



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**COMPULSÃO ALIMENTAR E OBESIDADE:  
ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UMA UNIDADE  
POLICIAL MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

ANA PAULA ROSA JACINTO CONCEIÇÃO PENA

Brasília – DF – Brasil - 2011

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**COMPULSÃO ALIMENTAR E OBESIDADE:  
ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UMA UNIDADE  
POLICIAL MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

ANA PAULA ROSA JACINTO CONCEIÇÃO PENA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

**Orientado pela Profa. Dra. TEREZINHA DE CAMARGO VIANA.**

Brasília – DF – Brasil - 2011

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**COMPULSÃO ALIMENTAR E OBESIDADE:  
ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UMA UNIDADE  
POLICIAL MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

ANA PAULA ROSA JACINTO CONCEIÇÃO PENA

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Terezinha de Camargo Viana  
Presidente – IP/UnB

---

Dra. Dione de Medeiros Lula Zavaroni  
Membro Interno – IP/UnB

---

Profa. Dra. Sandra Maria Baccara Araújo  
Membro Externo - UniCEUB

---

Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes  
Membro Suplente – IP/UnB

Brasília, 26 de agosto de 2011.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à Vicentina e José Pena, meus amados pais, que me encorajaram a vencer os desafios. Aos meus admirados irmãos Reginaldo, Regilaine e Patrícia pela firmeza dos laços e, em especial, ao meu irmão Júnior que me apoiou e abriu muitos caminhos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Terezinha de Camargo Viana pela valiosa orientação, pelas críticas e sugestões produtivas, pelas reuniões bem humoradas, que despertaram pensamentos significativos e importantes. Receba o meu sincero reconhecimento.

Em especial sou grata a Profa. Dra. Eliana Rigotto Lazzarini pelas discussões e produções, pela amizade e confiança, por ter me incentivado a encontrar muitos caminhos. Receba toda minha gratidão pelo universo que me abriu.

De modo mais que especial agradeço a Dra. Márcia Teresa Portela de Carvalho pelo admirável exemplo acadêmico e clínico, principalmente pelo acolhimento, carinho e afeto, fundamentais para a realização deste percurso. Sou extremamente grata por tudo que me ensinou.

As amigas Raquel Scartezini, Elzilaine Domingues e Paula Sobral pela amizade, companhia, pensamentos compartilhados, leituras, discussões, sugestões, apoio, acolhimento e incentivo.

As amigas Ana e Rebeca que mesmo estando longe marcaram sobremaneira este percurso colaborando com acolhimento, afeto, leituras e incentivos. Obrigada por existirem em minha vida.

As companheiras Ananda Yamasaki, Bianca Soll e Caroline França que estiveram presentes na pesquisa de campo e nas supervisões. Agradeço pelas discussões, confiança e acolhimento.

Aos amigos Juliane Gurgel e Eduardo Pedra pela companhia nos desafios. Obrigada pela amizade, acolhimento, paciência e incentivo.

Ao grupo de orientação pelas contribuições e ensinamentos. Em especial ao Henrique Fróes pelas discussões e aulas que ministramos juntos.

A amiga Karina Gurgel companheira da graduação e do percurso do mestrado. Obrigada pelo carinho, incentivo e disponibilidade.

Um carinhoso agradecimento ao amigo Jeann Wilson Aguiar Cavalcante pela preciosa colaboração para a concretização deste percurso.

Aos membros da banca por examinar o trabalho e discutir o tema conosco.

Ao gestor da unidade Policial Militar que acolheu a solicitação do desenvolvimento da pesquisa de campo e aos participantes pela confiança em compartilhar suas histórias de vida.

Agradecimentos aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, colegas, alunos da graduação e todos aqueles que enriqueceram este trabalho com suas manifestações diversas.

## RESUMO

O presente estudo objetivou compreender a obesidade associada à compulsão alimentar. Investigamos o mecanismo psíquico que impulsiona o sujeito a comer sem se preocupar com a qualidade e quantidade de alimento que ingere. Buscamos entender o significado da obesidade na percepção de sujeitos obesos e os eventos envolvidos no ganho de peso. A metodologia deste estudo consiste em revisão bibliográfica e pesquisa de campo. O capítulo um prioriza a obesidade na contemporaneidade. O enfoque do capítulo dois é a compulsão alimentar ou *binge eating*. O capítulo três apresenta a descrição e análise dos resultados. A pesquisa de campo classifica-se como exploratória. Os sujeitos da pesquisa foram policiais militares de uma unidade Policial Militar do Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário, entrevista e oito sessões psicoterapêuticas de grupo. Os dados foram analisados a partir da perspectiva da análise do discurso. Os resultados revelaram que a obesidade é referenciada na relação com a alteridade, ou seja, a percepção do eu obeso se constitui na relação com o outro. Ficou evidenciado que a obesidade é uma espécie de armadura e blindagem, utilizada para que o sujeito obeso se proteja das exigências externas e priorize a sua singularidade. No que concerne à imagem corporal identificamos um estranhamento do sujeito obeso em relação à percepção de seus limites corporais. As queixas desses sujeitos estão relacionadas às desqualificações, preocupações, responsabilidades e privações presentes no cotidiano. Constatamos que os eventos ligados ao ganho de peso são os episódios da compulsão alimentar, o desempenho de novos papéis sociais, o casamento e o envelhecimento do corpo. Os resultados mostraram que os episódios da compulsão alimentar são precedidos por ansiedade, por sensação de vazio e, ainda, há perda do controle da quantidade e qualidade do alimento ingerido. Consideramos que a obesidade associada à compulsão alimentar pode estar relacionada a uma regressão do sujeito à zona erógena oral, na qual ele demonstra fusão com o objeto alimento. Entendemos que este sujeito obeso apresenta sofrimento psíquico persistente, desencadeante de defesas primitivas, além disso, pode apresentar carência na elaboração psíquica e falha na simbolização. Compreendemos que o comer compulsivo pode ser uma ação impulsiva e irrefreável frente à comida para manter afastadas da consciência experiências ansiogênicas e conteúdos psíquicos conflituosos. Neste cenário, o psicoterapeuta/analista poderá criar um ambiente com o clima de segurança, confiança e respeito, para que o sujeito possa afrouxar sua armadura defensiva, ser acolhido em suas carências maternas e assistido em sua relação com o objeto, até que, surja, gradativamente, o enriquecimento da parte saudável do sujeito e o retorno da capacidade criativa de constituir novos vínculos que transponham a relação com objeto alimento.

**Palavras-chave:** Compulsão alimentar/*binge eating*, obesidade, relação objetal.

## ABSTRACT

The present study aimed at understanding the obesity associated with binge eating. We investigated the psychological mechanism that drives the subject to eat without worrying about the quality and quantity of food he eats. We seek to understand the meaning of the perception of obesity in obese subjects and events involved in weight gain. The methodology of this study is to literature review and field research. Chapter one focuses on contemporary obesity. The focus of chapter two is binge eating. Chapter three presents a description and analysis of results. The field research is classified as exploratory. The subjects were of a military police unit. Data collection was conducted through a questionnaire, interview and eight sessions of group psychotherapy. Data were analyzed from the perspective of discourse analysis. The results revealed that obesity is referenced in relation to otherness, ie, the sense of self is constituted in relation to the other. The study revealed that obesity is a kind of armor and armor, used for the obese individual to protect itself from external demands and prioritize its uniqueness. The obese subject identified an estrangement of the obese individual in relation to the perception of their physical limits. The major complaints related were disqualification, responsibilities and deprivation. We note that events linked to gain weight are the episodes of binge eating, the performance of new social roles, marriage and aging body. The results showed that episodes of binge eating are preceded by anxiety, a feeling of emptiness and there is loss of control of quantity and quality of ingested food. We understand that compulsive eating may be an impulsive action, runaway front of the food to keep out of consciousness and psychic contents anxiogenic experiences conflicting. We believe that the obesity associated with binge eating may be regression of oral erogenous zone with the fusion object food. We understand that this obese subject presents psychological distress triggering primitive defenses, moreover, can be difficulty of the psychic elaboration and failed symbolization. In this scenario, the therapist / analyst can create an environment with a climate of security, trust and respect, so that the subject can loose their defensive armor, be accepted in their maternal needs and assisted in its relation to the object, until arises gradually enriching the healthy part of the subject and the return of creative ability to form new bonds which spans the object relationship with food.

Keywords: Binge eating, obesity, object relation.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I - OBESIDADE NA CONTEMPORANEIDADE.....</b>	<b>8</b>
1.1 Diagnóstico médico da obesidade .....	9
1.2 Incidência da obesidade na atualidade.....	10
1.3 Políticas Públicas: prevenção e tratamento da obesidade.....	12
1.4 significados da obesidade na história.....	17
1.5 A mídia, a moda e as dietas .....	20
1.6 Obesidade: viés psicanalítico.....	22
<b>CAPÍTULO II - COMPULSÃO ALIMENTAR/BINGE EATING.....</b>	<b>27</b>
2.1 Transtorno da compulsão alimentar periódica .....	27
2.2 Da compulsão à compulsão alimentar .....	31
2.3 Pulsão e o alimento.....	35
2.4 Fase oral e o desenvolvimento das relações objetais.....	41
<b>CAPÍTULO III - RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO.....</b>	<b>50</b>
3.1 Instrumentos de pesquisa e coleta dos dados.....	50
3.2 Análise e discussão dos resultados .....	52

3.2.1 Anamnese .....	53
3.2.2 Episódios da compulsão alimentar .....	56
3.2.3 Obesidade: o referencial da alteridade.....	62
3.2.4 De magro a gordo: “o couro grosso que protege” .....	63
3.2.5 Imagem corporal.....	67
3.2.6 Queixas do cotidiano .....	68
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>93</b>

## INTRODUÇÃO

O aumento substancial na incidência da obesidade nas sociedades industrializadas do ocidente se tornou uma constante a partir dos anos 50. Entendemos que a compreensão do fenômeno deve incluir a abordagem do contexto sociocultural. Dizemos isso porque evidenciamos que as sociedades ocidentais contemporâneas vivem atualmente sob o ideal da magreza e da boa forma física. Ao mesmo tempo, observamos uma oferta abundante de alimentos de alto teor calórico e de rápido consumo, com o agravante do sedentarismo da vida cotidiana.

Os estudos de Segal, Cardeal & Cordas (2002) mostraram que a obesidade está comprovadamente associada à mortalidade por intermédio de doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, aterosclerose, insuficiência coronariana, doenças cerebrovasculares, osteoartrose, colecistopatia, gota, apnéia obstrutiva do sono e outras.

Os aumentos nos índices da prevalência da obesidade sugerem que o fenômeno deve ser considerado epidemia global a partir do século XXI. A Organização Mundial da Saúde (2004) evidencia que entre 1995 e 2000, os índices de obesidade, passaram de 200 para 300 milhões, totalizando quase 15% da população mundial, sendo que em 2025 o Brasil poderá ser o quinto país no mundo a apresentar pessoas com problemas de obesidade.

A etimologia da palavra obesidade vem do latim *obesitas* (gordura em excesso), de *obdere* (comer muito, devorar), formado por *ob* (sobre) e *edere* (comer). Neste sentido, parece haver uma relação direta entre obesidade e o comer em excesso.

No DSM IV (1995) existe uma categoria diagnóstica denominada Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica identificada como comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado, acompanhado de sensações de perda de controle sobre o que ou o quanto se come,

entretanto, encontra-se, até o presente momento, entre os “Transtornos Alimentares sem outras Especificações”.

A obesidade, por sua vez, é caracterizada como etiologia multifatorial e encontra-se na Classificação Internacional das Doenças, é considerada uma entidade nosológica clínica e não psiquiátrica.

Neste contexto, o sujeito obeso que busca tratamento recebe o diagnóstico da obesidade ou do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. Entretanto, muitos obesos que apresentam episódios da compulsão alimentar, não preenchem todos os critérios diagnósticos estabelecidos no Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria/DSM-IV. A obesidade associada à compulsão alimentar evidencia desdobramentos psicológicos ligados às carências maternas, à ansiedade, à intolerância, à espera, à sensação de perda de controle de si, à baixa auto-estima, à dificuldade na diferenciação dos limites e problema relacionado à falha na simbolização. Dessa forma, os sujeitos que apresentam obesidade associada à compulsão alimentar podem estar sendo negligenciados no tratamento psicológico adequado, o que pode contribuir para o aumento da incidência da obesidade.

Os estudos de Borges (1998) mostraram que os sujeitos com obesidade associada a compulsão alimentar apresentaram psicopatologias mais graves do que sujeitos obesos que não apresentavam a compulsão alimentar. Dessa forma, considerar os aspectos psíquicos envolvidos na obesidade associada à compulsão alimentar se torna importante.

No que concerne aos aspectos psicológicos, os estudos psicanalíticos (Castro, 2009; Spada, 2009; Gondar, 2001; Amorim & Sant’anna, 1999; Santos, Peres & Benez, 2002; McDougall, 1983, Brusset 1992, Vilhena, Novaes & Rocha, 2008; Ocariz, 2002) nos mostraram que os sujeitos obesos enfrentam conflitos psíquicos que afetam a oralidade e a imagem corporal. Muitas vezes, o alimento é utilizado para proteger o sujeito da

ansiedade, da angústia, da preocupação e da solidão. Outra característica posta nos estudos psicanalíticos se refere à paralisação do sujeito obeso, que se torna observador, deixando de ser protagonista da sua própria vida. Além disso, a transgressão das regras alimentares e disciplinas corporais passam a ser recurso singular da identidade do sujeito obeso, resultando em prazer e dor. Os autores ressaltam que os sentimentos de inadequação e baixa auto-estima são recorrentes.

As políticas públicas voltadas para a prevenção e tratamento da obesidade, em diversas ações, estão imbricadas com o controle da ordem do emagrecimento e, muitas vezes, colocam o obeso no lugar do sujeito que não consegue se conduzir, ao passo que as características psicológicas do sujeito obeso demonstram a demanda de espaços, nos quais ele possa ser assistido e viver experiências de autonomia para que consiga apropriar-se dos próprios limites e adquirir, gradualmente, as capacidades de auto-regulação, de autonomia e de confiança em si mesmo.

A fim de investigar o fenômeno, o objetivo geral desta pesquisa consiste em compreender a obesidade associada à compulsão alimentar<sup>1</sup>. Estabelecemos objetivos específicos vinculados ao entendimento do mecanismo psíquico que impulsiona o sujeito a comer sem se preocupar com a qualidade e quantidade de alimento que ingere. Buscamos compreender o significado da obesidade na percepção de sujeitos obesos e investigamos os eventos envolvidos no ganho de peso.

O estudo foi iniciado com revisão bibliográfica sobre o tema. As principais bases de dados consultadas foram *Lilacs*, *Medline*, *Bireme*, *Proquest*, *Psycinfo*, *Web of Science* e *Scielo*. Procuramos utilizar estudos realizados nos últimos dez anos. Além da revisão bibliográfica realizamos pesquisa de campo exploratória. A coleta e a análise de dados

---

<sup>1</sup> O presente estudo se constitui parte do projeto de pesquisa em andamento: *Psicopatologia Narcísica e Obesidade: sistematizando uma clínica dos transtornos alimentares* do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, sob a coordenação das professoras Terezinha de Camargo Viana e Eliana Rigotto Lazzarini. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

foram estruturadas com base em instrumentos relativos à metodologia qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário, entrevista e sessões psicoterapêuticas. Os dados foram analisados a partir da perspectiva da análise do discurso.

Em decorrência do exercício das funções de psicóloga junto a Polícia Militar do Distrito Federal, observamos a existência do número expressivo de policiais obesos. Escolhemos realizar a pesquisa de campo na unidade policial por considerarmos que a pesquisa com esse grupo poderia trazer aportes importantes para a compreensão do fenômeno a ser investigado.

A Polícia Militar do Distrito Federal é uma instituição bicentenária que trabalha em período integral para promover a segurança da sociedade. A corporação tem como base a hierarquia e a disciplina, valores institucionais que determinam a organização interna e o relacionamento entre os integrantes. Ao longo de 200 anos de existência, o efetivo cresceu. Atualmente são cerca de quinze mil policiais militares, treinados e capacitados para atender demandas relacionadas à segurança pública. Além disso, existe a exigência de vigor físico e flexibilidade corporal para o desempenho das funções, sendo a obesidade fator que pode ser impedimento para o desenvolvimento destes atributos.

Realizamos o contato com o comandante da unidade policial, o qual consentiu que a pesquisa fosse realizada naquele contexto. Posteriormente, reunimos alguns policiais para explicar o percurso e os objetivos da pesquisa. Oito policiais demonstraram interesse em contribuir com o estudo, mas, somente quatro participaram efetivamente dos trabalhos propostos.

Planejamos oito sessões a serem realizadas em grupo. As sessões foram gravadas e ocorreram em uma sala de reuniões da unidade policial, com duração de aproximadamente 90 minutos cada. As sessões foram planejadas de forma a contar com a presença de uma psicóloga e uma aluna estagiária de psicologia, matriculada na disciplina Pesquisa em

Psicanálise e Processos de Subjetivação e Estágio em Intervenções Psicoterapêuticas. Os casos foram discutidos em supervisões de orientação no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos – CAEP/UnB.

A primeira sessão com o grupo foi iniciada com as apresentações pessoais, a exposição dos propósitos da pesquisa, a discussão do termo de consentimento livre esclarecido e o preenchimento do questionário. Posteriormente os participantes comentaram as questões do questionário e foram entrevistados. Na segunda sessão, foi solicitado que os participantes falassem do desenvolvimento da ocorrência da obesidade. Na terceira sessão discutimos a respeito da mudança corporal. Na quarta sessão, os participantes descreveram os elementos importantes em suas vidas e a relação com o evento da obesidade. Na quinta sessão, solicitamos que falassem livremente de seus movimentos no cotidiano e suas influências na obesidade. Na sexta sessão, solicitamos que cada um se desenhasse para identificarmos a auto-percepção corporal. Na sétima sessão, deixamos que os participantes falassem livremente sobre seus sentimentos. Na última sessão, solicitamos que os participantes fizessem um esboço de um livro contando a sua história pessoal e a relação com a obesidade.

Durante as sessões, abrimos um espaço para que os participantes colocassem suas questões e movimentos na vida. Uma vez por semana, os participantes puderam dar voz, ouvir, questionar, afirmar, refutar, reformular, silenciar e criar novas possibilidades de vivenciar sua história. A partir das falas comuns dos participantes identificamos as categorias, a saber: 1- Episódios da compulsão alimentar. 2- Obesidade: o referencial da alteridade. 3- De magro a gordo: o “couro grosso que protege”. 4- Imagem corporal. 5. Queixas do cotidiano.

Sistematizamos o estudo em três capítulos. No primeiro capítulo buscamos fazer um levantamento das características da obesidade na contemporaneidade. Descrevemos

sucintamente dados das políticas públicas relacionadas as ações de prevenção e tratamento da obesidade. Destacamos os significados da obesidade em diferentes épocas da história. Evidenciamos o aumento da incidência da obesidade na atualidade. Discorremos a respeito das influências da mídia, da moda e das dietas na vida das pessoas. Posteriormente destacamos estudos psicanalíticos da obesidade.

No segundo capítulo demos ênfase à compulsão alimentar / *binge eating*. Caracterizamos o transtorno da compulsão alimentar periódica ou *Binge Eating Disorder*. Evidenciamos conceitos de compulsão, destacamos estudos psicanalíticos que enfocam a compulsão alimentar. Ressaltamos aspectos da compulsão e do alimento. Articulamos a fase oral com o desenvolvimento das relações objetais.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados da pesquisa de campo, os instrumentos utilizados, a sua forma de aplicação e a análise dos resultados. Os dados da anamnese mostraram que os sujeitos da pesquisa praticam atividade física e tentaram fazer algum tipo de restrição alimentar. Todos consultaram o médico e nenhum foi encaminhado ao atendimento psicológico ou psiquiátrico. Os participantes da pesquisa mostraram que a obesidade é referenciada na relação do sujeito com a alteridade, ou seja, a percepção do eu obeso se constitui na relação com o outro. Eles significaram a obesidade como uma espécie de armadura e blindagem, utilizada para que o sujeito se proteja do meio externo. Evidenciaram que os episódios da compulsão alimentar são precedidos por ansiedade e sensação de vazio, acompanhados de perda do controle em relação à quantidade e qualidade do alimento ingerido. Em relação à imagem corporal, demonstraram um estranhamento no que se refere à percepção dos seus limites corporais. As queixas do cotidiano estão relacionadas às desqualificações, preocupações, responsabilidades, privações e o envelhecimento. Os participantes destacaram que os eventos ligados ao

ganho de peso são os episódios de compulsão alimentar, o desempenho de novos papéis sociais, o casamento e o envelhecimento do corpo.

Nas considerações finais discutimos os objetivos alcançados e destacamos algumas questões que merecem novas pesquisas. Entendemos que o sujeito que apresenta obesidade associada à compulsão alimentar apresenta regressão à fase oral e sofrimento psíquico persistente, desencadeante de defesas primitivas. Além disso, ele pode apresentar carência na elaboração psíquica e falha na simbolização. Compreendemos que o comer compulsivo pode ser uma ação impulsiva e irrefreável frente à comida para manter afastadas da consciência experiências ansiogênicas e conteúdos psíquicos conflituosos. Neste contexto, é importante que o acompanhamento psicológico crie um clima de segurança, confiança e respeito para que o sujeito possa ser acolhido em suas carências maternas e assistido em sua relação com o objeto, até que, surja, gradativamente, o enriquecimento da parte saudável do sujeito e o retorno da capacidade criativa de constituir novos vínculos que transponham a relação com objeto alimento.

## **CAPÍTULO I - OBESIDADE NA CONTEMPORANEIDADE**

A tendência secular de crescimento do número de obesos na atualidade tem sido atribuída a diversos fatores causais. A obesidade pode ser considerada como uma doença multifatorial resultante de fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e ambientais. Coutinho (1998) elucida que a obesidade é hoje uma doença epidêmica que já se propaga inclusive em países orientais, onde, tradicionalmente era baixa sua prevalência.

O componente gasto calórico representado pela atividade física começou a ser investigado. Coutinho (1998) ressalta que uma simples extensão telefônica instalada em uma residência pode contribuir para o acúmulo de um quilo de peso por ano. O vidro elétrico da janela do automóvel leva seu proprietário a poupar cerca de trinta calorias diariamente. Considerando as escadas rolantes, os controles remotos, os telefones sem fio e todos os demais itens de conforto da vida moderna, comprova-se hoje a redução do gasto calórico nas atividades cotidianas como um dos fatores do crescimento da obesidade no mundo contemporâneo.

A Organização Mundial da Saúde (2009) define a obesidade como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que apresenta riscos à saúde. A obesidade é fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, incluindo diabetes, hipertensão, osteoartrite, doenças cardiovasculares, câncer, dentre outras. O reconhecimento da obesidade como uma doença ocorreu em 1948, tendo sido integrada pela Organização Mundial da Saúde na International Classification of Diseases - CID-10 (James, 2008). Vale ressaltar que na Classificação Internacional das doenças – CID-10 a obesidade é considerada uma entidade nosológica clínica e não psiquiátrica.

O National Institute of Health (2005) expõe que a obesidade é uma doença complexa e multifatorial que se desenvolve da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais.

A obesidade foi classificada, na década de 90, pelo Consenso Latino Americano de Obesidade, como enfermidade heterogênea, multifatorial com vários fatores etiológicos associados: obesidade por distúrbio nutricional, obesidade por inatividade física, obesidade por alterações neuroendócrinas, obesidade por uso de psicotrópicos, glucocorticóides, antidepressivos, lítio e obesidade genética.

Nos estudos de Setian, Damiani, Della, Ditchcheke & Cardoso (2007) a obesidade também é vista como resultante do desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético, podendo ser determinada por fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e psicológicos.

Fisberg (2004) afirma que a obesidade pode ser conceitualmente considerada como um acúmulo de tecido gorduroso, regionalizado ou em todo o corpo, causado por doenças genéticas ou endócrino-metabólicas ou por alterações nutricionais.

Nasser & Elias (2004) expõem que a obesidade se caracteriza por um comer em excesso, mal e rápido demais, associado à falta de exercício, predisposição genética e fatores psicológicos e sociais.

Parece haver consonância entre as definições da Organização Mundial de Saúde (2005, 2009), do Código de Doenças Internacionais, de Setian, Damiani, Della, Ditchcheke & Cardoso (2007), de Fisberg (2004) e Nasser & Elias (2004) no que concerne à obesidade como uma anormalidade de acúmulo de gordura corporal multifatorial. Percebemos que o discurso médico prioriza o concreto que aparece no corpo. Dados importantes para mapearmos o fenômeno.

## **1.1 DIAGNÓSTICO MÉDICO DA OBESIDADE**

A definição clássica de obesidade é o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Coutinho (1998) evidencia que as primeiras tentativas de padronização da avaliação da pessoa obesa basearam-se em estudos de uma companhia de seguros norte-

americana que desenvolveu tabelas relacionando altura com um valor chamado de peso teórico ideal. Essas tabelas hoje já são pouco utilizadas e cederam lugar ao índice de massa corporal – IMC, que além de ser um método de fácil aplicação, mostrou-se razoavelmente sensível e específico na identificação de indivíduos com adiposidade corporal excessiva. A fórmula mais largamente utilizada para o cálculo do IMC, divide o peso pela altura elevada ao quadrado, ficou conhecido como Índice de *Quetelet*. Por ser um indicador de corpulência e não adiposidade, o método falha, principalmente em não diferenciar entre massa gorda e massa magra, podendo apresentar um falso positivo, por exemplo, no caso de indivíduo com a massa muscular muito desenvolvida.

A Organização Mundial da Saúde (2009) reforça que o diagnóstico da prevalência de obesidade dentro de uma população é realizado pelo índice de massa corporal (IMC), um indicador antropométrico que indica a relação entre o peso em quilogramas dividido pela estatura em metros ao quadrado. A obesidade é classe I ou moderada, quando o IMC se situa entre 30-34,9; a obesidade classe II ou grave quando o IMC se situa entre 35-39,9 e a obesidade classe III ou obesidade extrema quando o IMC se situa acima de 40 Kg/m e o peso normal é considerado quando o IMC se situa entre 18,5-24,9. O IMC entre 25-29,9 é classificado sobrepeso. Esta medição serve de referência para avaliações individuais, mas existem evidências do risco de doenças crônicas na população a partir de um IMC de 21.

## **1.2 INCIDÊNCIA DA OBESIDADE NA ATUALIDADE**

Na contemporaneidade vários estudos evidenciam o aumento na incidência da obesidade. Nos estudos de Musingarimi (2009), as estatísticas a respeito da obesidade expõem que em adultos ingleses o índice quadruplicou desde a década de 80. Nas pesquisas de Anderson & Butcher (2006) aparecem aumentos significativos em diversos países do mundo. Na Austrália houve aumento de 3% a 5% entre 1980 e 1989. Entre os anos de 1975 e 1989 dobrou a quantidade de homens com excesso de peso no Brasil e no

Canadá. A Alemanha viu sua população de mulheres obesas aumentar de 22,2% em 1985 para 26,8% em 1992. E os Estados Unidos evidenciaram um aumento da prevalência de obesidade de 14% para 30% da população adulta entre o início da década de 70 e o ano de 2002. Repetto (2003) apresenta dados do inquérito nacional de 1997 que mostra a prevalência de obesidade no Brasil em torno de 12,4% para mulheres e 7% para homens.

No que se refere à obesidade e à questão de gênero foi realizada uma pesquisa na década de 80 a 90 na América Latina, utilizando o índice de massa corporal igual ou superior a 25. A prevalência de sobrepeso e obesidade no Uruguai era de 50% para as mulheres e 40% para os homens. Na Colômbia de 50% para os homens e 30% para as mulheres. No Brasil de 40% para as mulheres e 27% para os homens. Em Costa Rica de 40% para os homens e 20% para as mulheres. Em Cuba de 38% para os homens e 30% para as mulheres. No Peru 38% para os homens e 28% para as mulheres. No México de 30% para os homens e 35% para as mulheres (Coutinho, 1999). Dentre os sete países pesquisados, quatro países Colômbia, Costa Rica, Cuba e Peru apresentam índices de obesidade em homens maior que em mulheres.

A Organização Mundial da Saúde (2004) expõe que a obesidade é um fenômeno que, principalmente nas últimas décadas, prejudica sobremaneira a qualidade e expectativa de vida das pessoas. Trata-se de uma enfermidade que alcançou globalmente proporções epidêmicas com mais de um bilhão de adultos com sobrepeso, pelo menos 300 milhões deles clinicamente obesos no mundo. Destes, um terço está nos países em desenvolvimento. No Brasil há cerca de 17 milhões de obesos, o que representa 9,6% da população.

A Organização Mundial da Saúde (2009) destaca que a redução da prevalência da obesidade pode ser alcançada por meio de mudança nos hábitos alimentares e da prática de atividade física. Dentre as sugestões da OMS, a mudança nos hábitos alimentares pode

trazer vários benefícios à saúde, a saber: consumir mais frutas e verduras, assim como nozes e grãos integrais; trocar gorduras saturadas de origem animal por gorduras insaturadas de óleo vegetal; diminuir a quantidade de alimentos gordurosos, salgados e doces. A OMS enfatiza que as mudanças incluem a criação de políticas públicas que promovam oportunidades para a atividade física, o engajamento em atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos diários e a promoção de comportamentos saudáveis para incentivar e motivar as pessoas a perder peso por meio da atividade física e manter o peso corporal dentro da faixa normal do Índice de Massa corporal (IMC) que é entre 18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup> para adultos.

### **1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OBESIDADE**

Na década de 90 foi celebrado o documento classificado como Consenso Latino-Americano de Obesidade, que consiste em diretrizes que norteiam a prevenção e o tratamento da obesidade na América Latina. Dezenas de especialistas de doze países latino-americanos das áreas de medicina, nutrição, psicologia e educação física se reuniram para discutir os aspectos relacionados com a obesidade e seu tratamento. O documento destaca dados sobre a prevalência, os riscos e os custos associados com a obesidade. Além disso, são sugeridas medidas que possam contribuir para a prevenção da doença e, por fim, são analisados os métodos atualmente disponíveis para a avaliação e o tratamento do paciente obeso.

As ações preventivas e de combate à obesidade definidas no Consenso Latino Americano são orientações destinadas principalmente a médicos, nutricionistas, psicólogos e professores de educação física, por serem profissionais que atendem as pessoas obesas. As diretrizes propostas no Consenso Latino Americano de Obesidade obtiveram o apoio oficial da Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade (FLASO), da Associação Brasileira para Estudo da Obesidade (ABESO), da International Association for the Study of

Obesity (IASO) e da International Obesity Task Force (IOTF) ligada à Organização Mundial de Saúde com o objetivo de assumir uma posição de liderança com a iniciativa de promover ações positivas para lidar com a obesidade e sua prevenção, com o apoio oficial do Ministério da Saúde Brasileiro.

Algumas das ações para lidar com a obesidade se referem às medidas que garantirão o custeio do tratamento da obesidade pelas seguradoras de saúde e implantar a nova regra de rotulagem de alimentos para alertar a população com maior clareza sobre o risco de alguns alimentos causarem obesidade quando consumidos em excesso (Coutinho, 1999).

As estratégias de prevenção e tratamento da obesidade adotadas no Consenso Latino Americano consistem em métodos diagnósticos terapêuticos, medidas preventivas de saúde pública e estratégias de vigilância na abordagem do paciente obeso com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência que é fornecida ao obeso. O trabalho conjunto dos Ministérios de Saúde, de entidades que promovem o estudo da obesidade e de profissionais de saúde permitiram a formação da tríade educação, prevenção e tratamento.

Segundo Coutinho (1999), no que concerne ao aspecto psicológico, o Consenso Latino-Americano de Obesidade apresenta estratégias de tratamento psicoterápico para obesidade com a indicação explícita da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental.

A psicoterapia cognitivo-comportamental objetiva a modificação do repertório de comportamentos que o indivíduo apresenta (ex: hábitos alimentares inadequados, padrões de raciocínio errôneos) e do meio ambiente com que ele tem contato, a fim de tornar o meio facilitador da perda de peso (Coutinho, 1999, p.46).

A psicoterapia cognitivo-comportamental trabalha com o controle de estímulos (ansiedade, tristeza e conflitos interpessoais) que objetiva diminuir a exposição do paciente às situações que incentivam a alimentação inadequada. Nesse contexto, utiliza planejamento de comportamentos alternativos, por exemplo, treino em solução de problemas, técnicas de distração, técnicas de relaxamento e o envolvimento imediato em atividades incompatíveis com o comer inadequado nas situações em que há alta probabilidade de sua ocorrência. As

ações preventivas e do tratamento psicológico da obesidade dão indícios de estratégias vinculadas a argumentos de ordem cognitiva.

Duchesne (2001) ressalta que há uma campanha de divulgação do conteúdo do Consenso Latino Americano de Obesidade no Brasil, por meio de eventos voltados para profissionais de saúde. Em Brasília foi realizado um simpósio para a equipe de saúde da Câmara dos Deputados. Material informativo foi distribuído e vários outros simpósios foram organizados nas diversas disciplinas, em diversas capitais, para divulgação dos conteúdos do Consenso Latino Americano de Obesidade entre médicos, nutricionistas, psicólogos e profissionais de educação. Atualmente a ABESO – Associação Brasileira para Estudo da Obesidade tem como pré-requisito para aceitação de afiliação de novo membro a assinatura de um termo em que o profissional se compromete com a utilização das estratégias terapêuticas delineadas no Consenso Latino Americano de Obesidade, *sendo vetadas outras práticas*.

No Brasil, o Ministério da Saúde<sup>2</sup> segue as resoluções do Consenso Latino Americano de Obesidade e institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas.

O Ministério da Saúde, em 2007, considerou a magnitude social da obesidade na população brasileira, o quadro de morbidade composto por elevada prevalência de comorbidades associadas à obesidade, as condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de cirurgia bariátrica, a possibilidade de êxito de intervenção na história natural da obesidade por meio de ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade. Nesse sentido, percebeu a necessidade da implementação do processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação da atenção ao portador de obesidade, com vistas a

---

<sup>2</sup> Portaria nº 1.569 de 28 de junho de 2007.

qualificar a gestão pública e a promoção de estudos que demonstrem o custo-efetividade e analisem as diversas formas de intervenção na obesidade. A partir disso, resolve aplicar diretrizes e ações administrativas e práticas nas agências governamentais que entraram em vigor em 2007.

O Ministério da Saúde do Brasil lançou um programa em nível nacional para a prevenção da obesidade (Duchesne, 2001). O programa realizou palestras sobre obesidade e fornecimento de material informativo. Além disso, foram organizados eventos incluindo caminhadas, checagens de peso, dosagens de glicemia, colesterol e triglicérides. Esses eventos ocorreram em diversas cidades.

Segundo Duchesne (2001) foi lançada a "*campanha dieta não*", cujo objetivo foi modificar a concepção de como o emagrecimento deve ser incentivado. A proposta alternativa às dietas tradicionais denominou-se Plano Alimentar. Este se constitui em uma modificação continuada dos hábitos alimentares, através de pequenas modificações graduais e progressivas, sem ter início e fim característicos das dietas. Ele não é muito restritivo, favorecendo uma perda de peso mais lenta, porém sustentável. O plano alimentar implica na educação do obeso de forma a torná-lo capaz de fazer escolhas alimentares, requerendo sua participação ativa na elaboração de cardápios e escolha de alimentos.

O programa de prevenção da obesidade organizado pelo Ministério da Saúde inclui um processo de capacitação permanente dos profissionais ligados à rede básica de saúde. Estes estão sendo treinados para coadunar-se ao Plano Nacional para Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável e devem estar capacitados para realizar o plano alimentar.

A campanha organizada pelo Ministério da Saúde inclui diversos mecanismos para favorecer a educação sistemática da sociedade, com ênfase na divulgação de hábitos

alimentares saudáveis e na conscientização da importância da atividade física como fator de promoção e manutenção da saúde. Em paralelo a estas medidas, há uma crescente preocupação em disciplinar o tipo de publicidade associada a alimentos, tornando-a mais efetiva e precisa.

Percebemos que as ações definidas no Consenso Latino Americano de Obesidade e ações do Ministério da Saúde de prevenção e tratamento da obesidade, embora sejam muito importantes, estão direcionadas para medidas educativas e de controle.

No que se refere a ordem psicológica, as medidas adotadas estão ligadas à psicoterapia cognitivo comportamental com ênfase nas estratégias de vigilância do obeso e mudança do meio externo como facilitador da perda de peso, sendo *vetadas* outras práticas pelo Consenso Latino Americano de Obesidade. Embora as ações preventivas e de tratamento da obesidade estejam postas, o crescimento do índice de obesos é alarmante, exigindo análises que possam contribuir para a compreensão do fenômeno.

A psicoterapia cognitiva comportamental pode ser eficaz em diversos casos. Por outro lado, suas estratégias de controle podem endossar a inabilidade do sujeito obeso em conduzir a sua própria vida e validar a sua falta de autonomia.

O discurso médico classifica a obesidade no referencial saúde/doença perseguindo incansavelmente o emagrecimento, supondo a associação entre saúde e corpo magro, defendendo a idéia de que a obesidade é doença principal responsável pelo desencadeamento de outras doenças e comorbidades. Seixas (2009) afirma que o discurso médico vigente apóia-se na vinculação da condição orgânica da obesidade a uma entidade patológica com apelo ao emagrecimento. Neste contexto, as crenças de que o obeso não emagrece por preguiça, desleixo ou falta de vontade são recorrentes. Essas significações desastrosas parecem ser a reedição de controles sociais e de repressão.

No que se refere às políticas públicas, Seixas (2009) as classificam como plano de reprogramação cognitiva para fins de emagrecimento e as comparam com o que Aldous Huxley apresentou em 1931, em *Admirável Mundo Novo*: ao condicionamento cerebral para seguir um programa alimentar e de exercícios físicos, em que os corpos eram docilizados pela administração regular de felicidade sintetizada, o excesso controlado pela ordem, na qual não há espaço para o conflito ou a dúvida. Aspectos que seriam o inverso do que a obesidade nos apresenta.

Uma das características do sujeito obeso observada por Seixas (2009) é a posição passiva com que o obeso se apresenta em relação não só à obesidade, mas a uma série de aspectos da vida. De acordo com a autora, essa passividade fica evidente num discurso marcado excessivamente por referências corporais, corpo do qual o obeso parece não apropriar-se, mas sim separar-se. O reflexo disso é a não implicação no tratamento. É delegado ao profissional de saúde a tarefa da cura, restando ao obeso a queixa em relação ao sacrifício a que se submete para emagrecer ou ao sofrimento que a genética lhe impõe.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é a idéia equivocada de um salvador que detém o saber sobre a obesidade. Isso pode corroborar para a paralisação do obeso e reforçar sua passividade. De acordo com Seixas (2009) é necessário que a pessoa obesa seja assistida por profissionais, encaminhe seu sofrimento e conduza seu próprio tratamento se apropriando de si e assumindo suas responsabilidades.

#### **1.4 SIGNIFICADOS DA OBESIDADE NA HISTÓRIA**

As primeiras representações da forma humana extremamente obesa estão evidenciadas desde o período paleolítico (20.000 até 30.000 anos a.C.) com as esculturas pré-históricas, gregas, babilônicas e egípcias. De acordo com Bruch (1973) a admiração por formas femininas obesas poderia ser uma alusão ao desejo de abundância e fertilidade.



**Ilustração 1 – Vênus de Willendorf: escultura pré-histórica**  
**Foto: Don Hitchcock 2008. Museu de história Natural de Vienna**

A obesidade parece que sempre esteve presente de forma marcante nos seres humanos desde os tempos da pré-história. Estudiosos que resgataram a história da obesidade descobriram que no Período Neolítico (aproximadamente 10.000 anos a.C.) as “deusas” eram admiradas e cultuadas por seus quadris, coxas e seios volumosos. Hipócrates (480 a.C.), médico greco-romano, em seus manuscritos já alertava para os perigos que a obesidade oferecia para a saúde, afirmando que a morte súbita acontecia mais em indivíduos gordos do que em magros (Varela, 2006).

Galeno (129 d.C.), um outro estudioso, estabeleceu uma classificação para a obesidade: a obesidade moderada e obesidade exagerada. Galeno afirmava que a obesidade era consequência da falta de disciplina do indivíduo, por isso preconizava um tratamento que incluía corridas, massagens, banho, descanso ou algum lazer e refeições com alimentos de baixo valor calórico.

No que concerne à obesidade ligada ao excesso de alimento, Flandrin & Montanari (1998) destacam os aspectos da alimentação no mundo antigo, os significados da alimentação na sociedade cristã da Idade Média e os hábitos alimentares modernos. Na antiguidade, especificamente na Grécia, o principal aspecto da alimentação era a

importância dada ao cidadão que participava das decisões referentes à comunidade e pela participação em uma série de atividades coletivas, dentre elas os apetitosos banquetes.

De acordo com Flandrin & Montanari (1998) o alimento, bem como o ato de alimentar-se, revestia-se na Idade Média de um valor externo que se inscrevia na hierarquia social. Além disso, a sociedade cristã adquiriu considerável importância na proliferação das orientações alimentares e do seu impacto social, quando associou a comida ao pecado da gula. Neste sentido, a sociedade cristã medieval se estrutura em torno da prevenção e punição do pecado, desenvolvendo todo um sistema a partir do qual a prática da dieta passou a ser um recurso de vigilância e regulação social. Surgem no século XII os primeiros documentos dedicados às boas maneiras e as regras do comportamento à mesa, tradição que perdura até os tempos atuais. O homem civilizado que controla seus impulsos internos é valorizado.



**Ilustração 2 – Gula: a mesa dos pecados capitais Séc. XV - El Bosco**

Nos séculos XVII e XVIII é evidenciada a valorização pelo homem de gosto, que significava o homem revestido de saber diferenciar entre coisas boas e ruins. Com a chegada das especiarias à mesa europeia houve o aumento da valorização do homem de gosto e do convívio social, onde as pessoas comiam juntas e compartilhavam episódios da

liberação da gula e o culto à boa cozinha. Vale ressaltar que houve as inserções do açúcar refinado e da batata no rol de alimentos (Flandrin & Montanari, 1998).

A passagem do século XVIII ao século XIX caracteriza-se por crescimento demográfico, progresso nas ciências, ampliação dos mercados, conquista de novas terras, advento da revolução industrial e ascensão da burguesia. Nesse período, a gordura foi considerada como símbolo de riqueza e distinção social em oposição a uma degradação da alimentação do povo marcada por crises de fome e escassez de gêneros alimentícios.

Na atualidade, o avanço acelerado da indústria alimentícia e o acúmulo do capital nos mostram que o homem produz e consome vorazmente os alimentos. De acordo com Seixas (2009) tudo conspira a favor do excesso de alimento e do sedentarismo no mundo real. Por outro lado, corpos magros e esbeltos são apreciados, são símbolos de beleza, autocontrole e sucesso. A gordura se tornou símbolo de indisciplina e incapacidade pessoal para seguir os padrões corporais cultuados.

A cultura contemporânea apresenta novos elementos que proporcionam prazer e satisfação, lança o novo, o diferente e coloca o sujeito em cheque, como se lançasse um desafio em que ele precisa se posicionar. Zambolin (2007) defende que o aumento da obesidade, na condição de mal epidêmico, só começa a surgir na pós-modernidade, uma época caracterizada pelas mudanças nas tradições, ausências de referências e a conversão de tudo em mercadoria, além de estarmos vivendo a era da imagem, que se apresenta hoje como o grande poder.

Na era da imagem, a obesidade se torna símbolo de indisciplina e incapacidade de controle dos impulsos internos. Neste sentido a moda e as dietas entram em cena.

### **1.5 A MÍDIA, A MODA E AS DIETAS**

Atualmente a mídia incentiva o consumo alimentar exagerado oferecendo alimentos que proporcionam satisfação e prazer rápido. Ao mesmo tempo as imagens de

corpos esbeltos e magros são divulgadas como modelo do belo a ser seguido. Segal, Cardeal & Cordas (2002) expõem que a oferta de alimentos que contribuem para a gordura em excesso corrobora para o aumento dos índices dos transtornos alimentares.

Os antigos egípcios se preocupavam com a dieta. De acordo com Seixas (2009) as dietas eram significadas como uma forma de preservação da saúde, associando este efeito não só à quantidade de comida ingerida, mas também à qualidade da mesma. A moderação foi a orientação para combate a gordura, antecipando a idéia organicista de que o acúmulo de gordura ocorre em função de um desequilíbrio energético.

Os estudos de Souto & Ferro-Bucher (2006) a respeito das práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento na atualidade nos chamam atenção no que se refere ao risco do desenvolvimento de transtornos alimentares. As autoras consideram que a cultura é componente importante na imagem corporal. Ao longo dos séculos os padrões de beleza feminina mudaram. Na década de 60 já se sugeria que o culto à magreza seria um fator precipitante da anorexia nervosa. Nos anos 80 ocorreu um crescimento considerável do mercado relacionado à manutenção do corpo. Fazem parte desse arsenal industrial da sociedade de consumo os aparelhos de musculação, os suplementos nutricionais, as revistas sobre boa forma e saúde e os regimes alimentares e cirurgias plástica.

De acordo com Souto & Ferro-Bucher (2006) mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos se sentem suficientemente gordas e necessitando de dieta, embora apenas 15% tenham realmente sobrepeso. Parece que é atribuído ao peso corporal um significado especial que tem levado as mulheres a uma obsessão pelo emagrecimento e cerca de 90% delas fazem dieta em algum momento da vida. As autoras acrescentam que as mensagens de sucesso, controle, aceitação, conquistas de amor e estabilidade psicológica estão vinculadas ao corpo magro, como se acreditassem que a dieta é a solução para todas as dificuldades.

Na perspectiva de Woodman (1980) a obesidade é vista como um dos principais sintomas de neurose no mundo ocidental. Atualmente as credences pessoais e culturais são difundidas com tentativas milagrosas de emagrecimento, tais como uso de chás, de aparelhos estéticos, injeções, medicamentos, cirurgias e outros.

Vilhena, Novaes & Rocha (2008) ressaltam que a dieta apontaria para uma tentativa de quantificação e de controle, pois se está sempre contando e somando as calorias, pensando as gramas da dieta, os quilos a mais ou a menos. Bernadi, Cichelero & Vitolo (2005) destacam que há evidências de que as restrições e auto-imposição das pessoas que fazem dieta parecem ter um efeito rebote, resultando em episódios de comer em excesso.

De acordo com Hermann & Minerbo (1998) homens e mulheres estiveram às voltas com a interdição sexual. Hoje eles são compelidos especialmente a expressar tal gênero de interdição sob espécie alimentar. Por sua vez, enquanto tradutor moral, o discurso dietético parece ter suplantado e substituído o discurso sexual. A dieta é um novo paradigma moral. A repressão, as formações reativas e a sublimação são mecanismos característicos da vida psicosssexual que alimentam incessantemente o sentido moral do homem civilizado.

Em relação à luta em obedecer as dietas e o consumo compulsivo de produtos que prometem resgatar a magreza do corpo e manter a beleza, Vilhena, Novaes & Rocha (2008) evidenciam que a obediência às dietas se tornou luta contra si mesmo e um aprisionamento na justeza das próprias medidas. As autoras acrescentam que a subjetividade esvaziada de afeto e valores resulta em aparência como identidade, de forma que não é a força de trabalho do sujeito que produz a sensação de mais valia e sim a sua estética.

## **1.6 OBESIDADE: VIÉS PSICANALÍTICO**

No referencial psicanalítico, a obesidade é compreendida, conforme expõe Ferreira (2003), como construções sintomáticas singulares em resposta a conflitos psíquicos e posições subjetivas assumidas pelo sujeito, afetando a oralidade e a imagem corporal.

De acordo com os estudos de Recalcati (2003), na obesidade o sujeito permanece fixado na posição de objeto, aprisionado ao desejo do outro e com o seu desejo reduzido ao gozo proporcionado pelo alimento.

Na perspectiva das psicanalistas Vilhena, Novaes & Rocha (2008), a obesidade é compreendida pressupondo um sujeito de linguagem tanto como sujeito do gozo. A obesidade é vista como um sintoma caracterizado pela condensação do gozo que captura o sujeito, deixando-o em suspenso. De um lado o corpo não sentido, do outro lado uma linguagem que não alcança o corpo, linguagem impotente sempre correndo atrás de domar um gozo violento ou mortífero. A condensação do seu gozo pode lhe dar algo como uma identidade, daí a dificuldade de abrir mão dos episódios de comer compulsivo, ou seja, abrir mão do seu modo de gozar.

Em relação a obesidade em homens, Andrade (2008) destaca que os homens que apresentam transtornos alimentares usam o corpo como uma fortaleza que os protege da vivência de sentimentos angustiantes como o desamparo e solidão. A autora expõe que os homens que participaram do seu estudo demonstraram dificuldades em lidar com a frustração e entram num processo de passividade em detrimento de se esforçar pelo que desejavam.

Na perspectiva de Azevedo (2004), os pacientes obesos sentem excesso de angústia desencadeada por situações conflitantes do seu cotidiano. De acordo com o autor, os fatores emocionais influenciam a instalação e manutenção da obesidade, ou seja, esta é

vista como um sintoma, cujas causas devem ser procuradas no plano das motivações inconscientes do sujeito.

Almondes, Castro, Maia, Ribeiro, Silva & Souza (2005) ressaltam que um dos aspectos mais importantes como desencadeadores da vontade de comer refere-se aos fatores emocionais: ansiedade, angústia, preocupação, solidão, tensão/estresse, raiva e tristeza.

Peres & Santos (2002) expõem que os obesos possuem dificuldades de contenção de impulsos, tendem à imaturidade, passividade, dependência e insegurança, buscam no plano da fantasia as satisfações que não alcançam na realidade e possuem uma imagem corporal permeada por sentimentos de inadequação, descontentamento, baixa auto-estima e inibição.

Podemos encontrar aspectos relacionados entre os estudos de Peres & Santos (2002) e os de Vilhena, Novaes & Rocha (2008). Os autores afirmam que as pessoas obesas ocupam socialmente o lugar de transgressores, uma vez que não reproduzem de maneira eficaz e disciplinar as práticas corporais que as levariam a perder peso. Tal desobediência é o peso da exclusão socialmente validada e o sentimento de insuficiência e incapacidade pessoal pela falta de adesão aos programas de tratamentos. Caso este sujeito chegue à obesidade mórbida a cirurgia bariátrica será a indicação de tratamento.

Zambolim (2007) expõe que a cirurgia contra à obesidade mórbida é vendida como um produto de consumo, um artifício mágico que promete a solução para todas as angústias da vida e a resolução dos problemas de relacionamento com o mundo e corrobora para que o sujeito fique paralisado, colocando a resolução do seu problema na mão do outro.

No atendimento de obesos, Loli (2000) observou que eles excluem o tema obesidade e dão ênfase ao desejo de emagrecer e às dificuldades diante desta meta.

Segundo a autora, as questões como o próprio peso corporal e os sentimentos diante dessa problemática constituíam um assunto “intocável”.

Loli (2000) ressalta que o objetivo pretendido não se trata de uma orientação diretiva sobre alimentação e exercícios, não há interesse em convencer os pacientes por meio de argumentos de ordem cognitiva, mas sim procurar instigar a reflexão frente às próprias posturas.

Nas observações de Loli (2000), a dimensão tangível dos pacientes obesos era a realidade concreta. A autora acrescenta que as questões que conduziam os obesos na busca de tratamento para emagrecer, o significado de ser obeso ou por que determinados eventos foram tão importantes no desencadeamento do ganho abrupto de peso, não chegam a ser analisados por eles. Isso representa, portanto, certa resistência ao tratamento psicanalítico, pois a psicanálise leva o sujeito a se questionar sobre as origens de seus problemas e conseqüentemente a se responsabilizar pelos mesmos.

O contraponto entre a resistência ao tratamento psicanalítico e a necessidade de auxiliar esse sujeito obeso a questionar sobre suas questões e responsabilizar-se por si, pode ser considerado um desafio para os psicanalistas.

No que se refere ainda aos atendimentos a pacientes obesos, Lugão (2008) afirma que a temática do narcisismo é presente envolvendo questões relativas à imagem de si, constituição do eu e da auto-imagem corporal. A autora afirma que as organizações subjetivas desses pacientes podem ser situadas no contexto das chamadas “patologias da contemporaneidade”, por seu caráter compulsivo e pelas questões que se apresentam no campo da simbolização. A autora acrescenta que o analista é aquele que vai tentar restaurar a falha e tem a sensibilidade para respeitar os momentos de silêncio, fornecendo ao analisando um ambiente calmo, acolhedor e terno.

O referencial psicanalítico evidencia as questões do sujeito obeso vinculadas aos conflitos psíquicos, um sujeito aprisionado ao desejo do outro, com a presença de um corpo não sentido, onde a sensação de ansiedade e desamparo faz surgir o comer compulsivo a fim de aplacar o conflito. No próximo capítulo buscaremos entender a compulsão alimentar ou *binge eating*.

## **CAPÍTULO II - COMPULSÃO ALIMENTAR/BINGE EATING**

A compulsão alimentar é descrita como a ingestão de uma grande quantidade de alimentos num período curto de tempo e com a presença de sentimento da perda do controle. A tradução literal do termo *binge eating* para o português seria “farra”, “orgia alimentar” ou “ataque de comer”, atitude alimentar considerada patológica. A quantidade de alimentos envolvida nestes episódios é variável, podendo ir desde quantidades um pouco superiores a ingestão habitual até proporções extremamente exageradas, como 6.000 kcal/episódio (Appolinário, 1998).

Embora nem todos os pacientes que apresentam transtorno do comer compulsivo sejam obesos, grande parte deles evidencia problemas de controle do peso corporal. Coutinho (1998) ressalta que estudos epidemiológicos sugerem que cerca de 50% dos obesos que procuram um tratamento para emagrecer apresentam compulsão alimentar de maior ou menor gravidade.

### **2.1 TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA**

No DSM-IV (1995) há uma categoria diagnóstica denominada Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica - TCAP, em inglês *Binge Eating Disorder* - BED, sendo proposta para possível inclusão dentre os transtornos alimentares, na dependência de pesquisas que a implementem. Até o presente momento, está entre os Transtornos Alimentares sem outras Especificações.

A palavra de origem inglesa *Binge* é usada no contexto da ingestão de álcool, de forma pesada, desenfreada e com indulgência excessiva. Na transposição para o campo alimentar, *binge eating* designa um episódio de descontrole no qual ocorre a ingestão pesada, desenfreada e descontrolada de alimentos seguida por uma “ressaca moral” constituída de sentimentos de culpa e auto-reprovação (Passos, Stefano & Borges, 2005).

A característica central do TCAP é o episódio de compulsão alimentar, sendo que a pessoa não se engaja em atos compensatórios para controle do peso. O transtorno da compulsão alimentar é o que mais comumente se associa à obesidade e caracteriza-se por episódios do tipo *binge eating*. O apêndice B do DSM-IV(1995) apresenta os critérios diagnósticos para o transtorno de compulsão alimentar, a saber:

A. (1) Comer num breve período de tempo (p.ex.: num período de duas horas) uma quantidade de comida considerada definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria durante período de tempo similar e em circunstâncias similares.

(2) Um sentimento de falta de controle sobre os episódios (p.ex. um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou o quanto se está comendo).

B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a pelo menos três ou mais dos seguintes itens:

(1) Comer mais rápido do que o usual.

(2) Comer até se sentir inconfortavelmente cheio.

(3) Comer grandes quantidades de comida sem se sentir com fome.

(4) Comer sozinho por se sentir constrangido com a quantidade que está comendo.

(5) Sentir-se decepcionado, deprimido ou culpado após a superingestão.

C. O episódio de compulsão alimentar provoca um marcante desconforto.

D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem em média duas vezes por semana durante 6 meses.

E. O episódio de compulsão alimentar não está associado com o uso regular e inapropriado de comportamento compensatório (p.ex: do tipo purgativo, jejuns ou exercício excessivo) e não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Passos, Stefano & Borges (2005) afirmam que as pessoas com TCAP estão com sobrepeso ou obesas e apresentam auto-aversão e insatisfação com a forma corporal. Além disso, sentem-se frustradas e com dificuldade de controlar a ingestão, demonstrando preocupações, problemas afetivos e interpessoais. Os autores acrescentam que é comum o histórico de variações de peso acentuadas e com repetidos esforços para perda de peso, porém infrutíferos. Relatos de pessoas com TCAP confirmam que elas enfrentam algumas condições antecedentes que favorecem a compulsão alimentar: sentir solidão, tédio, raiva, ansiedade e estresse. Apresentam auto-estima baixa, auto-imagem negativa, autocrítica excessiva, propensão a comportamentos impulsivos e tendem a sentir mais raiva e estresse ao vivenciarem situações consideradas menos importantes por outros obesos.

A comparação entre obesos que não apresentam TCAP e obesos que apresentam o TCAP, nos estudos de Passos, Stefano & Borges (2005), mostrou que os pacientes obesos com TCAP apresentam maiores índices de insatisfação com o corpo e pior imagem corporal, bem como distanciam mais o peso desejado do peso real. Como consequência têm maiores dificuldades para construir expectativas realistas sobre tratamentos. Realizam auto-avaliações centradas em seu peso e forma corpórea, e suas falhas em controlar a alimentação são generalizadas para outros aspectos da vida.

No que concerne às variáveis psicossociais, Passos, Stefano & Borges (2005) evidenciam que pessoas com história de conflitos, ameaças, abusos físicos, sexuais e discriminação apresentam maior chance do desenvolvimento de TCAP.

A dicotomia de pensamento foi outro aspecto observado por Passos, Stefano & Borges (2005), em que os eventos não apresentam meios-termos: se o comedor compulsivo comete pequena falha de controle (como comer 2 bolachas a mais), ela é interpretada como equivalentes à perda total (comer todo o pacote), o que facilita a compulsão (todo o controle já foi perdido e todo o pacote de bolachas pode ser comido).

Passos, Stefano & Borges (2005) enfatizam que indivíduos com TCAP apresentam maiores índices de comorbidades psiquiátricas, notadamente ansiedade e depressão, em comparação com pessoas sem TCAP e com obesidade. Obesos com TCAP têm maior probabilidade de serem afetados durante sua vida por qualquer distúrbio psiquiátrico e transtornos afetivos, incluindo episódio depressivo maior. Um transtorno de personalidade típico subjacente ao TCAP não foi estabelecido, embora se encontrem índices elevados de transtornos de personalidade *borderline* e *histriônica*.

Fassino, Leombruni, Piero, Abbate-Daga & Giacomo (2003) evidenciam que pacientes obesos com *binge eating disorder* merecem maior atenção psiquiátrica por apresentar índices elevados de depressão e personalidade *borderline* em comparação com grupo de obesos que não apresentam *binge eating disorder*. Além disso, os achados dos autores mostraram que os sujeitos obesos com *binge eating disorder* expressavam maior índice de agressividade do que grupo de obesos que não apresentam *binge eating disorder*.

Borges (2002) evidencia que o *binge eating disorder* é comum em mulheres brasileiras com excesso de peso, algo semelhante ao encontrado em amostras de mulheres norte-americanas e européias.

Fairbun & Cooper (2000) avaliaram amostra de quarenta e oito mulheres jovens obesas com *binge eating disorder* e constataram que havia pouco movimento em direção ao tratamento.

Clark, Forsyth, Richardson & King (2000) constataram que as mulheres obesas com *binge eating disorder* avaliaram negativamente sua aparência física e tinham menos satisfação com o corpo do que mulheres obesas que não apresentavam *binge eating disorder*.

Ressaltamos que o episódio da compulsão alimentar ou *binge eating*, isoladamente, não preenche os critérios diagnóstico para o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

ou *Binge Eating Disorder*. O termo compulsão alimentar ou *binge eating* equivale a episódio de comer em excesso com perda do controle.

O obeso que apresenta episódios da compulsão alimentar demonstra características ligadas à impulsividade, perda do controle de si, insatisfação, problemas afetivos, tédio, raiva, ansiedade e agressividade. Essas características nos fizeram buscar alguns fundamentos no referencial psicanalítico para melhor compreensão do fenômeno. Castro (2009) expõe que a psicanálise vem procurando contribuir e compreender os fenômenos relacionados aos distúrbios alimentares como manifestações de um sofrimento psíquico persistente, desencadeantes de defesas primitivas poderosas e que tornam a mente-refém do corpo. As atuações são expressas através do corpo, revelando dificuldade de elaboração das experiências sensoriais e conseqüentemente do pensar.

## **2.2 DA COMPULSÃO À COMPULSÃO ALIMENTAR**

Os indivíduos que sofrem de perturbações da compulsão alimentar parecem privilegiar a ação, o concreto e padecem de uma carência fantasmática e simbólica. Para Laplanche & Pontalis (2001), compulsão:

(...) é o tipo de conduta que o sujeito é levado a realizar por uma imposição interna. Um pensamento (obsessão), uma ação, uma operação defensiva, mesmo uma seqüência complexa de comportamentos, são qualificados de compulsivos quando a sua não-realização é sentida como tendo de acarretar um aumento de angústia (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 86).

Laplanche & Pontalis (2001) expõem que, pela raiz da palavra, compulsão se inscreve em português, numa série, ao lado de pulsão e de impulso. Entre compulsão e pulsão, este parentesco etimológico corresponde bem à noção freudiana de *Zwang*. Entre compulsão e impulso, o uso estabelece diferenças sensíveis. Impulso designa o aparecimento súbito, sentido como urgente, de uma tendência para realizar este ou aquele ato. Laplanche & Pontalis (2001) ressaltam que o ato compulsivo se efetua fora de qualquer controle e geralmente sob o domínio da emoção. Os autores acrescentam que não

se encontra nesse conceito nem a complexidade da compulsão obsessiva nem o caráter organizado de encenação fantasística da compulsão à repetição.

O termo compulsão em alemão se refere ao termo *Zwang*. Luiz Hanns (1996), em seu *Dicionário Comentado do Alemão*, nos explica que:

Tomado isoladamente e apenas no sentido coloquial, *Zwang* tem um significado diverso de “obsessão” e “compulsão”. Não remete nem aos aspectos de fixação, mania e perseguição da palavra “obsessão”, nem ao aspecto de uma ação irrefreável e incontrolada, que brota no sujeito e o faz agir, contido na palavra compulsão. (...) as composições com *Zwang* evocam a imagem de um sujeito sendo obrigado, contra a sua vontade, a agir ou pensar de determinada forma (Hanns, 1996, p.101).

Hanns (1996) ressalta que os três termos compulsão (*Zwang*), pressão (*Drang*) e pulsão (*Trieb*) são empregados de forma semelhante em alguns textos freudianos, embora seus significados sejam diversos:

O *Trieb* é algo que aguilhoa e cuja satisfação pode ser prazerosa, é um grande princípio da vida, da espécie, e um impulso perene para a ação. O *Zwang* é resultado de um conflito pulsional que se instala e submete o sujeito a um cerceamento, impondo-lhe uma direção. Quanto a *Drang*, descreve algo intermediário entre a vontade e a necessidade. (...) o *Trieb* designa uma força que coloca algo em movimento, o *Drang* designa um impulso avassalador e o *Zwang* algo que é imposto ou forçado (Hanns, 1996, p. 108).

Hanns (1996) indica a possível presença de uma “entidade autônoma interna”, com vontade própria, que força o sujeito a agir, para isso, o autor apresenta a importante conotação da palavra *Zwang* :

A palavra *Zwang* evoca a noção de certa alteridade (ou externalidade) da “fonte que pressiona”. Essa alteridade não significa que a “fonte de pressão” tenha de localizar-se fora do sujeito, mas que, mesmo localizando-se dentro dele seja percebida como provinda de “uma parte” ou de um “objeto interno”. Portanto no caso de um *Zwang* interno, reproduz-se essa “alteridade/externalidade” dentro do sujeito (algo existe em mim e me força a agir em certa direção). *É como se transformássemos uma parte de nós em entidade autônoma e em seguida imaginássemos que essa entidade nos força a algo* (Hanns, 1996, p. 102).

Observamos que Laplanche & Pontalis (2001) colocam em evidência que a não realização do ato envolve aumento da angústia e Hanns (1996) destaca que a compulsão é resultado de um conflito pulsional que impulsiona o sujeito em uma direção. As

explicações de Hanns (1996) sobre o significado da palavra compulsão nos chamaram a atenção para a idéia de um sujeito cindido. Como se uma parte do sujeito concordasse com a ação e a outra discordasse.

No referencial psicanalítico, Castro (2009) elucida que o comer compulsivo é uma ação impulsiva e irrefreável frente à comida. A meta dos comportamentos compulsivos é obscurecer e manter afastadas da consciência experiências psíquicas impensáveis e ansiogênicas. O autor acrescenta que o comer compulsivo pode ser um reflexo de uma necessidade psíquica do indivíduo de fusão total com a mãe, numa tentativa de resolver a sensação de tensão. A idéia fantasiosa de substituir a mãe ausente para aplacar o vazio de não ser resulta em fracasso.

Spada (2009) ressalta que o comedor compulsivo age e sente de forma primitiva, indiscriminada e confusa entre seus objetos internos e o mundo externo. Assim, no comer compulsivo, pode ter havido uma falha na relação entre o bebê e sua mãe no que diz respeito ao aprender sobre emoções ou à identificação ou introjeção de bons objetos, de modo que o sentimento de confiança ou esperança fica colocado no alimento, algo externo ao indivíduo. A autora destaca que essa comida fica idealizada, “poderosa”, da mesma forma que o bebê idealiza o seio da mãe e o sente como aquele que poderá consolá-lo de forma imediata, incondicional e infinitamente.

Gondar (2001) expõe que o comer compulsivo é um conflito psíquico repleto de dúvida perante a luta subjetiva entre duas injunções opostas. Os estudos de Amorim & Sant’anna (1999) corroboram com os achados de Gondar, por demonstrarem que antes do sujeito passar ao ato de comer compulsivamente existe um conflito que envolve a dúvida, que se trata de uma escolha entre duas possibilidades: essa ou aquela acompanhada da sensação de que não vai dar conta sozinho.

A compulsão de comer, segundo Amorim & Sant'anna (1999), seria uma tendência em que um comando coage o sujeito a permanecer numa idéia fixa, ou o lança numa ação não adiável, passagem ao ato. Neste momento é comum o sujeito se encontrar numa situação de conflito e irá atender ao comando de comer. Então nada mais poderá detê-lo, ele será um comandado em direção a uma ação que não se adia.

Santos, Peres & Benez (2002) explicam que as pessoas que comem compulsivamente sentem-se ansiosas antes da passagem ao ato. Os estudos de Azevedo (2004) mostram que o comer compulsivamente é empregado como mecanismo para lidar com a ansiedade desencadeada por situações conflitantes do seu cotidiano e pode ser uma regressão à fase primária do bebê, especificamente ao momento de ser alimentado.

A compulsão alimentar pode ser considerada como ato impulsionador que concretamente coloca algo dentro do corpo, utilizada como forma de lidar com o excesso de excitação. Joyce Mc Dougall (1983) destaca que o corpo tem uma função de ato, de descarga, que podem aparecer de forma desordenada, resultado do conflito no trabalho psíquico. De acordo com a autora há, nesses casos, uma carência na elaboração psíquica e uma falha na simbolização, as quais são compensadas por um agir de caráter compulsivo que procura reduzir a intensidade da dor psíquica.

Brusset (1992) afirma que é diante das formações superegóicas que o comer compulsivo se apresenta como liberação momentânea e, no imediatismo, desaparecem as contradições e as proibições. Contudo, essa primeira sensação de liberdade poderá dar lugar aos próximos episódios repetitivos do comer compulsivo. A repetição das crises pode levar a um empobrecimento geral da vida de relação afetiva e criativa, já que a riqueza pulsional necessária a essa atividade se descarrega.

Nos episódios de comer compulsivo, Vilhena, Novaes & Rocha (2008) evidenciam que o corpo fica em suspenso, como se não existisse. Eles comem sem parar e só se dão

conta de quanto comeram depois. Parece agir como um devorador insatisfeito e voraz, um episódio de condensação do gozo que bloqueia o sujeito deixando-o em suspenso.

Ocariz (2002) argumenta que a compulsão e a voracidade em relação aos objetos de satisfação apresentam-se como a principal característica da sintomatologia de nossos dias. A autora afirma que a relação com o objeto é da ordem da demanda e do consumo imediato, não tolerando espera ou desejo.

No referencial psicanalítico, estudos mostraram que a meta dos comedores compulsivos é manter afastadas da consciência experiências psíquicas impensáveis e ansiogênicas. É como se o comedor compulsivo continuasse a agir de forma primitiva. É como se nele mantivesse de forma indiscriminada e confusa a relação entre os objetos internos e externos. Também é como se ele percebesse o alimento de modo idealizado e habilitado para consolá-lo, de forma imediata, incondicional e infinitamente. Para o comedor compulsivo, no momento do conflito psíquico, há liberação momentânea das cadeias superegóticas, que posteriormente cobram, exigem e evidenciam culpa. Os episódios repetitivos da compulsão alimentar podem levar a um empobrecimento nas relações afetivas e principalmente criativas, pois a riqueza da pulsão é escoada no objeto alimento.

### **2.3 PULSÃO E O ALIMENTO**

Zimerman (2001) indica que as compulsões surgem como manifestações irrefreáveis das pulsões. O autor afirma que não é por acaso que existe uma íntima conexão entre a palavra compulsão: “com” e “pulsão”.

O termo pulsão em alemão se refere ao termo *Trieb*. Hanns (1996), em seu *Dicionário Comentado do Alemão*, nos explica que a tradução de *Trieb* é uma das mais polêmicas, devido à extensa gama de significados e conotações do termo em alemão, bem como devido a peculiaridades no emprego freudiano do termo. Segundo Hanns (1996)

preponderava em livros de medicina, há séculos, uma equivalência entre *Trieb* e *Instinkt*.

Entretanto, a tradução de *Trieb* por instinto apenas recobre parte de seu sentido. Diz o autor:

(...) *Trieb* brotará no indivíduo como fenômeno somático-energético, sendo descrito por Freud como processo fisiológico (envolvendo termos como neurônios, nervos, fontes pulsionais situadas em glândulas) e como processo energético-econômico (acúmulo de energia, descarga). De outro lado, o *Trieb* aparecerá para o indivíduo, isto é, será percebido como fenômeno psíquico (idéia, vontade, dor, medo, sensações) e era impeli-lo a praticar certas ações. Assim, o *Trieb* brota como fenômeno físico e orgânico, e atinge a mente como fenômeno psíquico. Num esquema simplificado, pode-se ilustrar o percurso do *Trieb* na esfera individual como um circuito de circulação pulsional que brota no somático como energia-estímulo-nervoso e atinge o sistema nervoso central na forma de sensação e imagens (idéias), (Hanns, 1996, p. 351).

Na obra de Freud identificamos uma importante expressão para o nosso estudo: “Pulsão de comer” (Freud, (2004[1915]), p. 138), no artigo *Pulsões e Destinos da Pulsão*. Vamos especificar algumas características da pulsão para compreender a expressão, pois Freud não a desenvolveu.

Freud (2004[1915]) afirmou que a pulsão representa o conceito de algo que é limite entre o somático e o psíquico e definiu que toda pulsão implica a existência de quatro fatores que lhe são inerentes: uma fonte, uma força, uma finalidade e um objeto. A discriminação conceitual de cada um desses quatro termos segue abaixo:

1. A fonte das pulsões provém das excitações corporais ditadas pela necessidade de sobrevivência.
2. A força determina o aspecto quantitativo da energia pulsional, ou seja, representa o importante aspecto econômico do psiquismo. Pode ser comparado ao conceito de um quantum de excitação que tende à descarga.
3. A finalidade primariamente é a descarga da excitação para conseguir o retorno a um estado de equilíbrio psíquico, segundo o princípio da constância – também conhecido como princípio da homeostasia. Ambos os termos são equivalentes à

busca do princípio de Nirvana, o qual alude ao fato de o organismo tentar reproduzir o idílico estado intra-uterino.

4. O objeto é bastante variável e mutável. É capaz de satisfazer e apaziguar o estado de tensão interna oriundo das excitações do corpo, ou que, no mínimo, sirva-lhe como um mero depósito de descarga.

Zimmerman (2001) evidencia que a finalidade pulsional da fome é a satisfação e o objeto é o alimento. Entendemos que a pulsão de comer está associada à fome que gera excitação corporal e será minorada com o objeto de satisfação alimento.

Freud enfatizou que o papel da pulsão no âmbito da interligação do somático ao psíquico realiza a ligação da psique ao corpo e cobra ao sistema nervoso um preço, na forma psíquica de ansiedade e na forma energética de um trabalho de busca de objetos. Diz Freud:

As pulsões enlaçam as representações e afetos organizados como linguagem, de modo que o *conflito pulsional se expressa na dimensão humana como desejos opostos* que englobam as camadas anteriores e estão ancoradas na história biológica, sendo determinados não só por esta, mas também por significações (Freud, (2004[1915]), p. 140).

O conceito de pulsão permitiu a compreensão das camadas de um sistema complexo e abrangente em que pulsões se fusionam (e se desfusionam), se enlaçam (e se liberam), progridem (e regridem), se deslocam (e se distorcem), se condensam, mudam de direção e sofrem transformações de natureza, transitando entre o corpo, a psique, o consciente e o inconsciente, assumido diferentes roupagens nos processos psicodinâmicos. Além disso, o autor esclarece que o conflito pulsional se refere aos desejos opostos (Freud, (2004[1915])).

A pulsão não é representada apenas por imperativos compulsivos, mas também por desejos, carências e outras representações e afetos menos investidos e mais deslocáveis,

que por isso podem conhecer destinos tais como a sublimação, o recalque (Freud, (2004[1915]), p. 144).

O ato de mamar é considerado por Freud (1905) como primordial. O autor evidencia que as pulsões sexuais derivam das necessidades de autoconservação e buscam atingir a satisfação auto-erótica antes de atingirem o estágio de escolha do objeto.

Freud (1905) ressalta que muitas de suas pacientes foram na infância firmes adeptas do chuchar, que aparece no lactante e pode continuar até a maturidade ou persistir por toda a vida. O chuchar na repetição rítmica de um contato de sucção com a boca (os lábios) do qual está excluído qualquer propósito de nutrição. Uma parte dos lábios, a língua, ou qualquer outro ponto da pele que esteja ao alcance, até mesmo o dedão do pé são tomados como objeto sobre o qual se exerce essa sucção. O sugar com deleite alia-se a uma absorção completa da atenção e leva ao adormecimento, ou mesmo a uma relação motora numa espécie de orgasmo. Não raro, combina-se a uma fricção de alguma parte sensível do corpo, como os seios.

Diríamos que os lábios da criança comportam-se como uma zona erógena. Freud (1905) destaca que a estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa. A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento. Freud acrescenta que (...) “a sensação prazerosa das partes do corpo são capazes de produzir uma necessidade de repeti-la” (Freud, 1905, p. 177).

A força da sensação prazerosa nas partes do corpo que ocorreu na amamentação pode ser de natureza narcísica e está fadada a se repetir:

O amor por si mesmo que já foi desfrutado pelo Eu verdadeiro na infância dirige-se agora a esse Eu-ideal. O narcisismo surge deslocado nesse novo Eu que é ideal e que, como o Eu infantil, se encontra agora de posse de toda a valiosa perfeição e completude. Como sempre no campo da libido, o ser humano mostra-se aqui incapaz de renunciar à satisfação já uma vez desfrutada. Ele não quer privar-se da perfeição e da completude narcísica de sua infância (Freud, (2004[1914]), p.112).

Freud (2004[1914]) constatou que o narcisismo é um componente inerente ao desenvolvimento libidinal, sendo um complemento da pulsão de auto-conservação. Antes do momento estrutural do narcisismo, Freud (2004[1914]) utiliza o termo “perverso polimorfo” para explicar o funcionamento caracterizado pela parcialidade das zonas erógenas, que encerra em si mesma como, por exemplo, a sucção do polegar que proporciona satisfação libidinal oral. Neste estágio, o ego se torna objeto de amor como unidade psíquica e de representação do corpo. Para que o narcisismo se instaure é necessário investimento externo, principalmente, na relação primária estabelecida com a figura materna com investimento pulsional nas zonas parciais, no corpo erógeno. Freud explica que:

(...) a criança toma seus objetos sexuais a partir de suas experiências de satisfação. As primeiras satisfações sexuais auto-eróticas são vividas em conexão com funções vitais que servem ao propósito da autoconservação. As pulsões sexuais apóiam-se, a princípio, no processo de satisfação das pulsões do Eu para veicularem-se, e só mais tarde tornam-se independentes dela. Esse modo de apoiar-se nos processos de satisfação das pulsões de autoconservação para conseguir veicular-se fica evidente quando se observa que as pessoas envolvidas com a alimentação, o cuidado e a proteção da criança se tornam seus primeiros objetos sexuais, portanto, primeiramente a mãe ou seu substituto (Freud, 2004[1914], p.107).

Lazzarini (2006) também esclarece que no narcisismo secundário o investimento da energia pulsional é dirigido para o eu próprio. Segundo a autora:

O narcisismo secundário diz respeito a uma espécie de refluxo da energia pulsional que após ter investido nos objetos externos, sofre um desenvolvimento libidinal e retorna a seu lugar original, o eu próprio. Tal retorno se dá frente a condições variadas nas quais o indivíduo se encontra, que passa do medo até a decepção com o objeto. Vemos nessa referência um sentido de proteção do eu, uma forma de fechamento com o intuito de preservar uma certa identidade (Lazzarini, 2006, p. 75).

Lazzarini (2006) comenta que o eu se constitui como objeto libidinalmente investido e como representante dos interesses de auto-conservação. Dessa forma, o ser humano sente um fascínio por si mesmo desde o início da vida psíquica. A autora afirma que ao colocar a ênfase sobre o amor de si mesmo, Freud parece se dirigir cada vez mais

rumo a uma concepção do narcisismo dominada pela idéia de um fechamento em si mesmo.

Entretanto, o sujeito não poderá manter-se fechado em si mesmo, pois as admoestações próprias da educação, bem como o despertar de sua capacidade interna de ajuizar, irão perturbar tal intenção. Ele procurará recuperá-lo então na nova forma de um ideal-de-Eu. Assim, o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal (Freud, 2004[1914]).

Ao longo do desenvolvimento, as pulsões de autoconservação do Eu acabam por conseguir que o princípio do prazer seja substituído pelo princípio da realidade. Entretanto, o princípio da realidade não abandona o propósito de obtenção final de prazer, mas exige e consegue impor ao prazer um longo desvio que implica a postergação de uma satisfação imediata, bem como a renúncia às diversas possibilidades de consegui-la e a tolerância provisória ao desprazer. No entanto, o princípio de prazer continua sendo ainda por muito tempo o modo de trabalhar próprio das pulsões sexuais, as quais são mais dificilmente “educáveis”. Assim, há repetição a partir das pulsões sexuais ou a partir do próprio Eu, o princípio de prazer consegue sobrepor-se ao princípio de realidade, prejudicando o organismo inteiro (Freud, 2006[1920]).

Freud postulou a existência de duas pulsões:

1. As pulsões do ego, também chamadas de autoconservação ou de interesses do ego.
2. As pulsões sexuais, conhecidas como de preservação da espécie, às quais Freud denominou libido (em latim designa desejo) que em termos genéricos, designa “todas as pulsões responsáveis por tudo aquilo que compreendemos sob o nome de amor” (Freud, 2006[1920]).

No entendimento de Zimmerman (2001) a partir do *Além do princípio do prazer* (1920), a dualidade inicial que diferenciava as pulsões do ego e as pulsões sexuais, cedeu lugar a uma nova dualidade:

1. As pulsões de vida (Eros).
2. As pulsões de morte (Tânatos), concepção pulsional que Freud conservou definitivamente em sua obra.

Freud (2006/[1920]) concluiu que o ego tinha uma energia própria independente da sexualidade provinda do id. Dessa forma a libido passa a ser conceituada como energia e as pulsões de vida passaram a abranger as pulsões sexuais e as de autoconservação, assim unificando ambas. Brusset (1992) afirma que as pulsões de autoconservação não podem ser reprimidas. Isso significa dizer que esse tipo de representação tem via de acesso aberta do inconsciente ao pré-consciente. O fracasso repressivo outorga um papel mais destacado à censura, ou seja, a barreira interposta entre o pré-consciente e a consciência.

Na perspectiva de Mezan (1998) a grande função orgânica da nutrição sugere a exigência de pulsões de autoconservação, cujo protótipo é dado pelo fenômeno da fome. Nesse sentido, o bebê funciona basicamente incorporando o universo que o rodeia. O que é apreendido é sentido como parte integrante do eu. O mundo é buscado para ser incorporado, reduzindo-se a algo “digerido”. Na fase oral, a relação de objeto é organizada em torno da nutrição. No próximo subitem vamos discorrer sobre a fase oral e o desenvolvimento das relações objetais.

#### **2.4 FASE ORAL E O DESENVOLVIMENTO DAS RELAÇÕES OBJETAIS**

Ao nascer o bebê perde a relação simbiótica pré-natal que possuía com a mãe e a satisfação plena da vida intra-uterina. Com o corte do cordão umbilical, bloqueia-se o fluxo do oxigênio materno. A carência é sentida e o organismo luta para sobreviver. Há luta entre os instintos de vida e instintos de morte. O bebê precisa reagir, inspirar e

introjetar o mundo externo. Ou se recebe o externo, ou se deixa de viver. A angústia de respirar é o início das conquistas com o próprio esforço. Perdido o útero a criança terá que enfrentar o mundo (Rappaport, 1981).

A partir do nascimento, a estrutura sensorial mais desenvolvida é a boca. Rappaport (1981) explica que a energia libidinal é direcionada para boca que é permanentemente fixada nos meios de satisfações orais. É pela boca que o bebê começará a provar e a conhecer o mundo. De acordo com a autora é pela boca que o bebê fará sua primeira e mais importante descoberta afetiva: o seio, o primeiro objeto de ligação infantil com o mundo. É o depositário de seus primeiros amores e ódios. O seio já existe quando o desenvolvimento maturacional não permite ainda à criança reconhecer o seu primeiro objeto total: a mãe. Esta se construirá gradativamente a partir do amor que o seio oferece.

Rappaport (1981) enfatiza que a modalidade reflexa inata de busca de alimentos é necessária para a sobrevivência e além da necessidade física de alimentação, o bebê sente um grande prazer no ato de mamar. Este vínculo inicial de prazer em si, independente da sobrevivência física, constituirá a base das futuras ligações afetivas. O processo de progressivas ligações emocionais é denominado por desenvolvimento das relações objetais, começa com o amor que o bebê dirige ao seio, depois a mãe, ao pai, as outras pessoas e aos objetos do mundo.

Qualquer coisa que desperte o interesse da criança, ela a levará a boca. É como se absorver o objeto e participar dele resultasse no prazer de ter, de possuir que pode se confundir para o bebê com o prazer de ser. Pensamos que esse momento do bebê de levar os objetos ao ser redor à boca pode simbolizar o que acontece com o adulto na compulsão para comer.

No artigo de Freud (1926[1925]) *Inibições, Sintomas e Ansiedade* encontramos uma expressão importante para o nosso estudo: “compulsão para comer” (Freud

(1926[1925]), p. 92). O autor nos explica que este ato está relacionado ao medo de morrer de fome. O medo é considerado como estado afetivo. O autor evidencia que “os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primeiras e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos” (Freud (1926[1925]), p.97).

Freud (1926[1925]) nos lembra de imediato que o medo e a ansiedade primeira acontecem por ocasião de uma separação da mãe. O autor acrescenta que o perigo do desamparo psíquico está relacionado ao perigo de morte quando o ego do indivíduo é imaturo, ou seja, quando o bebê ainda se acha na dependência de outros.

No que se refere à ansiedade, Freud (1933[1932]), em as *Novas Conferências Introductorias*, confirma que o determinante da ansiedade é a ocorrência de uma situação traumática, e a essência disto é uma experiência de desamparo por parte do ego em face de um acúmulo de excitação, quer de origem externa, quer interna, com que não se pode lidar. Tal ameaça envolve separação ou perda de um objeto amado, ou uma perda de seu amor, que se dá logo no primeiro momento da chegada do sujeito ao mundo: o ato de nascer.

Vale ressaltar que a ansiedade também é uma reação afetiva, um sinal para a evitação de uma situação de perigo. No sexo feminino, a ansiedade está relacionada com a perda do objeto (mãe), no sexo masculino, a ansiedade está relacionada com a castração do pênis, que é o elo com a mãe. A perda da mãe significa não satisfação imediata das necessidades instintuais (Freud, 1926[1925]). Neste sentido, podemos considerar que a mãe é o outro responsável pelos primeiros cuidados de satisfação do bebê.

No artigo *Projeto para uma Psicologia Científica*, Freud (1950[1895]) evidencia que o processo da experiência de satisfação do bebê ocorre por meio do outro (cuidador).

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o

desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais (Freud, 1950[1895], p. 370).

Zavaroni, Viana & Celes (2007) evidenciam que neste texto *Projeto para uma Psicologia Científica*, Freud estabelece o desamparo infantil e a busca de satisfação como elementos constituinte da subjetividade. Os autores nos explicam que o corpo do bebê impõe necessidades que exigem, por sua vez, uma ação específica para que sejam satisfeitas. Impossibilitado de realizar tal ação, a única descarga possível ao bebê será o choro que se torna signo de comunicação, pois este traz até a ele a proximidade do outro que providenciará sua satisfação.

O envolvimento do cuidador com o bebê interfere sobremaneira na constituição do psiquismo. Zavaroni, Viana & Celes (2007) evidenciam que o infantil, além de seu caráter determinante na constituição psíquica, é também, o mais antigo, o mais precoce. Tanto no sentido daquilo que é mais remoto, quanto no sentido daquilo que está em conexão com os modos arcaicos do funcionamento psíquico.

Zavaroni, Viana & Celes (2007) destacam que o processo de constituição psíquica é o momento de maior capacidade de receber e reproduzir impressões. São impressões esquecidas que deixam os mais profundos traços em nossas mentes, e que são tomados como traumáticos e constituintes, com efeito determinante.

Bruch (1973) evidencia que a mãe precisa saber entender as sensações corporais de fome do bebê, ou seja, diferenciar quando a criança tem efetivamente fome e dor, quando quer brincar ou quando anseia por trocas e contatos. De acordo com a autora quando a comida é empregada para acalmar qualquer inquietação, a mãe está falhando na sua ação de ser agente no processo de constituição do reconhecimento da sensação de fome pelo bebê, pois há uma discordância entre a ação da mãe e o que o bebê expressa.

Na perspectiva de Bruch (1973) o sujeito que apresenta dificuldades em perceber suas sensações de saciedade, não discrimina a sensação de fome, de ansiedade e cólera. De

acordo com a autora a comida que foi uma resposta polivalente da mãe à sua criança passará a ser resposta polivalente da criança perante qualquer sensação ou emoção. Nesse sentido, as sensações desagradáveis poderão ser substituídas pelo comer.

Os estudos de Zavaroni, Viana & Ammaniti (2011) elucidam a diferença do termo *feeding* e o termo *eating*, que, a nosso ver, parece ser uma forma de demarcar a importância dos elementos envolvidos no momento da alimentação.

Na língua inglesa utiliza-se o termo *feeding* para fazer referência à alimentação da criança em oposição ao termo *eating*. Esta distinção, que não encontramos na língua portuguesa, é importante por fazer alusão ao ato de ser alimentado (*feeding*) próprio à condição infantil. Ou seja, *antes de alimentar-se, a criança é alimentada por alguém que lhe oferece o alimento. Nesta condição, o outro que se aproxima da criança com o seio, com a mamadeira ou a colher não lhe oferece apenas o alimento, mas todo o seu repertório relacionado a este ato* (Zavaroni, Viana & Ammaniti, 2011, pp. 127-128).

Podemos pensar que o processo de constituição do repertório oferecido ao bebê, pode estar naquilo que Zavaroni (2009) evidencia como as trocas cuidador/criança, que são guiadas por regras relativamente constantes como instauradas entre as partes e que podem favorecer ou dificultar o desenvolvimento da criança. O cuidador deve sustentar as faltas da criança, deve oferecer-lhe a possibilidade de viver experiências de autonomia que se repetem em períodos regulares. De acordo com a autora, dessa forma, a criança consegue gradualmente apropriar-se dos próprios sinais e dos sinais de seu cuidador, adquirindo gradualmente as capacidades auto-reguladoras, de autonomia e a confiança em si mesmo.

Os estudos de Lazzarini, Pena & Viana (2010) corroboram com a idéia de que a interação mãe/bebê afeta o desenvolvimento da conduta alimentar. As autoras explicam que no caso dos transtornos alimentares é possível haver a ação dissonante da mãe entre os cuidados corporais e a satisfação das necessidades emocionais e afetivas do bebê.

Um autor de destaque no que se refere ao estudo das trocas interacionais mãe/bebê é o psicanalista Donald Woods Winnicott. Por meio do construto conceitual *mãe suficientemente boa* o autor desenvolve a idéia de que o mecanismo de passagem do bebê

do princípio do prazer para o princípio da realidade exige uma *mãe suficientemente boa*, aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação em tolerar sua frustração. A *mãe suficientemente boa* começa com uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebê e de modo gradativo auxilia o bebê no desenvolvimento da capacidade em lidar com suas frustrações (Winnicott, 1983[1965b]).

Winnicott (1978[1951]) acrescenta que a mãe, no começo, através dessa adaptação *quase completa*, dá ao bebê, a oportunidade de ter a ilusão do seu controle mágico, ou seja, a mãe proporciona ao bebê a sensação de que o seio é objeto dele. A tarefa final da mãe consiste em desiludir o bebê. O bebê recebe leite de um seio que faz parte dele e a mãe oferece leite a um bebê que faz parte dela.

A respeito da desilusão, Winnicott (1978[1951]) destaca o desmame, e enfatiza que é uma das missões dos pais e educadores. O autor expõe que a tarefa de aceitação da realidade nunca é completada, que nenhum ser humano está livre da tensão estabelecida no momento da diferenciação entre a realidade interna e externa. O autor acrescenta que o alívio da tensão é proporcionado por uma área intermediária (o brincar da criança) da experiência que não é contestada.

Para Winnicott (1983[1965b]), é só na presença de uma *mãe suficientemente boa* que a criança pode iniciar o processo de desenvolvimento pessoal e real. A *mãe suficientemente boa* é flexível o suficiente para poder acompanhar o filho em suas necessidades, as quais oscilam e evoluem no percurso para a maturidade e a autonomia. Essa mãe possui sensibilidade peculiar que a leva a poder sentir como se estivesse no lugar do bebê, é por essa via que ela responde às suas necessidades que são inicialmente corporais e posteriormente, necessidades do ego. É importante sabermos que a condição de *adaptação quase completa* da *mãe suficientemente boa*, diz que, inevitavelmente, a mãe vai falhar. E esta falha também é necessária para o desenvolvimento saudável do bebê.

Outro destaque importante de Winnicott é a criação do termo *objeto transicional*. A expressão *objeto transicional* criada em 1951, por Winnicott, designa um objeto material que tenha valor para o bebê e permita efetuar a transição necessária entre a primeira relação oral com a mãe e uma verdadeira relação de objeto. Roudinesco (1998) interpreta este construto winnicottiano a partir de uma leitura fenomenológica da cultura cristã: transformação do pão e do vinho em corpo e sangue de Cristo, para ela, um fenômeno transicional. A relação estabelecida por Roudinesco remete o pão como alimento transformado em objeto transicional, ou seja, por meio do pão incorpora-se o corpo de Cristo. Não exatamente o seu corpo, mas os seus atributos.

Rappaport (1981) afirma que a incorporação é a etapa concreta da introjeção e a organização primitiva da identificação. Quanto mais regredido, menos simbolizado e mais concreto é o processo. Quanto mais regredido etariamente, mais se torna a parte em relação ao todo.

Winnicott (1978[1951]) evidencia que os bebês, logo após o nascimento tendem a usar punhos, dedos e polegares para estimular a zona erógena oral a fim de satisfazer os instintos ligados a esta zona. Após alguns meses os bebês passam a gostar de brincar com bonecas, ursinhos, objetos duros. A maioria das mães permite que seu bebê adote algum objeto especial e espera que ele se afeiçoe a esse objeto.

O objeto transicional é usado para designar a área intermediária da experiência entre o erotismo oral e a verdadeira relação objetal. O autor expõe que a área intermediária da experiência entre o erotismo oral e a relação objetal suscita o movimento da atividade criativa. O conteúdo de mundo interno introjetado faz com que o bebê alcance a condição de ser uma unidade com uma membrana limitadora entre o exterior e o seu interior, dessa forma o bebê possui uma realidade interna que pode ser rica ou pobre em relação à realidade externa (Winnicott, 1978[1951]).

É importante salientar que o objeto transicional simbolizado abre campo ao processo do bebê se tornar capaz de aceitar a diferença e a similaridade. Sobre a relação do objeto transicional com o simbolismo, Winnicott (1978[1951]) demonstra que o pedaço de cobertor, a bolinha de lã, a ponta de edredon ou outros objetos são símbolos do seio, nesse momento. O objeto transicional não é um objeto interno: é uma possessão.

O objeto transicional pode ser considerado como oportunidade do bebê viver esse momento de ilusão, de pensamento mágico e onipotente, que tem a peculiaridade de com o tempo perder seu significado, ou seja, é passageiro, transitório. O objeto transicional representa a mãe, ou mais exatamente o ambiente materno em via de introjeção. Um fracasso neste estágio do desenvolvimento pode tornar o objeto transitório em um objeto de uso definitivo e patológico.

Winnicott (1978[1951]) ressalta que a transicionalidade é a matriz da simbolização, pois tem a ver com a simbolização da ausência/presença da mãe. Representa a transição do bebê de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela, como algo externo e separado dela. O simbólico é importante para constituição da vida psíquica.

Assim, tanto a mãe quanto o ambiente devem ser suficientemente bons para que haja no bebê uma formação emocional saudável. Entretanto, caso a mãe não seja *suficientemente boa* e esse cuidado apresente falhas para além da capacidade maturacional do bebê, este poderá ter um comprometimento na constituição de sua subjetividade devido a esta relação materna deficiente. As privações das relações objetais ao longo do primeiro ano de vida é um fato prejudicial, que leva a sérios distúrbios emocionais na criança, como se esta estivesse sendo privada de algum elemento vital à sobrevivência (Winnicott, 1988[1987a]).

Neste sentido, a atitude emocional e a afetiva da mãe servirão para orientar o bebê e conferir confiança para que o mesmo desenvolva a subjetividade e a criatividade. É este padrão de relacionamento parental que dará origem à estrutura do desenvolvimento da criança e suas formas de se afeiçoar aos objetos.

O alimento que poderia ser um objeto de transicionalidade relacionado à ausência e à presença da mãe, pode se tornar o objeto patológico quando o sujeito o busca para repetir a experiência primária. O objeto de transicionalidade representa a primeira posse da criança e tem caráter de intermediação entre o seu mundo interno e externo. O objeto transicional é algo que não está definitivamente nem dentro nem fora. Ele serve como meio do sujeito experimentar situações e oportunidades para a demarcação de seus próprios limites psíquicos em relação ao interno e ao externo.

A partir do levantamento teórico expostos nesses capítulos, partiremos para a pesquisa de campo a fim de compreender a obesidade associada à compulsão alimentar.

## CAPÍTULO III - RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

Neste capítulo serão descritos os resultados alcançados na pesquisa de campo. Destacaremos os instrumentos utilizados e a sua forma de aplicação. Apresentaremos a análise e discussão dos resultados.

### 3.1 INSTRUMENTOS DE PESQUISA E COLETA DOS DADOS

Após a revisão bibliográfica elaboramos questionário para o levantamento de dados relacionados aos aspectos da personalidade, da vida familiar, dos dados sociais e das condições de saúde dos participantes da pesquisa. Solicitamos que descrevessem o peso e altura para calcularmos o índice de massa corporal.

A primeira sessão com o grupo foi iniciada com as apresentações pessoais, a exposição dos propósitos da pesquisa, a discussão do termo de consentimento livre esclarecido e o preenchimento do questionário. Posteriormente os participantes comentaram as perguntas do questionário e deram voz às questões relacionadas a obesidade. O principal assunto, discutido pelos participantes, foi a *autopercepção da mudança corporal* por meio do olhar do outro.

Na segunda sessão, a consigna foi a de que os participantes falassem a respeito da *ocorrência da obesidade* em suas vidas. Nesta sessão, tivemos a presença de duas novas pessoas. As questões discutidas estavam vinculadas aos episódios da compulsão alimentar precedidos por sensações de ansiedade e vazio. Várias queixas relacionadas ao outro (pessoas ao redor) foram expostas. Os participantes evidenciaram que houve decepção com as cobranças e exigências do outro (pessoas ao redor) e o não reconhecimento de suas ações. Eles falaram que após as decepções, houve uma paralisação e o aparecimento da gordura em excesso. O clima da sessão foi envolvido por queixas, denúncias e decepções.

O tema de discussão na terceira sessão foi *mudança corporal*. A consigna foi a de que cada participante utilizasse o barbante para demarcar o seu espaço antes e depois da

mudança corporal. A sessão foi iniciada com dois participantes mostrando um vídeo, no qual um policial estava algemado recebendo comida e mastigando um pedaço de jaca. Junto dele havia duas pizzas grandes. Percebemos que o objetivo desse vídeo foi o de mostrar a comida como método de punição. Ao longo da sessão foram discutidos eventos relacionados às dificuldades vivenciadas no cotidiano, à agressividade presente no ambiente do trabalho, à dor sofrida nos rituais de passagem, à subserviência aos superiores hierárquicos e à passividade em momentos que deveriam agir. Além disso, foram postos ganhos e perdas associados à obesidade. O clima da sessão foi de consternação.

Na quarta sessão, solicitamos que cada participante descrevesse, em folha A4, os elementos importantes em sua vida e a relação com o evento da obesidade. Os enfoques da discussão foram saúde, trabalho e família. Os participantes evidenciaram seus comportamentos ligados à transgressão, à desobediência e à teimosia. O fechamento da sessão foi permeado por um clima de questionamentos.

Na quinta sessão, solicitamos que falassem livremente a respeito de seus movimentos no cotidiano e influências na obesidade. Nesta sessão houve a presença de um novo participante. No decorrer da sessão, os participantes destacaram que se sentiam misturados com o grupo da unidade policial e não poderiam atuar individualmente. Se queixaram que seus direitos foram roubados e que são menosprezados por participarem do grupo de obesos. O clima da sessão foi de indignação.

Na sexta sessão, solicitamos que cada um se desenhasse para que identificassem a auto-percepção corporal. Nesta sessão somente dois participantes estavam presentes. Os participantes falaram de um estranhamento relacionado à sua auto-imagem. Deram indícios da decepção com o meio externo e justificaram que o descrédito em relação ao outro fez com que ficassem paralisados e engordassem.

Na sétima sessão deixamos que os participantes falassem livremente sobre seus sentimentos. Iniciaram a sessão perguntando se seria o último encontro. Expressaram agressividade direcionada às terapeutas, argumentando que a psicologia dentro da Polícia não tem crédito. Posteriormente falaram que são ameaçados e repudiados pelos outros. O clima foi de tensão e agressividade. Interpretamos que as reações de agressividade e desprezo foram um certo tipo de protesto perante a iminência do abandono, pois as sessões se findavam.

Na oitava e última sessão solicitamos que os participantes fizessem um esboço de um livro contando a sua história pessoal e a relação com a obesidade. Ficou evidenciada a questão narcísica em que o sujeito se decepciona com o outro, fecha-se em seu próprio corpo e cria regra própria. Fizemos o fechamento dos trabalhos e os convidamos para participarem dos atendimentos de grupos de obesos no Centro de Atendimento e Pesquisa da UnB.

### **3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste tópico o leitor nos acompanhará na apresentação dos resultados das sessões. Cada sessão foi aberta com uma pergunta ou solicitação, conforme os dados supracitados. Os dados foram analisados a partir da perspectiva da análise do discurso. Concordamos com Orlandi (2000), quando diz que um dos aspectos importantes da *análise do discurso é permitir que o pesquisador olhe para o discurso produzido não apenas em níveis superficiais de aparências, mas também como possuidor de um caráter de plano subjetivo.*

A partir das falas comuns dos participantes formulamos as categorias, a saber:

- 1- Episódios da Compulsão Alimentar.
- 2- Obesidade: o referencial da alteridade.
- 3- De magro a gordo: “o couro grosso que protege”.
- 4- Imagem corporal.

## 5- Queixas do Cotidiano.

### 3.2.1 ANAMNESE

Vamos começar com os resultados da anamnese realizada por meio do questionário e entrevista. Ressaltamos que os nomes utilizados para os participantes são fictícios.

Borges, IMC 33, 42 anos, terceiro grau de escolaridade, é casado e tem um filho. Em relação à aparência corporal percebe que está acima do peso. Ressalta que as pessoas ao redor comentam a respeito da sua gordura, porém ele expressa que não se incomoda com isso. Ele percebeu que estava gordo quando observou que na formatura da faculdade em 2000, estava com 90 quilos e na formatura de Sargento em 2007 estava com 150 quilos. Ele considera o problema da obesidade moderadamente grave, por provocar dores no corpo e incomodar para dormir. Relata que a instituição de trabalho não possui ação preventiva a obesidade. No cotidiano ele prefere realizar atividades em grupo e gosta de ficar com a família em casa. Ele relata que costuma fazer o que deseja, na hora que o interessa e não se preocupa com as regras. Em relação à saúde apresenta hipertensão, problemas osteoarticulares, alterações neuroendócrinas, faz uso de medicação para dores no corpo, afirma que apresenta sinais de depressão, não faz reeducação alimentar, não usa medicamentos para emagrecer, dorme 3 horas por dia e pratica corrida e caminhada. Relata que o benefício com a atividade física é a perda de peso. Afirma que fez reeducação alimentar, mas quebra as regras.

Adamastor, IMC 31, 50 anos, segundo grau de escolaridade, é casado e tem dois filhos. Em relação à aparência corporal percebe que está fora dos padrões de estética, pois as pessoas dizem que ele está fora do peso normal. Ele percebeu que estava acima do peso aos 40 anos quando o médico pediu para que ele procurasse uma nutricionista e ela solicitou que anotasse tudo que comesse durante 30 dias. Numa escala de 0 a 10, ele atribui o valor 7 para o problema da obesidade e explica que as pessoas dizem que ele está

acima do peso. Relata que outras pessoas da família apresentam sinais de obesidade. No cotidiano ele prefere realizar atividades individualmente e a atividade que costuma fazer no tempo livre é ficar em casa. Destaca que a instituição em que trabalha oferece atividades preventivas a obesidade como teste de aptidão física e orientação médica. Em relação à saúde não é hipertenso, não apresenta problemas osteoarticulares, não apresenta alterações neuroendócrinas, não faz uso de medicação, não apresenta sinais de depressão, faz reeducação alimentar e tem acompanhamento com a nutricionista, não usa medicamentos para emagrecer, dorme de 6 a 8 horas por dia e faz caminhadas três vezes por semana. Relata que o benefício com a atividade física é melhorar o humor e tornar o dia mais proveitoso.

Moacir, IMC 30, 42 anos, segundo grau de escolaridade, é casado e tem dois filhos. Em relação à aparência corporal percebe o seu ganho de peso e a mudança corporal. Ele destaca que as pessoas ao redor o criticam. Percebeu que estava acima do peso quando foi vestir uma bermuda e não conseguiu fechar o botão. A pior situação em relação à obesidade foi ouvir os amigos dizerem que ele estava desleixado consigo. Ele considera o problema da obesidade levemente perturbador porque acredita que se empenhar consegue emagrecer. Relata que a instituição do trabalho não apresenta ação preventiva à obesidade. No cotidiano, ele prefere realizar atividades individualmente e gostaria de ter tempo para praticar atividades de artesanato. Em relação a sua saúde apresenta problemas osteoarticulares, não faz reeducação alimentar, não usa medicamentos para emagrecer e às vezes pratica atividade física, ciclismo, dorme 8 horas por dia. Relata que o benefício alcançado com a atividade física é o aumento da disposição para as atividades. Afirma que já fez reeducação alimentar, mas não conseguiu alcançar o objetivo.

Maurício, IMC 28, apresenta sobrepeso, 35 anos, terceiro grau de escolaridade, solteiro, sem filhos e mora com os pais. Em relação à aparência corporal relata que deixou

de cuidar de si. Ressalta que para as pessoas que estão ao seu redor destacam que a sua aparência corporal está ruim. Ele afirma que se sente abalado com os comentários e que interferem diretamente em sua auto-estima. Ele percebeu que estava acima do peso quando apresentou dificuldades para realizar as atividades esportivas. Segundo ele uma das piores conseqüências do sobrepeso foi perder um curso por ter sido reprovado no teste de aptidão física. Ele considera extremamente grave estar acima do peso, porque perde chances, se sente mal fisicamente e esteticamente. Relata que outras pessoas da família não apresentam sinais de obesidade. No cotidiano ele prefere realizar atividades individualmente. No seu tempo livre pratica esportes, joga xadrez, estuda, vai ao cinema e gostaria de prestar serviço policial fora do Estado. Destaca que a instituição que trabalha oferece incentivo às atividades físicas como forma preventiva à obesidade. Ele afirma que se percebeu fazendo escolhas pelos caminhos mais fáceis e que essa atitude o prejudica na reeducação alimentar. Não apresenta nenhum problema de saúde, dorme de 6 a 8 horas por dia e pratica corrida, natação, ciclismo, jiu-jitsu e caminhadas. Relata que os benefícios com a atividade física proporcionam melhor percepção corporal como respiração, flexibilidade, raciocínio, tranquilidade e dormir melhor.

Percebemos que todos os participantes da pesquisa praticam algum tipo de atividade física. Dentre os quatro, apenas um faz reeducação alimentar, os outros afirmam que já tentaram fazer dietas e não tiveram êxito. Esse dado corrobora com as evidências dos estudos de Bernadi, Cichelero & Vitolo (2005), que as restrições e auto-imposição das pessoas que fazem dieta não são suficientes para aplacar a obesidade.

Dois participantes apresentam queixas com problemas de saúde como hipertensão e problemas osteoarticulares. Esses dados se enlaçam com os achados de Segal, Cardeal & Cordas (2002) ao afirmarem que a obesidade está comprovadamente associada com

doenças como hipertensão arterial, osteoartrose, insônia e outras. Embora na nossa pesquisa dois participantes não relataram outros tipo de doenças.

Dois participantes afirmaram possuir baixa auto-estima e desleixo consigo. Santos, Peres & Benez (2002), também evidenciaram que os sujeitos obesos demonstram sentimentos de inadequação, inferioridade, descontentamento e baixa auto-estima. Notamos que todos os participantes foram ao médico e nenhum foi encaminhado para o serviço psicológico.

### **3.2.2 EPISÓDIOS DA COMPULSÃO ALIMENTAR**

Os participantes da pesquisa relataram episódios de superingestão de alimentos e a sensação de perda do controle acerca da especificidade e quantidade de alimentos que ingerem. O participante Borges diz:

Borges: (...) eu tomava *um litro de coca-cola no almoço, comia três sanduíches de uma vez. As compras para casa eram exageradas*, comprava peça inteira de presunto, queijo, filé. Uma vez, meus colegas de trabalho riram de mim, porque encontraram *um quilo de amendoim no meu colete* balístico. *Eu comia muito, muito, porque passei muita fome quando era criança*, o feijão era nossa mistura, quando tinha ovo, fazíamos festa.

A fala do participante Borges revela episódio de comer compulsivo. De acordo com Appolinário (1998) a quantidade de alimentos envolvida nestes episódios é variável, podendo ir desde quantidades um pouco superiores a ingestão habitual até proporções extremamente exageradas, como 6.000 kcal/episódio.

O participante Borges justifica o ato da compulsão alimentar por ter passado fome quando criança, essa fala nos remeteu aos achados de Bruch (1973). A autora expõe que a origem da obesidade estava na perturbação precoce da relação mãe-bebê, basicamente na incapacidade da mãe em responder apropriadamente às necessidades da criança. Bruch afirma que o bebê, ao nascer, não possui uma consciência discriminatória sobre a fome. Essa se instala através das trocas recíprocas estabelecidas no relacionamento com a pessoa

que dispensa os cuidados maternos e as respostas às demandas que ocorrem entre a criança e seu objeto.

Os estudos de Zavaroni, Viana & Ammanti (2011) esclarecem que a alimentação na infância está relacionada a aspectos fundamentais da vida: além da relação direta que estabelece com a sobrevivência física, está estreitamente relacionada à constituição psíquica. Pensamos que o participante Borges pode estar falando de uma fome psíquica.

O participante Maurício, também, expõe seu episódio da compulsão alimentar:

Maurício: Eu ia para o shopping e *me enchia de comida* na praça da alimentação, com diversos tipos de *massa, salgados e doces, era exagerado, comia pesado, eu tomava cerveja, comia bastante.*

A fala do participante Maurício nos remete aos estudos de Lazzarini & Pena (2011), as autoras enfatizam que os pacientes obesos tendem a reviver a vida numa busca inconsciente de tentar resgatar, através da comida, um momento de relação com a figura objetual que se fez presente na fase oral do desenvolvimento psíquico. Neste sentido, os sujeitos obesos parecem não ter outra possibilidade de subjetivar seu conflito senão pelo concreto do corpo. Spada (2009) confirma que o comedor compulsivo continua agindo e sentido de forma primitiva, indiscriminada e confusa entre seus objetos internos e o mundo externo.

O participante Maurício acrescenta que tem seus episódios de compulsão alimentar, porém realiza movimentos compensatórios para evitar o ganho de peso. Além disso, ele afirma ter dificuldades em lidar com o que é proibido.

Maurício: (...) *Como pesado*, mas ando de bicicleta, saio daqui vou para o parque andar, chego em casa e corro, depois *chego aqui e coloco tudo a perder.* (...) É bom e tudo, mas é complicado. Eu tenho dificuldade, porque *as coisas ruins são gostosas.* Comer é bom, é muito bom, então quando *você está chateado você vai lá e come pesado, tenho o hábito de fazer o que é proibido.*

Brusset (1992) afirma que é diante das formações superegóicas que o comer compulsivo se apresenta como liberação momentânea e, no imediatismo, desaparecem as

contradições e as proibições. No caso do participante Maurício parece que em alguns momentos a rigidez da regra “não comer” não é atendida e, há liberação momentânea para que ele extravase algo.

No que concerne as proibições alimentares, Vilhena, Novaes & Rocha (2008) afirmam que as pessoas obesas ocupam socialmente o lugar de transgressores, uma vez que não reproduzem de maneira eficaz e disciplinar as práticas corporais que as levariam a perder peso.

O participante Moacir fala da sua experiência de compulsão alimentar em momentos de estresse.

Moacir: Fui me descuidando, ficando mais largado em relação a alimentação. Eu ia para os lugares e *não me preocupava com o que comia e a quantidade*. Depois percebi que estava acima do peso, mas, *na hora, você não pensa*. O peso não chega ser a prioridade na hora do estresse, quando você está mais tranqüilo que pensa sobre isso, na hora você está focado em outra situação e esquece, então come em exagero.

A fala do participante Moacir parece elucidar dificuldade em representar e significar algum tipo de conteúdo psíquico e nos momentos críticos o alimento seria um meio para aliviar a excitação interna. Nos estudos de Almondes et. al. (2005), um dos aspectos mais importantes como desencadeadores da vontade de comer, refere-se aos fatores emocionais como ansiedade, angústia, preocupação, solidão, tensão/estresse, raiva e tristeza.

As falas dos participantes, também, evidenciaram o prazer que a comida proporciona.

Borges: (...) Eu reprimo o desejo por alguns alimentos. Eu passo perto de uma coca-cola e fico louco por ela. Mas sei que é por causa do açúcar, *me proporciona prazer*. Tento me controlar, mas é difícil.

Borges: (...) Eu posso comer duas colheres de arroz, mas se eu não comer meio quilo de feijão não vale. Eu até posso comer sem feijão, mas se tiver tem que ser muito. O feijão tem um significado especial, o jeito que eu tempero ele, o jeito que minha esposa faz, ele fica gostoso. *Sinto prazer*.

Moacir: (...) Percebo que *no sanduíche tem prazer*, mas o preço é a própria saúde porque a pressão fica alta.

Moacir: (...) No meu caso, quando faço as substituições, o prazer não é o mesmo. Mas penso no que pode acontecer lá na frente. O problema é *o prazer* da comodidade e a satisfação de se relacionar com o grupo quando estamos comendo.

Borges: (...) Tem graça você chegar em casa e abrir uma garrafa de cerveja sozinho? Não tem. Não tem *prazer*. Eu sei que fujo da realidade, ou do próprio físico, você não aceita que está tão gordo assim. Quando olha no espelho sem camiseta eu vejo que estou meio esquisito.

Freud (1905) explica que a primeira e mais vital das atividades da criança é mamar no seio materno ou em seu substituto. A criança familiariza-se com esse prazer. Diríamos que os lábios da criança comportam-se como uma zona erógena. A estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa. A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento. Freud acrescenta que a sensação prazerosa da parte do corpo é capaz de produzir uma necessidade de repetição da experiência.

Rudge (1991), também, confirma que o prazer se constitui por uma simbolização primordial e a suposta simbolização primitiva implica na introdução do prazer como princípio.

As falas dos participantes, ainda, nos remeteram aos estudos de Hermann & Minerbo (1998). Os autores afirmam que homens e mulheres estiveram às voltas com a interdição sexual, hoje, são compelidos especialmente a expressarem tal gênero de interdição sob espécie alimentar. Por sua vez, enquanto tradutor moral, o discurso dietético parece ter suplantado e substituído o discurso sexual. A dieta é um novo paradigma moral. A repressão, as formações reativas e a sublimação são mecanismos característicos da vida psicosssexual que alimentam incessantemente o sentido moral do homem civilizado.

Outro aspecto que os participantes destacaram foi a ansiedade. As falas dos participantes mostraram que a ansiedade precede os momentos dos episódios da

compulsão alimentar. Eles afirmam que a ansiedade, muitas vezes, está enlaçada com o vazio, com a ociosidade e com a falta de controle em situações específicas.

Borges: (...) quando eu estou em casa, *na maioria do tempo fico sozinho*, minha esposa está trabalhando e o meu menino está para escola, então você não tem *nada para fazer*, você fica ocioso, ou vai para a televisão ou vai para o computador, então isso aí dá um *vazio*, aquele negócio que dá ansiedade, *então eu como*.

Adamastor: (...) Na hora que você come o sanduíche e toma meio litro de coca-cola *você não pensa por causa da ansiedade*, depois vem o pensamento, preciso manear.

Borges: (...) Se eu arrumar alguma coisa pra fazer, eu passo tranqüilo, sem fome. Quer me ver bravo, *é ficar sem fazer nada, em casa, vendo televisão. Fico ansioso e vou comer*.

Moacir: (...) Fico ansioso para resolver a situação que aparece. Muitas vezes foge do meu controle, por exemplo, eu acompanho minha mãe no hospital, aí ela foi medicada, eu não resolvo aquilo lá, e fico pensando se ela vai melhorar e que dia eu vou voltar para o hospital de novo. *Essa é a ansiedade* que me faz comer e não me preocupar com o que como e a quantidade, como pesado.

Lazzarini & Pena (2011) constataram que diante da possibilidade de desencadeamento de qualquer conflito ou dor psíquica o ato de comer pode se apresentar, para os pacientes obesos como um recurso capaz de desfazer o conflito. Azevedo (2004) destaca que o comer em excesso pode ser uma regressão à fase oral, como forma de lidar com a ansiedade.

Freud (1926[1925]) nos lembra de imediato que a ansiedade primeira acontece por ocasião de uma separação da mãe. O autor acrescenta que o perigo do desamparo psíquico está relacionado ao perigo de morte, quando o ego do indivíduo é imaturo, ou seja, quando o bebê ainda se acha na dependência de outros. As falas dos participantes nos mostraram que estar sozinho e ficar sem contato com alguém gera ansiedade, como se eles dependessem de um objeto para existir, tal objeto pode ser representado pelo alimento, que supostamente vai aliviar a ansiedade temporariamente.

Lazzarini & Pena (2011) enfatizam que a dificuldade em lidar com uma parcela de ansiedade e/ou com sentimentos de frustração, instiga a utilização da comida como um recurso concreto na busca de preenchimento e alívio da tensão.

Os participantes ainda destacaram o vazio, o nada e a ociosidade como mecanismos que impulsionam o comer em excesso. Lazzarini & Pena (2011) pontuam que o sujeito contemporâneo tende a não cultivar a interiorização e a reflexão sobre si mesmo e, como resultado, sente-se ameaçado pela desintegração e por um sentido de vazio interior. O indivíduo passa então a buscar formas para tentar sedar a angústia que sente e, muitas vezes, isto se traduz em adoecimento psíquico.

Adamastor: (...) se você ficar sem fazer *nada*, você vai procurar alguma coisa para comer. Moacir: (...) se você está sem fazer nada, o *vazio* aparece, então você come. Borges: (...) estar na internet, no computador, para o gordo é um *vazio*. Adamastor: (...) se você está na televisão você corre pra geladeira. Moacir: (...) é a *ociosidade* que nos faz comer em excesso. Borges: (...) se você está em casa *ocioso* você vai pensar em dívida, como vai pagar a conta, corre pra geladeira e assalta. Borges: (...) você não está tendo ocupação, a mente está *vazia*, então vamos colocar *comida para dentro*. *O corpo está ali e ele vai pedir alguma coisa* para suprir. Moacir: (...) quando fico *ocioso* desanda tudo, não me preocupo com o que como e a quantidade de comida.

Lazzarini & Pena (2011) articulam que muitas das angústias relatadas por pacientes obesos enveredam para as questões da falta e do preenchimento do vazio, ou seja, algo que falta em sua vida e o conseqüente apetite psíquico, uma fome pelo que o alimento simboliza.

Segundo Brusset (1992), a sensação de vazio implica na grande variedade e intensidade das defesas empregadas para evitar o conflito intrapsíquico. De acordo com o autor trata-se da expulsão dos conteúdos mentais por meio da identificação projetiva em um campo de batalha em que circulam aspectos egóicos e objetivos em movimentos de perda e de recuperação.

### 3.2.3 OBESIDADE: REFERENCIAL DA ALTERIDADE

As falas dos participantes demonstram que a gordura em excesso é percebida pelo outro (pessoas ao redor). Eles afirmam que, sozinhos, não perceberam a mudança corporal e sim as pessoas ao redor que apontaram a gordura em excesso. É como se houvesse uma dissociação, talvez uma falta de representação, entre o que percebem pelo olhar do outro e o que vivenciam de si. Concordamos com Birman (2005) ao afirmar que a construção do Eu corporal passa pelas transformações pulsionais e o corpo seria o conjunto de marcas impressas no organismo pela reflexão promovida pelo outro.

A fala do participante Borges confirma as marcas impressas pelo olhar do outro.

Borges: (...) Quando entrei na polícia tinha 45 quilos e já cheguei a 150 quilos, no momento que fui me casar, minha esposa disse: - *Você está redondo*, mudou muito, olha para o tamanho do seu terno.

De acordo com Zambolim (2007), a questão do obeso reflete bem a ausência de medidas e limites. Esta é uma característica da sociedade virtual onde a realidade se perde. O obeso é a imagem que perde o vínculo com a própria realidade, com a própria referência e com o próprio eu. Dessa forma, quem dá o referencial é o outro.

O participante Moacir também confirma que percebeu a gordura em excesso pelo olhar do outro, ele diz:

Moacir: (...) eu percebi que o cinto da calça não cabia mais, precisei mudar de nível, as roupas não serviam, *mas para mim estava tudo bem* e as pessoas diziam que eu não estava bem, estava gordo, *então resolvi olhar para isso*.

Mais uma vez, a gordura em excesso referenciada pelo outro aparece na fala do participante Adamastor.

Adamastor: (...) às vezes tenho vontade de bater no meu irmão, todas as vezes que ele me vê, diz: *você está gordinho* hein. Aqui no quartel todo mundo diz que *estou gordo*, eu *discordo de todos*, mas resolvi olhar para isso, já que a voz do povo é a voz de Deus. Quando você pensa que não, você percebe pelo estado do corpo, todo mundo chega para você e diz: *não te reconheci, você está gordo*. *As pessoas dizem, mas você não percebe*. O tempo vai passando e você vai engordando, porque está se vendo todo dia e não se percebe, *só percebe quando as pessoas chegam e falam*,

eu não percebi que *envelheci e engordei*. Vem a questão: *se eu não emagrecer, todo mundo vai ficar me olhando e dizendo que sou gordo*.

As falas dos participantes evidenciaram que o eu obeso se constituiu na relação com o campo da alteridade. O eu obeso se representou pela intervenção do outro.

### **3.2.4 DE MAGRO A GORDO: “O COURO GROSSO QUE PROTEGE”**

Vamos apresentar as principais falas dos participantes no que concerne a passagem do corpo magro ao corpo gordo. Enfatizamos a expressão “*o couro grosso que protege*” por ser utilizada pelos participantes durante as sessões.

Moacir: (...) antes muito tempo atrás, antes dos trinta anos, eu gostava de pedalar, vinha para o quartel pedalando, jogava basquete, as pessoas diziam: está levando a sério esse negócio. O tempo foi passando, passando e eu parei com o basquete. Foi passando, passando e *comecei a relaxar*, parei de jogar e as pessoas diziam que eu estava ruim e questionavam se eu não estava fazendo exercício físico, pois o *corpo castiga*. Passou mais um tempo e as pessoas continuam dizendo como você mudou filho, de um tempo para cá *a barriga cresceu*. *As pessoas percebiam as mudanças mais do que eu, sei que fui deixando*, deixando e cheguei onde estou. No antes eu praticava muito esporte, tinha uma alimentação não gordurosa, a sensação era de leveza, eu não tinha problemas de saúde. Hoje *o sobrepeso fez com que rompesse os ligamentos e agora tenho pressão alta*. Percebo muitas perdas, antes fazia coisas que agora não posso mais fazer.

O participante Moacir evidencia-se como sujeito ativo quando era magro e com o passar do tempo, houve paralisação e passividade, um relaxamento do corpo que resultou na mudança corporal associada a gordura em excesso e prejuízos na saúde. Peres & Santos (2002) expõem que os obesos tendem a passividade e buscam no plano da fantasia as satisfações que não alcançam na realidade. Zambolin (2007) afirma que o sujeito obeso fica paralisado, tornando-se um observador e deixa de ser o protagonista da sua própria vida.

Outro aspecto que nos chamou a atenção na fala do Moacir foi a referencia da obesidade como sobrepeso. Notamos que o termo obesidade não é utilizado. Loli (2000) observou que os sujeitos obesos excluem o tema obesidade e dão ênfase ao desejo de emagrecer e as dificuldades diante desta meta.

Para o participante Borges a passagem de magro a gordo está ligada a quebra de limites apertados que as pessoas impuseram.

Borges: (...) com nove anos todos diziam que *eu não iria passar de 1,50m*, a família da minha mãe, o mais alto tem 1,50m, então até os nove anos eu era gordinho e baixinho, até quinze anos eu era só o toquinho mesmo. Depois fui pra roça, comecei a trabalhar, emagreci e virei uma varinha, voltei para Brasília para servir o Exército e lá eu fiquei até entrar na Polícia Militar, entrei com quarenta e cinco quilos e 1,75 de altura. Com quarenta e cinco quilos *os colegas começaram a criticar a magreza*, então *entrei na academia para ganhar massa muscular* e comia feito um doido, na época tinha umas bombas, mas eu não quis. Lá o pessoal era meio maluco. *Comecei a engordar, entrei na faculdade*, fui ficando lento, terminei a faculdade e inventei de casar, *a comida da Dona Maria é boa*, quando eu *me casei* eu tinha oitenta e cinco quilos, em doze anos teve a transformação, com sete anos de casado de oitenta quilos passei para cento e cinquenta quilos, houve um bum, vida muito boa, *não fazia mais nada*, estava naquela paz. Quando cheguei nesta unidade policial estava com quase cento e cinquenta quilos e aí baixei um pouco para cem, cento e cinco quilos. Percebi que em outras unidades da Polícia, *as pessoas não notaram que eu estava gordo*, porque todos da unidade eram gordos. Fiquei muito tempo só com a esposa e filho, me afastei dos outros familiares e amigos, parei de malhar e comecei com a faculdade para trabalhar a mente, foi aí que eu me deflinhei, *a preguiça montou, não queria saber de nada, você abandona tudo*, abre mão de uma coisa para seguir adiante com outro objetivo. (...) o meu apelido aqui no quartel é “gordo”. É *o lugar que um gordo chama o outro de gordo*. Em relação as cobranças e os apelidos, nós levamos na brincadeira. (...) o menino de nove anos ouvia que não ia passar de 1,50m e seria gordo. (...) *agora com quarenta e tantos anos entendo que o dinheiro pode comprar tudo. Se eu quiser emagrecer posso fazer redução do estômago e cirurgia plástica* que fico perfeito. Só não muda por dentro. Então *não dou atenção para o que as pessoas dizem*, quando saio para fazer atividade física é para esquecer que tenho mulher, família, filho e as pessoas que ficam perturbando, faço atividade para oxigenar o cérebro. Quando eu era magro ninguém me notava, eu era minúsculo, eu passava batido. Depois que engordei fiquei mais conhecido, logo em seguida os problemas de saúde apareceram.

O participante Borges demonstra um processo de desaceleração de atividades físicas e a inserção em atividades intelectuais acadêmicas. Ele afirma que pode abolir, a qualquer momento, a obesidade com a cirurgia e destaca que engordar fez com que ele fosse reconhecido pelos outros. Os estudos de Marchioli, Marcioli & Silva (2005) evidenciaram que a cirurgia bariátrica é percebida por muitos sujeitos obesos como meio de resolver o problema da obesidade e pode estar relacionada com a exigência estética e

com a fantasia que algo superior vai resolver seus problemas, impedindo a discussão das questões psicossociais envolvidas na obesidade.

O participante Adamastor apresenta a ausência de rotina como mecanismo que influenciou a passagem de magro a gordo.

Adamastor: (...) Eu entrei na Polícia com vinte e seis anos e jogava bola muito bem, todo mundo queria que eu jogasse em seus times, eu fazia educação física e melhorei muito, *depois de dez anos na Polícia ninguém queria que eu ficasse nem na torcida*. Terminei o curso no primeiro batalhão e fui trabalhar a noite, aí *fui definhando*, porque *trabalhar a noite resulta em chegar em casa e descansar* e aquela época trabalhava mesmo de seis horas da noite até seis horas da manhã, de hora em hora passava um fiscal. *O serviço extra, o cansaço não permitia atividade física, então você se torna uma pessoa preguiçosa por imposição da Polícia*. (...) as frases que as pessoas dizem para mim são: - *Você está muito gordo*, precisa procurar um nutricionista. No bate papo com os colegas eles perguntam o que a gente faz aqui, eles *pensam que ficamos o dia todo deitado, dormindo, andando de viatura*. Eles dizem: - *Eu queria um emprego deste para ficar deitado, dormindo, andando de viatura de um lado para o outro, é por isso que você está gordo*. *Antes de entrar na polícia era restrito, eu não tinha condições financeiras e tinha corpo, agora eu tenho condições financeiras e não tenho corpo*. A restrição continuou. Eu não posso sair para correr, então eu escolho a caminhadinha. O antes era restrição financeira, não tinha carro, não tinha condição. Hoje ando de carro para todo lado, *tenho alimentação melhor, mesmo sabendo que vai me prejudicar, com o tempo você vai se alimentando mal e não observa*.

No caso do participante Adamastor percebemos que ele responsabiliza a Polícia (outro) pela sua gordura em excesso. Outro aspecto que nos chamou atenção foi o participante Adamastor enfatizar que antes tinha um corpo e agora este corpo não existe. Esse dado parece endossar os estudos de Vilhena, Novaes & Rocha (2008) ao afirmarem que em sujeitos obesos, o corpo fica em suspenso, como se não existisse.

O participante Maurício também parece atribuir ao outro a responsabilidade por apresentar o corpo com excesso de gordura. Além disso, ele evidencia os ganhos secundários da gordura em excesso.

Maurício: (...) *quando fui servir o exército era muito magro e comecei a me alimentar mal*. Quando cheguei a esta unidade policial, recebi o apelido de gordão. Quando comecei na balada, nas festas, os contatos com as mulheres, eu não tinha vontade de fazer nada no dia seguinte. *A falta de rotina no trabalho, as baladas, as cervejas fizeram com que eu engordasse, quando percebi, já tinha aumentado o*

*peso. Ser gordo nem sempre é uma coisa negativa. Por um lado eu fiquei desleixado, porém, pude conhecer pessoas novas na academia e superar limites.*

Um aspecto que nos chamou atenção foi a fala do participante Moacir que compara a gordura em excesso com uma armadura que o protege das exigências externas. Zambolim (2007) elucida que o sujeito obeso fica paralisado, tornando-se um observador e usa a obesidade para lidar com a sociedade, com a família e se posicionar diante da vida.

Moacir: (...) *Não ligo para o que as pessoas dizem. As pessoas me dizem: - Tu vai fazer atividade física quando? Você nunca vai? Então você vai ficando com o couro grosso e não liga mais. Você leva na brincadeira, as pessoas dizem que eu sou muxiba e eu respondo que sou mesmo.*

O participante Maurício confirma a fala do participante Moacir afirmando que o “couro grosso” auxilia na proteção das exigências externas.

Maurício: (...) *podemos fazer as nossas próprias escolhas. Tem gente que tem bom condicionamento físico, corre muito, tem vários brevês de cursos, mas é um péssimo policial, é um pano de chão, nem serve para estar na polícia. Entendo que o couro grosso serve também para nos proteger da pressão que os outros fazem ao nos chamar para correr ou fazer atividade física e cursos. Entendo que podemos fazer a própria escolha. E quando o colega diz: Não vai correr não pano de chão? Eu nem ligo.*

As expressões dos participantes Moacir e Maurício parecem validar os estudos de Zambolim (2007), que afirma: o mundo atual parece apresentar uma nova organização de aparelho psíquico impondo a este dar conta de uma quantidade exagerada de excitações, informações e sensações. Como se a gordura em excesso fosse uma armadura que sempre está a sua frente para protegê-lo do enfrentamento das dificuldades.

Os estudos de Andrade (2008) destacam que os homens que apresentam transtornos alimentares usam o corpo como uma fortaleza que os protege da vivência de sentimentos angustiantes como o desamparo e solidão. A autora expõe que os homens que participaram do seu estudo demonstraram dificuldades em lidar com a frustração e entram num processo de passividade em detrimento de se esforçar pelo que desejava.

Lazzarini & Pena (2011) ressaltam que é necessário que o sujeito ultrapasse os limites do narcisismo e se ligue aos objetos diversos. Diferentemente, o eu narcísico vai procurar se perseverar, tornando-se resistente as mudanças, um eu paralisado, evidenciando um percurso na direção de sua proteção.

### 3.2.5 IMAGEM CORPORAL

Para trabalhar a imagem corporal, solicitamos que os participantes se desenhasssem. Seleccionamos as suas principais falas.

Moacir: (...) esse aqui é o Moacir, um cara batalhador que tenta viver da melhor forma, gosta das coisas simples da vida planeja continuar com sua família, é isso. No desenho ele *está aberto às novas conquistas e novos investimentos*. Ele está de tênis porque gosta de jogar, conhecer novas pessoas, gosta de cuidar dos outros, é isso. Ele está no caminho, numa trilha e foi na frente e está esperando o pessoal, é isso. *Olhem que o sobrepeso aparece porque eu não tenho cintura*. Além de não desenhar bem, a minha imagem diz que *eu estou precisando melhorar algumas coisas*, esteticamente falando, tenho que perder peso para ganhar na auto-estima. Eu faço exercício, mas quando chego na balança, não mudou nada. *No meu caso tomo o remédio para hipertensão resultado do sobrepeso*. Minha cabeça dói, fico com dor, é chato, *meu raciocínio fica lento*. Da última vez que fui ao médico ele disse que eu estava *sedentário* e precisava fazer alguma coisa. Agora estou melhorando, tomo o remédio. Hoje me envolvo com as coisas simples da vida. Andar de bicicleta com o meu filho. *Se eu quiser ir a pastelaria e comer duzentos pastéis, eu como*. Coisa banal, mas é coisa boa. *Quando você deixa de lado as responsabilidades da profissão, você tira um fardo, um piano das suas costas*. Deixo de lado os regulamentos. Você segue tanta norma, horário e regulamento e quando você sai você quer o seu espaço, quer fazer o seu horário e não tem regra pra nada. Por exemplo, *o cara diz, come fruta, faço o que quero*. É nessa que eu quebro a cara. Como eu estou agora, com sobrepeso, pressão alta, cheio de problemas, isso é quebrar a cara. Errei tentando acertar, não me arrependo.

A fala do participante Moacir nos dá indícios que ele não percebe os limites de sua forma corporal. Ele afirma que não tem cintura. Além disso, o participante nos dá indícios que seguir as regras é um peso, por isso em alguns momentos há liberações em que ele perde a noção de limites, como a idéia de comer duzentos pastéis. Em seus estudos, Lazzarini & Pena (2011) perceberam que nos pacientes obesos há uma falta de delimitação, algo de sua vivência atual, que frequentemente aponta para um estranhamento em relação a este corpo. Esses sujeitos falam de sensações as quais não conseguem

nomear, ficam sem uma noção clara de sua auto-imagem, não conseguem se ver senão por partes.

O participante Borges também fala da sua desproporcionalidade corporal e de um estranhamento em relação aos limites corporais.

Borges: (...) este aqui é o Borges de calça jeans, tênis, camisa gola pólo, é o normal dele. Geralmente ele está de short e camiseta. É muito família, gosta muito de ficar em casa, o máximo que ele pode é passear no shopping, no clube e volta para casa. É um cara que não bebe, não fuma, não gosta de noitada, o máximo é ver televisão mesmo, família, jogar vídeo game, só. No meu caso, *a gordura aparece porque estou redondinho*. Eu cresci muito o tórax, minhas pernas são pequenas. Não era para eu ter ficado com essa altura que fiquei. *Sou desproporcional*. A farda fica esquisita. Eu não entendo, faço exercício e não perco. Fiquei surpreso, passei vinte dias em casa e não ganhei peso, tive uma dieta balanceada. Às vezes passo até fome e não consigo perder. A imagem aqui diz que eu preciso perder, mas é por questão de saúde, eu não ligo para estética. Eu estou com problemas cardíacos e as articulações doem muito. *Não consigo dormir direito, amanheço o dia com ansiedade, conforme a posição você ronca, gera transtorno*. É uma dor que *paralisa* as articulações. Eu tomo remédio para tirar dor e cansaço. A dor é no osso e permanece vinte e quatro horas. (...) *Eu não estou satisfeito comigo, eu não estou*.

De acordo com Mendes & Próchno (2004) as pessoas tornam-se depositárias de angústias e adoecem, à medida que se encontram desprovidas da capacidade de consciência crítica e não conseguem fazer uma leitura do processo no qual estão inseridas, não se dão conta nem mesmo de sua própria história, não conseguem dizer algo a respeito do seu sofrimento, apenas queixam-se de suas dores corporais.

### **3.2.6 QUEIXAS DO COTIDIANO**

As principais queixas do cotidiano evidenciadas pelos participantes foram as desqualificações, ter seus direitos roubados, vivenciar preocupações, assumir as responsabilidades e lidar com as privações. As queixas nos remeteram aos estudos de Zavaroni, Viana & Celes (2007) que elucidam o desamparo infantil. Os autores nos explicam que o corpo do bebê impõe necessidades que ao mesmo tempo ele não tem como responder. Essas necessidades exigem por sua vez, uma ação específica para que sejam satisfeitas. Impossibilitado de realizar tal ação, a única descarga possível ao bebê será o

choro que se torna signo de comunicação, pois traz até o bebê a proximidade do outro que providenciará sua satisfação.

Dando continuidade as queixas dos participantes eles afirmaram que alguns colegas do trabalho, os desqualificam por participarem das reuniões dos gordos.

Adamastor: (...) *as pessoas nos menosprezam por estarmos vindo às reuniões dos gordos.*

A queixa do participante Borges está relacionada a ter seu direito roubado. Ele afirma que possui uma competência para realizar de um curso, porém não é escolhido.

Borges: (...) *é ruim né, você não é lesado só psicologicamente, você é lesado financeiramente também, é como se você entrasse numa depressão. Por exemplo, eu trabalhei até aqui, ninguém dá crédito eu vou parar de fazer. Deixo de correr, deixo de andar e começo a comer em excesso.*

O outro participante Moacir também acredita que deveria ser recompensado por ter praticado esportes durante muitos anos, pensa que seu direito de envelhecer bem é tirado. Sente-se frustrado e desanimado por não ser reconhecido.

Moacir: (...) *no primeiro momento você tenta melhorar, mas depois você fica chateado, esperneia e não adianta nada. Com o passar do tempo você vai absorvendo. Por exemplo, fiz atividade física a vida toda, quando eu paro, vem a frustração porque já fiz tanta coisa e não tive o reconhecimento. Fico desanimado. Porque não adiantou nada o esporte que pratiquei durante trinta e cinco anos, parei três anos e fiquei obeso e doente. Tenho o direito de envelhecer bem.*

Já o participante Adamastor sorriu um pouco da colocação do participante Moacir e ressalta que no caso dele quando era magro todos queriam que ele jogasse futebol em seus times, depois que engordou as pessoas não o queriam nem na torcida.

Adamastor: (...) *no meu caso, tenho o direito de ficar calado. Eles não vão me colocar para jogar estando gordo, vou ficar ali atrapalhando, esta é a lei da vida. Quem não quiser morrer velho tem que morrer novo.*

Borges: (...) *difícil. Até os trinta anos se você ganhar dez quilos, você vai para academia e perde rapidinho. Depois dos quarenta não.*

Os participantes Adamastor e Borges suscitam uma relação entre a gordura em excesso e o envelhecimento. É como se o envelhecer tornasse o corpo mais pesado.

Os participantes destacaram que as responsabilidades e preocupações são fatores que desencadeiam o comer em excesso. As falas dos participantes validam os estudos de Almondes et. al. (2005), os autores ressaltam que o aspecto importante desencadeador da vontade de comer refere-se ao fator emocional preocupação.

Borges: (...) Quando eu vou para chácara, vou capinar, sei que aquilo não é o meu mundo, não tenho preocupação de sair para rua, preocupação com bandido, não vou ter preocupação com o meu filho de ir para a escola, eu não vou ter que me preocupar com nada. *Minha única preocupação vai ser acordar quatro horas da manhã, tirar leite da vaca e capinar.* Eu tenho a pretensão, daqui a cinco anos me aposentar e fugir para o meu mundo sem preocupações. (...) a grande questão também é a *responsabilidade*. Anteriormente minha responsabilidade era de um frango. A responsabilidade era mínima, *hoje está inserido nesse mundo faz com a responsabilidade cresça dez vezes, você ganha espaço, mas a responsabilidade aumenta.*

Nesta fala, o participante Borges expressa o seu desejo de fazer o retorno ao campo. Na visão dele o campo é um lugar com menos responsabilidades.

Borges: (...) *penso que minha fantasia é maior que o mundo das preocupações que eu vivia. Eu estava gordo e não ligava para nada, meu negócio era me alimentar, quando você cai na real, que o seu mundo cai, você fica desse tamanho aqui.*

A fala do participante Borges nos remeteu a uma possível regressão ao infantil nos momentos em que ele entra em contato com a realidade, como se houvesse a demanda de um amadurecimento para lidar com os conteúdos psíquicos conflituosos presentes no cotidiano. Zavaroni, Viana & Celes (2007) destacam que o infantil se refere as sensações que ficaram grafadas no psiquismo nos primórdios da constituição psíquica. Os autores acrescentam que o infantil não se desfaz no adulto, mas determina reconstruções, além disso, a fantasia assume um lugar de destaque na compreensão e na reconstrução do infantil em análise.

O participante Moacir também fala do aumento das responsabilidades associada ao sobrepeso.

Moacir: (...) comecei a trabalhar e ter outras perspectivas, veio *o casamento, Polícia Militar e filhos.* (...) *na fase adulta, a fase de trabalhar feito louco, apareceu o sobrepeso.* (...) na infância eu não pensava em responsabilidades e sim

em tirar notas boas para que os meus pais não ficassem chateados. (...) minha mãe explicava que estava cobrando, porque não gostaria de me ver em um lugar ralando, trabalhando em um serviço ruim. Ela dizia que teria que pegar firme para passar em um concurso. (...) entendi que se você sem grana não é ninguém. Você começa a ter um status, você precisa ter grana para ter suas coisas e estar no lugar que gostaria. Percebi que minha mãe tinha razão, eu deveria batalhar porque senão eu estaria fora, ninguém quer isso. (...) veio o casamento, casei. (...) *tive que ralar mais, não me importava para o que, qualidade e quantidade de comida. Esqueci de mim e veio o sobrepeso.* (...) Já passei por todas estas fases e *agora estou na fase de curtir mais. Não corro* muito, tenho mais paciência com as coisas. (...) parece que todos têm que trabalhar para alcançar o seu espaço.

O participante Adamastor destaca suas privações alimentares na infância, enfatiza a importância de uma família estruturada e suas insatisfações. Parece que mais uma vez a questão da carência materna é reclamada.

Adamastor: (...) minha infância foi mais difícil, eu passei necessidade até de me alimentar, problemas com moradia e mudanças radicais. (...) Fui crescendo e descobrindo que tudo que eu via na rua e gostava, eu imaginava que quando eu começasse a trabalhar iria comprar um, *percebi que eu tinha uma visão totalmente diferente da realidade.* Eu fiquei frustrado. (...) *eu tenho uma família estruturada, não existe riqueza maior do mundo que uma família estruturada.* O filho sempre é o espelho do pai. Você deve procurar ser uma pessoa digna e honesta com o seu filho. (...) *ninguém está satisfeito com o que tem.* Sempre quer mais, quer algo melhor.

O participante Borges também expõe a carência materna e paterna. Ele diz:

Borges: (...) *Minha infância foi pobreza, alimentação precária,* eu tinha quatro anos de idade quando meu pai morreu, eu tive aquele baque, minha mãe lavava roupa para dar o sustento a família, quando dava cinco horas ela dizia menino vai dormir porque senão a polícia toma você de mim. Quando fiquei adulto entendi que tínhamos que dormir porque a fome iria chegar, ela nos colocava para dormir cinco e meia, seis horas para não sentirmos fome e no outro dia ir para a escola. (...) Não me reconheciam porque eu não era chupim, não chegado de fulano. Em noventa e quatro fui o quinto colocado e me tiraram e diziam que fulano iria entrar no meu lugar e olha que a prova foi da UnB. *Eles argumentaram que eu tinha um processo nas costas e não poderia assumir o cargo.* É um processo que vem arrastando desde noventa e cinco até hoje, isso gera um transtorno, *ai eu não corro atrás,* e quando tem gente de alta patente envolvido, *eu deixo ir rolando.* Eu tenho que *batalhar para que meu filho não passe pelas coisas que eu passei* e para ele não cair onde eu caí, não cometer o mesmo erro. (...) em 2007 teve uma virada, outras pessoas tinham problemas parecidos e alguém de iluminação disse que poderíamos prosseguir. No tribunal tive problemas porque fui promovido, eu não poderia ter ascensão profissional. *Por duas vezes eu fui acabado, eu digo que essas coisas pesam muito para a pessoa.* Tem certas coisas que se houvesse um jeito eu mudaria na minha vida, outras não.

A fala do participante Borges nos diz que somente o juiz pode decidir pela sua vida. Conforme expõe Amorim & Sant'anna (1999), o sujeito obeso vivencia sua rotina frustrado por não ser reconhecido e carrega seu corpo com o peso de um cadáver.

Outro aspecto que nos chamou atenção na fala do participante Borges foi o desinvestimento em si mesmo e investimento em seu filho, ou seja, uma reedição de uma vida por meio do filho. Lazzarini (2006) indica que o olhar idealizante dos pais para o filho está associado ao narcisismo, pois os pais esperam que esta criança possa ser e fazer todas as coisas que eles mesmos, pais, não puderam realizar.

As falas do participante Maurício também nos remetem às questões vinculadas ao narcisismo no que concerne ao fechamento em si mesmo, apresentando regra própria e desqualificando o outro. Conseqüentemente o isolamento se torna presente.

Maurício: (...) Veio o evento do Exército como divisor de águas, minha alimentação mudou muito, comia pesado (...) havia uma inconstância nas escalas, era muito ruim para mim, pois eu era o mais moderno, não existia uma rotina. Minha fisiologia estava desorganizada, eu não me alimentava bem. (...) Fiquei acomodado, trouxe os vícios da outra Unidade Policial, falta de atividade física, má alimentação, comer qualquer coisa, de qualquer jeito, *sem interesse* pelo serviço profissional. (...) Depois veio a cobrança dos pares para que eu fizesse cursos, *comecei a pensar se estava todo mundo errado e eu certo*. (...) Após as cobranças *coloquei nova realidade*, aceitei que estava num lugar diferente, que eu precisava resolver meus problemas e mudar. Mas querer mudar e agir é outra coisa. (...) *O meu ideal não muda*, eu só vou criar novas condições. (...) *eu faço apenas coisas que eu quero*. (...) Hoje tenho duzentos livros do xadrez, porém *preciso de outras pessoas* para decifrá-los, *mas não as procuro*, pois são atarefadas, procuro aprender via internet.

Assim, como bem colocou Freud (2004[1914]), o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal.

Lazzarini & Pena (2011) afirmam que o eu narcísico vai evidenciar toda a problemática que o sujeito está submetido com relação ao corpo, à imagem corporal, à ligação com as pessoas e com a realidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou compreender a obesidade associada à compulsão alimentar. Compreendemos que o sujeito obeso que apresenta episódios da compulsão alimentar e não preenche todos os critérios diagnósticos do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica pode estar sendo negligenciado no que concerne ao tratamento adequado, o que pode contribuir para o aumento da incidência da obesidade. Notamos que os participantes da pesquisa apresentaram obesidade associada à compulsão alimentar. Todos foram submetidos a consultas médicas e nenhum foi encaminhado para o serviço de psicologia ou psiquiatria. De acordo com Coutinho (1998), estudos epidemiológicos sugerem que cerca de 50% dos obesos que procuram um tratamento para emagrecer apresentam compulsão alimentar de maior ou menor gravidade.

No Brasil, o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) desenvolvem ações e medidas definidas no Consenso Latino Americano de Obesidade (CLAO), as quais foram inseridas nas políticas públicas. Percebemos que o foco das políticas públicas é de orientação diretiva sobre alimentação, atividades físicas, medicações, intervenções cirúrgicas e medidas psicológicas que buscam convencer o sujeito obeso com argumentos de ordem cognitiva. Uma das exigências descritas no documento do Consenso Latino Americano é que outras práticas de tratamento sejam vedadas. Destacamos que o crescimento do número de sujeitos obesos pode evidenciar uma demanda da ampliação dos tratamentos.

A revisão bibliográfica nos mostrou que a percepção médica acerca da obesidade prioriza o combate à doença. Entendemos que o corpo é o meio de linguagem da singularidade do sujeito. Neste sentido, a gordura em excesso pode ser pensada como um grito de libertação de exigências sociais, estéticas e morais construídas no seio da cultura.

Ressaltamos que as ações de prevenção e tratamento da obesidade que são direcionadas para o controle do sujeito obeso devem ser repensadas.

As falas dos participantes evidenciaram que o eu obeso se constitui na relação com o campo da alteridade. O eu obeso se representa pela intervenção do outro. Concordamos com os estudos de Birman (2005), que elucidam a construção do eu corporal pelas marcas impressas no organismo pela reflexão promovida pelo outro.

No que concerne à imagem corporal, os sujeitos obesos ficam sem noção clara de sua auto-imagem. Há falta delimitação das medidas corporais. Existe um estranhamento em relação a sua auto-imagem. Parece que o sujeito obeso apresenta dificuldade em fazer a leitura do processo no qual está inserido.

Na percepção dos sujeitos obesos a obesidade é uma forma de proteção das exigências externas, um meio de priorizar a sua singularidade em contraponto com a alteridade, o que nos remeteu as questões narcísicas. Percebemos que o sujeito obeso, em muitos momentos, desqualifica o outro e se fecha em si mesmo, criando regra própria. Correlacionamos este dado com o que Freud (1914) nos explicou acerca do narcisismo: o que o ser humano projeta diante de si como seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante o qual ele mesmo era seu próprio ideal.

Estudos psicanalíticos (Loli, 2000; Perez & Santos, 2002; Ferreira, 2003; Recalcati, 2003; Azevedo, 2004; Castro, Maia, Ribeiro, Silva & Souza, 2005; Zambolim, 2007; Vilhena, Novaes & Rocha, 2008; Andrade, 2008 e Lugão, 2008) compreendem a obesidade como construção sintomática singular em resposta a conflitos e posições subjetivas assumidas pelo sujeito afetando a oralidade e a imagem corporal. Esse sujeito apresenta sentimentos de inadequação, baixa auto-estima e dificuldades em lidar com a ansiedade e desamparo. Neste contexto, é importante priorizar mecanismo de tratamento

que auxilie o sujeito obeso a se apropriar de seus limites, de suas habilidades e se responsabilize por si.

Nesta pesquisa percebemos que os sujeitos obesos apresentaram a característica de passividade, atributo encontrado também nos estudos de Zambolim (2007), Vilhena, Novaes & Rocha (2008), como se o sujeito obeso, em diversos momentos, ficasse paralisado, sem dar valor aos seus desejos, julgados por ele como descontrolados, logo, fica a comando do outro e deixa de ser o protagonista da sua própria vida.

Os relatos dos sujeitos obesos nos mostraram que eles possuem dificuldade em lidar com as angústias e as frustrações. Algumas falas dão indícios de carências afetivas. Além disso, apresentaram pouca criatividade em reeditar episódios da vida, como se estivessem paralisados. Concordamos com os estudos de Zavaroni, Viana e Celes (2007) que o infantil não se desfaz no adulto, mas determina reconstruções em análise. Assim, enquanto a infância refere-se a um tempo da realidade histórica, o infantil é atemporal e remete a carências e conflitos psíquicos difíceis de serem elaborados.

Observamos que as políticas públicas, em diversas ações, estão imbricadas com o controle da ordem do emagrecimento e, às vezes, colocam o obeso no lugar de sujeito que não consegue se conduzir. É urgente a inserção de ações que produzam espaços nos quais os sujeitos obesos possam expressar suas emoções, significar seus sofrimentos, validar suas aspirações e conduzir seus desejos.

No que se refere ao objetivo específico vinculado ao entendimento do mecanismo psíquico que impulsiona o sujeito a comer, sem se preocupar com a qualidade e quantidade de alimento que ingere, compreendemos que a compulsão alimentar pode estar ligada a manifestações de um sofrimento psíquico persistente, desencadeante de defesas primitivas. O sujeito que apresenta episódios da compulsão alimentar pode apresentar carência na elaboração psíquica e falha na simbolização. A compulsão alimentar pode ser considerada

como uma ação impulsiva e irrefreável frente a comida para manter afastadas da consciência experiências ansiogênicas e conteúdos psíquicos conflituosos. As sensações desagradáveis são aplacadas temporariamente com o alimento, ou seja, o alimento é o objeto utilizado para escoar a pulsão.

O vazio e ansiedade que precedem os episódios da compulsão alimentar parecem denunciar uma fome psíquica. Esta fome gera excitação interna e encontrará alívio temporário no alimento. A fome psíquica nos remete aos estudos de Rappaport (1981) que toma o comportamento mítico: o canibalismo. A autora nos explica que para aqueles sujeitos que praticam o canibalismo, não era a carne que se incorporava, mas sim a força e a bravura dos guerreiros aprisionados que passariam para quem os comiam. Da mesma forma que o bebê incorpora a mãe pelo leite e pelo seio, os atributos valorizados são incorporados pela sua ingestão.

Quando o bebê nasce, procura o peito, a alimentação. Ele provavelmente é movido pela necessidade e não pelo desejo. Quase simultaneamente se dá a erotização, a magia da pulsão e a boca, se torna um órgão erógeno, surge o desejo. Se o sujeito precisa comer é devido a uma necessidade sustentada no ego. Brusset (1992) afirma que esta combinação pulsional torna-se depois difícil de separar. No comer compulsivo a pulsão sexual está associada à pulsão do eu (pulsão de autoconservação), em consequência do ato de alimentação do bebê estar envolvido de toque, olhares e afeto. Ao mesmo tempo ser alimentado significa satisfazer uma necessidade fisiologia de preservação por meio do alimento.

Na relação mãe/bebê o ato de ser alimentado pode resultar em sentimento de confiança ligado ao instinto de vida e, também, pode resultar no empobrecimento da capacidade de suportar a frustração e de protelar. Caso a comunicação entre a díade mãe/bebê fique comprometida poderá ocorrer que os sentimentos angustiantes fiquem

inscritos em nível corporal e necessitem de significação e representação. Pensamos que na relação mãe/bebê o sentimento de confiança e a esperança ficaram fixados no alimento, em algo externo ao sujeito. Dessa forma pode ter ocorrido o empobrecimento na criatividade para criar estratégias plausíveis para lidar com as frustrações e as dificuldades postas no cotidiano.

O comer compulsivo pode ser considerado como uma descarga pulsional direta no ato que omite o processamento psíquico e apresenta-se como modo de resolver os conflitos. Neste sentido, para este sujeito obeso existe a urgência desmedida em obter a satisfação e intolerância em protelar e se limitar.

De acordo com os relatos dos participantes no comer compulsivo ocorre um tipo de descarga que implica um desligamento momentâneo das exigências morais, seguida de perda de domínio sobre as excitações internas. A busca da satisfação imediata e a passagem ao ato são vias obrigatórias que podem ser resultantes da precariedade simbólica, ou seja, uma diminuição nas possibilidades de substituições, de movimentos e de negociações e simbolizações.

No que se refere ao comer compulsivo, articulamos que remete a uma regressão à zona erógena oral ligada a impaciência, intolerância à espera, perda da diferenciação na fusão com o objeto. O alimento é idealizado como objeto que poderá consolá-lo de forma imediata, incondicional e infinitamente. O comer compulsivo pode estar relacionado à busca incansável de elaborar algo não satisfeito, não vivido, onde a zona erógena oral é utilizada como fonte da satisfação. Colocar algo dentro do corpo pode ser considerado como forma concreta de aliviar a dor psíquica.

As principais queixas do cotidiano dos sujeitos obesos são as desqualificações, ter seus direitos roubados, vivenciar preocupações, assumir as responsabilidades e lidar com as privações. As queixas evidenciadas nos remeteram a manifestações do infantil, em que

o desamparo e a inabilidade em se satisfazer estão presentes. Dessa forma, ora o sujeito obeso deposita no outro poder da realização da sua satisfação, ora cria regra própria e o investimento de energia é todo em si.

No que concerne aos eventos envolvidos no ganho de peso, identificamos que são os episódios da compulsão alimentar, o desempenho de novos papéis sociais, o casamento e o envelhecimento do corpo.

Os resultados da pesquisa de campo nos chamaram a atenção para as questões narcísicas, as dificuldades com a alteridade, a sensação de abandono, a presença de um sujeito sem contornos e limites. Estes dados nos fizeram pensar numa possível estrutura *borderline*, validando os apontamentos dos estudos de Fassino et. al.(2003) e Passos, Stefano & Borges (2005) que também indicaram uma estrutura *borderline*.

Neste cenário, o psicoterapeuta/analista poderá auxiliar o sujeito em suas dificuldades de significar e representar conteúdos psíquicos. Proporcionar um estranhamento ao que o sujeito coloca e preservar o ambiente com o clima de segurança, confiança e respeito pode ser uma via. Compreendemos que a medida que suas carências forem acolhidas e sua relação com o objeto for assistida, poderá ocorrer o enriquecimento da parte saudável do sujeito e o retorno da capacidade criativa de constituir novos vínculos que transponham a relação com objeto alimento.

Sugerimos que novos estudos investiguem a obesidade associada à compulsão alimentar priorizando temas voltados para o conflito pulsional, as questões narcísicas, as relações no campo da alteridade e as relações de objeto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almondes, K. M., Castro, M. M., Maia, E. M. C., Ribeiro, A. N., Silva, N. G. & Souza, J. M. B. (2005). Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Revista Brasileira Terapia Cognitiva*. (Vol.1), n.1. Rio de Janeiro, junho.
- Amorim, L. & Sant'anna, M. A. M. (1999). A compulsão de comer. *Ágora*. (Vol. II), n.1, jan/jun.
- Anderson, P. M. & Butcher, K. F. (2006). Childhood obesity: trends and potential causes. *The Future of Children*. Los Altos. (Vol.16), n. 27, pp.1-19.
- Andrade, T. (2008). *O imaginário da perfeição: a corporeidade em homens com transtorno alimentar*. Dissertação de mestrado/ USP – Departamento de Psicologia e Educação. São Paulo. Brasil.
- Apfeldorfer, G. (1995). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget. Gráfica Manuel Barbosa & Filhos.
- Appolinário, J. C. (1998). Transtorno do Comer Compulsivo. Em: Nunes, M. A. A., Appolinário, J. C., Abuchaim, A. L. G., Coutinho, W. (Orgs.). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. São Paulo: Artes Médicas.
- Azevedo, M. A. S. B. (2004). *Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos* Temas em Psicologia da SBP – 2004. (Vol. 12), n. 2, 127-144.
- Bernadí, F., Cichelero, C. & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista Nutrição*. (Vol. 18(1)): pp. 85-93, jan/fev.
- Bezerra, B. (1989). Subjetividade moderna e o campo da psicanálise. Em: Birman, J. (Org.) *Freud: 50 anos depois*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Birman, J. (2005). *Mal-Estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Borges, M. B. F. (1998). *Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica e sua associação com depressão e alexitimia*. Dissertação da Universidade Federal de São Paulo, USP. Brasil.
- Borges, M. B. F. (2002). Binge eating disorder in Brazilian women in a weight-loss program. *Obes. Res.* (Vol.10). (Suppl.11): pp. 27-34.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders – Obesity, anorexia nervosa and the person within*. EUA: Basic Books.
- Brusset, B. (1992). Psicologia e Metapsicologia da Adição Bulímica. Em: Urribarri, R. (1999) (Org). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Clark, M. M., Forsyth, E. E., Richardson, E. E. & King, T. K. (2000). Eating self-efficacy and Binge Eating Disorder in obese Women. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. (Vol. 5). Issue 2, pp. 154-161. July.
- Carvalho, M. T. P. (2011). Circunscrevendo a Questão dos Casos Fronteiriços. Em: Viana, T. C. (Org.) *Subjetivações Contemporâneas e Clínica Psicanalítica*. Lisboa, Portugal: Placebo Editora Ltda. pp. 49 - 91.
- Castro, R. M. O. (2009). Compulsão: distúrbios alimentares e drogadição. Em: Zanello, V., Carneiro, C., Campos, M. N. (Orgs.). *Fronteiras em Psicanálise*. Guarapari-ES. Ex. Libris.
- Coutinho, W. (1998). Obesidade: Conceitos e Classificação. Em: Nunes, M. A. A., Appolinário, J. C., Abuchaim, A. L. G., Coutinho, W. (Orgs.). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. São Paulo: Artes Médicas.
- Coutinho, W. (1999). O Consenso Latino-Americano em Obesidade. *Arq. Bras. de End. e Metab.*, (43(1)), pp. 21-67. São Paulo.
- Detienne, G. C. & Sissa, M. (1999). *O prazer e o mal: filosofia da droga*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- DSM-IV (1995) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4a edição.  
Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Duchesne, M. (2001). O consenso latino-americano em obesidade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. (Vol.3). n.2. São Paulo, dez.
- Fairbun, C. G., & Cooper, D. P. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch. Gen. Psych.* 57 (Suppl. 7):pp. 59-65.
- Fassino, S., Leombruni, P., Pierro, A., Abbate-Daga, G. & Giacomo, R. (2003). Mood, eating attitudes and anger in obese women with and without binge eating disorder. *J. Psychosom. Res.* 54 (Suppl.6): pp. 59-66.
- Ferreira, R. A., Pimenta, A. C. (2003). O sintoma na medicina e na psicanálise. Notas preliminares. Em: *Revista Médica de MG*. (Vol.13(3)): pp. 221-228.
- Flandrin, J. L. (1998). Da dialética à gastronomia, ou a libertação da gula. Em: Flandrin, J.L., Montanari, M. *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Figueiredo, L. C. M. & Santi, P. L. R. (2010). *Psicologia uma (nova) introdução; uma visão histórica da psicologia como ciência*. 3a ed. São Paulo: EDUC.
- Fisberg M. (2004). Primeiras palavras: uma introdução ao problema do peso excessivo. Em: Fisberg M. *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu.
- Freud, S. (1996). *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Tradução: Jayme Salomão (Org.). Rio de Janeiro: Editora Imago.
- (1905). *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (Vol. VII).
- (1909). *Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco Anos* (Vol. X).
- (1914). *Recordar, Repetir e Elaborar* (Vol. XII).
- (1921). *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (Vol. XVIII).
- (1923). *O Ego e o Id* (Vol. XIX).

- (1926[1925]). *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (Vol. XX).
- (1930[1929]). *O Mal-Estar na Civilização* (Vol. XXI).
- (1933[1932]). *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* (Vol. XXII).
- (1937). *Análise Terminável e Análise Interminável* (Vol. XXIII).
- (1950[1895]). *Projeto para uma Psicologia Científica* (Vol. I).
- Freud, S. (2004). *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Em: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Tradução: Luiz Alberto Hanns (org.). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- (2004/1915). *Pulsões e Destinos da Pulsão*. Vol. 1.
- (2004/1914). *À Guisa de Introdução ao Narcisismo*. Vol. 1.
- (2006/1920). *Além do Princípio do Prazer*. Vol. 2.
- Gondar, J. (2001). Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico. Em: *Ágora*, (Vol. 4). pp. 25-35.
- Hanns, L. A. (1996). *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Hermann, F. (1991). *O método da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.
- Hermann, F. & Minerbo, M. (1998). Creme e Castigo: sobre a migração dos valores morais da sexualidade à comida. Em: Carone, I. (Org.). *Psicanálise fim de século*. São Paulo: Hacker Editores. pp.19-36.
- James, W. (2008). WHO: Recognition of the global obesity epidemic. *Internacional Journal of Obesity*, 32, S. pp. 120-126.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

- Lazzarini, E. R. (2001). *Em cena a anorexia: articulações na teoria e na clínica*.  
Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, DF. Brasil.
- Lazzarini, E. R. (2006) *Emergência do narcisismo na cultura e na clínica psicanalítica contemporânea: novos rumos reiteradas questões*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, DF. Brasil.
- Lazzarini, E. R., Pena, A. P. J. & Viana, T. C. (2010). Obesidade grave e patologia narcísica. Em: *Trauma, história y Subjetividad*. Buenos Aires: Assoc. Argentina de profesionales de salud mental – AASM.
- Lazzarini, E. R. & Pena, A. P. J. (2011). Obesidade e patologia narcísica: a subjetivação pelo concreto do corpo. Em: Viana, T. C. (Org.) *Subjetivações Contemporâneas e Clínica Psicanalítica*. Lisboa, Portugal: Placebo Editora Ltda. PP. 148-159.
- Loli, M. S. A. (2000). *Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Vetor.
- Lugão, S. M. (2008). *Aspectos narcísicos da clínica da obesidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ. Brasil.
- Marchioli, A. C. D., Marchioli, P. T. O. & Silva, L. B. C. (2005). As consequências psicossociais da cirurgia da redução de estômago. *Mudanças: Psicologia da Saúde*. (Vol. 13), n. 1, p. 175-214.
- McDougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendes, E. D. & Próchno, C. C. (2004). Corpo e novas formas de subjetividade. *Psychê*. Ano VIII, n.14. São Paulo - jul-dez. pp. 147-156.
- Mezan, R. (1998). *Freud: A trama dos Conceitos*. 4. ed. São Paulo. Editora Perspectiva.
- Mijolla, A. (2005). *Dicionário Internacional da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

- Musingarimi, P. (2009). Obesity in the UK: A review and comparative analysis of policies within the devolved administrations. *Health. Pol.* 91:10.
- Nasser, D. & Elias, A. (2004). Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave. Em: GARRIDO JR., A. (Org). *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Editora Atheneu.
- National Institutes of Health (2005). *Obesity threatens to cut U.S. life expectancy*. Acesso em 12 de janeiro, 2011 [www.nih.gov/news/pr/mar.2005/nia-16.htm](http://www.nih.gov/news/pr/mar.2005/nia-16.htm).
- Ocariz, M. C. (2002). O dispositivo psicanalítico no começo do século XXI. *Percurso*. São Paulo. (Vol. 29). pp. 33-39.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Obesidade: prevenção, controle e epidemia global*. Relatório da consultoria da OMS. São Paulo: Editora Roca.
- Organização Mundial da Saúde (2009). *Global database on body mass index*. Acesso em janeiro, 2011 <http://www.who.int/bmi/index.jsp>
- Orlandi, E. P. (2000). *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes.
- Peres & Santos (2002). *Contribuições do Desenho da Figura Humana para o delineamento do perfil psicológico de um grupo de obesos mórbidos*. *Psic.* [online]. dez. 2002, (vol.3), n.2 [citado 04 Dezembro 2009], pp.20-29. Em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>.
- Portaria número 1.569 de 28 de junho de 2007 do Ministério da Saúde: Prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade. Acesso em 12 de janeiro de 2011 em: [dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2007/gm/gm-1569.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2007/gm/gm-1569.htm).
- Rappaport, C. R. (1981). *Psicologia do Desenvolvimento*. (Vol. 1). São Paulo: EPU.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del Vacío: Anorexia, dependências y psicosis*. Madrid: Editorial Síntesis.

- Repetto G., Rizzolli J. & Bonatto C. (2003). Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 47(6).
- Roudinesco, E. & Plon, M. L. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rudge, A. M. T. P. (1991). A pulsão: entre o corpo falante e o corpo mudo. Rio de Janeiro: Coqueiral. *Revista Tempo Psicanalítico da Sociedade de Psicanálise. Iracy Doyle*, n. 25. pp. 26-44.
- Passos, T. C. M., Stefano, S. C. & Borges, M. B. F. (2005). Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. Em: *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Barueri - São Paulo. Manole.
- Perez, G. H. (2005). Obesidade, compulsão alimentar e emagrecimento - Álbum de família. Em: Outeiral, J. (Coord.). Winnicott – Seminários Brasileiros. (p.105). Rio de Janeiro: Revinter.
- Santos, M. A., Peres, R. S. & Benez, M. S. L. (2002). Contribuições do Desenho da Figura Humana para o delineamento do perfil psicológico de um grupo de obesos mórbidos. *Psic.* [online]. dez. 2002, vol.3, no.2 [citado 04 Dezembro 2009], pp.20-29. Em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>
- Segal, A., Cardeal, M. V. & Cordas, T. A. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista Psiquiatria Clínica*. 29 (2): pp. 81-89.
- Seixas, C. M. (2009). *Comer, demandar, desejar: considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na obesidade*. Dissertação de mestrado UFRJ. Instituto de Medicina Social.
- Setian N., Damiani D., Della M., Ditchcheke V. & Cardoso Al. (2007). *Obesidade na criança e no adolescente*. São Paulo: Editora Roca.

- Souza, J. M. B, Castro, M. M., Maia, E. M. C. & Ribeiro, A. N. (2005). Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. *Revista Brasileira Terapia Cognitiva* (Vol.1). n.1 Rio de Janeiro, jun.
- Souto, S. & Ferro-Bucher, J. S. N. (2006). Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimentos e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Rev. Nutrição. Campinas*, 19(6): 693-704, nov/dez.
- Spada, P.V. (2009). *Obesidade e Sofrimento Psíquico: Realidade, Conscientização e Prevenção*. São Paulo: Editora Unifesp.
- Tosetto, A. P. & Júnior, C. A. S. (2008). Obesidade e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em mulheres sedentárias e não sedentárias. *Medicina* (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 497-507. Em: <http://www.fmrp.usp.br/revista>
- Vilhena, J., Novaes, J. V. & Rocha, L. (2008). Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Revista Mal-estar e subjetividade*. Fortaleza. (Vol. VIII), n.2, pp. 379-406.
- Varela, A. P. G. (2006). Você tem fome de quê? *Psicologia Ciência e Profissão*. 26 (1), pp. 82-93.
- Vitolo, M. R., Bortolini, G. A. & Horta, R. L. (2006). Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Rev. Psiquiatria, RS*. Jan/abril, 28 (1): pp. 20-26.
- Winnicott, D. W. (1978[1951]). Objetos e fenômenos transicionais. Em: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora.
- Winnicott, D. W. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1983[1965b]). *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre o desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Winnicott, D. W. (1988[1987a]). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Woodman, M. (1980). *A coruja era filha do padeiro: Obesidade, Anorexia nervosa e o feminino reprimido*. São Paulo. Editora Cultrix.
- Zambolim, L. M. (2007). *A obesidade mórbida no contexto da pós modernidade: um estudo de caso no Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, BH. Brasil.
- Zavaroni, D. M.L., Viana, T. C. & Celes, L. A. M. (2007). A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia* (Natal), (Vol. 12), pp.65-70. Em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br).
- Zavaroni, D. M. L. (2009). O transtorno alimentar pós-traumático na primeira infância. Tese de doutorado em co-tutela. Universidade de Brasília. Brasil. Università Degli Studi Di Roma “La Sapienza”, Itália.
- Zavaroni, D. M. L., Viana, T. C. & Ammanti, M. (2011). A alimentação e seus transtornos na infância. Em: Viana, T. C. (Org.) *Subjetivações Contemporâneas e Clínica Psicanalítica*. Lisboa, Portugal: Placebo Editora Ltda. pp. 118 – 148.
- Zimmerman, D. (2001). *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

## ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO



Universidade de Brasília - UnB  
Instituto de Psicologia - IP  
Departamento de Psicologia Clínica – PCL  
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura

### ANAMNESE

#### I - Dados de Identificação

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Peso atual: \_\_\_\_\_ Peso mínimo/máximo alcançado: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Altura: \_\_\_\_\_

#### II - Aspectos da Personalidade

- 2.1 Quais são as atividades que desempenha em 24 horas? Você promove as atividades ou são impostas a você?
- 2.2 Quais são as áreas de seu interesse?
- 2.3 Pratica atividade física? Qual é a atividade física relacionada ao seu estilo de vida?
- 2.4 Você pretende emagrecer?
- 2.5 Quando você está ansioso tem o hábito de comer em excesso?
- 2.6 Como você considera sua capacidade de estabelecer limites, defender direitos, de fazer pedidos, de lidar com críticas?
- 2.7 Quais são os benefícios alcançados por você com a atividade física?
- 2.8 Você é do tipo que raciocina em termos absolutos e extremos, sem categorias intermediárias, por exemplo: ou sigo a dieta completamente ou, já que ingeri um pouco de doce, estraguei tudo. (abandono da tentativa de emagrecimento)
- 2.9 Qual é a sua percepção de sua aparência corporal?
- 2.9.1 Você já estabeleceu algum contrato com você mesmo para fazer reeducação alimentar e atividade física?
- 2.9.2 Você possui uma rede de apoio e encorajamento por parte das pessoas próximas que colabora para a manutenção da perda de peso?
- 2.9.3 Você sente que há pressão social por estar acima do peso?
- 2.9.4 Qual foi o momento que você notou que estava acima do peso? Ocorreu algum evento marcante como perdas ou ganhos?
- 2.9.5 Descreva as situações que você notou que realmente estava acima do peso:  
Qual foi a pior situação  
Qual foi a situação mais recente  
Você considera um problema estar acima do peso? ( ) Sim ( ) Não
- 2.9.6 Na escala abaixo, avalie, por favor a gravidade do problema:  
( ) Levemente perturbador ( ) Moderadamente grave  
( ) Muito grave ( ) Extremamente grave  
( ) Totalmente incapacitador
- Explique
- 2.9.7 Se fosse avaliar numa escala de 0 a 10, quanto essa situação te perturba agora, sendo que 0 é nenhuma perturbação e 10 a máxima perturbação:
- 2.9.8 Como reage diante de perdas?

2.9.9 Você acredita que no futuro irá acontecer algo especial na sua vida que proporcionará muita satisfação?

### **III - Vida Familiar**

3.1 Alguém da família apresenta sinais de obesidade?

3.2 Como é a sua relação com seus familiares?

3.3 Com quem mora atualmente?

3.3.1 Se casado, quanto tempo de relacionamento?

3.3.2 Como você se sente no relacionamento com o seu cônjuge?

Já foi casado anteriormente? \_\_\_\_\_ Quantas vezes? \_\_\_\_\_ Por quanto tempo?

3.3.3 Como se relaciona com a(o) ex-esposa/marido?

3.4 Tem filhos? Quantos? \_\_\_\_\_ Idade? \_\_\_\_\_

3.4.1 Os filhos apresentam sinais de obesidade?

### **IV - Aspectos Profissionais**

4.1 Como é o seu relacionamento com os colegas de trabalho?

4.2 Quais são as atividades militares que você desempenha? Como se sente?

4.3 Existe alguma ação preventiva e de combate a obesidade na instituição que você trabalha?

### **V - Dados Sociais**

5.1 Você prefere realizar suas atividades cotidianas: ( ) individualmente ( ) grupo

5.2 O que você costuma fazer no tempo livre e em fins de semana? O que gostaria de fazer?

5.3 Professa alguma religião? Qual?

5.4 Participa de atividades que proporcionam o aumento de relações sociais?

### **VI- Condições de Saúde**

6.1 Na última visita ao médico o sobrepeso ou obesidade foi destacado? Quais as medidas adotadas por você?

6.2 É hipertenso?

6.3 Diabético?

6.4 Problemas osteoarticulares?

6.5 Apresenta alterações neuroendócrinas?

6.6 Faz uso de corticóides, antidepressivos, lítio ou algum medicamento que pode ocasionar o aumento de peso?

6.7 Você fez dieta, reeducação alimentar? Consulta a nutricionista? 6.8 Você fez uso de algum medicamento para emagrecer?

6.9 Você já apresentou sinais de depressão?

6.9.1 Dorme quantas horas por dia?

## **ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Título do projeto:**

*Psicopatologia narcísica e obesidade.* Centro de atendimento e estudos psicológicos – CAEP. Departamento de Psicologia Clínica e Cultura. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília.

### **1. Introdução**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa – *Psicopatologia narcísica e obesidade* no CAEP Universidade de Brasília. É importante que leia estas informações sobre o estudo e a sua participação nesta pesquisa. Sua inclusão não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. É necessário entender os termos de sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

Este termo de consentimento pode conter informações que você não entenda. Peça ao pesquisador que as explique para você.

### **2. Objetivo**

O objetivo deste estudo é delimitar as múltiplas causas relacionadas ao excesso de peso e sua manutenção, investigar o fenômeno da obesidade e implementar o tratamento psicoterápico ambulatorial visando diminuir a morbidade do paciente obeso.

Queremos ainda, com o estudo, auxiliar na capacitação de estudantes e profissionais no atendimento psicoterápico do paciente obeso e colocar em foco a importância de implantação e implementação de políticas públicas referentes aos aspectos clínicos da obesidade e seu tratamento.

### **3. Procedimentos do estudo**

Ao concordar em participar deste estudo, você será solicitado a dar entrevistas individuais e participar de sessões psicoterápicas de grupo, ambas gravadas e/ou registradas.

Ao assinar este consentimento informado, você autoriza a utilização das informações fornecidas nas entrevistas e nos atendimentos. Os dados coletados poderão ser escritos e trabalhados teoricamente. É importante você tomar conhecimento que este tipo de trabalho cerca-se de sigilo acerca da identidade do paciente e, portanto é indispensável que todos os dados e detalhes que possam identificar a pessoa do analisado sejam mascarados.

## **5. Benefícios**

As informações obtidas por meio do estudo poderão ser importantes, em primeiro lugar para você e para a descoberta de novos tratamentos e técnicas capazes de diminuir os problemas existentes em relação aos efeitos psicológicos da obesidade.

## **6. Custos/Reembolso**

O gasto que você terá em relação à sua participação no estudo está estipulado nas termos de funcionamento do CAEP. Você não receberá pagamento pela sua participação.

## **7. Caráter Confidencial dos Registros**

Os pesquisadores, agências governamentais, o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo está sendo realizado, ou seus representantes, podem precisar consultar seu registro. Você não será identificado quando o material de seus registros for utilizado, seja para propósitos de publicação científica, seja educativa, mas não é incomum que você se reconheça no caso. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza as inspeções em seus registros.

## **8. Participação**

É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é voluntária e que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento.

.

## **9. Para obter informações adicionais**

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço de email dos coordenadores da pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Coordenadoras: Eliana R. Lazzarini – 99895103 - email:elianarl@terra.com.br e Terezinha de Camargo Viana – 81984205 – email: tcviana@unb.br.

## **10. Declaração de consentimento**

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre as inconveniências, benefícios e eventos adversos que podem vir a ocorrer em consequência do testemunho e das entrevistas.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar como paciente deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma):

Assinatura do participante ou representante legal:

Data:

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante receberam todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreenderam essa explicação.

Assinatura do pesquisador:

Data:



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

## **PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: **114/10**

Título do Projeto: “Psicopatologia narcísica e obesidade: sistematizando uma clínica dos transtornos alimentares”.

Pesquisadora Responsável: Terezinha de Camargo Viana

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **114/10** com o título: “Psicopatologia narcísica e obesidade: sistematizando uma clínica dos transtornos alimentares”, analisado na 12ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de dezembro de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 15 de dezembro de 2010.

  
Prof. Natan Menezes de Sá  
Coordenador do CEP-FS/UnB