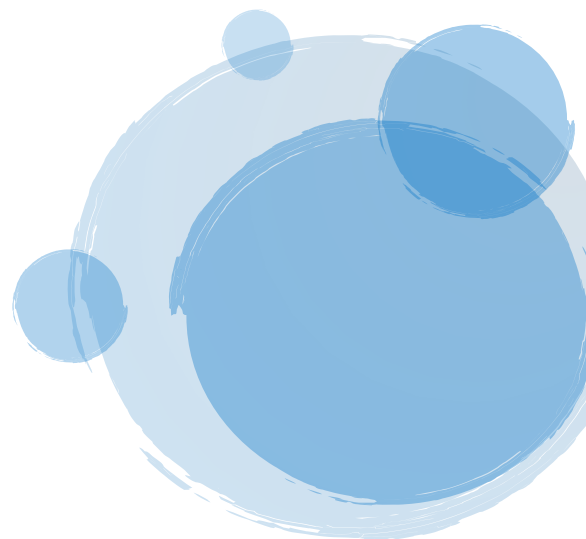




**SoBraTA.org**

**SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE TRANSTORNOS  
ALIMENTARES**

**LUCIA FLAVIA R. CARPILOVSKY**





**Lúcia Flávia Ramalho Carpilovsky**

**ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA O  
TRATAMENTO MÉDICO DA OBESIDADE**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

Projeto de Monografia para obtenção do título de Especialista em Transtornos Alimentares pelo Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Prof. Patricia Saceanu  
Co-orientadora : Prof. Dirce de Sá Freire

## **Agradecimentos**

À professora Dirce, que tão bem me recebeu no curso e que me mostrou o quanto é interessante o tema Transtornos Alimentares.

À minha família, que é tudo e que é sempre.

À minha orientadora Patrícia, pela paciência e gentileza. Por ser inspiração.

Aos meus colegas de turma, por terem feito dos nossos encontros momentos tão agradáveis.

## **Resumo**

Carpilovsky, Lúcia. **Algumas Contribuições da Psicanálise para o Tratamento Médico da Obesidade**. Rio de Janeiro, 2019. No de páginas. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A obesidade é atualmente considerada uma prioridade ao nível dos cuidados de saúde devido às proporções epidêmicas que assume em todo o mundo. Na sua gênese e desenvolvimento encontramos frequentemente a influência de fatores psicológicos, essenciais quando pensamos em intervir nesta problemática. Levando em conta que as abordagens clássicas de tratamento têm apresentado resultados limitados, vários autores têm salientado a necessidade de se estudar formas alternativas de tratamento, nomeadamente de psicoterapia, na obesidade. As causas para os insucessos e não adesão ao tratamento são ainda pouco compreendidas. Dentre os fatores que interferem na adesão, a qualidade da relação médico-paciente tem sido enfatizada. Dentre os impasses percebidos relacionados diretamente com a atuação do profissional, destaca-se, primordialmente, as limitações decorrentes de uma concepção, possivelmente atribuída à formação médica, centrada no modelo biotecnológico, na qual assimila um paradigma que não aborda a subjetividade. O resultado é o exercício hegemônico de uma clínica centrada na técnica e no ato prescritivo, em detrimento da clínica que valoriza a escuta, na qual o médico dá espaço ao paciente para falar de si, possibilitando surgir também demandas subjetivas de tratamento. Privilegia, dessa forma, uma intervenção biológica e prescritiva, em detrimento dos aspectos psicossociais envolvidos no processo, o que pode gerar prejuízo no vínculo profissional-paciente e grandes oportunidades perdidas de prevenção e tratamento. A abertura para uma escuta cuidadosa que valoriza a subjetividade pode ser um possível caminho para a construção e fortalecimento da vinculação ao profissional e serviço de saúde.

## **Palavras-chave:**

médico, psicanálise, obesidade, tratamento.

## Sumário

Introdução .....	5
Capítulo 1 .....	8
Capítulo 2 .....	15
Capítulo 3 .....	21
Conclusão .....	30
Referências .....	32

## Introdução

A obesidade é uma doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e recidivas, que pode acarretar vários danos ao indivíduo, sejam orgânicos ou psicossociais.

Atualmente, 50,1% da população brasileira encontram-se em algum grau de sobrepeso, e cerca de 16% da população adulta encontra-se obesa (IBGE, 2010). Esse aumento epidêmico da obesidade é um fenômeno mundial que afeta todas as camadas sociais da população e é resultante da interação de fatores ambientais (alimentação, atividade física e condições psicológicas) sobre indivíduos geneticamente predispostos a apresentar excesso de tecido adiposo.

Devido à sua etiologia multifatorial é difícil mensurar o peso de cada uma das condições envolvidas no processo de ganho excessivo de peso. Por outro lado, apesar do crescimento dos níveis de obesidade, deparamo-nos hoje com uma sociedade que impõem um padrão de beleza magro, especialmente para as mulheres, contrariando a realidade em que vivem, a constituição corporal de cada um e suas necessidades nutricionais.

O indivíduo obeso enfrenta grande preconceito na atual sociedade o que acarreta em grande sofrimento psicológico, na maioria dos casos. O obeso pode se tornar uma pessoa insegura, com baixa autoestima, sensação de rejeição e dificuldades nas relações sociais, que podem levar ao isolamento. São definidos muitas vezes como indivíduos incapazes de controlar sua vontade em relação à comida, passando a obesidade a ser vista como uma condição de fraqueza, comparável com a condição de um adicto (Rasmussen, 2012). Numa sociedade que cultua a imagem corporal, cada vez mais valorizada, os obesos ficam marginalizados pela impossibilidade de construir uma imagem agradável aos seus olhos e aos dos outros.

O modelo de corpo imposto pelo novo padrão da sociedade moderna vem sendo legitimado pelo discurso biomédico. Esse padrão de beleza e saúde produz um modelo no qual os indivíduos devem se encaixar, não levando em

consideração os aspectos culturais, sociais, biológicos e as singularidades de cada um.

Ao mesmo tempo em que a obesidade aumenta em escala mundial, aumentam os tratamentos disponíveis, seja por meio de fármacos, dietas “inovadoras” e cirurgia, esta última apresentando crescimento exponencial nas últimas décadas. Esse crescimento da cirurgia bariátrica apoia-se fortemente em um modelo de saúde reducionista, que considera apenas as mudanças corporais promovidas pela cirurgia, sem considerar os aspectos psicossociais resultantes do procedimento cirúrgico.

Diante da imensa dificuldade no tratamento médico da obesidade, focado no tripé: mudança de hábitos alimentares, atividade física regular e tratamento farmacológico e/ou cirúrgico que é praticado há décadas, passei a me perguntar o porque desse insucesso. Ao longo de doze anos atuando como médica no Sistema Único de Saúde e também no setor privado, atendendo pacientes com sobrepeso e obesidade, vejo que muitos deles ou não conseguem perder peso ou perdem peso e voltam após recuperar o peso perdido ou ainda mais. Se o indivíduo obeso procura auxílio profissional para a perda do excesso de peso, o que o levaria à não adesão ao tratamento? Quais as dificuldades envolvidas? Qual relação o sujeito estabelece com a obesidade? Por que em tantas ocasiões os pacientes se sabotam? Essas e outras questões tornam a obesidade uma condição tão complexa e tão desafiante. Uma pessoa obesa, após várias tentativas de perda de peso fracassadas (afastadas doenças endócrinas, genéticas, tumores, uso de medicamentos e etc), talvez não queira realmente perder peso ou talvez não esteja preparado para lidar com essa perda ou simplesmente talvez não seja capaz disso. Ainda assim, mais relevante do que os males que a obesidade pode causar para a saúde do indivíduo, o que mais me chama a atenção é o quanto esses pacientes se tornam escravos desse sofrimento oriundo do fracasso nas tentativas constantes em perder peso.

Nesse contexto de grande insucesso terapêutico, que só acarreta em mais dificuldade de aceitação dos pacientes obesos e acreditando que a psicologia pode contribuir para a busca de um tratamento priorizando o modo singular de cada um, busquei por um curso que tem como base a psicanálise, buscando “enxergar” de outra forma a problemática da obesidade.

A consulta médica se desenrola tendo como pano de fundo uma relação transferencial que está presente não somente na relação analítica, mas em

inúmeras outras situações de interação social (Santos, 2019). Segundo Freud (1912, p. 136), as “características da transferência, portanto, não devem ser atribuídas à psicanálise, mas sim à própria neurose”. Para o médico, toda situação clínica que envolva a subjetividade é extremamente desafiante. Muitas vezes, no contexto do tratamento da obesidade, se busca a solução do sintoma (excesso de peso corporal) e não o entendimento do sofrimento, e talvez aí esteja uma causa importante de nosso insucesso. Acreditar que aquilo que norteia as intervenções, de todo profissional de saúde, é o protagonismo do sujeito, o que não pode ser considerado fora da relação com o médico, pois o valor qualitativo dessa relação, que se traduz na disponibilidade do médico para prestar atenção e acolher a singularidade de cada caso, é um dos principais elementos na elaboração de estratégias terapêuticas menos idealizadas (Belmonte, 1986).



## Capítulo 1

### 1. Algumas considerações sobre a obesidade pela medicina

Fome pode ser entendida como um desejo ou uma necessidade urgente de comida, resultando num desconforto gástrico e conduzindo a um período de ingestão alimentar (Penn & Goldstein, 2005). O fenômeno que põe fim a este período designa-se por saciedade. O processo de saciedade é mediado por um conjunto de fatores gastrointestinais, sensoriais, neuronais e psicológicos, sendo considerada a principal motivação para se parar de comer. São inúmeras as áreas do cérebro que influenciam a expressão do comportamento alimentar, com realce para o tronco cerebral, o sistema límbico e determinados núcleos hipotalâmicos (Halford, 2006).

Para além dos mecanismos fisiológicos inerentes à sensação de fome e saciedade, o nosso comportamento alimentar é igualmente influenciado por um processo de tomada de decisão onde, de acordo com Odgen (2010), os fatores sociais (e.g., religião, educação, cultura), ambientais (e.g., geografia, economia) e psicológicos (e.g., emoções, aprendizagem, motivação) desempenham um papel crucial. O significado cognitivo e afetivo atribuído a certos alimentos sobrepõe-se muitas vezes aos sinais fisiológicos da fome e saciedade que regulam a ingestão alimentar. A utilização de alimentos como recompensa começa desde muito cedo. É consenso que alimentos de elevada palatabilidade têm propriedades que promovem a dependência. Ao ser percebido como prazerosos a possibilidade de serem repetidos aumenta (Kenny, 2011). À semelhança do que acontece no consumo de drogas, este tipo de alimentos ativa os circuitos de recompensa cerebrais, nomeadamente os circuitos opióides, dopaminérgicos e endocanabinóides (Cota, Tschop, Horvath, & Levine, 2006). Estes alimentos, pelo seu cheiro, gosto, textura, e pela facilidade de acesso, são desejados e muitas vezes consumidos mesmo na ausência da necessidade fisiológica de ingestão alimentar, estimulando o sistema de recompensa e consequentemente melhorando o humor dos indivíduos.

De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-V (APA, 2013) o Transtorno de compulsão alimentar (TCC) caracteriza-se pela ingestão, num curto período de tempo, de uma quantidade de comida consideravelmente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo tempo e sob circunstâncias similares, acompanhada de uma sensação de perda de controle sobre o comportamento e da inexistência de comportamentos compensatórios como indução de vômitos, uso de laxantes, jejum, exercício físico excessivo, esses dirigidos para a perda de peso. Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a três (ou mais) dos seguintes sintomas: ingestão muito mais rápida que o habitual; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome; comer sozinho para esconder a voracidade; mal-estar clinicamente significativo, depressão, vergonha ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva. Estes episódios são recorrentes e têm lugar, em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses.

Estudos epidemiológicos descrevem uma prevalência de TCC em 2% da população geral e em cerca de 30% de obesos que procuram tratamento para a obesidade. A compulsão alimentar também é acompanhada por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e culpa. Para Belmonte (1986), o indivíduo compulsivo abrange dois elementos: o subjetivo (sensação de perda de controle) e o objetivo (quantidade de consumo alimentar). Dowling (1988) afirma que a dificuldade de controlar o consumo do alimento geralmente está ligada à necessidade do indivíduo de controle externo. Esse indivíduo não possuiria naturalmente o autocontrole e passa a comer demais. O resultado aparece no corpo assim como o sofrimento ao perceber o aumento de peso.

A obesidade é evidentemente marcada por uma forma de evitar o mal-estar associado à sensação de fome. Nos casos mais graves a compulsão alimentar faz com que o compulsivo não sinta fome sem que se preocupe com o gosto do alimento ou com o prazer que uma refeição pode proporcionar (Azevedo, 2004).

Nas últimas décadas, vimos crescer a valorização da juventude e a demanda pela magreza e com isso a insatisfação das pessoas com o próprio corpo ampliou-se muito. Em consequência a essa insatisfação cresceram também os distúrbios alimentares e a obesidade. Aumento da oferta de medicações para perda de peso, cirurgia bariátrica e cirurgias de correção estética na incessante busca do corpo idealizado. Aqueles que estão fora do padrão de beleza idealizado são

muitas vezes estigmatizados, principalmente os obesos, pois incomodam em sua diferença. Os obesos muitas vezes já emagreceram em algum momento de suas vidas e voltaram a engordar e essa trajetória traz ainda mais frustração para a pessoa. Além dos hábitos alimentares do sujeito está também a história alimentar da própria família. (Edler, 2011)

A obesidade é definida como uma doença crônica em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde (WHO, 2006, 2007, 2012). Este excesso de gordura resulta do fato da energia ingerida ser superior à quantidade de energia gasta, conduzindo assim a um desequilíbrio de natureza multifatorial. A gordura corporal pode ser mensurada através de vários métodos, sendo o mais comumente utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC). Este é calculado dividindo-se o peso, em quilogramas, pela altura, em metros, elevada ao quadrado ( $\text{peso}/\text{altura}^2$ ). Este cálculo permite, de uma forma rápida e simples, classificar o indivíduo adulto em diferentes categorias: IMC abaixo de 18.5 Kg/m<sup>2</sup> corresponde a baixo peso, entre 18.6 Kg/m<sup>2</sup> e 24.9 Kg/m<sup>2</sup> ao peso ideal, entre 25 Kg/m<sup>2</sup> e 29.9Kg/m<sup>2</sup> e a excesso de peso, entre 30 Kg/m<sup>2</sup> e 34.9 Kg/m<sup>2</sup> a obesidade grau I, 35 Kg/m<sup>2</sup> e 39.9 Kg/m<sup>2</sup> a obesidade grau II e acima de 40 Kg/m<sup>2</sup> a obesidade grau III ou obesidade mórbida (WHO, 2006).

O excesso de peso e a obesidade são considerados um dos principais fatores de risco para as chamadas doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, hipertensão, doença vascular cerebral, diabetes mellitus tipo 2, doenças músculo-esqueléticas, e alguns tipos de câncer (Caballero, 2007; Wadden et al., 2002). A obesidade tem aumentado significativamente ao longo dos anos e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016 ela atingiu cerca de 13% da população mundial. Para a OMS, a obesidade é hoje um dos dez principais problemas de saúde pública do mundo e a classifica como epidemia.

No trabalho de Sobal e Stunkard (1989) constatou-se que nos países desenvolvidos existia uma relação inversa entre o estatuto socioeconômico e a prevalência de obesidade. Ou seja, os indivíduos com baixo nível socioeconômico apresentavam um risco aumentado de se tornarem obesos, contrariamente aos países em vias de desenvolvimento cuja prevalência de obesidade parecia ser maior nos indivíduos de nível socioeconômico mais alto. Porém, de acordo com os dados da OMS (Monteiro, Moura, Conde, & Popkin, 2004) a globalização deste problema de saúde estende-se a todos os países e classes sociais.

Em cerca de 95% dos casos clínicos o desenvolvimento da obesidade sofre uma forte influência de fatores ambientais e comportamentais como o aumento de consumo de alimentos altamente processados e com alto valor calórico, a diminuição da prática de atividades físicas, a urbanização e os trabalhos sedentários, que terão um maior ou menor impacto em função da suscetibilidade genética do indivíduo (Bell, Walley, & Froguel, 2005) e ainda os fatores psíquicos que abordaremos mais adiante. Portanto, podemos definir a obesidade como doença multifatorial, em que fatores bioquímicos, dietéticos e comportamentais podem contribuir para o acúmulo de gordura corporal e também os padrões hereditários não-mendelianos da obesidade também são compatíveis com a atuação de vários fatores inter-relacionados. Entretanto, em termos gerais, a patogenia da obesidade (acúmulo da gordura corporal excessiva) se dá pelo desequilíbrio entre ingestão e consumo de energia pelos tecidos em algum ponto da vida do indivíduo. Além disso, o armazenamento subsequente do excesso de gordura e energia faz da obesidade um distúrbio de operação do sistema de equilíbrio no qual há uma alteração na capacidade de equiparar a ingestão e o consumo de energia (Gardner & Greenspan, 2004 p.655).

Os três determinantes das reservas corporais de gordura: ingestão, dispêndio e distribuição de nutrientes são controlados por mecanismos complexos e vale ressaltar alguns aspectos importantes desses mecanismos como o controle do apetite, a distribuição dos nutrientes e o consumo calórico. Os adipócitos, ou células de armazenamento de excesso de gordura no corpo, têm seus próprios sistemas de controle metabólico interno, que afetam a economia dos macronutrientes corporais totais. As reservas de gordura são influenciadas pelo número e tamanho dos adipócitos. Em princípio se acreditava que o número de adipócitos não variava depois dos primeiros anos de vida e que os ganhos subsequentes de massa adiposa seriam pelo aumento do tamanho dessas células. Entretanto, hoje se acredita, pautados em várias pesquisas realizadas nesse sentido que os seres humanos adultos têm pré-adipócitos e conservam a capacidade de formar novas células adiposas. Contudo, ainda não está claro até que ponto os adipócitos se diferenciam e proliferam a partir dos precursores presentes nos adultos (Gardner & Greenspan, 2004 p.663).

Sobre o padrão alimentar dos indivíduos, podemos afirmar que são inúmeras as áreas do cérebro que influenciam a expressão do comportamento alimentar,

com realce para o tronco cerebral, o sistema límbico e determinados núcleos hipotalâmicos (Halford, 2006). O hipotálamo está envolvido na ativação do comportamento de ingestão alimentar através da libertação de neurotransmissores que se encontram associados com a motivação para comer e com as sensações prazerosas que isso proporciona. Ao nível do sistema neuroendócrino, a leptina, a grelina e a insulina foram identificadas como os peptídeos mais relevantes para a manutenção do balanço energético do organismo. Ao atuarem nos centros hipotalâmicos estes peptídeos estimulam ou inibem a ingestão alimentar (Simpson, Martin, & Bloom, 2009). A leptina, produzida essencialmente no tecido adiposo, ao interagir com os receptores hipotalâmicos promove a redução de a ingestão alimentar e o aumento do gasto energético. Nos indivíduos obesos verificam-se maiores concentrações plasmáticas deste hormônio e também uma maior resistência à sua ação (Rolls, 2007). A grelina, produzida no estômago e no intestino, é responsável por estimular o apetite. Os níveis deste hormônio encontram-se aumentados nos períodos de jejum, diminuindo após as refeições. Seria de se esperar que os indivíduos obesos apresentassem níveis mais elevados deste hormônio quando comparados com indivíduos de peso normal, o que justificaria o aumento do apetite. No entanto, paradoxalmente tal não acontece. Rosická et al. (2003) observaram uma menor concentração plasmática de grelina nos indivíduos obesos, mas todavia uma maior sensibilidade à sua ação. Os níveis de grelina no plasma correlacionam-se negativamente com outros fatores relevantes na obesidade, nomeadamente o IMC e os níveis de insulina e leptina.

As proporções epidêmicas que o problema da obesidade assume justificam que o tratamento desta doença seja uma prioridade mundial ao nível dos cuidados de saúde. A OMS (WHO, 2006, 2007, 2012) enfatiza a necessidade de uma intervenção complexa e multidisciplinar, incidindo por um lado numa abordagem imediata direcionada à obesidade e doenças concomitantes, e por outro lado em estratégias preventivas e de promoção da saúde visando à adoção de um estilo de vida mais saudável por parte de crianças, jovens e adultos. O tratamento da obesidade, do ponto de vista multidisciplinar, deve contemplar várias componentes em função da severidade da doença e dos contextos de intervenção.

Em relação ao tratamento médico da obesidade, consideramos que grande parte das intervenções dietéticas consiste em dietas muito pobres em calorias (800 kcal/dia) por indivíduo; dietas pobres em gordura, que consistem no consumo de

menos de 25% em gorduras da dieta diária; dietas pobres em carboidratos que consistem no consumo diário entre 50 e 100 gramas de carboidratos por dia. Além disso, o tratamento cirúrgico da obesidade é uma opção terapêutica desde que o by-pass jejunoileal foi desenvolvido na década de 1950, à princípio para o tratamento de pessoas com obesidade mórbida (obesidade grau III- IMC acima de 40). Temos ainda o tratamento farmacológico da obesidade (que movimentou indústria milionária) e seus principais representantes hoje são os agentes supressores do apetite (agonistas de serotonina e simpaticomiméticos), inibidores da absorção de gorduras, agentes termogênicos e um grande leque de terapias “alternativas”, incluindo medicamentos usados de forma off- label (com finalidade diferente daquela que consta na bula do medicamento). Além disso, o estímulo à atividade física durante o processo de intervenção dietética tem se mostrado fundamental para a perda de peso e mais ainda para a manutenção do peso, tanto pelo gasto energético diretamente, quanto pela melhora da sensação de bem estar, além de facilitar comportamentos positivos.

A falta de entendimento clínico do porque a pessoa obesa come demais mesmo que lhe traga sofrimento e complicações, se torna um impasse (Seixas, 2009). Para o mesmo autor, vários métodos são utilizados para diagnosticar e estabelecer tratamento para a obesidade e a maioria desses métodos está baseada em critérios científicos e fisiológicos, não levando em conta os fatores subjetivos que podem interferir nesses resultados. A ideia de que a obesidade é a doença principal e que ela desencadeia outras doenças, as comorbidades, só fomenta as crenças de que o obeso não emagrece por que não se esforça o suficiente.

Os aspectos psicológicos ligados à obesidade também devem ser levados em conta já que para muitos indivíduos obesos, o alimento se transforma ao longo da vida, em objeto das relações dessas pessoas. O alimento passa a servir de instrumento de alívio nos momentos difíceis e perde seu papel essencial de nutrição. Levando em conta que as causas endócrinas da obesidade representam apenas 2% do total de pessoas com obesidade, há que se buscarem novas abordagens no manejo do tratamento do indivíduo obeso para além da dieta alimentar, atividade física, uso de fármacos e/ou cirurgia.

É necessário deixar claro que não foi demonstrada nenhuma condição psicológica própria, nem traços de personalidade comuns. Grande parte dos indivíduos obesos come para resolver ou compensar problemas dos quais, às

vezes, não tem consciência. A falta de confiança, a sensação de isolamento, atribuída ao fracasso da família e amigos em entender o problema, assim com a humilhação decorrente do preconceito e discriminação dos quais os indivíduos obesos estão sujeitos remetem enorme carga psicológica ao obeso. Esse processo alimenta o círculo vicioso do ganho de progressivo de peso e da solidão cada vez maior.

## Capítulo 2

### 2. Algumas considerações sobre a obesidade pela psicanálise

A comida sempre esteve muito ligada às emoções. Desde o nascimento o alimento é associado com sensações de prazer, alegria, conforto e relaxamento. Quando um bebê é alimentado, a sensação desagradável da fome é substituída pela sensação de prazer e conforto. Na amamentação associa-se a isso o contato físico com a mãe, um momento de aconchego e carinho. Desta forma, é no ato de alimentar-se que o indivíduo sente inconscientemente que está seguro (Motta, 2011). O alimento está associado ao afeto, e muitas vezes, quando buscamos comida, buscamos também algum afeto de forma inconsciente. Quando a pessoa não encontra esse afeto desejado nas suas relações sociais pode buscá-lo através do alimento.

Nas últimas décadas, a insatisfação com a aparência aumentou em grande escala. Em parte pela importância que hoje se atribui à juventude e ao corpo. Consequente a isso, a incidência dos distúrbios alimentares tem aumentado na mesma proporção. Por um lado, os sintomas alimentares remontam ao movimento pulsional de origem remota, às experiências de prazer e desprazer, aos primeiros vínculos. Por outro, a valorização dada pela sociedade à imagem, ao corpo magro e atlético.

Recalcati afirma que na obesidade encontramos uma tendência à impossibilidade de recusar. A devoração, a incorporação infinita mostra o sujeito apegado à demanda do Outro (objeto primário – mãe), e o seu próprio desejo reduzido a um gozo desconectado do desejo do Outro. A impossibilidade do obeso em recusar demonstra que o sujeito permanece fixado em seu status de objeto e não acede à separação do Outro permanecendo na alienação o que nos sinaliza que a obesidade é uma patologia estruturalmente infantil.

Para a psicanalista Cristiane Seixas, em sua dissertação de mestrado em Ciências Humanas e da Saúde, da Universidade do Rio de Janeiro “Comer,



demandar, desejar: Considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto da obesidade” de 2009, a obesidade é objeto de estudo frente à questão do corpo, este entendido além da moldura feita pela sociedade, mas como um corpo resultante da configuração da imagem através da instalação da alteridade, pois o lugar de destaque que o corpo ganhou na atualidade tem efeitos na constituição do eu. Qual é a identificação que o sujeito tem com seu corpo obeso com o qual se está sempre descontente?

Em seu texto de 1915 “Pulsões e seus destinos”, Freud situa a pulsão como conceito-limite entre o psíquico e o somático e a diferencia dos estímulos externos devido a duas características: a força da pulsão, que é constante; e a fonte que é sempre corporal. O fato de serem ininterruptos os estímulos provenientes do corpo coloca o aparelho psíquico, sob o domínio do princípio do prazer, e para manter um equilíbrio cria os possíveis destinos das pulsões. Ainda na mesma obra, Freud caracteriza o desejo por aquilo que o objeto pulsional visa a busca pela satisfação.

Para Seixas (2009) a obesidade é construída por sintomas que colocam o corpo como depósito principal de tudo que a pessoa precisa mostrar, inclusive o seu fracasso, e do ponto de vista psicanalítico é possível considerar que o corpo obeso reflete sintomas formados pelo inconsciente do sujeito, e que a medicina não cura. A autora ainda afirma que o campo em que se dá a experiência analítica diferencia o corpo com o qual lida do corpo da medicina. A verbalização do inconsciente faz o eu consistir onde a razão não está, e a construção teórica das pulsões como o conceito limite entre o psíquico e o somático formam a problemática do corpo da psicanálise por estar marcado pela força pulsional. De acordo com Berg (2008), a visão psicanalítica não se restringe ao padrão objetivo do corpo obeso como acontece na medicina, ela considera que a origem e a evolução da obesidade têm fortes relações com o desenvolvimento psíquico e a influência da sociedade e da família.

Então o consumo alimentar exagerado se apresenta como uma defesa frente à frustração intolerável, já que o sujeito não possui recursos simbólicos para lidar com as exigências sociais de magreza. Recalcati (2002, apud SEIXAS, 2009), afirma que o comer em excesso, fornece ao indivíduo recursos simbólicos para lidar com a frustração derivada da impossibilidade de preenchimento e satisfação da demanda. Dessa forma, a fome e o corpo obeso parecem manifestar a pulsão já que a linguagem não se manifesta. Ainda afirma que o indivíduo

privado de recursos simbólicos para lidar com o desejo, traduz o conflito psíquico em sintoma, separando o corpo do sujeito, que apresenta dificuldade em reconhecer o próprio corpo como sendo seu. A obesidade então se apresenta para o sujeito como a impossibilidade de recusar a demanda do outro e se torna fixo no objeto, a comida. Resta então ao sujeito a compensação no consumo do objeto (comida).

O objeto pulsional na obesidade está sempre se vinculando ao alimento como forma de satisfação primordial de todas as necessidades do indivíduo. E a qualquer sinal de frustração, esse indivíduo fixado em objeto simbólico (comida), recorre sempre ao ato de comer. A comida se transforma no objeto que o liberta do sentimento da falta e da frustração. O sujeito obeso apresenta intensa fixação na fase oral e do ponto de vista psicanalítico, se pode ver uma relação direta entre a comida que é ingerida no enfrentamento da frustração e na busca da satisfação, ocorrendo uma disjunção entre demanda e necessidade. (Seixas, 2009).

Segundo Freud (1925), a autoestima é remanescente do sentimento de onipotência existente na infância e é sustentada pelo ideal. Quando esse ideal é um corpo magro e a pessoa não consegue ter ou manter esse corpo ideal, gera sentimentos de inferioridade, culpa e frustração. O sujeito então busca formas inconscientes de obter satisfação resgatando sentimentos de felicidade ligados à amamentação e aí se estabelece um ciclo vicioso. A satisfação de comer, para o obeso, o tranquiliza e assim o afasta das possíveis falhas e fracassos que enfrentaria ao realizar outros projetos, por medo da frustração. Nos obesos, muitas vezes o alimento aparece como um caminho para suportar ou superar as angústias, e a compensação oral serve como proteção usando o corpo gordo como escudo para o meio externo. Mascarenhas (2005) explica que nenhuma pessoa come demais apenas por comer, ela está buscando nesse alimento algo que não conseguiu com outros recursos e essa busca pode ser por carinho, amor ou inúmeros outros motivos que podem levá-la a comer muito. Podemos perceber até o momento, que talvez o obeso use o comer demasiado como forma de liberar a energia que não encontra saída e a direciona para o ato de comer.

A psicanalista Sandra Edler afirma que “engordar, manter-se gordo durante um período de tempo e desejar emagrecer implica sempre analisar o valor emocional conferido à comida como compensação” (2017). Ela afirma ainda que muitas vezes o sujeito não percebe o papel simbólico que a comida desempenhou

no decorrer de sua vida. Quando um recém-nascido chora em busca do seio da mãe ele busca alívio para a tensão causada pela fome, sede, falta de aconchego, busca de carinho. O movimento da busca para o alívio da tensão interna Freud chamou de experiência de satisfação. O recém-nascido necessita do Outro para eliminar sua tensão interna, que irá conduzi-lo ao seio materno, portanto existirá essa mediação Outro/bebê e está se manterá e daí se desenvolverá todo o mecanismo de demanda do sujeito. É preciso que o Outro nem sempre atenda prontamente ao apelo do bebê, para que aos poucos ele possa suportar certas lacunas, que ele aprenda a esperar sem que a espera seja traumática. Em muitos casos de obesidade, a pessoa não sabe o que é sentir fome, porque come por antecipação. Não consegue lidar com a falta.

O indivíduo obeso inconscientemente está tentando se relacionar com o objeto primário, então o alimento se torna a representação da mãe e todas as vezes em que na infância sentiu a ausência da mãe sentiu-se também tomado pela frustração. Já na fase adulta, o indivíduo repete esse apelo que fazia quando o objeto primário estava ausente e estabelece uma relação com outro objeto, a comida.

O aparelho psíquico é marcado pelo movimento inicial da força pulsional e que conduz para a descarga. Esse movimento vai de encontro ao Outro e retorna após ter encontrado um objeto com o qual retém uma satisfação possível sem que esteja separado do objeto. Como se para este indivíduo, a comida fosse parte dele, e sempre há a necessidade de reincorporar o objeto (Motta, 2011). A pulsão se apoia na necessidade e se fixa a um objeto (comida) que passaria a satisfazê-la, impedindo o deslocamento e a busca por objetos parciais. Há na obesidade uma satisfação à qual não é possível renunciar, onde se sugere uma fixação ao objeto oral, atribuindo uma equivalência entre a experiência de satisfação e o objeto oral primordial, o seio materno (Rabinoich, 2004).

Freud diz que no início da vida há um tempo em que em que o bebê têm todas as necessidades atendidas pela mãe e que ao longo de toda a vida o sujeito buscaria retorno a essa experiência de satisfação. Ainda em seus estudos clínicos principalmente ligados à histeria, Freud descobriu que a maior parte da formação de sintomas está ligada à sexualidade, ou seja, o sintoma aparece como defesa necessária contra uma representação sexual intolerável. Então é possível dizer que muitas pessoas procuram compensar suas frustrações sexuais com a

alimentação exagerada, regredindo à fase oral. A pessoa pode também desejar não ser desejada, usando a gordura como seu escudo protetor contra o desejo do outro.

Dos Anjos em sua obra “Obesidade: doença da civilização mitos e verdades” de 1983, afirma que a fome não é apenas orgânica, mas também emocional e sentimental e que para o conceito analítico, a atitude de comer pode ser considerada uma descarga libidinal e muitas vezes compensadora das frustrações sexuais, ao que Freud chamou de “dupla Função”.

Rabinovich (2004) ressalta que o objetivo do trabalho psicanalítico no tratamento da obesidade é a reinserção da falta que garante a entrada no mundo simbólico, e que para isso não se busca a cura da obesidade, do comer em excesso mas o que se busca é fazer operar o desejo. O indivíduo deve se dar conta das suas associações emocionais diante do hábito de comer. Ressalta ainda que o objetivo maior, é a reinserção da falta que garante a entrada no mundo simbólico e que o ideal não é buscar a cura, como faz a medicina, e também não buscar a reinserção dos indivíduos nos dispositivos disciplinares e de controle, mas sim fazer operar o desejo.

“Para fazer existir o sinal do amor, na obesidade o sujeito consome infinitamente os objetos para compensar a falta do Outro.” (SEIXAS, 2009, p.58). Permanece num modo de satisfação solitária e criando um escudo para o desejo do outro. O corpo obeso pode ter vários significados para o indivíduo que o constrói e o excesso de peso pode ser a única maneira que o sujeito encontra de externar toda a sua frustração mediante a impossibilidade de realizar suas potencialidades, mesmo que a obesidade também lhe cause sofrimento. Ao longo da vida de um obeso, invariavelmente houve várias tentativas para perder peso, algumas com sucesso e em outras, o reganho de peso ocorreu. Ao olhar o sujeito obeso como um ser complexo, entendemos até aqui que quando o tratamento oferecido não é capaz de substituir, ou superar as defesas (a obesidade, nesse caso) que ele construiu para viver, emagrecer pode ser mais prejudicial do que se manter obeso. A obesidade pode ter se tornado a prótese psíquica que essa pessoa utiliza para suportar viver.

Na psicanálise, o que está em evidência é o sujeito e o que ele pode dizer deste corpo acometido pelo excesso de gordura, motivando-o a refletir sobre seu real problema. Mais do que classificar pessoas segundo o peso de seu corpo ou os riscos que o excesso de peso impõe à saúde, trata-se de apreender uma forma de

subjetivar o sofrimento que pesa sobre o corpo do sujeito obeso (Seixas, 2009). A psicanálise pretende abordar o homem como ser singular, o seu objeto é o sujeito.

## Capítulo 3

### 3. Algumas contribuições da Psicanálise para a Medicina

O conceito de transferência foi bastante estudado por Freud em alguns de seus trabalhos, dentre eles “A Dinâmica da Transferência” de 1912 e “Recordar, Repetir e Elaborar” de 1914 e também sofreu várias reformulações posteriores. Ela é tida como de suma importância no trabalho psicanalítico e através dela o analista pode trabalhar o passado do paciente. A transferência ocorre quando o paciente projeta em pessoas do convívio atual, figuras importantes do passado. Sentimentos, desejos e as impressões dos primeiros estímulos afetivos são vivenciados e sentidos por ele na atualidade, se faz o caminho inverso das palavras. O desejo da pessoa irá se apresentar atualizado, com uma repetição dos modelos infantis. Não é possível se imaginar um trabalho analítico sem falar em transferência, porém ela acontece em várias outras relações: médico/paciente; professor/aluno, por exemplo (Moura, 2009).

Na transferência o paciente produz com clareza uma parte importante da história de sua vida, da qual de outra maneira, teria fornecido apenas um relato insuficiente. Ele a representa diante do analista por assim dizer, em vez de apenas contar (Freud, 1930). Freud enfoca a dinâmica da transferência sob dois pontos: a transferência como problema geral e suas causas e a transferência no processo psicanalítico e as causas da intensidade que adquire nesse processo. Como causas gerais indicam: o fato de que toda pessoa adquire na infância determinadas características de sua vida afetiva que serão repetidas ao longo de sua vida; a insatisfação libidinal, que cria a necessidade e a expectativas libidinais dirigidas às pessoas ao seu redor; a relação entre transferência e resistência. Em “A dinâmica da transferência”, Freud diz: “Nada é mais difícil, em análise, do que vencer as resistências, mas não esqueçamos que são justamente tais fenômenos que nos prestam o melhor serviço, ao nos permitir trazer à luz as emoções amorosas secretas e esquecidas dos pacientes e ao conferir a essas emoções um caráter de atualidade”.

Ao falar da transferência Freud ainda distingue a transferência positiva e a negativa. A positiva se compõe de sentimentos conscientes amigáveis e outros em que os prolongamentos estão no inconsciente e que parecem ter um fundamento erótico. Em “A dinâmica da transferência” Freud diz “a transferência sobre a pessoa do analista não representa o papel de uma resistência, a não ser quando se tratar de uma transferência negativa ou então de uma transferência positiva composta de elementos eróticos recalçados”. Durante o processo de transferência num trabalho psicanalítico, pode haver resistências por parte do paciente que dificultam o progresso da análise. Freud diz ainda que a transferência é um fragmento de repetição e que a repetição é a transferência do passado esquecido, não apenas pela pessoa do médico (analista), mas também por todas as outras áreas da situação presente. Quanto maior for a resistência a essas lembranças, maior será a colocação em atos, à compulsão à repetição irá se impor. Em “A Questão da Análise Leiga” Freud (1927) declara que toda análise digna desse nome institui uma neurose de transferência, que constitui o sintoma, um sintoma analítico, uma responsabilidade maior do analista na condução da análise reside no manejo da transferência, num manejo analítico da neurose de transferência. É pelo caminho desse manejo da transferência que a compulsão à repetição irá se transformar, aos poucos, em uma razão de se lembrar, permitindo assim que o paciente vá se apropriando da sua história.

Vemos que muitos obesos se encontram desconectados do seu corpo, que não se reconhecem em seus corpos. Nos transtornos de comer compulsivo, presente em parte expressiva dos pacientes obesos, eles usam a passagem ao ato, e a compulsão à repetição. A elaboração psíquica é transbordada, há uma precariedade na inscrição das representações. Através da experiência da transferência será possível ao sujeito formular lembranças, sensações, antes inomináveis e é também através da memória corporal da pessoa que será possível a reconstrução de sua história pessoal.

Para Freud, a busca da satisfação encontra-se em íntima ligação com a compulsão à repetição, diferente do desejo. O desejo está associado à falta, mas nesse caso, a falta que leva ao movimento e à criatividade. Já a compulsão se dá numa condição de redução do sujeito, enquanto o desejo implica construção, envolvimento (EDLER, 2017). Em 1920 no “Mais além do princípio do prazer”, Freud introduziu a nova dualidade pulsional, pulsão de vida e de morte e indicou

também a compulsão à repetição como segundo princípio regulador do psiquismo. O que está mais além do princípio do prazer é a repetição. E continuou afirmando que a insistência pulsional se expressa na repetição: as manifestações de uma compulsão à repetição apresentam, em alto grau, um caráter pulsional. Obedecem ao circuito, ao movimento próprio da pulsão. Freud visualizou as pulsões em pares opostos e em 1920 propôs sua teoria das pulsões, as de vida e as de morte. Na pulsão de morte, força destrutiva e desagregadora é de suma importância para se pensar as compulsões, nas quais o gozo na destruição se torna o protagonista, que conduz o sujeito aos limites daquilo que pode ou não suportar. O gozo, em sua articulação com a pulsão de morte, conduz o sujeito a extremos. Segundo Edler, o gozo excessivo, como observou Lacan em “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano”, deve ser recusado para que possa permitir o acesso ao desejo. É possível se reverter o circuito pulsional repetitivo (como o ato compulsivo de comer), substituindo-o por uma possibilidade mais criativa: encontrar outro destino pulsional, restabelecer a via do desejo no lugar em que o gozo (ato de comer), prevaleceu submetendo o sujeito (EDLER, 2017).

A psicanálise teve origem na medicina, a partir da experiência de Freud como neurologista no hospital de Viena. Ao examinar as limitações da medicina diante de determinados tipos de sofrimento, Freud constrói os fundamentos da psicanálise (Moretto, 2017). Para Freud (1914), todo trabalho que tem como fundamentos os conceitos de inconsciente, transferência e resistência é um trabalho psicanalítico. Existem diferenças importantes entre o que é considerado saúde/doença, normal/patológico e cura entre a psicanálise e a medicina. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é definida com o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, mas do ponto de vista psicanalítico, o modo singular pelo qual cada pessoa estabelece relações entre o somático e o psíquico é essencial para a caracterização da sua saúde. Além disso, em medicina a noção de cura se relaciona com o resultado do tratamento, que tem por finalidade o retorno a um estado anterior de normalidade, com a eliminação de sintomas. Já em psicanálise, a cura não equivale ao retorno da condição anterior de normalidade e o desaparecimento do sintoma não necessariamente significa que o sujeito está curado (MORETTO, 2013).

Moretto afirma que a consulta médica se desenrola tendo como pano de fundo uma relação transferencial, tal como definida na psicanálise, mas para o



médico a transferência não é elemento essencial para a sua prática, para a execução dos atos médicos em si (2013) e para a psicanálise a clínica se faz necessariamente, sobre transferência. Lacan afirmou que “a medicina identificou a psicanálise como o lugar onde ela pode encontrar refúgio” (1976, p.18). Mesmo com todo o avanço tecnológico e dispondo de todos os melhores recursos técnicos e materiais, o médico invariavelmente se depara com a condição de impotência diante da finitude e do sofrimento humano. Quando é necessário o manejo da subjetividade e nas situações em que a singularidade do paciente. Mesmo em face de todo o avanço científico e tecnológico, nem sempre a equipe de saúde consegue tratar o sofrimento ao abordar o sintoma, pois sintoma e sofrimento não se equivalem (MORETTO, 2017b).

Ao se pensar um tratamento interdisciplinar, cada área do saber traz diferentes narrativas para a análise e resolução dos problemas. Frequentemente se observam pacientes que buscam tratamento médico e não aderem ao esquema terapêutico que lhe é proposto, como muitas vezes é visto nos obesos, por exemplo. Sabemos que o engajamento de uma pessoa num projeto terapêutico é de suma importância, e que isso escapa à competência médica, mas perceber as dificuldades envolvidas para essa falta de engajamento pode nos ajudar a resolvê-las. No tocante à obesidade é necessário se entender o que ela significa para o sujeito, qual a sua identificação com ela.

No capítulo que escreve, do livro “Por que Freud hoje” de 2017, intitulado “A presença do pensamento freudiano no campo da saúde”, Moretto afirma que o adoecimento pode se transformar em um acontecimento traumático na vida de uma pessoa, mas o que confere o caráter traumático a um acontecimento é a forma como ele é incluído, ou excluído, no seu campo de relações. Pode-se dizer, portanto, que toda situação potencialmente traumática requer um processo, sempre singular, de elaboração. Ao se reconhecer a experiência de sofrimento do sujeito se facilita o processo de elaboração do mesmo, e é nesse sentido que os princípios para a ética do cuidado podem ajudar os profissionais de saúde do manejo de tais situações. São eles: hospitalidade, empatia e saúde do cuidador. O princípio da hospitalidade pode ser definido como o gesto de acolhimento ao estrangeiro. Falar a linguagem que o paciente compreenda, e deixar que o paciente nomeie o seu sofrimento, não o fazendo por ele, usando a empatia para tal. Ao se legitimar o sofrimento do paciente se facilita o entendimento por parte dele nas suas reais

possibilidades de alcançar seus objetivos em um determinado esquema terapêutico. Para estar disponível a acolher e reconhecer o sofrimento daqueles a quem nos dispomos a cuidar, necessitamos de uma condição psíquica que favoreça alguma flexibilidade para lidarmos com os nossos próprios afetos, suscitados pelas experiências com as quais deparamos em nossas práticas, sem que para isso seja necessário recorrermos a mecanismos defensivos, como a apatia ou a negação (KUPERMANN, 2016).

Como disse Luís Cláudio Figueiredo “atividades de cuidar fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais das áreas da saúde e da educação” e diz ainda que os saberes e práticas da psicanálise podem oferecer elementos para uma melhor compreensão do que está envolvido nos cuidados, propiciando a formulação de uma “teoria geral do cuidar”, assentada em uma interpretação metapsicológica de tais processos, capaz de identificar seus mecanismos e dinâmicas profundas. Ele ainda aponta duas dimensões nas funções primordiais de cuidar: a função de sustentação, que nos garante a continuidade, e a função de continência, que nos proporciona as experiências de transformação. A continuidade não está assegurada ao longo da vida, e precisa ir sendo construída e reconstruída a cada passo, tarefa do agente de cuidados que dá a sustentação e pode ser exercido por vários agentes ao longo da vida: família, grupos e instituições, por exemplo. Mas também é preciso crescer, expandir-se e é o outro que nos dá continência, quem nos pode oferecer condições e vias para a transformação.

Como agentes do cuidado – pais, professores, médicos, enfermeiros e outros – devemos entender que muitas vezes, cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem (FIGUEIREDO, 2007). Em situações em que o paciente tem expectativas inalcançáveis (perda de muito peso em curto espaço de tempo; quando almeja um determinado tipo de corpo não condizente ao seu biótipo, por exemplo), o profissional de saúde deve mostrar a importância da singularidade de cada indivíduo e os limites do possível ao ser alcançado. Em tempos em que as desproporções proliferam entre os desejos e seus objetos, os medos e seus motivos, a experiência da medida, enraizada em um reconhecimento preciso do

outro no que tem de mais próprio comporta um potencial ético difícil de ser exagerado (FIGUEIREDO, 2007).

Uma das metas do cuidar é a de levar o sujeito a desenvolver as capacidades cuidadoras, fazendo com que as funções cuidadoras sejam introjetadas e para que essa introjeção seja criativa é necessário que elas se enraízem nas capacidades do sujeito ativadas pelo outro, pelo agente cuidador (FIGUEIREDO, 2007). Ao médico, como agente cuidador, se faz necessário que no curso do tratamento proposto ao seu paciente, reconheça os limites do seu fazer e que possa trabalhar com outros agentes de cuidados (enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, etc.) e o próprio paciente. Quando o agente de cuidados compartilha seus fazeres e decisões com outros agentes cuidadores, melhora a qualidade do que faz e pode descobrir que o objeto de cuidados pode também exercer funções cuidadoras. As tarefas de cuidado vão muito além do que se ensina e prescreve quando é exercida pelos profissionais envolvidos no cuidar, de forma mecânica e protocolar, perde-se uma das mais importantes virtudes do cuidado: a de oferecer ao sujeito uma experiência de integração. E estamos pouco preparados para cuidar. Nossa capacidade de prestar atenção uns nos outros, está reduzida. E recuperar essa capacidade é tarefa urgente, tanto para os agentes de cuidados quanto para todos nós enquanto seres humanos.

Artacho (2013) apresenta uma reflexão acerca da relação médico-paciente e a subjetividade nas últimas décadas. Segundo o autor, dois fatores foram de fundamental importância para produzir mudanças nas práticas médicas e com isso alterar a função do médico, bem como sua relação com o paciente. Tais mudanças são a evolução científica e a mercantilização da medicina. Os avanços tecnológicos produziram inúmeros benefícios para a humanidade, contudo, criaram muitas vezes um distanciamento do médico e do paciente e uma desvalorização do valor clínico da palavra, ou seja, da história clínica do sujeito. A arte da medicina sempre esteve ligada à capacidade de escutar a demanda do paciente, bem como a qualidade do vínculo estabelecido entre ambos. Porém, com o avanço tecnológico ocorre uma mudança de perspectiva: aqui o paciente é reduzido a um corpo orgânico sobre a qual o médico fará suas intervenções. Com isso o paciente passa a ser considerado uma máquina que necessita de consertos, e a doença é vista como algo que atinge uma peça e produz falhas que precisam de reparos (Artacho, 2013).

O modelo da “Medicina Baseada em Evidências” surge com o intuito de solucionar “os problemas” da clínica médica em relação à tomada de decisões do médico, e ajudar em suas práticas, porém esse modelo interfere em alguns pontos cruciais para o trabalho do médico que são a relação subjetiva e a demanda individual do paciente. A clínica psicanalítica se volta para a experiência da singularidade, diante disso o saber com que ela opera é o saber do sujeito. “A especificidade da psicanálise talvez esteja em fazer com que algo que insista do campo do inominável passe para o dizer” (Vieira, 2002, p. 6). “A psicanálise está interessada mesmo em dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar de sujeito que a medicina lhe afasta” (Simonetti, 2004, p. 19).

Muitas vezes o médico se frustra diante do paciente que não segue as suas recomendações, mas desconsidera a subjetividade e história de vida trazidas pelos pacientes, o que seria imprescindível para compreensão do significado da obesidade e definição de um plano terapêutico. Nem sempre os pacientes obesos são escutados e via de regra recebem um tratamento padronizado, protocolar e distante das suas possibilidades. É frequente que os pacientes obesos tenham dificuldades em nomear os seus problemas psíquicos que sustentam a obesidade. É preciso ajudá-los a entender que para a perda de peso sustentada será necessário um processo de trabalho conjunto e que eles não podem ser “emagrecidos”.

“A realidade psíquica não se reduz ao ego, embora o inclua, do mesmo modo que inclui o sintoma. Sua fonte primária é o inconsciente, e não há que se conceber nada de profundo ou submerso nessa realidade. Tudo se passa na superfície, na emergência da fala a que temos acesso e à qual, de algum modo, respondemos. É na própria palavra do sujeito que começa o trabalho clínico. Ao tratarmos do sofrimento psíquico só podemos fazê-lo pelo que aparece dessa realidade em palavras e ações peneiras de sentido” (Figueiredo, 1997, p. 124).

Cabe ao profissional mostrar interesse em escutar as histórias do sujeito e conhecer o contexto familiar, seu cotidiano, trabalho, costumes, crenças e valores, sua culinária e preferências alimentares e propor mudanças possíveis e graduais para construção de um estilo de vida mais saudável, que deve estar de acordo com perspectivas reais do sujeito.

Muitos pacientes quando buscam o tratamento médico para a obesidade, o fazem por ter desenvolvido uma ideia distorcida de que a obesidade deve ser tratada sempre com medicamentos, e essa ideia pode ter sido alimentada também

por outros profissionais da saúde, e não se implicam no tratamento, tornando-se passivos diante do médico que supostamente acreditam que detém o saber sobre sua doença. A possibilidade da obesidade se tornar crônica é grande.

Vemos com frequência que pacientes obesos, submetidos repetidamente a dietas restritivas, podem se tornar obsessivos e preocupados ostensivamente com o alimento proibido. Perdem a espontaneidade e a liberdade diante dos alimentos e os cuidados necessários para a percepção das sensações de fome e saciedade. Sentimentos de culpa são frequentes quando o alimento “proibido” é ingerido, independente da quantidade ingerida. Desse modo, com frequência, o paciente adquire o hábito de comer escondido, com muito medo de engordar, uma situação na qual tem poucas chances de sentir prazer e perceber saciedade. Perdem a liberdade diante do alimento (BIRCH e FISHER, 2000; FONSECA et al., 2001; FONSECA e SILVA, 2001).

[...] Aconselha-se o médico a buscar objetividade na anamnese, procurando excluir o que é subjetivo, separando o joio do trigo. Este ensinamento é correto do ponto de vista do diagnóstico clínico, entretanto, na relação médico-paciente, o joio é muito importante, podendo ajudar no conhecimento do paciente, das suas crenças, de suas fantasias e de seus preconceitos. Muitas vezes, esse caminho possibilita a aproximação do sofrimento, do medo de estar doente, do horror a própria doença, das dificuldades com o tratamento, enfim das dificuldades do viver [...] (FERREIRA; FONTES, 2010, p.20).

Em seu texto “É conversando que a gente se entende” de 2014, Zaidhaft questiona se é possível se ensinar habilidades de comunicação médico-paciente que vão além da simples aquisição e repetição de uma técnica. Como ensinar a um médico a ter empatia, a se colocar no lugar do outro que procura ajuda e nesse momento encontra-se frágil? Em primeiro lugar é estar consciente do próprio lugar que todos nós ocupamos, como seres humanos, que podemos sofrer em algum momento talvez nos ajude a não nos destacar tão completamente do outro que sofre naquele momento. E nos diz ainda que discutir técnicas de comunicação é fundamental, mas, se for somente a repetição de técnicas sem uma compreensão do porque delas, se não houver uma incorporação do sentido delas, será apenas um técnica mecânica e uma encenação medíocre de empatia.

Continuando no mesmo texto de Zaidhaft, pudemos refletir na imensa dificuldade dos seres humanos em se comunicar, em ouvir verdadeiramente o que o outro tem a dizer. E quando se trata da relação médico-paciente, em que um está sofrendo e busca do outro um alívio para o seu sofrimento, essa dificuldade pode ser ainda maior. Se faz necessário, para o paciente que busca auxílio na figura do médico, que a transferência se estabeleça de forma satisfatória, que ele consiga depositar sua confiança no médico, que entenda e siga as suas orientações. E que a contra-transferência (seus sentimentos inconscientes em relação ao paciente) seja detectada pelo médico e que, fruto de sua reflexão sobre ela, não fique impedido de se colocar no lugar do outro, podendo, dessa forma exercer o cuidado a ele. Se a confiança, fruto da transferência estabelecida, é algo sobre o qual não temos qualquer controle nem como prever e se o objeto da medicina é a doença e não o doente, então é necessário se repensar a forma como a medicina se constitui e o que os pacientes esperam de seus médicos. Os inúmeros casos de violência e desconsideração com o outro que acontecem cotidianamente em todas as áreas de atividades humanas nos faz pensar que discutir estratégias de mudança é necessário. Discutir técnicas de comunicação na relação médico-paciente na formação dos futuros profissionais é fundamental para a boa formação médica, para que os estudantes, ao se aproximarem das doenças não se distanciem das pessoas, ainda na faculdade.

Todo médico desenvolve sua defesa contra o sofrimento inerente à prática, isso é fundamental. Conversar sobre os caminhos de cada um para lidar com isso, ainda durante a formação médica, pode ajudar esses profissionais a não desenvolver escudos de defesa impenetráveis. Pode impedir que se tornem incapazes de compreender o sofrimento alheio e que consigam abordar com suavidade questões que podem ser tão delicadas e difíceis para com seus pacientes. Na medicina as doenças se repetem, mas cada pessoa/paciente é único e nenhum sofrimento é igual.

Considerando as múltiplas causas da obesidade, a história de cada pessoa, a dinâmica de vida, o ambiente, fatores desencadeadores do comer em demasia, aspectos genéticos e biológicos pode-se estabelecer um plano terapêutico, discutindo cada passo com o paciente, possíveis recaídas e o chamando a assumir o protagonismo do tratamento. "Curar quando possível, aliviar quando necessário, consolar sempre" (Hipócrates).

## Conclusão

A obesidade sempre existiu desde as sociedades pré-históricas, mas passou a ter maior relevância no panorama mundial desde a década de 80 com o crescimento dos gastos nos tratamentos das doenças associadas á ela. Na mesma proporção em que crescem os níveis de obesidade no mundo, cresce também o preconceito e a estigmatização da pessoa obesa, associando a elas vários conceitos e valores negativos. O obeso busca então inúmeros tratamentos a fim de “resolver” o seu problema através de dietas, tratamentos estéticos, farmacológicos e cirurgias. As indústrias farmacêutica e alimentícia nunca venderam tantos produtos *light*, *low carb* e afins e nem tantos medicamentos anti-obesidade. Também vimos surgir inúmeras dietas restritivas que prometem emagrecimento rápido e a procura por cirurgias bariátricas explodiu nos últimos anos. E mesmo com todo esse arsenal terapêutico disponível, os índices de obesidade só fazem crescer na população mundial como um todo. Isso nos diz que estamos no caminho errado para combater essa epidemia.

Os modelos ideais de corpo magro, ligados cada vez mais á saúde e tão alardeados pela mídia, contribuem para reforçar a ideia de que o indivíduo obeso não tem autocontrole, é indisciplinado, e sentimentos de baixa autoestima, de menos valia e depreciativos geram mais insatisfação nesses indivíduos e contribuem ainda mais para a cronificação da doença.

As terapias dietética e comportamental têm sido as principais medidas usadas no tratamento da obesidade. Porém a restrição calórica, em geral não tem sido muito eficaz. Depois de sair da dieta com muito poucas calorias, a manutenção do peso perdido tem sido difícil, principalmente se o tratamento do paciente não incorporar uma abordagem educativa. Parte das recidivas pode ser atribuída às adaptações fisiológicas e comportamentais que ocorrem como resposta à privação calórica, incluindo a redução de consumo energético. Pode ser impossível para a maioria das pessoas persistirem indefinidamente em um estado de privação percebida, principalmente em momentos de maior estresse. Apesar de

saberemos que a obesidade é uma doença de múltiplas causas, os profissionais envolvidos no tratamento, em especial o médico, ainda utilizam a concepção simplista centrada no tratamento da doença obesidade e não do paciente. A exclusão (secundarização) da subjetividade implica em não se focar na relação médico-paciente, afetando o processo de adesão e comprometimento do sujeito. A dificuldade do profissional em lidar com seu paciente obeso tem sido atribuída também a uma limitação na sua formação, consequência do ensino nas escolas que privilegiam e enfatizam a dimensão técnica e tecnológica da prática clínica em detrimento da dimensão humana. Nesse sentido, o paradigma médico vigente, cuja estrutura determinista de causa e efeito define obesidade como um desequilíbrio do balanço energético, que trás em si uma solução simplista de ingerir menos ou gastar mais energia vêm sendo questionada.

Pensamos que para se tratar o indivíduo obeso é preciso que o ponhamos em evidência, ouvindo o que ele pode dizer desse corpo acometido pelo excesso de gordura, motivando-o a refletir sobre seu real problema e subjetivar o sofrimento que pesa sobre esse corpo obeso. Para isso, a psicanálise tem muito a contribuir ao médico, geralmente na linha de frente quando a pessoa busca ajuda para enfrentar a obesidade. O médico, muitas vezes “aprisionado” a protocolos e práticas normatizadas, trata o problema do paciente como um simples desequilíbrio energético e exerce a sua clínica centrada na técnica e no ato prescritivo sem valorizar a escuta. Não haverá sucesso enquanto se usa um tratamento simplista para um problema que é tão complexo. É importante a busca do diálogo e a valorização do atendimento interdisciplinar, sem prescindir do vínculo específico de cada profissional com o paciente. O médico que está inserido, desde sua formação no modelo biotecnológico de cuidar e que não considera a subjetividade na causa e condução do tratamento de pacientes obesos, continuará se sentindo impotente diante da obesidade. Cabe a nós médicos considerar a subjetividade de cada um desses pacientes, na causa e condução do tratamento. Evidenciar o protagonismo do sujeito para que ele aceite e entenda a sua história e limitações, e assim buscar formas de melhor lidar com o sofrimento.



## Referências

- Azevedo, Alexandre Pinto de; SANTOS, Cimâni Cristina dos; Fonseca, Dulcineia Cardoso da. **Transtorno da compulsão alimentar periódica**. Revista de Psiquiatria Clínica [online]. 2004, vol.31, n.4, p.170-172 São Paulo, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-0832004000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-0832004000400008)> Acesso em: 15 set. 2009.
- Battaglia, Laura. **A estrutura do psiquismo**. In: A lógica do sujeito. Viver mente e cérebro. n. 4. p. 14-21. 2009.
- Cabrera, C. C (2006). **Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: O tratamento farmacológico**. Medicina (Ribeirão Preto), 39 (3), 375-380.
- Motta, L. B., Caldas, C.P., & Assis, M. (2008). **A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI – UNATI/UERJ**. Ciência e Saúde Coletiva, 13(4), 1143-1151. Doi: 10.1590/S1413-812320011000200007.
- Appolinário, J. C.; Coutinho, W.; Póvoa, L.C. **O transtorno do comer compulsivo: revisão de literatura**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 44, n.1, p. S38-S45, 1995<sup>a</sup>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 20082009 - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 10 jan. 2014]. Disponível:[http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rj&tema=pofantropometrica\\_2009](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rj&tema=pofantropometrica_2009).
- Rasmussen N. **Weight stigma, addiction, science, and the medication of fatness in mid-twentieth century America**. Sociol. Health Illn 2012; 34(6):880-95.
- Yoshino NL. **A Normatização do corpo em “excesso”**. [tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas Campinas. 2010: p. 377.
- Greenspan, Francis S. (Francis Sorrel), Gardner, David G. Título Principal **Endocrinologia básica e clínica** / Francis S. Greenspan, David G. Gardner ; tradução Carlos Henrique Cosendey ...[et al.] Edição 7.ed.Rio de Janeiro : McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006.
- Santos, Manuel Antônio dos. **A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana**. Temas psiol., Ribeirão Preto, v.2, p. 13-27, ago. 1994. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php script=sci\\_artex&pid=S1413-389X1994000200003&Ing=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php script=sci_artex&pid=S1413-389X1994000200003&Ing=pt&nrm=iso)>.acessos em 17 nov.2019.
- Belmonte, Terezinha. **Emagrecimento não é só dieta: uma questão psicológica, corporal, social e energética**. São Paulo: Ágora, 1986.

BERG, Raquel. **Uma análise freudiana da obesidade**. Psique Ciência e Vida. Ano II Birman, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BRAGA, Vivian. **Cultura Alimentar: contribuições da antropologia da alimentação**. Saúde em Revista. Piracicaba, ano 6, numero 13. P. 37-44. 2004

CARNEIRO, Henrique S. **Comida e sociedade: Significados sociais na história da alimentação**. História: Questões & Debates, Curitiba, n. 42, p. 71-80, 2005.

CARVALHO, M.C.; Martins, A. **A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, 2004.

CATANEO, Caroline; Carvalho, Ana Maria Pimenta; Galindo, Elizângela Moreira Careta. **Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade**. Psicologia: Reflexão e Crítica. Numero 18. p. 39-46. 2005. disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24815.pdf>> acesso em: 16 set. 2009.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOS ANJOS, Mário Negreiros. **Obesidade: doença da civilização mitos e verdades**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1983.

DOWLING, Colette. **O complexo de perfeição**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1988.

ESTEVES, Gilcenira Ataliba. **Fatores psicológicos do excesso de peso**. 09/08/2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/nutricao-artigos/fatores-psicologicos-do-excesso-de-peso-1111426.htm>> Acesso em: 21 set. 2009. Numero 36. P. 18-23. 2008

FLANDRIN, J. L.; Montanari, M. **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

FREUD, Sigmund. **Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, A questão da análise leiga e outros trabalhos**. (1925). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XX. Rio de Janeiro, Imago, 2006

KEPPE, Marc André da Rocha. Acompanhamento psicanalítico do paciente com sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida. Publicado na Revista de Transpsicanálise em 20/12/2005. Disponível em: <<http://www.transpsicanalise.com.br/Artigo%20Cientifico%201%20-00Obesidade.pdf>> Acesso em: 30 out. 2009.

RABINOVICH, D. Clínica da pulsão: as impulsões. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

ROMANELLI, Geraldo. O. Significado da alimentação na família: uma visão antropológica. Medicina (Ribeirão Preto), v.39, n.3, p.333-9, 2006.

SEIXAS, Cristiane M. Comer, demandar e desejar: considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na Obesidade. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: 2009.

MOTTA, Érica Flávia. O Peso da Obesidade: O Excesso de Peso como Sintoma. *Psicologado*. Edição 09/2011. Disponível em <<https://psicologado.com.br/abordagens/psicanalise/o-peso-da-obesidade-o-excesso-de-peso-como-sintoma>>. Acesso em 29 Nov 2019.

ARTACHO, J. A. (2013). Relación Medico Paciente y Subjetividad. Guía de Aprendizaje - Crecimiento y Desarrollo. Recuperado de <https://areacyd.files.wordpress.com/2014/04/4-psiquiatria-adulto-indd.pdf>

FIGUEIREDO, A. C. (1997). Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará

SIMONETTI, A. (2004). Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo.

KEHL, M. R. ..[et al.] (2017). Por que FREUD hoje?; organizador: Daniel Kuperman.- 1.ed. – São Paulo: Zagadoni, 2017.

ZAIDHAFT, Sergio . É conversando que a gente se entende. *CADERNOS DA ABEM* , v. 10, p. 28-35, 2014.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. A metapsicologia do cuidado. *Psyche* (Sao Paulo), São Paulo , v. 11, n. 21, p. 13-30, dez. 2007 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&nrm=iso)>.