHR = 3																																												
COP	= 2	MOR = 1																																												
CP	= 0	PER = 0																																												
		PSV = 1																																												

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

<div style="text-align: center;">R = 26 L = 0.37</div> <hr/> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>EB = 8 : 2.5</td> <td>EA = 10.5</td> <td>EBPer = 3.2</td> </tr> <tr> <td>eb = 7 : 3</td> <td>es = 10</td> <td>D = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Adj es = 10</td> <td>Adj D = 0</td> </tr> </table> <hr/> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>FM = 6</td> <td>SumC' = 1</td> <td>SumT = 0</td> </tr> <tr> <td>m = 1</td> <td>SumV = 2</td> <td>SumY = 0</td> </tr> </table>	EB = 8 : 2.5	EA = 10.5	EBPer = 3.2	eb = 7 : 3	es = 10	D = 0		Adj es = 10	Adj D = 0	FM = 6	SumC' = 1	SumT = 0	m = 1	SumV = 2	SumY = 0	AFFECT	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>FC:CF+C</td> <td style="text-align: right;">= 1 : 2</td> </tr> <tr> <td>Pure C</td> <td style="text-align: right;">= 0</td> </tr> <tr> <td>SumC' : WSumC</td> <td style="text-align: right;">= 1 : 2.5</td> </tr> <tr> <td>Afr</td> <td style="text-align: right;">= 0.24</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td style="text-align: right;">= 2</td> </tr> <tr> <td>Blends:R</td> <td style="text-align: right;">= 9 : 26</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td style="text-align: right;">= 0</td> </tr> </table>	FC:CF+C	= 1 : 2	Pure C	= 0	SumC' : WSumC	= 1 : 2.5	Afr	= 0.24	S	= 2	Blends:R	= 9 : 26	CP	= 0																													
EB = 8 : 2.5	EA = 10.5	EBPer = 3.2																																																										
eb = 7 : 3	es = 10	D = 0																																																										
	Adj es = 10	Adj D = 0																																																										
FM = 6	SumC' = 1	SumT = 0																																																										
m = 1	SumV = 2	SumY = 0																																																										
FC:CF+C	= 1 : 2																																																											
Pure C	= 0																																																											
SumC' : WSumC	= 1 : 2.5																																																											
Afr	= 0.24																																																											
S	= 2																																																											
Blends:R	= 9 : 26																																																											
CP	= 0																																																											
IDEATION		MEDIATION	PROCESSING	SELF-PERCEPTION																																																								
<table style="width: 100%;"> <tr> <td>a:p</td> <td style="text-align: right;">= 3 : 12</td> <td>Sum6 = 4</td> </tr> <tr> <td>Ma:Mp</td> <td style="text-align: right;">= 2 : 6</td> <td>Lvl-2 = 0</td> </tr> <tr> <td>2AB+(Art+Ay)</td> <td style="text-align: right;">= 2</td> <td>WSum6 = 13</td> </tr> <tr> <td>MOR</td> <td style="text-align: right;">= 1</td> <td>M- = 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>M none = 0</td> </tr> </table>	a:p	= 3 : 12	Sum6 = 4	Ma:Mp	= 2 : 6	Lvl-2 = 0	2AB+(Art+Ay)	= 2	WSum6 = 13	MOR	= 1	M- = 2			M none = 0	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>XA%</td> <td style="text-align: right;">= 0.88</td> </tr> <tr> <td>WDA%</td> <td style="text-align: right;">= 0.88</td> </tr> <tr> <td>X-%</td> <td style="text-align: right;">= 0.12</td> </tr> <tr> <td>S-</td> <td style="text-align: right;">= 0</td> </tr> <tr> <td>P</td> <td style="text-align: right;">= 9</td> </tr> <tr> <td>X+%</td> <td style="text-align: right;">= 0.62</td> </tr> <tr> <td>Xu%</td> <td style="text-align: right;">= 0.27</td> </tr> </table>	XA%	= 0.88	WDA%	= 0.88	X-%	= 0.12	S-	= 0	P	= 9	X+%	= 0.62	Xu%	= 0.27	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Zf</td> <td style="text-align: right;">= 20</td> </tr> <tr> <td>W:D:Dd</td> <td style="text-align: right;">= 14:12:0</td> </tr> <tr> <td>W : M</td> <td style="text-align: right;">= 14 : 8</td> </tr> <tr> <td>Zd</td> <td style="text-align: right;">= -2.5</td> </tr> <tr> <td>PSV</td> <td style="text-align: right;">= 1</td> </tr> <tr> <td>DQ+</td> <td style="text-align: right;">= 14</td> </tr> <tr> <td>DQv</td> <td style="text-align: right;">= 0</td> </tr> </table>	Zf	= 20	W:D:Dd	= 14:12:0	W : M	= 14 : 8	Zd	= -2.5	PSV	= 1	DQ+	= 14	DQv	= 0	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>3r+(2)/R</td> <td style="text-align: right;">= 0.88</td> </tr> <tr> <td>Fr+rF</td> <td style="text-align: right;">= 5</td> </tr> <tr> <td>SumV</td> <td style="text-align: right;">= 2</td> </tr> <tr> <td>FD</td> <td style="text-align: right;">= 4</td> </tr> <tr> <td>An+Xy</td> <td style="text-align: right;">= 0</td> </tr> <tr> <td>MOR</td> <td style="text-align: right;">= 1</td> </tr> <tr> <td>H:(H)+Hd+(Hd)</td> <td style="text-align: right;">= 3 : 12</td> </tr> </table>	3r+(2)/R	= 0.88	Fr+rF	= 5	SumV	= 2	FD	= 4	An+Xy	= 0	MOR	= 1	H:(H)+Hd+(Hd)	= 3 : 12
a:p	= 3 : 12	Sum6 = 4																																																										
Ma:Mp	= 2 : 6	Lvl-2 = 0																																																										
2AB+(Art+Ay)	= 2	WSum6 = 13																																																										
MOR	= 1	M- = 2																																																										
		M none = 0																																																										
XA%	= 0.88																																																											
WDA%	= 0.88																																																											
X-%	= 0.12																																																											
S-	= 0																																																											
P	= 9																																																											
X+%	= 0.62																																																											
Xu%	= 0.27																																																											
Zf	= 20																																																											
W:D:Dd	= 14:12:0																																																											
W : M	= 14 : 8																																																											
Zd	= -2.5																																																											
PSV	= 1																																																											
DQ+	= 14																																																											
DQv	= 0																																																											
3r+(2)/R	= 0.88																																																											
Fr+rF	= 5																																																											
SumV	= 2																																																											
FD	= 4																																																											
An+Xy	= 0																																																											
MOR	= 1																																																											
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3 : 12																																																											

PTI = 1 ☐ DEPI = 2 ☐ CDI = 3 ☐ S-CON = 5 ☒ HVI = Yes ☐ OBS = No

ANEXO C - Sumário Estrutural – SUZANA

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation																																										
Zf = 11 ZSum = 33.5 ZEst = 34.5 W = 10 (Wv = 2) D = 5 W+D = 15 Dd = 2 S = 3	Blends M.FD M.FC' m.FT FD.YF Fr.FM	Single M = 1 FM = 3 m = 0 FC = 1 CF = 0 C = 0 Cn = 0 FC' = 0 C'F = 0 C' = 0 FT = 2 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 1 V = 0 FY = 0 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 4 (2) = 4	H = 3 (H) = 0 Hd = 0 (Hd) = 0 Hx = 0 A = 5 (A) = 0 Ad = 3 (Ad) = 0 An = 2 Art = 8 Ay = 0 Bl = 0 Bt = 0 Cg = 3 Cl = 1 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 0 Ls = 0 Na = 2 Sc = 1 Sx = 0 Xy = 0 Idio = 0	☒ FV+VF+V+FD > 2 ☐ Col-Shd Blends > 0 ☐ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☒ es > EA ☐ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☐ R < 17 3 Total																																										
DQ																																														
(FQ-) + = 4 (1) o = 11 (3) v/+ = 0 (0) v = 2 (0)																																														
Form Quality																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th></th> <th>FQx</th> <th>MQual</th> <th>W+D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>+</td> <td>= 0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td>= 10</td> <td>2</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>u</td> <td>= 3</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>= 4</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>none</td> <td>= 0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>						FQx	MQual	W+D	+	= 0	0	0	o	= 10	2	10	u	= 3	0	2	-	= 4	1	3	none	= 0	0	0																		
	FQx	MQual	W+D																																											
+	= 0	0	0																																											
o	= 10	2	10																																											
u	= 3	0	2																																											
-	= 4	1	3																																											
none	= 0	0	0																																											
Special Scores																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th></th> <th>Lvl-1</th> <th>Lvl-2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DV</td> <td>= 0 x1</td> <td>0 x2</td> </tr> <tr> <td>INC</td> <td>= 1 x2</td> <td>0 x4</td> </tr> <tr> <td>DR</td> <td>= 0 x3</td> <td>0 x6</td> </tr> <tr> <td>FAB</td> <td>= 0 x4</td> <td>0 x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG</td> <td>= 0 x5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON</td> <td>= 0 x7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raw Sum6</td> <td>=</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Wgtd Sum6</td> <td>=</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AB</td> <td>= 0</td> <td>GHR = 2</td> </tr> <tr> <td>AG</td> <td>= 0</td> <td>PHR = 1</td> </tr> <tr> <td>COP</td> <td>= 2</td> <td>MOR = 0</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td>= 0</td> <td>PER = 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PSV = 1</td> </tr> </tbody> </table>						Lvl-1	Lvl-2	DV	= 0 x1	0 x2	INC	= 1 x2	0 x4	DR	= 0 x3	0 x6	FAB	= 0 x4	0 x7	ALOG	= 0 x5		CON	= 0 x7		Raw Sum6	=	1	Wgtd Sum6	=	2	AB	= 0	GHR = 2	AG	= 0	PHR = 1	COP	= 2	MOR = 0	CP	= 0	PER = 1			PSV = 1
	Lvl-1	Lvl-2																																												
DV	= 0 x1	0 x2																																												
INC	= 1 x2	0 x4																																												
DR	= 0 x3	0 x6																																												
FAB	= 0 x4	0 x7																																												
ALOG	= 0 x5																																													
CON	= 0 x7																																													
Raw Sum6	=	1																																												
Wgtd Sum6	=	2																																												
AB	= 0	GHR = 2																																												
AG	= 0	PHR = 1																																												
COP	= 2	MOR = 0																																												
CP	= 0	PER = 1																																												
		PSV = 1																																												

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">R = 17</td> <td style="text-align: center;">L = 0.31</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td>EB = 3 : 0.5</td> <td>EA = 3.5</td> </tr> <tr> <td>eb = 5 : 6</td> <td>es = 11</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Adj es = 11</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td>FM = 4</td> <td>SumC' = 1</td> </tr> <tr> <td>m = 1</td> <td>SumV = 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SumT = 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SumY = 1</td> </tr> </table>	R = 17	L = 0.31	-----		EB = 3 : 0.5	EA = 3.5	eb = 5 : 6	es = 11		Adj es = 11	-----		FM = 4	SumC' = 1	m = 1	SumV = 1		SumT = 3		SumY = 1	<table style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>AFFECT</i></td> </tr> <tr> <td>FC:CF+C</td> <td>= 1 : 0</td> </tr> <tr> <td>Pure C</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td>SumC' : WSumC</td> <td>= 1 : 0.5</td> </tr> <tr> <td>Afr</td> <td>= 0.42</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>= 3</td> </tr> <tr> <td>Blends:R</td> <td>= 5 : 17</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td>= 0</td> </tr> </table>	<i>AFFECT</i>		FC:CF+C	= 1 : 0	Pure C	= 0	SumC' : WSumC	= 1 : 0.5	Afr	= 0.42	S	= 3	Blends:R	= 5 : 17	CP	= 0
R = 17	L = 0.31																																				

EB = 3 : 0.5	EA = 3.5																																				
eb = 5 : 6	es = 11																																				
	Adj es = 11																																				

FM = 4	SumC' = 1																																				
m = 1	SumV = 1																																				
	SumT = 3																																				
	SumY = 1																																				
<i>AFFECT</i>																																					
FC:CF+C	= 1 : 0																																				
Pure C	= 0																																				
SumC' : WSumC	= 1 : 0.5																																				
Afr	= 0.42																																				
S	= 3																																				
Blends:R	= 5 : 17																																				
CP	= 0																																				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>IDEATION</i></td> </tr> <tr> <td>a:p</td> <td>= 3 : 5</td> </tr> <tr> <td>Ma:Mp</td> <td>= 2 : 1</td> </tr> <tr> <td>2AB+(Art+Ay)</td> <td>= 8</td> </tr> <tr> <td>MOR</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sum6 = 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Lvl-2 = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>WSum6 = 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>M- = 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>M none = 0</td> </tr> </table>	<i>IDEATION</i>		a:p	= 3 : 5	Ma:Mp	= 2 : 1	2AB+(Art+Ay)	= 8	MOR	= 0		Sum6 = 1		Lvl-2 = 0		WSum6 = 2		M- = 1		M none = 0	<table style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>MEDIATION</i></td> </tr> <tr> <td>XA%</td> <td>= 0.76</td> </tr> <tr> <td>WDA%</td> <td>= 0.80</td> </tr> <tr> <td>X-%</td> <td>= 0.24</td> </tr> <tr> <td>S-</td> <td>= 2</td> </tr> <tr> <td>P</td> <td>= 5</td> </tr> <tr> <td>X+%</td> <td>= 0.59</td> </tr> <tr> <td>Xu%</td> <td>= 0.18</td> </tr> </table>	<i>MEDIATION</i>		XA%	= 0.76	WDA%	= 0.80	X-%	= 0.24	S-	= 2	P	= 5	X+%	= 0.59	Xu%	= 0.18
<i>IDEATION</i>																																					
a:p	= 3 : 5																																				
Ma:Mp	= 2 : 1																																				
2AB+(Art+Ay)	= 8																																				
MOR	= 0																																				
	Sum6 = 1																																				
	Lvl-2 = 0																																				
	WSum6 = 2																																				
	M- = 1																																				
	M none = 0																																				
<i>MEDIATION</i>																																					
XA%	= 0.76																																				
WDA%	= 0.80																																				
X-%	= 0.24																																				
S-	= 2																																				
P	= 5																																				
X+%	= 0.59																																				
Xu%	= 0.18																																				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>PROCESSING</i></td> </tr> <tr> <td>Zf</td> <td>= 11</td> </tr> <tr> <td>W:D:Dd</td> <td>= 10:5:2</td> </tr> <tr> <td>W : M</td> <td>= 10 : 3</td> </tr> <tr> <td>Zd</td> <td>= -1.0</td> </tr> <tr> <td>PSV</td> <td>= 1</td> </tr> <tr> <td>DQ+</td> <td>= 4</td> </tr> <tr> <td>DQv</td> <td>= 2</td> </tr> </table>	<i>PROCESSING</i>		Zf	= 11	W:D:Dd	= 10:5:2	W : M	= 10 : 3	Zd	= -1.0	PSV	= 1	DQ+	= 4	DQv	= 2	<table style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>SELF-PERCEPTION</i></td> </tr> <tr> <td>3r+(2)/R</td> <td>= 0.41</td> </tr> <tr> <td>Fr+rF</td> <td>= 1</td> </tr> <tr> <td>SumV</td> <td>= 1</td> </tr> <tr> <td>FD</td> <td>= 2</td> </tr> <tr> <td>An+Xy</td> <td>= 2</td> </tr> <tr> <td>MOR</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td>H:(H)+Hd+(Hd)</td> <td>= 3 : 0</td> </tr> </table>	<i>SELF-PERCEPTION</i>		3r+(2)/R	= 0.41	Fr+rF	= 1	SumV	= 1	FD	= 2	An+Xy	= 2	MOR	= 0	H:(H)+Hd+(Hd)	= 3 : 0				
<i>PROCESSING</i>																																					
Zf	= 11																																				
W:D:Dd	= 10:5:2																																				
W : M	= 10 : 3																																				
Zd	= -1.0																																				
PSV	= 1																																				
DQ+	= 4																																				
DQv	= 2																																				
<i>SELF-PERCEPTION</i>																																					
3r+(2)/R	= 0.41																																				
Fr+rF	= 1																																				
SumV	= 1																																				
FD	= 2																																				
An+Xy	= 2																																				
MOR	= 0																																				
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3 : 0																																				

PTI = 0 ☒ DEPI = 6 ☒ CDI = 4 ☐ S-CON = 3 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO D - Sumário Estrutural – ROBERTO

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation																																										
Zf = 18 ZSum = 53.0 ZEst = 59.5 W = 14 (Wv = 0) D = 9 W+D = 23 Dd = 0 S = 3	Blends C'F.FD FM.CF M.FD M.FT FC.M FM.CF	Single M = 3 FM = 1 m = 0 FC = 0 CF = 1 C = 0 Cn = 0 FC' = 3 C'F = 0 C' = 0 FT = 1 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 0 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 8 (2) = 8	H = 2 (H) = 3 Hd = 3 (Hd) = 1 Hx = 0 A = 8 (A) = 0 Ad = 5 (Ad) = 0 An = 0 Art = 3 Ay = 0 Bl = 1 Bt = 1 Cg = 3 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 0 Ls = 0 Na = 1 Sc = 0 Sx = 1 Xy = 0 Idio = 2	☐ FV+VF+V+FD > 2 ☐ Col-Shd Blends > 0 ☐ Ego < .31 or > .44 ☒ MOR > 3 ☒ Zd > ±3.5 ☐ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☒ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☐ R < 17 5 Total																																										
DQ																																														
(FQ-) + = 7 (0) o = 16 (3) v/+ = 0 (0) v = 0 (0)																																														
Form Quality																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FQx</th> <th style="text-align: center;">MQual</th> <th style="text-align: center;">W+D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>+</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">14</td> </tr> <tr> <td>u</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>none</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>						FQx	MQual	W+D	+	0	0	0	o	14	4	14	u	6	1	6	-	3	1	3	none	0	0	0																		
	FQx	MQual	W+D																																											
+	0	0	0																																											
o	14	4	14																																											
u	6	1	6																																											
-	3	1	3																																											
none	0	0	0																																											
Special Scores																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Lvl-1</th> <th style="text-align: center;">Lvl-2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DV = 1 x1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x2</td> </tr> <tr> <td>INC = 0 x2</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x4</td> </tr> <tr> <td>DR = 0 x3</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x6</td> </tr> <tr> <td>FAB = 0 x4</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG = 0 x5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON = 0 x7</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raw Sum6</td> <td style="text-align: center;">= 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wgtd Sum6</td> <td style="text-align: center;">= 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AB = 0</td> <td style="text-align: center;">GHR = 6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AG = 2</td> <td style="text-align: center;">PHR = 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COP = 2</td> <td style="text-align: center;">MOR = 4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CP = 0</td> <td style="text-align: center;">PER = 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">PSV = 0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Lvl-1	Lvl-2	DV = 1 x1	0	x2	INC = 0 x2	0	x4	DR = 0 x3	0	x6	FAB = 0 x4	0	x7	ALOG = 0 x5			CON = 0 x7			Raw Sum6	= 1		Wgtd Sum6	= 1		AB = 0	GHR = 6		AG = 2	PHR = 4		COP = 2	MOR = 4		CP = 0	PER = 1			PSV = 0	
	Lvl-1	Lvl-2																																												
DV = 1 x1	0	x2																																												
INC = 0 x2	0	x4																																												
DR = 0 x3	0	x6																																												
FAB = 0 x4	0	x7																																												
ALOG = 0 x5																																														
CON = 0 x7																																														
Raw Sum6	= 1																																													
Wgtd Sum6	= 1																																													
AB = 0	GHR = 6																																													
AG = 2	PHR = 4																																													
COP = 2	MOR = 4																																													
CP = 0	PER = 1																																													
	PSV = 0																																													

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

<div style="text-align: center;">R = 23 L = 0.53</div> <hr/> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>EB = 6 : 3.5</td> <td>EA = 9.5</td> <td>EBPer = 1.7</td> </tr> <tr> <td>eb = 3 : 6</td> <td>es = 9</td> <td>D = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Adj es = 9</td> <td>Adj D = 0</td> </tr> </table> <hr/> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>FM = 3</td> <td>SumC' = 4</td> <td>SumT = 2</td> </tr> <tr> <td>m = 0</td> <td>SumV = 0</td> <td>SumY = 0</td> </tr> </table>	EB = 6 : 3.5	EA = 9.5	EBPer = 1.7	eb = 3 : 6	es = 9	D = 0		Adj es = 9	Adj D = 0	FM = 3	SumC' = 4	SumT = 2	m = 0	SumV = 0	SumY = 0	AFFECT FC:CF+C = 1 : 3 Pure C = 0 SumC' : WSumC = 4 : 3.5 Afr = 0.21 S = 3 Blends:R = 6 : 23 CP = 0	INTERPERSONAL COP = 2 AG = 2 GHR:PHR = 6 : 4 a:p = 5 : 4 Food = 0 SumT = 2 Human Content = 9 Pure H = 2 PER = 1 Isolation Index = 0.13
EB = 6 : 3.5	EA = 9.5	EBPer = 1.7															
eb = 3 : 6	es = 9	D = 0															
	Adj es = 9	Adj D = 0															
FM = 3	SumC' = 4	SumT = 2															
m = 0	SumV = 0	SumY = 0															
IDEATION a:p = 5 : 4 Sum6 = 1 Ma:Mp = 3 : 3 Lvl-2 = 0 2AB+(Art+Ay) = 3 WSum6 = 1 MOR = 4 M- = 1 M none = 0	MEDIATION XA% = 0.87 WDA% = 0.87 X-% = 0.13 S- = 1 P = 9 X+% = 0.61 Xu% = 0.26	PROCESSING Zf = 18 W:D:Dd = 14:9:0 W : M = 14 : 6 Zd = -6.5 PSV = 0 DQ+ = 7 DQv = 0															
SELF-PERCEPTION 3r+(2)/R = 0.35 Fr+rF = 0 SumV = 0 FD = 2 An+Xy = 0 MOR = 4 H:(H)+Hd+(Hd) = 2 : 7																	

PTI = 0 ☐ DEPI = 4 ☐ CDI = 2 ☐ S-CON = 5 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO E - Sumário Estrutural – ANGELA

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation																																										
Zf = 11 ZSum = 37.0 ZEst = 34.5 W = 4 (Wv = 0) D = 18 W+D = 22 Dd = 5 S = 4	Blends FC.FC'.FM m.VF FM.FD M.FV FC.FM FM.FC'	Single M = 5 FM = 6 m = 2 FC = 3 CF = 0 C = 0 Cn = 0 FC' = 1 C'F = 0 C' = 0 FT = 0 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 0 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 4 (2) = 11	H = 3 (H) = 2 Hd = 4 (Hd) = 1 Hx = 0 A = 6 (A) = 0 Ad = 5 (Ad) = 0 An = 2 Art = 1 Ay = 0 Bl = 0 Bt = 1 Cg = 3 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 1 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 1 Ls = 0 Na = 1 Sc = 0 Sx = 2 Xy = 0 Idio = 0	☒ FV+VF+V+FD > 2 ☒ Col-Shd Blends > 0 ☐ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☒ es > EA ☐ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☒ S > 3 ☒ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☐ R < 17 6 Total																																										
DQ																																														
(FQ-) + = 5 (1) o = 20 (3) v/+ = 1 (0) v = 1 (0)																																														
Form Quality																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th></th> <th>FQx</th> <th>MQual</th> <th>W+D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>+</td> <td>= 0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td>= 11</td> <td>6</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>u</td> <td>= 12</td> <td>0</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>= 4</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>none</td> <td>= 0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>						FQx	MQual	W+D	+	= 0	0	0	o	= 11	6	11	u	= 12	0	9	-	= 4	0	2	none	= 0	0	0																		
	FQx	MQual	W+D																																											
+	= 0	0	0																																											
o	= 11	6	11																																											
u	= 12	0	9																																											
-	= 4	0	2																																											
none	= 0	0	0																																											
Special Scores																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th></th> <th>Lvl-1</th> <th>Lvl-2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DV</td> <td>= 0 x1</td> <td>0 x2</td> </tr> <tr> <td>INC</td> <td>= 1 x2</td> <td>0 x4</td> </tr> <tr> <td>DR</td> <td>= 0 x3</td> <td>0 x6</td> </tr> <tr> <td>FAB</td> <td>= 0 x4</td> <td>0 x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG</td> <td>= 0 x5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON</td> <td>= 0 x7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raw Sum6</td> <td>=</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Wgtd Sum6</td> <td>=</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AB</td> <td>= 0</td> <td>GHR = 6</td> </tr> <tr> <td>AG</td> <td>= 0</td> <td>PHR = 4</td> </tr> <tr> <td>COP</td> <td>= 2</td> <td>MOR = 3</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td>= 0</td> <td>PER = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PSV = 0</td> </tr> </tbody> </table>						Lvl-1	Lvl-2	DV	= 0 x1	0 x2	INC	= 1 x2	0 x4	DR	= 0 x3	0 x6	FAB	= 0 x4	0 x7	ALOG	= 0 x5		CON	= 0 x7		Raw Sum6	=	1	Wgtd Sum6	=	2	AB	= 0	GHR = 6	AG	= 0	PHR = 4	COP	= 2	MOR = 3	CP	= 0	PER = 0			PSV = 0
	Lvl-1	Lvl-2																																												
DV	= 0 x1	0 x2																																												
INC	= 1 x2	0 x4																																												
DR	= 0 x3	0 x6																																												
FAB	= 0 x4	0 x7																																												
ALOG	= 0 x5																																													
CON	= 0 x7																																													
Raw Sum6	=	1																																												
Wgtd Sum6	=	2																																												
AB	= 0	GHR = 6																																												
AG	= 0	PHR = 4																																												
COP	= 2	MOR = 3																																												
CP	= 0	PER = 0																																												
		PSV = 0																																												

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 27 L = 0.17			AFFECT		INTERPERSONAL	
EB = 6 : 2.5 EA = 8.5 EBPer = 2.4 eb = 13 : 5 es = 18 D = -3 Adj es = 16 Adj D = -2			FC:CF+C = 5 : 0 Pure C = 0 SumC' : WSumC = 3 : 2.5 Afr = 0.50 S = 4 Blends:R = 6 : 27 CP = 0		COP = 2 AG = 0 GHR:PHR = 6 : 4 a:p = 2 : 17 Food = 1 SumT = 0 Human Content = 10 Pure H = 3 PER = 0 Isolation Index = 0.11	
FM = 10 SumC' = 3 SumT = 0 m = 3 SumV = 2 SumY = 0			MEDIATION		PROCESSING	
IDEATION a:p = 2 : 17 Sum6 = 1 Ma:Mp = 0 : 6 Lvl-2 = 0 2AB+(Art+Ay) = 1 WSum6 = 2 MOR = 3 M- = 0 M none = 0			XA% = 0.85 WDA% = 0.91 X-% = 0.15 S- = 2 P = 2 X+% = 0.41 Xu% = 0.44		Zf = 11 W:D:Dd = 4:18:5 W : M = 4 : 6 Zd = +2.5 PSV = 0 DQ+ = 5 DQv = 1	
			SELF-PERCEPTION		3r+(2)/R = 0.41 Fr+rF = 0 SumV = 2 FD = 1 An+Xy = 2 MOR = 3 H:(H)+Hd+(Hd) = 3 : 7	

PTI = 0 ☐ DEPI = 4 ☐ CDI = 3 ☐ S-CON = 6 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO F - Sumário Estrutural – MÁRCIO

Location Features			Determinants		Contents		S-Constellation	
Zf	=	10	Blends	Single	H	=	3	☒ FV+VF+V+FD > 2
ZSum	=	29.5			(H)	=	1	☐ Col-Shd Blends > 0
ZEst	=	31.0			Hd	=	0	☐ Ego < .31 or > .44
W	=	9			(Hd)	=	2	☐ MOR > 3
(Wv	=	0)			Hx	=	0	☐ Zd > ±3.5
D	=	8			A	=	6	☒ es > EA
W+D	=	17			(A)	=	1	☒ CF + C > FC
Dd	=	1			Ad	=	3	☒ X+% < .70
S	=	2			(Ad)	=	0	☐ S > 3
					An	=	2	☐ P < 3 or > 8
			Art	=	1	☐ Pure H < 2		
			Ay	=	2	☐ R < 17		
			Bl	=	0	☐ 4 Total		
			Bt	=	0			
			Cg	=	2			
			Cl	=	0			
			Ex	=	0			
			Fd	=	0			
			Fi	=	0			
			Ge	=	0			
			Hh	=	0			
			Ls	=	0			
			Na	=	0			
			Sc	=	0			
			Sx	=	1			
			Xy	=	0			
			Idio	=	0			

DQ		
		(FQ-)
+	=	2 (0)
o	=	16 (3)
v/+	=	0 (0)
v	=	0 (0)

Form Quality			
	FQx	MQual	W+D
+	= 0	0	0
o	= 12	2	12
u	= 3	1	3
-	= 3	0	2
none	= 0	0	0

Special Scores		
	Lvl-1	Lvl-2
DV	= 0 x1	0 x2
INC	= 0 x2	0 x4
DR	= 0 x3	0 x6
FAB	= 0 x4	0 x7
ALOG	= 0 x5	
CON	= 0 x7	
Raw Sum6	=	0
Wgtd Sum6	=	0
AB	= 0	GHR = 5
AG	= 0	PHR = 1
COP	= 0	MOR = 1
CP	= 0	PER = 0
		PSV = 1

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 18 L = 0.38			AFFECT		INTERPERSONAL	
EB = 3 : 2.0	EA = 5.0	EBPer = N/A	FC:CF+C	= 0 : 2	COP = 0	AG = 0
eb = 5 : 5	es = 10	D = -1	Pure C	= 0	GHR:PHR	= 5 : 1
	Adj es = 10	Adj D = -1	SumC' : WSumC	= 1 : 2.0	a:p	= 0 : 8
			Afr	= 0.50	Food	= 0
			S	= 2	SumT	= 2
			Blends:R	= 6 : 18	Human Content	= 6
			CP	= 0	Pure H	= 3
					PER	= 0
					Isolation Index	= 0.00

IDEATION			MEDIATION		PROCESSING		SELF-PERCEPTION	
a:p	= 0 : 8	Sum6 = 0	XA%	= 0.83	Zf	= 10	3r+(2)/R	= 0.44
Ma:Mp	= 0 : 3	Lvl-2 = 0	WDA%	= 0.88	W:D:Dd	= 9:8:1	Fr+rF	= 1
2AB+(Art+Ay)	= 3	WSum6 = 0	X-%	= 0.17	W : M	= 9 : 3	SumV	= 1
MOR	= 1	M- = 0	S-	= 1	Zd	= -1.5	FD	= 3
		M none = 0	P	= 6	PSV	= 1	An+Xy	= 2
			X+%	= 0.67	DQ+	= 2	MOR	= 1
			Xu%	= 0.17	DQv	= 0	H:(H)+Hd+(Hd)	= 3 : 3

PTI = 0 ☐ DEPI = 2 ☒ CDI = 5 ☐ S-CON = 4 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO H - Sumário Estrutural – ANDRÉ

Location Features	Determinants	Contents	S-Constellation																																																									
Zf = 13 ZSum = 43.0 ZEst = 41.5 W = 8 (Wv = 0) D = 5 W+D = 13 Dd = 1 S = 1	<table><tr><th>Blends</th><th>Single</th></tr><tr><td>M.CF</td><td>M = 5</td></tr><tr><td>C'F.FD.m</td><td>FM = 1</td></tr><tr><td>M.YF.C'F</td><td>m = 0</td></tr><tr><td>M.FM</td><td>FC = 0</td></tr><tr><td>M.FC.FC'</td><td>CF = 0</td></tr><tr><td></td><td>C = 0</td></tr><tr><td></td><td>Cn = 0</td></tr><tr><td></td><td>FC' = 0</td></tr><tr><td></td><td>C'F = 0</td></tr><tr><td></td><td>C' = 0</td></tr><tr><td></td><td>FT = 0</td></tr><tr><td></td><td>TF = 0</td></tr><tr><td></td><td>T = 0</td></tr><tr><td></td><td>FV = 0</td></tr><tr><td></td><td>VF = 0</td></tr><tr><td></td><td>V = 0</td></tr><tr><td></td><td>FY = 0</td></tr><tr><td></td><td>YF = 0</td></tr><tr><td></td><td>Y = 0</td></tr><tr><td></td><td>Fr = 0</td></tr><tr><td></td><td>rF = 0</td></tr><tr><td></td><td>FD = 0</td></tr><tr><td></td><td>F = 3</td></tr><tr><td></td><td>(2) = 6</td></tr></table>	Blends	Single	M.CF	M = 5	C'F.FD.m	FM = 1	M.YF.C'F	m = 0	M.FM	FC = 0	M.FC.FC'	CF = 0		C = 0		Cn = 0		FC' = 0		C'F = 0		C' = 0		FT = 0		TF = 0		T = 0		FV = 0		VF = 0		V = 0		FY = 0		YF = 0		Y = 0		Fr = 0		rF = 0		FD = 0		F = 3		(2) = 6	H = 8 (H) = 2 Hd = 1 (Hd) = 1 Hx = 6 A = 2 (A) = 0 Ad = 0 (Ad) = 0 An = 0 Art = 0 Ay = 0 Bl = 0 Bt = 0 Cg = 4 Cl = 0 Ex = 1 Fd = 0 Fi = 1 Ge = 0 Hh = 0 Ls = 1 Na = 1 Sc = 1 Sx = 0 Xy = 0 Idio = 1	☐ FV+VF+V+FD > 2 ☒ Col-Shd Blends > 0 ☐ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☐ es > EA ☐ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☒ R < 17 3 Total							
Blends	Single																																																											
M.CF	M = 5																																																											
C'F.FD.m	FM = 1																																																											
M.YF.C'F	m = 0																																																											
M.FM	FC = 0																																																											
M.FC.FC'	CF = 0																																																											
	C = 0																																																											
	Cn = 0																																																											
	FC' = 0																																																											
	C'F = 0																																																											
	C' = 0																																																											
	FT = 0																																																											
	TF = 0																																																											
	T = 0																																																											
	FV = 0																																																											
	VF = 0																																																											
	V = 0																																																											
	FY = 0																																																											
	YF = 0																																																											
	Y = 0																																																											
	Fr = 0																																																											
	rF = 0																																																											
	FD = 0																																																											
	F = 3																																																											
	(2) = 6																																																											
<table><tr><th colspan="2">DQ</th></tr><tr><td></td><td>(FQ-)</td></tr><tr><td>+</td><td>= 11 (2)</td></tr><tr><td>o</td><td>= 3 (0)</td></tr><tr><td>v/+</td><td>= 0 (0)</td></tr><tr><td>v</td><td>= 0 (0)</td></tr></table>	DQ			(FQ-)	+	= 11 (2)	o	= 3 (0)	v/+	= 0 (0)	v	= 0 (0)			<table><tr><th colspan="3">Special Scores</th></tr><tr><td></td><td>Lvl-1</td><td>Lvl-2</td></tr><tr><td>DV</td><td>= 0 x1</td><td>0 x2</td></tr><tr><td>INC</td><td>= 0 x2</td><td>0 x4</td></tr><tr><td>DR</td><td>= 3 x3</td><td>2 x6</td></tr><tr><td>FAB</td><td>= 0 x4</td><td>0 x7</td></tr><tr><td>ALOG</td><td>= 0 x5</td><td></td></tr><tr><td>CON</td><td>= 0 x7</td><td></td></tr><tr><td>Raw Sum6</td><td>=</td><td>5</td></tr><tr><td>Wgtd Sum6</td><td>=</td><td>21</td></tr><tr><td>AB</td><td>= 2</td><td>GHR = 8</td></tr><tr><td>AG</td><td>= 1</td><td>PHR = 4</td></tr><tr><td>COP</td><td>= 5</td><td>MOR = 3</td></tr><tr><td>CP</td><td>= 0</td><td>PER = 4</td></tr><tr><td></td><td></td><td>PSV = 0</td></tr></table>	Special Scores				Lvl-1	Lvl-2	DV	= 0 x1	0 x2	INC	= 0 x2	0 x4	DR	= 3 x3	2 x6	FAB	= 0 x4	0 x7	ALOG	= 0 x5		CON	= 0 x7		Raw Sum6	=	5	Wgtd Sum6	=	21	AB	= 2	GHR = 8	AG	= 1	PHR = 4	COP	= 5	MOR = 3	CP	= 0	PER = 4			PSV = 0
DQ																																																												
	(FQ-)																																																											
+	= 11 (2)																																																											
o	= 3 (0)																																																											
v/+	= 0 (0)																																																											
v	= 0 (0)																																																											
Special Scores																																																												
	Lvl-1	Lvl-2																																																										
DV	= 0 x1	0 x2																																																										
INC	= 0 x2	0 x4																																																										
DR	= 3 x3	2 x6																																																										
FAB	= 0 x4	0 x7																																																										
ALOG	= 0 x5																																																											
CON	= 0 x7																																																											
Raw Sum6	=	5																																																										
Wgtd Sum6	=	21																																																										
AB	= 2	GHR = 8																																																										
AG	= 1	PHR = 4																																																										
COP	= 5	MOR = 3																																																										
CP	= 0	PER = 4																																																										
		PSV = 0																																																										
<div><i>RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS</i></div>																																																												

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

<div>R = 14 L = 0.27</div> <div>-----</div> <div>EB = 9 : 1.5 EA = 10.5 EBPer = 6.0</div> <div>eb = 3 : 4 es = 7 D = +1</div> <div> Adj es = 7 Adj D = +1</div> <div>-----</div> <div>FM = 2 SumC' = 3 SumT = 0</div> <div>m = 1 SumV = 0 SumY = 1</div>			<div>AFFECT</div> <div>FC:CF+C = 1 : 1</div> <div>Pure C = 0</div> <div>SumC' : WSumC = 3 : 1.5</div> <div>Afr = 0.27</div> <div>S = 1</div> <div>Blends:R = 5 : 14</div> <div>CP = 0</div>		<div>INTERPERSONAL</div> <div>COP = 5 AG = 1</div> <div>GHR:PHR = 8 : 4</div> <div>a:p = 4 : 9</div> <div>Food = 0</div> <div>SumT = 0</div> <div>Human Content = 12</div> <div>Pure H = 8</div> <div>PER = 4</div> <div>Isolation Index = 0.21</div>	
<div>IDEATION</div> <div>a:p = 4 : 9 Sum6 = 5</div> <div>Ma:Mp = 3 : 7 Lvl-2 = 2</div> <div>2AB+(Art+Ay) = 4 WSum6 = 21</div> <div>MOR = 3 M- = 1</div> <div> </div>						

PTI = 1 ☐ DEPI = 4 ☐ CDI = 2 ☐ S-CON = 3 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO I - Sumário Estrutural – BRUNA

Location Features	Determinants	Contents	S-Constellation																																																															
Zf = 10 ZSum = 38.0 ZEst = 31.0 W = 6 (Wv = 0) D = 5 W+D = 11 Dd = 5 S = 3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Blends</th> <th style="width: 50%;">Single</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>FM.CF.YF</td><td>M = 2</td></tr> <tr><td>YF.CF.m</td><td>FM = 3</td></tr> <tr><td></td><td>m = 0</td></tr> <tr><td></td><td>FC = 0</td></tr> <tr><td></td><td>CF = 2</td></tr> <tr><td></td><td>C = 0</td></tr> <tr><td></td><td>Cn = 0</td></tr> <tr><td></td><td>FC' = 0</td></tr> <tr><td></td><td>C'F = 0</td></tr> <tr><td></td><td>C' = 0</td></tr> <tr><td></td><td>FT = 0</td></tr> <tr><td></td><td>TF = 0</td></tr> <tr><td></td><td>T = 0</td></tr> <tr><td></td><td>FV = 0</td></tr> <tr><td></td><td>VF = 0</td></tr> <tr><td></td><td>V = 0</td></tr> <tr><td></td><td>FY = 0</td></tr> <tr><td></td><td>YF = 0</td></tr> <tr><td></td><td>Y = 0</td></tr> <tr><td></td><td>Fr = 0</td></tr> <tr><td></td><td>rF = 0</td></tr> <tr><td></td><td>FD = 0</td></tr> <tr><td></td><td>F = 7</td></tr> <tr><td></td><td>(2) = 10</td></tr> </tbody> </table>	Blends	Single	FM.CF.YF	M = 2	YF.CF.m	FM = 3		m = 0		FC = 0		CF = 2		C = 0		Cn = 0		FC' = 0		C'F = 0		C' = 0		FT = 0		TF = 0		T = 0		FV = 0		VF = 0		V = 0		FY = 0		YF = 0		Y = 0		Fr = 0		rF = 0		FD = 0		F = 7		(2) = 10	H = 4 (H) = 1 Hd = 3 (Hd) = 0 Hx = 0 A = 4 (A) = 0 Ad = 2 (Ad) = 0 An = 2 Art = 2 Ay = 0 Bl = 0 Bt = 1 Cg = 3 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 0 Ls = 0 Na = 0 Sc = 0 Sx = 0 Xy = 0 Idio = 2	☐ FV+VF+V+FD > 2 ☒ Col-Shd Blends > 0 ☒ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☒ Zd > ±3.5 ☒ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☒ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☒ R < 17 8 Total													
Blends	Single																																																																	
FM.CF.YF	M = 2																																																																	
YF.CF.m	FM = 3																																																																	
	m = 0																																																																	
	FC = 0																																																																	
	CF = 2																																																																	
	C = 0																																																																	
	Cn = 0																																																																	
	FC' = 0																																																																	
	C'F = 0																																																																	
	C' = 0																																																																	
	FT = 0																																																																	
	TF = 0																																																																	
	T = 0																																																																	
	FV = 0																																																																	
	VF = 0																																																																	
	V = 0																																																																	
	FY = 0																																																																	
	YF = 0																																																																	
	Y = 0																																																																	
	Fr = 0																																																																	
	rF = 0																																																																	
	FD = 0																																																																	
	F = 7																																																																	
	(2) = 10																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">DQ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>(FQ-)</td> </tr> <tr> <td>+</td> <td>= 9</td> <td>(3)</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td>= 7</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>v/+</td> <td>= 0</td> <td>(0)</td> </tr> <tr> <td>v</td> <td>= 0</td> <td>(0)</td> </tr> </tbody> </table>	DQ					(FQ-)	+	= 9	(3)	o	= 7	(2)	v/+	= 0	(0)	v	= 0	(0)			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Special Scores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Lvl-1</td> <td>Lvl-2</td> </tr> <tr> <td>DV</td> <td>= 0 x1</td> <td>0 x2</td> </tr> <tr> <td>INC</td> <td>= 1 x2</td> <td>0 x4</td> </tr> <tr> <td>DR</td> <td>= 0 x3</td> <td>0 x6</td> </tr> <tr> <td>FAB</td> <td>= 0 x4</td> <td>0 x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG</td> <td>= 1 x5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON</td> <td>= 0 x7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raw Sum6</td> <td>=</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Wgtd Sum6</td> <td>=</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>AB</td> <td>= 1</td> <td>GHR = 5</td> </tr> <tr> <td>AG</td> <td>= 0</td> <td>PHR = 4</td> </tr> <tr> <td>COP</td> <td>= 2</td> <td>MOR = 0</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td>= 0</td> <td>PER = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PSV = 0</td> </tr> </tbody> </table>	Special Scores				Lvl-1	Lvl-2	DV	= 0 x1	0 x2	INC	= 1 x2	0 x4	DR	= 0 x3	0 x6	FAB	= 0 x4	0 x7	ALOG	= 1 x5		CON	= 0 x7		Raw Sum6	=	2	Wgtd Sum6	=	7	AB	= 1	GHR = 5	AG	= 0	PHR = 4	COP	= 2	MOR = 0	CP	= 0	PER = 0			PSV = 0
DQ																																																																		
		(FQ-)																																																																
+	= 9	(3)																																																																
o	= 7	(2)																																																																
v/+	= 0	(0)																																																																
v	= 0	(0)																																																																
Special Scores																																																																		
	Lvl-1	Lvl-2																																																																
DV	= 0 x1	0 x2																																																																
INC	= 1 x2	0 x4																																																																
DR	= 0 x3	0 x6																																																																
FAB	= 0 x4	0 x7																																																																
ALOG	= 1 x5																																																																	
CON	= 0 x7																																																																	
Raw Sum6	=	2																																																																
Wgtd Sum6	=	7																																																																
AB	= 1	GHR = 5																																																																
AG	= 0	PHR = 4																																																																
COP	= 2	MOR = 0																																																																
CP	= 0	PER = 0																																																																
		PSV = 0																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Form Quality</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>FQx</td> <td>MQual</td> <td>W+D</td> </tr> <tr> <td>+</td> <td>= 1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td>= 4</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>u</td> <td>= 6</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>= 5</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>none</td> <td>= 0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Form Quality				FQx	MQual	W+D	+	= 1	0	1	o	= 4	0	4	u	= 6	2	3	-	= 5	0	3	none	= 0	0	0																																							
Form Quality																																																																		
	FQx	MQual	W+D																																																															
+	= 1	0	1																																																															
o	= 4	0	4																																																															
u	= 6	2	3																																																															
-	= 5	0	3																																																															
none	= 0	0	0																																																															

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 16 L = 0.78	AFFECT	INTERPERSONAL																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>EB = 2 : 4.0</td> <td>EA = 6.0</td> <td>EBPer = 2.0</td> </tr> <tr> <td>eb = 5 : 2</td> <td>es = 7</td> <td>D = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Adj es = 6</td> <td>Adj D = 0</td> </tr> <tr> <td>FM = 4</td> <td>SumC' = 0</td> <td>SumT = 0</td> </tr> <tr> <td>m = 1</td> <td>SumV = 0</td> <td>SumY = 2</td> </tr> </tbody> </table>	EB = 2 : 4.0	EA = 6.0	EBPer = 2.0	eb = 5 : 2	es = 7	D = 0		Adj es = 6	Adj D = 0	FM = 4	SumC' = 0	SumT = 0	m = 1	SumV = 0	SumY = 2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>FC:CF+C</td> <td>= 0 : 4</td> </tr> <tr> <td>Pure C</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td>SumC' : WSumC</td> <td>= 0 : 4.0</td> </tr> <tr> <td>Afr</td> <td>= 0.45</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>= 3</td> </tr> <tr> <td>Blends:R</td> <td>= 2 : 16</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td>= 0</td> </tr> </tbody> </table>	FC:CF+C	= 0 : 4	Pure C	= 0	SumC' : WSumC	= 0 : 4.0	Afr	= 0.45	S	= 3	Blends:R	= 2 : 16	CP	= 0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>COP = 2</td> <td>AG = 0</td> </tr> <tr> <td>GHR:PHR</td> <td>= 5 : 4</td> </tr> <tr> <td>a:p</td> <td>= 4 : 3</td> </tr> <tr> <td>Food</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td>SumT</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td>Human Content</td> <td>= 8</td> </tr> <tr> <td>Pure H</td> <td>= 4</td> </tr> <tr> <td>PER</td> <td>= 0</td> </tr> <tr> <td>Isolation Index</td> <td>= 0.06</td> </tr> </tbody> </table>	COP = 2	AG = 0	GHR:PHR	= 5 : 4	a:p	= 4 : 3	Food	= 0	SumT	= 0	Human Content	= 8	Pure H	= 4	PER	= 0	Isolation Index	= 0.06
EB = 2 : 4.0	EA = 6.0	EBPer = 2.0																																															
eb = 5 : 2	es = 7	D = 0																																															
	Adj es = 6	Adj D = 0																																															
FM = 4	SumC' = 0	SumT = 0																																															
m = 1	SumV = 0	SumY = 2																																															
FC:CF+C	= 0 : 4																																																
Pure C	= 0																																																
SumC' : WSumC	= 0 : 4.0																																																
Afr	= 0.45																																																
S	= 3																																																
Blends:R	= 2 : 16																																																
CP	= 0																																																
COP = 2	AG = 0																																																
GHR:PHR	= 5 : 4																																																
a:p	= 4 : 3																																																
Food	= 0																																																
SumT	= 0																																																
Human Content	= 8																																																
Pure H	= 4																																																
PER	= 0																																																
Isolation Index	= 0.06																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">IDEATION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a:p</td> <td>= 4 : 3</td> <td>Sum6 = 2</td> </tr> <tr> <td>Ma:Mp</td> <td>= 1 : 1</td> <td>Lvl-2 = 0</td> </tr> <tr> <td>2AB+(Art+Ay)</td> <td>= 4</td> <td>WSum6 = 7</td> </tr> <tr> <td>MOR</td> <td>= 0</td> <td>M- = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>M none = 0</td> </tr> </tbody> </table>	IDEATION			a:p	= 4 : 3	Sum6 = 2	Ma:Mp	= 1 : 1	Lvl-2 = 0	2AB+(Art+Ay)	= 4	WSum6 = 7	MOR	= 0	M- = 0			M none = 0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MEDIATION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>XA% = 0.69</td></tr> <tr><td>WDA% = 0.73</td></tr> <tr><td>X-% = 0.31</td></tr> <tr><td>S- = 2</td></tr> <tr><td>P = 2</td></tr> <tr><td>X+% = 0.31</td></tr> <tr><td>Xu% = 0.38</td></tr> </tbody> </table>	MEDIATION	XA% = 0.69	WDA% = 0.73	X-% = 0.31	S- = 2	P = 2	X+% = 0.31	Xu% = 0.38	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>PROCESSING</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Zf = 10</td></tr> <tr><td>W:D:Dd = 6:5:5</td></tr> <tr><td>W : M = 6 : 2</td></tr> <tr><td>Zd = +7.0</td></tr> <tr><td>PSV = 0</td></tr> <tr><td>DQ+ = 9</td></tr> <tr><td>DQv = 0</td></tr> </tbody> </table>	PROCESSING	Zf = 10	W:D:Dd = 6:5:5	W : M = 6 : 2	Zd = +7.0	PSV = 0	DQ+ = 9	DQv = 0													
IDEATION																																																	
a:p	= 4 : 3	Sum6 = 2																																															
Ma:Mp	= 1 : 1	Lvl-2 = 0																																															
2AB+(Art+Ay)	= 4	WSum6 = 7																																															
MOR	= 0	M- = 0																																															
		M none = 0																																															
MEDIATION																																																	
XA% = 0.69																																																	
WDA% = 0.73																																																	
X-% = 0.31																																																	
S- = 2																																																	
P = 2																																																	
X+% = 0.31																																																	
Xu% = 0.38																																																	
PROCESSING																																																	
Zf = 10																																																	
W:D:Dd = 6:5:5																																																	
W : M = 6 : 2																																																	
Zd = +7.0																																																	
PSV = 0																																																	
DQ+ = 9																																																	
DQv = 0																																																	
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SELF-PERCEPTION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>3r+(2)/R = 0.63</td></tr> <tr><td>Fr+rF = 0</td></tr> <tr><td>SumV = 0</td></tr> <tr><td>FD = 0</td></tr> <tr><td>An+Xy = 2</td></tr> <tr><td>MOR = 0</td></tr> <tr><td>H:(H)+Hd+(Hd) = 4 : 4</td></tr> </tbody> </table>	SELF-PERCEPTION	3r+(2)/R = 0.63	Fr+rF = 0	SumV = 0	FD = 0	An+Xy = 2	MOR = 0	H:(H)+Hd+(Hd) = 4 : 4																																							
SELF-PERCEPTION																																																	
3r+(2)/R = 0.63																																																	
Fr+rF = 0																																																	
SumV = 0																																																	
FD = 0																																																	
An+Xy = 2																																																	
MOR = 0																																																	
H:(H)+Hd+(Hd) = 4 : 4																																																	

PTI = 2 ☐ DEPI = 4 ☐ CDI = 1 ☒ S-CON = 8 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO J - Sumário Estrutural – FERNANDO

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation
Zf = 15 ZSum = 56.0 ZEst = 49.0	Blends Fr.FM.CF FC'.M FC.FM M.Fr FM.CF m.CF FC'.CF.M.m CF.M M.C	Single M = 2 FM = 1 m = 0 FC = 2 CF = 1 C = 0 Cn = 0 FC' = 0 C'F = 0 C' = 0 FT = 0 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 1 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 3 (2) = 4	H = 2 (H) = 1 Hd = 4 (Hd) = 1 Hx = 3 A = 7 (A) = 1 Ad = 0 (Ad) = 0 An = 0 Art = 3 Ay = 1 Bl = 2 Bt = 1 Cg = 3 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 3 Ge = 0 Hh = 0 Ls = 1 Na = 0 Sc = 3 Sx = 3 Xy = 0 Idio = 1	☐ FV+VF+V+FD > 2 ☒ Col-Shd Blends > 0 ☒ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☒ Zd > ±3.5 ☐ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☒ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☐ R < 17 6 Total

DQ
(FQ-)
+ = 10 (3)
o = 9 (4)
v/+ = 0 (0)
v = 0 (0)

Form Quality			
	FQx	MQual	W+D
+	0	0	0
o	9	3	9
u	3	1	3
-	7	3	6
none	0	0	0

Special Scores			
	Lvl-1	Lvl-2	
DV	0 x1	0 x2	
INC	1 x2	0 x4	
DR	3 x3	0 x6	
FAB	2 x4	0 x7	
ALOG	0 x5		
CON	0 x7		
Raw Sum6	= 6		
Wgtd Sum6	= 19		
AB	= 0	GHR	= 4
AG	= 0	PHR	= 5
COP	= 0	MOR	= 1
CP	= 0	PER	= 0
		PSV	= 1

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 19 L = 0.19			AFFECT	INTERPERSONAL
EB = 7 : 9.0 EA = 16.0 EBPer = N/A eb = 6 : 3 es = 9 D = +2 Adj es = 8 Adj D = +3			FC:CF+C = 3 : 7 Pure C = 1 SumC' : WSumC = 2 : 9.0 Afr = 0.46 S = 5 Blends:R = 9 : 19 CP = 0	COP = 0 AG = 0 GHR:PHR = 4 : 5 a:p = 5 : 8 Food = 0 SumT = 0 Human Content = 8 Pure H = 2 PER = 0 Isolation Index = 0.11
FM = 4 SumC' = 2 SumT = 0 m = 2 SumV = 0 SumY = 1				

IDEATION	MEDIATION	PROCESSING	SELF-PERCEPTION
a:p = 5 : 8 Sum6 = 6 Ma:Mp = 1 : 6 Lvl-2 = 0 2AB+(Art+Ay) = 4 WSum6 = 19 MOR = 1 M- = 3 M none = 0	XA% = 0.63 WDA% = 0.67 X-% = 0.37 S- = 4 P = 3 X+% = 0.47 Xu% = 0.16	Zf = 15 W:D:Dd = 11:7:1 W : M = 11 : 7 Zd = +7.0 PSV = 1 DQ+ = 10 DQv = 0	3r+(2)/R = 0.53 Fr+rF = 2 SumV = 0 FD = 0 An+Xy = 0 MOR = 1 H:(H)+Hd+(Hd) = 2 : 6

PTI = 4 ☐ DEPI = 3 ☐ CDI = 2 ☐ S-CON = 6 ☒ HVI = Yes ☐ OBS = No

ANEXO K - Sumário Estrutural – JOANA

Location Features	Determinants	Contents	S-Constellation	
Zf = 13 ZSum = 44.0 ZEst = 41.5 W = 13 (Wv = 0) D = 4 W+D = 17 Dd = 0 S = 2	Blends FM.YF.FD M.CF.Fr m.FD FM.M.FC' FT.m.FD M.Fr FY.FD	Single M = 1 FM = 1 m = 0 FC = 0 CF = 1 C = 0 Cn = 0 FC' = 2 C'F = 0 C' = 0 FT = 0 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 0 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 5 (2) = 4	H = 2 (H) = 2 Hd = 1 (Hd) = 0 Hx = 1 A = 7 (A) = 1 Ad = 4 (Ad) = 0 An = 1 Art = 1 Ay = 0 Bl = 1 Bt = 0 Cg = 3 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 1 Hh = 0 Ls = 1 Na = 0 Sc = 0 Sx = 0 Xy = 0 Idio = 0	☒ FV+VF+V+FD > 2 ☐ Col-Shd Blends > 0 ☒ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☒ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☐ R < 17 5 Total

DQ		
		(FQ-)
+	= 7	(1)
o	= 10	(2)
v/+	= 0	(0)
v	= 0	(0)

Form Quality			
	FQx	MQual	W+D
+	= 0	0	0
o	= 9	4	9
u	= 5	0	5
-	= 3	0	3
none	= 0	0	0

Special Scores		
	Lvl-1	Lvl-2
DV	= 1 x1	0 x2
INC	= 2 x2	0 x4
DR	= 1 x3	0 x6
FAB	= 0 x4	0 x7
ALOG	= 1 x5	
CON	= 1 x7	
Raw Sum6	= 6	
Wgtd Sum6	= 20	
AB	= 2	GHR = 4
AG	= 0	PHR = 2
COP	= 0	MOR = 1
CP	= 0	PER = 1
		PSV = 0

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 17 L = 0.42			AFFECT		INTERPERSONAL	
EB = 4 : 2.0	EA = 6.0	EBPer = 2.0	FC:CF+C = 0 : 2		COP = 0	AG = 0
eb = 5 : 6	es = 11	D = -1	Pure C = 0		GHR:PHR = 4 : 2	
	Adj es = 9	Adj D = -1	SumC' : WSumC = 3 : 2.0		a:p = 4 : 6	
			Afr = 0.42		Food = 0	
			S = 2		SumT = 1	
FM = 3	SumC' = 3	SumT = 1	Blends:R = 7 : 17		Human Content = 5	
m = 2	SumV = 0	SumY = 2	CP = 0		Pure H = 2	
					PER = 1	
					Isolation Index = 0.12	

IDEATION			MEDIATION		PROCESSING		SELF-PERCEPTION	
a:p = 4 : 6	Sum6 = 6		XA% = 0.82		Zf = 13		3r+(2)/R = 0.59	
Ma:Mp = 1 : 3	Lvl-2 = 0		WDA% = 0.82		W:D:Dd = 13:4:0		Fr+rF = 2	
2AB+(Art+Ay) = 5	WSum6 = 20		X-% = 0.18		W : M = 13 : 4		SumV = 0	
MOR = 1	M- = 0		S- = 1		Zd = +2.5		FD = 4	
	M none = 0		P = 8		PSV = 0		An+Xy = 1	
			X+% = 0.53		DQ+ = 7		MOR = 1	
			Xu% = 0.29		DQv = 0		H:(H)+Hd+(Hd) = 2 : 3	

PTI = 1	☒ DEPI = 5	☒ CDI = 4	☐ S-CON = 5	☐ HVI = No	☐ OBS = No
---------	--	---	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

ANEXO L - Sumário Estrutural – SILVANA

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation
Zf = 10 ZSum = 33.0 ZEst = 31.0 W = 10 (Wv = 1) D = 2 W+D = 12 Dd = 2 S = 1	Blends FC'.M M.FC'.FC M.C FM.FD M.C.C' C.V	Single M = 0 FM = 1 m = 1 FC = 0 CF = 0 C = 1 Cn = 0 FC' = 2 C'F = 0 C' = 0 FT = 0 TF = 0 T = 0 FV = 1 VF = 0 V = 0 FY = 0 YF = 1 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 1 (2) = 7	H = 3 (H) = 1 Hd = 0 (Hd) = 0 Hx = 5 A = 3 (A) = 0 Ad = 0 (Ad) = 0 An = 1 Art = 0 Ay = 0 Bl = 0 Bt = 0 Cg = 0 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 0 Ls = 1 Na = 1 Sc = 0 Sx = 0 Xy = 0 Idio = 3	☒ FV+VF+V+FD > 2 ☒ Col-Shd Blends > 0 ☒ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☒ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☒ R < 17 7 Total

DQ		
		(FQ-)
+	= 4	(0)
o	= 4	(0)
v/+	= 5	(1)
v	= 1	(0)

Form Quality			
	FQx	MQual	W+D
+	= 0	0	0
o	= 5	2	5
u	= 4	1	2
-	= 1	0	1
none	= 4	1	4

Special Scores		
	Lvl-1	Lvl-2
DV	= 1 x1	0 x2
INC	= 0 x2	0 x4
DR	= 0 x3	0 x6
FAB	= 0 x4	0 x7
ALOG	= 2 x5	
CON	= 0 x7	
Raw Sum6	=	3
Wgtd Sum6	=	11
AB	= 6	GHR = 2
AG	= 0	PHR = 5
COP	= 1	MOR = 2
CP	= 0	PER = 0
		PSV = 1

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 14 L = 0.08			AFFECT	INTERPERSONAL
EB = 4 : 6.5 EA = 10.5 EBPer = 1.6 eb = 3 : 8 es = 11 D = 0 Adj es = 11 Adj D = 0			FC:CF+C = 1 : 4 Pure C = 4 SumC' : WSumC = 5 : 6.5 Afr = 0.40 S = 1 Blends:R = 6 : 14 CP = 0	COP = 1 AG = 0 GHR:PHR = 2 : 5 a:p = 2 : 5 Food = 0 SumT = 0 Human Content = 4 Pure H = 3 PER = 0 Isolation Index = 0.21
FM = 2 SumC' = 5 SumT = 0 m = 1 SumV = 2 SumY = 1				

IDEATION	MEDIATION	PROCESSING	SELF-PERCEPTION
a:p = 2 : 5 Sum6 = 3 Ma:Mp = 0 : 4 Lvl-2 = 0 2AB+(Art+Ay) = 12 WSum6 = 11 MOR = 2 M- = 0 M none = 1	XA% = 0.64 WDA% = 0.58 X-% = 0.07 S- = 0 P = 4 X+% = 0.36 Xu% = 0.29	Zf = 10 W:D:Dd = 10:2:2 W : M = 10 : 4 Zd = +2.0 PSV = 1 DQ+ = 4 DQv = 1	3r+(2)/R = 0.50 Fr+rF = 0 SumV = 2 FD = 1 An+Xy = 1 MOR = 2 H:(H)+Hd+(Hd) = 3 : 1

PTI = 1 ☒ DEPI = 7 ☐ CDI = 3 ☐ S-CON = 7 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO M - Sumário Estrutural – ALICE

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation																																										
Zf = 12 ZSum = 39.0 ZEst = 38.0 W = 9 (Wv = 0) D = 7 W+D = 16 Dd = 0 S = 1	Blends FD.FM FD.m FD.m.CF m.CF FM.CF FM.CF	Single M = 0 FM = 4 m = 0 FC = 0 CF = 1 C = 0 Cn = 0 FC' = 0 C'F = 0 C' = 0 FT = 0 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 0 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 5 (2) = 6	H = 1 (H) = 1 Hd = 0 (Hd) = 0 Hx = 0 A = 9 (A) = 1 Ad = 0 (Ad) = 0 An = 0 Art = 0 Ay = 1 Bl = 0 Bt = 4 Cg = 0 Cl = 0 Ex = 1 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 0 Ls = 1 Na = 2 Sc = 1 Sx = 0 Xy = 0 Idio = 0	☒ FV+VF+V+FD > 2 ☐ Col-Shd Blends > 0 ☐ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☒ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☒ Pure H < 2 ☒ R < 17 6 Total																																										
DQ																																														
(FQ-) + = 6 (0) o = 7 (1) v/+ = 1 (0) v = 2 (0)																																														
Form Quality																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th></th> <th style="text-align: center;">FQx</th> <th style="text-align: center;">MQual</th> <th style="text-align: center;">W+D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>+</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>u</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>none</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>		FQx	MQual	W+D	+	0	0	0	o	8	0	8	u	7	0	7	-	1	0	1	none	0	0	0																						
	FQx	MQual	W+D																																											
+	0	0	0																																											
o	8	0	8																																											
u	7	0	7																																											
-	1	0	1																																											
none	0	0	0																																											
Special Scores																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th></th> <th style="text-align: center;">Lvl-1</th> <th style="text-align: center;">Lvl-2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DV = 0 x1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x2</td> </tr> <tr> <td>INC = 0 x2</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x4</td> </tr> <tr> <td>DR = 0 x3</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x6</td> </tr> <tr> <td>FAB = 0 x4</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG = 0 x5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON = 0 x7</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raw Sum6</td> <td style="text-align: center;">= 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wgtd Sum6</td> <td style="text-align: center;">= 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AB = 0</td> <td style="text-align: center;">GHR = 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AG = 0</td> <td style="text-align: center;">PHR = 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COP = 0</td> <td style="text-align: center;">MOR = 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CP = 0</td> <td style="text-align: center;">PER = 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">PSV = 0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Lvl-1	Lvl-2	DV = 0 x1	0	x2	INC = 0 x2	0	x4	DR = 0 x3	0	x6	FAB = 0 x4	0	x7	ALOG = 0 x5			CON = 0 x7			Raw Sum6	= 0		Wgtd Sum6	= 0		AB = 0	GHR = 2		AG = 0	PHR = 0		COP = 0	MOR = 2		CP = 0	PER = 0			PSV = 0	
	Lvl-1	Lvl-2																																												
DV = 0 x1	0	x2																																												
INC = 0 x2	0	x4																																												
DR = 0 x3	0	x6																																												
FAB = 0 x4	0	x7																																												
ALOG = 0 x5																																														
CON = 0 x7																																														
Raw Sum6	= 0																																													
Wgtd Sum6	= 0																																													
AB = 0	GHR = 2																																													
AG = 0	PHR = 0																																													
COP = 0	MOR = 2																																													
CP = 0	PER = 0																																													
	PSV = 0																																													

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">R = 16</td> <td style="text-align: center;">L = 0.45</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">EB = 0 : 5.0</td> <td style="width: 33%;">EA = 5.0</td> <td style="width: 33%;">EBPer = 5.0</td> </tr> <tr> <td>eb = 10 : 0</td> <td>es = 10</td> <td>D = -1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Adj es = 8</td> <td>Adj D = -1</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">FM = 7</td> <td style="width: 33%;">SumC' = 0</td> <td style="width: 33%;">SumT = 0</td> </tr> <tr> <td>m = 3</td> <td>SumV = 0</td> <td>SumY = 0</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	R = 16	L = 0.45	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">EB = 0 : 5.0</td> <td style="width: 33%;">EA = 5.0</td> <td style="width: 33%;">EBPer = 5.0</td> </tr> <tr> <td>eb = 10 : 0</td> <td>es = 10</td> <td>D = -1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Adj es = 8</td> <td>Adj D = -1</td> </tr> </table>		EB = 0 : 5.0	EA = 5.0	EBPer = 5.0	eb = 10 : 0	es = 10	D = -1		Adj es = 8	Adj D = -1	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">FM = 7</td> <td style="width: 33%;">SumC' = 0</td> <td style="width: 33%;">SumT = 0</td> </tr> <tr> <td>m = 3</td> <td>SumV = 0</td> <td>SumY = 0</td> </tr> </table>		FM = 7	SumC' = 0	SumT = 0	m = 3	SumV = 0	SumY = 0	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> AFFECT FC:CF+C = 0 : 5 Pure C = 0 SumC' : WSumC = 0 : 5.0 Afr = 1.00 S = 1 Blends:R = 6 : 16 CP = 0 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> INTERPERSONAL COP = 0 AG = 0 GHR:PHR = 2 : 0 a:p = 4 : 6 Food = 0 SumT = 0 Human Content = 2 Pure H = 1 PER = 0 Isolation Index = 0.56 </td> </tr> </table>	AFFECT FC:CF+C = 0 : 5 Pure C = 0 SumC' : WSumC = 0 : 5.0 Afr = 1.00 S = 1 Blends:R = 6 : 16 CP = 0	INTERPERSONAL COP = 0 AG = 0 GHR:PHR = 2 : 0 a:p = 4 : 6 Food = 0 SumT = 0 Human Content = 2 Pure H = 1 PER = 0 Isolation Index = 0.56
R = 16	L = 0.45																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">EB = 0 : 5.0</td> <td style="width: 33%;">EA = 5.0</td> <td style="width: 33%;">EBPer = 5.0</td> </tr> <tr> <td>eb = 10 : 0</td> <td>es = 10</td> <td>D = -1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Adj es = 8</td> <td>Adj D = -1</td> </tr> </table>		EB = 0 : 5.0	EA = 5.0	EBPer = 5.0	eb = 10 : 0	es = 10	D = -1		Adj es = 8	Adj D = -1														
EB = 0 : 5.0	EA = 5.0	EBPer = 5.0																						
eb = 10 : 0	es = 10	D = -1																						
	Adj es = 8	Adj D = -1																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">FM = 7</td> <td style="width: 33%;">SumC' = 0</td> <td style="width: 33%;">SumT = 0</td> </tr> <tr> <td>m = 3</td> <td>SumV = 0</td> <td>SumY = 0</td> </tr> </table>		FM = 7	SumC' = 0	SumT = 0	m = 3	SumV = 0	SumY = 0																	
FM = 7	SumC' = 0	SumT = 0																						
m = 3	SumV = 0	SumY = 0																						
AFFECT FC:CF+C = 0 : 5 Pure C = 0 SumC' : WSumC = 0 : 5.0 Afr = 1.00 S = 1 Blends:R = 6 : 16 CP = 0	INTERPERSONAL COP = 0 AG = 0 GHR:PHR = 2 : 0 a:p = 4 : 6 Food = 0 SumT = 0 Human Content = 2 Pure H = 1 PER = 0 Isolation Index = 0.56																							
IDEATION <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">a:p = 4 : 6</td> <td style="width: 33%;">Sum6 = 0</td> </tr> <tr> <td>Ma:Mp = 0 : 0</td> <td>Lvl-2 = 0</td> </tr> <tr> <td>2AB+(Art+Ay) = 1</td> <td>WSum6 = 0</td> </tr> <tr> <td>MOR = 2</td> <td>M- = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>M none = 0</td> </tr> </table>	a:p = 4 : 6	Sum6 = 0	Ma:Mp = 0 : 0	Lvl-2 = 0	2AB+(Art+Ay) = 1	WSum6 = 0	MOR = 2	M- = 0		M none = 0	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> MEDIATION XA% = 0.94 WDA% = 0.94 X-% = 0.06 S- = 1 P = 6 X+% = 0.50 Xu% = 0.44 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> PROCESSING Zf = 12 W:D:Dd = 9:7:0 W : M = 9 : 0 Zd = +1.0 PSV = 0 DQ+ = 6 DQv = 2 </td> </tr> </table>	MEDIATION XA% = 0.94 WDA% = 0.94 X-% = 0.06 S- = 1 P = 6 X+% = 0.50 Xu% = 0.44	PROCESSING Zf = 12 W:D:Dd = 9:7:0 W : M = 9 : 0 Zd = +1.0 PSV = 0 DQ+ = 6 DQv = 2											
a:p = 4 : 6	Sum6 = 0																							
Ma:Mp = 0 : 0	Lvl-2 = 0																							
2AB+(Art+Ay) = 1	WSum6 = 0																							
MOR = 2	M- = 0																							
	M none = 0																							
MEDIATION XA% = 0.94 WDA% = 0.94 X-% = 0.06 S- = 1 P = 6 X+% = 0.50 Xu% = 0.44	PROCESSING Zf = 12 W:D:Dd = 9:7:0 W : M = 9 : 0 Zd = +1.0 PSV = 0 DQ+ = 6 DQv = 2																							
	SELF-PERCEPTION <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">3r+(2)/R = 0.38</td> </tr> <tr> <td>Fr+rF = 0</td> </tr> <tr> <td>SumV = 0</td> </tr> <tr> <td>FD = 3</td> </tr> <tr> <td>An+Xy = 0</td> </tr> <tr> <td>MOR = 2</td> </tr> <tr> <td>H:(H)+Hd+(Hd) = 1 : 1</td> </tr> </table>	3r+(2)/R = 0.38	Fr+rF = 0	SumV = 0	FD = 3	An+Xy = 0	MOR = 2	H:(H)+Hd+(Hd) = 1 : 1																
3r+(2)/R = 0.38																								
Fr+rF = 0																								
SumV = 0																								
FD = 3																								
An+Xy = 0																								
MOR = 2																								
H:(H)+Hd+(Hd) = 1 : 1																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">PTI = 0</td> <td style="width: 20%;">☐ DEPI = 2</td> <td style="width: 20%;">☒ CDI = 4</td> <td style="width: 20%;">☐ S-CON = 6</td> <td style="width: 20%;">☐ HVI = No</td> <td style="width: 20%;">☐ OBS = No</td> </tr> </table>		PTI = 0	☐ DEPI = 2	☒ CDI = 4	☐ S-CON = 6	☐ HVI = No	☐ OBS = No																	
PTI = 0	☐ DEPI = 2	☒ CDI = 4	☐ S-CON = 6	☐ HVI = No	☐ OBS = No																			

ANEXO N - Sumário Estrutural – GIOVANA

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation
Zf = 10 ZSum = 26.5 ZEst = 31.0 W = 5 (Wv = 0) D = 9 W+D = 14 Dd = 1 S = 2	Blends FV.CF F.CF M.CF	Single M = 1 FM = 3 m = 0 FC = 0 CF = 1 C = 0 Cn = 0 FC' = 0 C'F = 0 C' = 0 FT = 0 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 1 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 1 F = 5 (2) = 6	H = 1 (H) = 1 Hd = 3 (Hd) = 1 Hx = 0 A = 7 (A) = 0 Ad = 1 (Ad) = 0 An = 0 Art = 0 Ay = 0 Bl = 3 Bt = 1 Cg = 0 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 0 Ls = 0 Na = 0 Sc = 1 Sx = 1 Xy = 0 Idio = 0	☐ FV+VF+V+FD > 2 ☒ Col-Shd Blends > 0 ☐ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☒ Zd > ±3.5 ☐ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☒ Pure H < 2 ☒ R < 17 6 Total

DQ	Form Quality																								
<div style="text-align: right;">(FQ-)</div> + = 4 (0) o = 10 (3) v/+ = 0 (0) v = 1 (0)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FQx</th> <th style="text-align: center;">MQual</th> <th style="text-align: center;">W+D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>+</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>u</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>none</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>		FQx	MQual	W+D	+	0	0	0	o	10	1	10	u	2	1	1	-	3	0	3	none	0	0	0
	FQx	MQual	W+D																						
+	0	0	0																						
o	10	1	10																						
u	2	1	1																						
-	3	0	3																						
none	0	0	0																						

Special Scores			
	Lvl-1	Lvl-2	
DV	= 0 x1	0 x2	
INC	= 1 x2	0 x4	
DR	= 0 x3	0 x6	
FAB	= 0 x4	0 x7	
ALOG	= 0 x5		
CON	= 0 x7		
Raw Sum6	= 1		
Wgted Sum6	= 2		
AB	= 0	GHR	= 2
AG	= 3	PHR	= 5
COP	= 0	MOR	= 1
CP	= 0	PER	= 0
		PSV	= 0

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 15 L = 0.50			AFFECT	INTERPERSONAL
EB = 2 : 4.0 EA = 6.0 EBPer = 2.0 eb = 3 : 2 es = 5 D = 0 Adj es = 5 Adj D = 0			FC:CF+C = 0 : 4 Pure C = 0 SumC' : WSumC = 0 : 4.0 Afr = 0.50 S = 2 Blends:R = 3 : 15 CP = 0	COP = 0 AG = 3 GHR:PHR = 2 : 5 a:p = 4 : 1 Food = 0 SumT = 0 Human Content = 6 Pure H = 1 PER = 0 Isolation Index = 0.07
FM = 3 SumC' = 0 SumT = 0 m = 0 SumV = 1 SumY = 1				

IDEATION	MEDIATION	PROCESSING	SELF-PERCEPTION
a:p = 4 : 1 Sum6 = 1 Ma:Mp = 1 : 1 Lvl-2 = 0 2AB+(Art+Ay) = 0 WSum6 = 2 MOR = 1 M- = 0 M none = 0	XA% = 0.80 WDA% = 0.79 X-% = 0.20 S- = 0 P = 7 X+% = 0.67 Xu% = 0.13	Zf = 10 W:D:Dd = 5:9:1 W : M = 5 : 2 Zd = -4.5 PSV = 0 DQ+ = 4 DQv = 1	3r+(2)/R = 0.40 Fr+rF = 0 SumV = 1 FD = 1 An+Xy = 0 MOR = 1 H:(H)+Hd+(Hd) = 1 : 5

PTI = 0 ☐ DEPI = 4 ☐ CDI = 1 ☐ S-CON = 6 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO P - Sumário Estrutural – KÁTIA

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation																																										
Zf = 14 ZSum = 42.0 ZEst = 45.5 W = 6 (Wv = 1) D = 14 W+D = 20 Dd = 8 S = 2	Blends FM.FD FC.FY FM.FY FC.FM FM.FC'.FT M.FC CF.YF CF.YF	Single M = 3 FM = 4 m = 0 FC = 0 CF = 3 C = 0 Cn = 0 FC' = 0 C'F = 0 C' = 0 FT = 1 TF = 0 T = 0 FV = 1 VF = 1 V = 0 FY = 0 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 7 (2) = 10	H = 2 (H) = 0 Hd = 6 (Hd) = 0 Hx = 0 A = 10 (A) = 2 Ad = 1 (Ad) = 0 An = 3 Art = 3 Ay = 0 Bl = 0 Bt = 2 Cg = 2 Cl = 1 Ex = 0 Fd = 2 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 1 Ls = 0 Na = 1 Sc = 0 Sx = 3 Xy = 0 Idio = 0	☒ FV+VF+V+FD > 2 ☒ Col-Shd Blends > 0 ☐ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☒ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☐ R < 17 5 Total																																										
DQ																																														
(FQ-) + = 10 (1) o = 16 (5) v/+ = 0 (0) v = 2 (0)																																														
Form Quality																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th></th> <th>FQx</th> <th>MQual</th> <th>W+D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>+</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">12</td> </tr> <tr> <td>u</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>none</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>						FQx	MQual	W+D	+	0	0	0	o	13	2	12	u	9	2	4	-	6	0	4	none	0	0	0																		
	FQx	MQual	W+D																																											
+	0	0	0																																											
o	13	2	12																																											
u	9	2	4																																											
-	6	0	4																																											
none	0	0	0																																											
Special Scores																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th></th> <th>Lvl-1</th> <th>Lvl-2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DV</td> <td style="text-align: center;">1 x1</td> <td style="text-align: center;">0 x2</td> </tr> <tr> <td>INC</td> <td style="text-align: center;">2 x2</td> <td style="text-align: center;">0 x4</td> </tr> <tr> <td>DR</td> <td style="text-align: center;">3 x3</td> <td style="text-align: center;">0 x6</td> </tr> <tr> <td>FAB</td> <td style="text-align: center;">1 x4</td> <td style="text-align: center;">0 x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG</td> <td style="text-align: center;">0 x5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON</td> <td style="text-align: center;">0 x7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raw Sum6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wgtd Sum6</td> <td style="text-align: center;">18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AB</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">GHR = 1</td> </tr> <tr> <td>AG</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">PHR = 8</td> </tr> <tr> <td>COP</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">MOR = 2</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">PER = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">PSV = 1</td> </tr> </tbody> </table>						Lvl-1	Lvl-2	DV	1 x1	0 x2	INC	2 x2	0 x4	DR	3 x3	0 x6	FAB	1 x4	0 x7	ALOG	0 x5		CON	0 x7		Raw Sum6	7		Wgtd Sum6	18		AB	0	GHR = 1	AG	1	PHR = 8	COP	2	MOR = 2	CP	0	PER = 0			PSV = 1
	Lvl-1	Lvl-2																																												
DV	1 x1	0 x2																																												
INC	2 x2	0 x4																																												
DR	3 x3	0 x6																																												
FAB	1 x4	0 x7																																												
ALOG	0 x5																																													
CON	0 x7																																													
Raw Sum6	7																																													
Wgtd Sum6	18																																													
AB	0	GHR = 1																																												
AG	1	PHR = 8																																												
COP	2	MOR = 2																																												
CP	0	PER = 0																																												
		PSV = 1																																												

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 28 L = 0.33 <hr/> EB = 4 : 6.5 EA = 10.5 EBPer = 1.6 eb = 8 : 9 es = 17 D = -2 Adj es = 14 Adj D = -1 <hr/> FM = 8 SumC' = 1 SumT = 2 m = 0 SumV = 2 SumY = 4			AFFECT FC:CF+C = 3 : 5 Pure C = 0 SumC' : WSumC = 1 : 6.5 Afr = 0.40 S = 2 Blends:R = 8 : 28 CP = 0	INTERPERSONAL COP = 2 AG = 1 GHR:PHR = 1 : 8 a:p = 5 : 7 Food = 2 SumT = 2 Human Content = 8 Pure H = 2 PER = 0 Isolation Index = 0.21
IDEATION a:p = 5 : 7 Sum6 = 7 Ma:Mp = 3 : 1 Lvl-2 = 0 2AB+(Art+Ay) = 3 WSum6 = 18 MOR = 2 M- = 0 M none = 0	MEDIATION XA% = 0.79 WDA% = 0.80 X-% = 0.21 S- = 1 P = 5 X+% = 0.46 Xu% = 0.32	PROCESSING Zf = 14 W:D:Dd = 6:14:8 W : M = 6 : 4 Zd = -3.5 PSV = 1 DQ+ = 10 DQv = 2	SELF-PERCEPTION 3r+(2)/R = 0.36 Fr+rF = 0 SumV = 2 FD = 1 An+Xy = 3 MOR = 2 H:(H)+Hd+(Hd) = 2 : 6	

PTI = 1 ☐ DEPI = 4 ☒ CDI = 4 ☐ S-CON = 5 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO Q - Sumário Estrutural – CARMEN

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation																																										
Zf = 12 ZSum = 39.0 ZEst = 38.0 W = 10 (Wv = 2) D = 12 W+D = 22 Dd = 0 S = 3	Blends M.YF FV.FC' CF.FV	Single M = 4 FM = 3 m = 0 FC = 2 CF = 2 C = 0 Cn = 0 FC' = 0 C'F = 0 C' = 0 FT = 1 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 0 YF = 0 Y = 0 Fr = 1 rF = 0 FD = 1 F = 5 (2) = 6	H = 7 (H) = 0 Hd = 0 (Hd) = 0 Hx = 0 A = 9 (A) = 0 Ad = 1 (Ad) = 0 An = 1 Art = 2 Ay = 1 Bl = 0 Bt = 0 Cg = 1 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 2 Ls = 0 Na = 1 Sc = 1 Sx = 0 Xy = 1 Idio = 0	☒ FV+VF+V+FD > 2 ☒ Col-Shd Blends > 0 ☐ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☐ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☐ R < 17 4 Total																																										
DQ																																														
(FQ-) + = 6 (0) o = 14 (3) v/+ = 0 (0) v = 2 (0)																																														
Form Quality																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">FQx</th> <th style="text-align: center;">MQual</th> <th style="text-align: center;">W+D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>+</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td>u</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>none</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>						FQx	MQual	W+D	+	0	0	0	o	15	4	15	u	4	1	4	-	3	0	3	none	0	0	0																		
	FQx	MQual	W+D																																											
+	0	0	0																																											
o	15	4	15																																											
u	4	1	4																																											
-	3	0	3																																											
none	0	0	0																																											
Special Scores																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Lvl-1</th> <th style="text-align: center;">Lvl-2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DV = 0 x1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x2</td> </tr> <tr> <td>INC = 0 x2</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x4</td> </tr> <tr> <td>DR = 1 x3</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x6</td> </tr> <tr> <td>FAB = 0 x4</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG = 0 x5</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x5</td> </tr> <tr> <td>CON = 0 x7</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">x7</td> </tr> <tr> <td>Raw Sum6</td> <td style="text-align: center;">= 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wgtd Sum6</td> <td style="text-align: center;">= 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AB = 0</td> <td style="text-align: center;">GHR = 7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AG = 0</td> <td style="text-align: center;">PHR = 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COP = 2</td> <td style="text-align: center;">MOR = 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CP = 1</td> <td style="text-align: center;">PER = 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">PSV = 1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Lvl-1	Lvl-2	DV = 0 x1	0	x2	INC = 0 x2	0	x4	DR = 1 x3	0	x6	FAB = 0 x4	0	x7	ALOG = 0 x5	0	x5	CON = 0 x7	0	x7	Raw Sum6	= 1		Wgtd Sum6	= 3		AB = 0	GHR = 7		AG = 0	PHR = 0		COP = 2	MOR = 0		CP = 1	PER = 1			PSV = 1	
	Lvl-1	Lvl-2																																												
DV = 0 x1	0	x2																																												
INC = 0 x2	0	x4																																												
DR = 1 x3	0	x6																																												
FAB = 0 x4	0	x7																																												
ALOG = 0 x5	0	x5																																												
CON = 0 x7	0	x7																																												
Raw Sum6	= 1																																													
Wgtd Sum6	= 3																																													
AB = 0	GHR = 7																																													
AG = 0	PHR = 0																																													
COP = 2	MOR = 0																																													
CP = 1	PER = 1																																													
	PSV = 1																																													

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 22 L = 0.29	AFFECT	INTERPERSONAL
EB = 5 : 4.0 EA = 9.0 EBPer = N/A eb = 3 : 5 es = 8 D = 0 Adj es = 8 Adj D = 0 FM = 3 SumC' = 1 SumT = 1 m = 0 SumV = 2 SumY = 1	FC:CF+C = 2 : 3 Pure C = 0 SumC' : WSumC = 1 : 4.0 Afr = 0.47 S = 3 Blends:R = 3 : 22 CP = 1	COP = 2 AG = 0 GHR:PHR = 7 : 0 a:p = 1 : 7 Food = 0 SumT = 1 Human Content = 7 Pure H = 7 PER = 1 Isolation Index = 0.09
IDEATION	MEDIATION	PROCESSING
a:p = 1 : 7 Sum6 = 1 Ma:Mp = 1 : 4 Lvl-2 = 0 2AB+(Art+Ay) = 3 WSum6 = 3 MOR = 0 M- = 0 M none = 0	XA% = 0.86 WDA% = 0.86 X-% = 0.14 S- = 1 P = 6 X+% = 0.68 Xu% = 0.18	Zf = 12 W:D:Dd = 10:12:0 W : M = 10 : 5 Zd = +1.0 PSV = 1 DQ+ = 6 DQv = 2
SELF-PERCEPTION		
3r+(2)/R = 0.41 Fr+rF = 1 SumV = 2 FD = 1 An+Xy = 2 MOR = 0 H:(H)+Hd+(Hd) = 7 : 0		

PTI = 0 ☐ DEPI = 4 ☐ CDI = 1 ☐ S-CON = 4 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO R - Sumário Estrutural – AMANDA

Location Features	Determinants		Contents	S-Constellation																																										
Zf = 15 ZSum = 46.5 ZEst = 49.0 W = 6 (Wv = 0) D = 29 W+D = 35 Dd = 7 S = 3	Blends m.CF M.FC M.Fr rF.VF.m.CF FV.FC Fr.FC' Fr.FC	Single M = 4 FM = 5 m = 1 FC = 0 CF = 1 C = 0 Cn = 0 FC' = 0 C'F = 0 C' = 0 FT = 1 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 3 YF = 0 Y = 0 Fr = 2 rF = 0 FD = 0 F = 18 (2) = 16	H = 2 (H) = 2 Hd = 4 (Hd) = 0 Hx = 0 A = 16 (A) = 0 Ad = 4 (Ad) = 0 An = 4 Art = 2 Ay = 0 Bl = 1 Bt = 3 Cg = 2 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 1 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 0 Ls = 0 Na = 3 Sc = 0 Sx = 3 Xy = 3 Idio = 0	☐ FV+VF+V+FD > 2 ☒ Col-Shd Blends > 0 ☒ Ego < .31 or > .44 ☐ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☒ es > EA ☐ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☐ Pure H < 2 ☐ R < 17 4 Total																																										
DQ																																														
(FQ-) + = 11 (1) o = 30 (4) v/+ = 1 (0) v = 0 (0)																																														
Form Quality																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th></th> <th>FQx</th> <th>MQual</th> <th>W+D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>+</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td>23</td> <td>1</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>u</td> <td>14</td> <td>4</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>5</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>none</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>						FQx	MQual	W+D	+	0	0	0	o	23	1	22	u	14	4	10	-	5	1	3	none	0	0	0																		
	FQx	MQual	W+D																																											
+	0	0	0																																											
o	23	1	22																																											
u	14	4	10																																											
-	5	1	3																																											
none	0	0	0																																											
Special Scores																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th></th> <th>Lvl-1</th> <th>Lvl-2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DV</td> <td>0 x1</td> <td>0 x2</td> </tr> <tr> <td>INC</td> <td>0 x2</td> <td>0 x4</td> </tr> <tr> <td>DR</td> <td>0 x3</td> <td>0 x6</td> </tr> <tr> <td>FAB</td> <td>0 x4</td> <td>0 x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG</td> <td>0 x5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON</td> <td>0 x7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raw Sum6</td> <td>= 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wgtd Sum6</td> <td>= 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AB</td> <td>= 0</td> <td>GHR = 3</td> </tr> <tr> <td>AG</td> <td>= 0</td> <td>PHR = 5</td> </tr> <tr> <td>COP</td> <td>= 0</td> <td>MOR = 2</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td>= 0</td> <td>PER = 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PSV = 0</td> </tr> </tbody> </table>						Lvl-1	Lvl-2	DV	0 x1	0 x2	INC	0 x2	0 x4	DR	0 x3	0 x6	FAB	0 x4	0 x7	ALOG	0 x5		CON	0 x7		Raw Sum6	= 0		Wgtd Sum6	= 0		AB	= 0	GHR = 3	AG	= 0	PHR = 5	COP	= 0	MOR = 2	CP	= 0	PER = 1			PSV = 0
	Lvl-1	Lvl-2																																												
DV	0 x1	0 x2																																												
INC	0 x2	0 x4																																												
DR	0 x3	0 x6																																												
FAB	0 x4	0 x7																																												
ALOG	0 x5																																													
CON	0 x7																																													
Raw Sum6	= 0																																													
Wgtd Sum6	= 0																																													
AB	= 0	GHR = 3																																												
AG	= 0	PHR = 5																																												
COP	= 0	MOR = 2																																												
CP	= 0	PER = 1																																												
		PSV = 0																																												

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

<div style="text-align: center;">R = 42 L = 0.75</div> <hr/> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>EB = 6 : 3.5</td> <td>EA = 9.5</td> <td>EBPer = 1.7</td> </tr> <tr> <td>eb = 8 : 8</td> <td>es = 16</td> <td>D = -2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Adj es = 12</td> <td>Adj D = 0</td> </tr> </table> <hr/> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>FM = 5</td> <td>SumC' = 2</td> <td>SumT = 1</td> </tr> <tr> <td>m = 3</td> <td>SumV = 2</td> <td>SumY = 3</td> </tr> </table>	EB = 6 : 3.5	EA = 9.5	EBPer = 1.7	eb = 8 : 8	es = 16	D = -2		Adj es = 12	Adj D = 0	FM = 5	SumC' = 2	SumT = 1	m = 3	SumV = 2	SumY = 3	AFFECT FC:CF+C = 3 : 2 Pure C = 0 SumC' : WSumC = 2 : 3.5 Afr = 0.68 S = 3 Blends:R = 7 : 42 CP = 0	INTERPERSONAL COP = 0 AG = 0 GHR:PHR = 3 : 5 a:p = 3 : 11 Food = 1 SumT = 1 Human Content = 8 Pure H = 2 PER = 1 Isolation Index = 0.21
EB = 6 : 3.5	EA = 9.5	EBPer = 1.7															
eb = 8 : 8	es = 16	D = -2															
	Adj es = 12	Adj D = 0															
FM = 5	SumC' = 2	SumT = 1															
m = 3	SumV = 2	SumY = 3															
IDEATION a:p = 3 : 11 Sum6 = 0 Ma:Mp = 1 : 5 Lvl-2 = 0 2AB+(Art+Ay) = 2 WSum6 = 0 MOR = 2 M- = 1 M none = 0	MEDIATION XA% = 0.88 WDA% = 0.91 X-% = 0.12 S- = 0 P = 8 X+% = 0.55 Xu% = 0.33	PROCESSING Zf = 15 W:D:Dd = 6:29:7 W : M = 6 : 6 Zd = -2.5 PSV = 0 DQ+ = 11 DQv = 0	SELF-PERCEPTION 3r+(2)/R = 0.81 Fr+rF = 6 SumV = 2 FD = 0 An+Xy = 7 MOR = 2 H:(H)+Hd+(Hd) = 2 : 6														

PTI = 0 ☐ DEPI = 3 ☐ CDI = 3 ☐ S-CON = 4 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO S - Sumário Estrutural – JULIA

Location Features	Determinants	Contents	S-Constellation
Zf = 11 ZSum = 37.5 ZEst = 34.5 W = 8 (Wv = 1) D = 7 W+D = 15 Dd = 1 S = 2	Blends FM.FT.FY FM.CF.m FM.FT.FC' FM.FD YF.m F.CF FM.CF FM.CF.YF FM.CF.CF.m.FY Single M = 0 FM = 2 m = 0 FC = 0 CF = 0 C = 0 Cn = 0 FC' = 3 C'F = 0 C' = 0 FT = 0 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 0 YF = 0 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 2 (2) = 7	H = 0 (H) = 0 Hd = 0 (Hd) = 1 Hx = 0 A = 11 (A) = 0 Ad = 2 (Ad) = 0 An = 0 Art = 2 Ay = 2 Bl = 1 Bt = 2 Cg = 0 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 1 Hh = 0 Ls = 0 Na = 0 Sc = 3 Sx = 0 Xy = 0 Idio = 1	☐ FV+VF+V+FD > 2 ☒ Col-Shd Blends > 0 ☐ Ego < .31 or > .44 ☒ MOR > 3 ☐ Zd > ±3.5 ☒ es > EA ☒ CF + C > FC ☒ X+% < .70 ☐ S > 3 ☐ P < 3 or > 8 ☒ Pure H < 2 ☒ R < 17 7 Total
DQ			Special Scores
(FQ-) + = 8 (1) o = 7 (1) v/+ = 0 (0) v = 1 (0)			Lvl-1 Lvl-2 DV = 0 x1 0 x2 INC = 1 x2 0 x4 DR = 1 x3 0 x6 FAB = 3 x4 0 x7 ALOG = 1 x5 CON = 0 x7 Raw Sum6 = 6 Wgtd Sum6 = 22 AB = 0 GHR = 1 AG = 3 PHR = 4 COP = 3 MOR = 4 CP = 0 PER = 0 PSV = 0
Form Quality			
FQx MQual W+D + = 0 0 0 o = 4 0 4 u = 10 0 9 - = 2 0 2 none = 0 0 0			

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

<div>R = 16 L = 0.14</div> <div>-----</div> <div>EB = 0 : 5.0 EA = 5.0 EBPer = 5.0</div> <div>eb = 12 : 11 es = 23 D = -7</div> <div> Adj es = 18 Adj D = -5</div> <div>-----</div> <div>FM = 9 SumC' = 5 SumT = 2</div> <div>m = 3 SumV = 0 SumY = 4</div>			<div>AFFECT</div> <div>FC:CF+C = 0 : 5</div> <div>Pure C = 0</div> <div>SumC' : WSumC = 5 : 5.0</div> <div>Afr = 0.60</div> <div>S = 2</div> <div>Blends:R = 9 : 16</div> <div>CP = 0</div>		<div>INTERPERSONAL</div> <div>COP = 3 AG = 3</div> <div>GHR:PHR = 1 : 4</div> <div>a:p = 6 : 6</div> <div>Food = 0</div> <div>SumT = 2</div> <div>Human Content = 1</div> <div>Pure H = 0</div> <div>PER = 0</div> <div>Isolation Index = 0.19</div>	
<div>IDEATION</div> <div>a:p = 6 : 6 Sum6 = 6</div> <div>Ma:Mp = 0 : 0 Lvl-2 = 0</div> <div>2AB+(Art+Ay) = 4 WSum6 = 22</div> <div>MOR = 4 M- = 0</div> <div> </div>						

PTI = 1 ☐ DEPI = 3 ☐ CDI = 3 ☐ S-CON = 7 ☐ HVI = No ☐ OBS = No

ANEXO T - Sumário Estrutural – CAMILA

Location Features	Determinants	Contents	S-Constellation																																																																																																																											
Zf = 13 ZSum = 37.0 ZEst = 41.5 W = 8 (Wv = 0) D = 10 W+D = 18 Dd = 2 S = 1	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th style="width: 50%;">Blends</th> <th style="width: 50%;">Single</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>M.FY</td><td>M = 2</td></tr> <tr><td>FM.FC'</td><td>FM = 3</td></tr> <tr><td>M.FC'</td><td>m = 0</td></tr> <tr><td>FV.m.FC'</td><td>FC = 1</td></tr> <tr><td>FT.m.FY</td><td>CF = 0</td></tr> <tr><td>M.FD</td><td>C = 0</td></tr> <tr><td>FM.FT</td><td>Cn = 0</td></tr> <tr><td>Fr.m.YF.CF</td><td>FC' = 1</td></tr> <tr><td>YF.m.M</td><td>C'F = 0</td></tr> <tr><td></td><td>C' = 0</td></tr> <tr><td></td><td>FT = 0</td></tr> <tr><td></td><td>TF = 0</td></tr> <tr><td></td><td>T = 0</td></tr> <tr><td></td><td>FV = 0</td></tr> <tr><td></td><td>VF = 0</td></tr> <tr><td></td><td>V = 0</td></tr> <tr><td></td><td>FY = 0</td></tr> <tr><td></td><td>YF = 0</td></tr> <tr><td></td><td>Y = 0</td></tr> <tr><td></td><td>Fr = 0</td></tr> <tr><td></td><td>rF = 0</td></tr> <tr><td></td><td>FD = 0</td></tr> <tr><td></td><td>F = 4</td></tr> <tr><td></td><td>(2) = 10</td></tr> </tbody> </table>	Blends	Single	M.FY	M = 2	FM.FC'	FM = 3	M.FC'	m = 0	FV.m.FC'	FC = 1	FT.m.FY	CF = 0	M.FD	C = 0	FM.FT	Cn = 0	Fr.m.YF.CF	FC' = 1	YF.m.M	C'F = 0		C' = 0		FT = 0		TF = 0		T = 0		FV = 0		VF = 0		V = 0		FY = 0		YF = 0		Y = 0		Fr = 0		rF = 0		FD = 0		F = 4		(2) = 10	H = 3 (H) = 2 Hd = 2 (Hd) = 0 Hx = 1 A = 9 (A) = 0 Ad = 3 (Ad) = 0 An = 0 Art = 0 Ay = 0 Bl = 0 Bt = 1 Cg = 3 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0 Ge = 0 Hh = 1 Ls = 0 Na = 1 Sc = 2 Sx = 2 Xy = 0 Idio = 1	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th colspan="2">S-Constellation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>☐</td><td>FV+VF+V+FD > 2</td></tr> <tr><td>☒</td><td>Col-Shd Blends > 0</td></tr> <tr><td>☒</td><td>Ego < .31 or > .44</td></tr> <tr><td>☐</td><td>MOR > 3</td></tr> <tr><td>☒</td><td>Zd > ±3.5</td></tr> <tr><td>☒</td><td>es > EA</td></tr> <tr><td>☐</td><td>CF + C > FC</td></tr> <tr><td>☐</td><td>X+% < .70</td></tr> <tr><td>☐</td><td>S > 3</td></tr> <tr><td>☐</td><td>P < 3 or > 8</td></tr> <tr><td>☐</td><td>Pure H < 2</td></tr> <tr><td>☐</td><td>R < 17</td></tr> <tr><td>4</td><td>Total</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th colspan="3">Special Scores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Lvl-1</td> <td style="text-align: center;">Lvl-2</td> </tr> <tr> <td>DV</td> <td>= 0 x1</td> <td>0 x2</td> </tr> <tr> <td>INC</td> <td>= 2 x2</td> <td>0 x4</td> </tr> <tr> <td>DR</td> <td>= 1 x3</td> <td>0 x6</td> </tr> <tr> <td>FAB</td> <td>= 0 x4</td> <td>0 x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG</td> <td>= 0 x5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON</td> <td>= 0 x7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raw Sum6</td> <td>= 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wgtd Sum6</td> <td>= 7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AB</td> <td>= 0</td> <td>GHR = 4</td> </tr> <tr> <td>AG</td> <td>= 0</td> <td>PHR = 3</td> </tr> <tr> <td>COP</td> <td>= 0</td> <td>MOR = 2</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td>= 0</td> <td>PER = 0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PSV = 0</td> </tr> </tbody> </table>	S-Constellation		☐	FV+VF+V+FD > 2	☒	Col-Shd Blends > 0	☒	Ego < .31 or > .44	☐	MOR > 3	☒	Zd > ±3.5	☒	es > EA	☐	CF + C > FC	☐	X+% < .70	☐	S > 3	☐	P < 3 or > 8	☐	Pure H < 2	☐	R < 17	4	Total	Special Scores				Lvl-1	Lvl-2	DV	= 0 x1	0 x2	INC	= 2 x2	0 x4	DR	= 1 x3	0 x6	FAB	= 0 x4	0 x7	ALOG	= 0 x5		CON	= 0 x7		Raw Sum6	= 3		Wgtd Sum6	= 7		AB	= 0	GHR = 4	AG	= 0	PHR = 3	COP	= 0	MOR = 2	CP	= 0	PER = 0			PSV = 0
Blends	Single																																																																																																																													
M.FY	M = 2																																																																																																																													
FM.FC'	FM = 3																																																																																																																													
M.FC'	m = 0																																																																																																																													
FV.m.FC'	FC = 1																																																																																																																													
FT.m.FY	CF = 0																																																																																																																													
M.FD	C = 0																																																																																																																													
FM.FT	Cn = 0																																																																																																																													
Fr.m.YF.CF	FC' = 1																																																																																																																													
YF.m.M	C'F = 0																																																																																																																													
	C' = 0																																																																																																																													
	FT = 0																																																																																																																													
	TF = 0																																																																																																																													
	T = 0																																																																																																																													
	FV = 0																																																																																																																													
	VF = 0																																																																																																																													
	V = 0																																																																																																																													
	FY = 0																																																																																																																													
	YF = 0																																																																																																																													
	Y = 0																																																																																																																													
	Fr = 0																																																																																																																													
	rF = 0																																																																																																																													
	FD = 0																																																																																																																													
	F = 4																																																																																																																													
	(2) = 10																																																																																																																													
S-Constellation																																																																																																																														
☐	FV+VF+V+FD > 2																																																																																																																													
☒	Col-Shd Blends > 0																																																																																																																													
☒	Ego < .31 or > .44																																																																																																																													
☐	MOR > 3																																																																																																																													
☒	Zd > ±3.5																																																																																																																													
☒	es > EA																																																																																																																													
☐	CF + C > FC																																																																																																																													
☐	X+% < .70																																																																																																																													
☐	S > 3																																																																																																																													
☐	P < 3 or > 8																																																																																																																													
☐	Pure H < 2																																																																																																																													
☐	R < 17																																																																																																																													
4	Total																																																																																																																													
Special Scores																																																																																																																														
	Lvl-1	Lvl-2																																																																																																																												
DV	= 0 x1	0 x2																																																																																																																												
INC	= 2 x2	0 x4																																																																																																																												
DR	= 1 x3	0 x6																																																																																																																												
FAB	= 0 x4	0 x7																																																																																																																												
ALOG	= 0 x5																																																																																																																													
CON	= 0 x7																																																																																																																													
Raw Sum6	= 3																																																																																																																													
Wgtd Sum6	= 7																																																																																																																													
AB	= 0	GHR = 4																																																																																																																												
AG	= 0	PHR = 3																																																																																																																												
COP	= 0	MOR = 2																																																																																																																												
CP	= 0	PER = 0																																																																																																																												
		PSV = 0																																																																																																																												

Form Quality			
	FQx	MQual	W+D
+	= 0	0	0
o	= 14	4	13
u	= 3	1	2
-	= 3	1	3
none	= 0	0	0

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

IDEATION	MEDIATION	PROCESSING	INTERPERSONAL
R = 20 L = 0.25 <hr/> EB = 6 : 1.5 EA = 7.5 EBPer = 4.0 eb = 9 : 11 es = 20 D = -4 Adj es = 14 Adj D = -2 <hr/> FM = 5 SumC' = 4 SumT = 2 m = 4 SumV = 1 SumY = 4	AFFECT FC:CF+C = 1 : 1 Pure C = 0 SumC' : WSumC = 4 : 1.5 Afr = 0.25 S = 1 Blends:R = 9 : 20 CP = 0	PROCESSING Zf = 13 W:D:Dd = 8:10:2 W : M = 8 : 6 Zd = -4.5 PSV = 0 DQ+ = 6 DQv = 0	INTERPERSONAL COP = 0 AG = 0 GHR:PHR = 4 : 3 a:p = 4 : 11 Food = 0 SumT = 2 Human Content = 7 Pure H = 3 PER = 0 Isolation Index = 0.15
IDEATION a:p = 4 : 11 Sum6 = 3 Ma:Mp = 1 : 5 Lvl-2 = 0 2AB+(Art+Ay) = 0 WSum6 = 7 MOR = 2 M- = 1 M none = 0	MEDIATION XA% = 0.85 WDA% = 0.83 X-% = 0.15 S- = 1 P = 6 X+% = 0.70 Xu% = 0.15	SELF-PERCEPTION 3r+(2)/R = 0.65 Fr+rF = 1 SumV = 1 FD = 1 An+Xy = 0 MOR = 2 H:(H)+Hd+(Hd) = 3 : 4	

PTI = 0 ☒ DEPI = 5 ☒ CDI = 5 ☐ S-CON = 4 ☐ HVI = No ☐ OBS = No