



Monica Vanderlei Vianna

**Compulsão Alimentar & Cirurgia Bariátrica:
aspectos da fome que o bisturi não alcança**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Junia de Vilhena.

Rio de Janeiro

Março de 2018



Monica Vanderlei Vianna

**Compulsão Alimentar & Cirurgia
Bariátrica: aspectos psíquicos da fome
que o bisturi não alcança**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa de
Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica)
da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão
Examinadora abaixo assinada.

Profa. Junia de Vilhena

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Maria Isabel de Andrade Fortes

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Annie Schtscherbyna Almeida de Assis

Consultório

Prof. Daniel Kupermann

Instituto de Psicologia - USP

Profa. Joana de Vilhena Novaes

Universidade Veiga de Almeida/UVA

Profa. Monah Winograd

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2018.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Monica Vanderlei Vianna

Formada em Psicologia, experiência na área de Psicologia Clínica com ênfase em transtornos alimentares e obesidade. Realizou mestrado em Psicologia Clínica na PUC-SP, Núcleo de Método Psicanalítico e Formação de Cultura, com orientação do prof. Dr. Renato Mezan. Especialização em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. Autora do livro *Da geladeira ao divã: Psicanalise da compulsão alimentar*, da ed. Appris. Pesquisadora do Lipis - Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social da PUC- Rio. Trabalha na equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica, coordenada pelo Dr. Antônio Augusto Peixoto de Souza. Psicóloga voluntária do grupo de emagrecimento da ONG Rede Postinho no morro Cantagalo. Trabalhou nas equipes multidisciplinares de transtornos alimentares e obesidade: Setor de Transtornos Alimentares e Obesidade da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro; equipe CETTAO - Centro de Estudos e Tratamento de Transtornos Alimentares e Obesidade e equipe NUTTRA - Núcleo de Transtornos Alimentares e Obesidade.

Ficha Catalográfica

Vianna, Monica Vanderlei

Compulsão alimentar & cirurgia bariátrica : aspectos da fome que o bisturi não alcança / Monica Vanderlei Vianna ; orientadora: Junia de Vilhena. – 2018.

186 f. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2018.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Compulsão alimentar. 3. Cirurgia bariátrica. 4. Obesidade. 5. Transtorno alimentar e psicanálise. I. Vilhena, Junia de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

A atual pesquisa valorizou a união de diferentes campos de saber e o compartilhamento de conhecimentos, e para realizá-la os encontros e parcerias estabelecidos foram fundamentais. Agora, com muita satisfação, expresso o mais profundo agradecimento a todos aqueles que fizeram parte e tornaram possível a realização deste trabalho.

Primeiramente, à Prof.^a Dra. Junia de Vilhena, minha orientadora, por valorizar minhas qualidades, sem deixar de apontar as limitações, congregando rigor com sensibilidade. Agradeço por caminhar ao meu lado nessa jornada de aprendizagem cheia de altos e baixos, sem nunca deixar faltar comprometimento, afeto e bom humor.

Ao Prof. Dr. Daniel Kupermann, que acompanha minha formação desde a graduação, passando pelo mestrado e chegando ao doutorado. Uma terna referência profissional que se faz presente mesmo com a distância imposta pela ponte aérea.

À Prof.^a Dra. Joana Novaes, pela disponibilidade e o olhar apurado que me ajudou ao longo desses quatro anos com suas aulas, palestras, artigos e especialmente nas observações da banca de qualificação, além das trocas informais afetuosas.

À Prof.^a Dra. Isabel Fortes, pela paciência e delicadeza ao longo do estágio docente e pelas contribuições e ensinamentos nas aulas e na banca de qualificação.

Às Prof.^a Dra. Maria Inês e Prof.^a Dra. Maria Helena Zamora, pela transmissão generosa de saberes, as trocas enriquecedoras e o exemplo de postura profissional.

Aos amigos que passaram pelo grupo de pesquisa: Nelia Mendes, Viviane Guedes, Igor Frances, Natalia Iencarelli, Alessandro Bacchini, Bruna Madureira, Paula Pegado, Paula Melgaço, Carlos Rosa, Camila Santos, além dos alunos da graduação; esse trabalho é fruto das trocas e das relações que se formaram nas nossas terças-feiras de estudo, companheirismo e cumplicidade.

A CAPES e a PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

À Maria do Carmo, pela postura atenciosa e revisão cuidadosa, que enriqueceu consideravelmente o trabalho.

À Marcia Guerra, pela formatação e detalhes finais no fechamento do trabalho.

A todos os membros da equipe Nuttra, Cettao e Lipis pelas oportunidades, trocas e ensinamentos valiosos.

Ao Dr. Antônio Augusto Peixoto de Souza, à Dra. Lilian Mattos Carvalho e à Helen Pereira, que acreditaram na pesquisa, embarcaram no projeto desde o início, disponibilizando material de grande relevância e depositando confiança para realização desse trabalho.

À minha primeira supervisora, Alexandra Araújo, minha grande fonte de inspiração como profissional e pessoa, que me acompanha e incentiva desde os meus primeiros passos na profissão.

À amiga e coordenadora do Cettao, Simone Freitas, que me incentivou a iniciar o doutorado, compreendeu minha ausência na equipe diante da impossibilidade de conjugar tantos compromissos, sempre me apoiando com delicadeza e generosidade.

Aos parceiros de estudo e trabalho na clínica: Dra. Claudia Pieper, Paola Freitas, Paula Horta, Annie Schtscherbyna, Leticia Tinoco, Dr. Michael Magalhães, Joana Cardoso e Dra. Maria Francisca Mauro pelo espírito de equipe, incentivo mútuo e pela oportunidade de crescer e aprender juntos.

Às amigas: Bebel, Maricota, Coló, Tati e Letícia que me apoiaram em todos os desafios e comemoraram cada conquista com doçura, afeto e animação.

À minha grande família: mãe, avó, irmãos, cunhada, padrinhos, tias, tios, primos, cada um de vocês são minha base, meus alicerces e minha rede de segurança. Agradeço de coração pelo suporte emocional que viabilizou a realização desse trabalho.

Ao meu pai e aos meus avôs (in memoriam), fontes de inspiração e forças que me olham, guiam e protegem sempre.

Ao João Marcos, companheiro, incentivador, revisor e ouvinte que me apoiou em todos os momentos. Acreditou e investiu tempo, disposição e afeto que fizeram desse trabalho um pouco dele também.

E por fim, ao meu afilhado Felipe que me enche de alegria, renova minhas energias, os laços e o olhar para as novas gerações.

Resumo

Vianna, Monica Vanderlei; Vilhena, Junia de (Orientadora). **Compulsão Alimentar & Cirurgia Bariátrica: Aspectos psíquicos da fome que o bisturi não alcança**. Rio de Janeiro, 2018. 186p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A atual pesquisa tem como objetivo estudar os aspectos psíquicos da compulsão alimentar em sujeitos submetidos à cirurgia bariátrica a partir de um referencial teórico psicanalítico, além de desenvolver uma reflexão sobre as influências exercidas pelo procedimento cirúrgico nos transtornos alimentares e comportamentos compulsivos. As intervenções bariátricas são importantes componentes no tratamento da obesidade, tendo como objetivo promover a redução do peso e melhora das comorbidades clínicas associadas a esta condição. Todavia, o procedimento bariátrico não é um tratamento para compulsão alimentar e as pesquisas sobre o tema apresentam resultados contraditórios, o que evidencia a necessidade de mais investigações sobre o tema. Propomos um estudo embasado psicanaliticamente para tentar refletir sobre possíveis arranjos que levariam a fixação na alimentação e no corpo, de aspectos psíquicos da compulsão alimentar inalcançáveis ao bisturi e à redução física do estômago. Para tanto, contemplamos os primórdios do desenvolvimento infantil, suas fases mais arcaicas, a relação precoce mãe-bebê e as vicissitudes da função alimentar inerente a função materna. Sempre valorizando o diálogo com as demais áreas de conhecimento envolvidas na etiologia e tratamento da obesidade e dos transtornos alimentares. Dessa forma, pretendemos construir uma abordagem que leve em conta a singularidade de cada sujeito escondida atrás do peso da obesidade e da ação compulsiva estereotipada.

Palavras-chave

Compulsão alimentar; cirurgia bariátrica; obesidade; transtorno alimentar e psicanálise.

Abstract

Vianna, Monica Vanderlei; Vilhena, Junia de (Advisor). **Binge Eating & Bariatric Surgery: Psychological aspects of hunger that the scalpel does not reach.** Rio de Janeiro, 2018. 186p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The current research aims to study the psychic aspects of binge eating in subjects submitted to bariatric surgery based on psychoanalytic theory, as well as to develop a reflection on the influences exerted by the surgical procedure on eating disorders and compulsive behaviors. t Bariatric interventions are important components in the treatment of obesity, aiming to promote weight reduction and improve the clinical comorbidities associated with this condition. However, the bariatric procedure is not a treatment for binge eating and the research on the subject presents contradictory results, which evidences the need for further investigations on the subject. We propose a study based psychoanalytically to try to reflect on possible arrangements that would lead to fixation in the diet and body, psychic aspects of binge eating unattainable to the scalpel and physical reduction of the stomach. To do so, we contemplate the early stages of infant development, its most archaic phases, the early mother-baby relationship and the vicissitudes of the alimentary function inherent to the maternal function, always valuing the dialogue with the other areas of knowledge involved in the etiology and treatment of obesity and eating disorders. In this way, we intend to build a approach that takes into account the singularity of each subject hidden behind the weight of obesity and compulsive stereotyped action.

Keywords

Binge eating; bariatric surgery; obesity; eating disorder and psychoanalysis.

Résumé

Vianna, Monica Vanderlei; Vilhena, Junia de (conseiller). **Compulsion alimentaire et chirurgie bariatrique: Les aspects psychiques de la faim que le scalpel n'atteint pas.** Rio de Janeiro, 2018. 186p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Le but de cette recherche est d'étudier les aspects psychologiques de la boulimie chez les sujets ayant subi une chirurgie bariatrique, sous le point de vue psychanalytique, ainsi que de développer une réflexion sur les influences exercées par l'intervention chirurgicale dans les troubles de l'alimentation et les comportements compulsifs. Les interventions bariatriques sont des éléments importants dans le traitement de l'obésité, visant à promouvoir la réduction du poids et l'amélioration des comorbidités cliniques associés à cette condition. Cependant, la chirurgie bariatrique est pas un traitement pour des crises de boulimie. Les recherches sur ce sujet présentent des résultats contradictoires, qui mettent en évidence la nécessité de poursuivre les recherches. Nous vous proposons une étude appuyé sur la théorie psychanalytiques pour essayer de réfléchir sur les arrangements possibles qui conduiraient à la fixation sur les aliments et dans le corps, les aspects psychologiques de la frénésie alimentaire qui ne peut pas se réduire à la réduction physique de l'estomac. Par conséquent, nous contemplons les débuts du développement de l'enfant, dans ses phases les plus archaïques, la relation précoce mère-nourrisson et les vicissitudes de la fonction alimentaire, inhérente a La fonction maternelle. Nous valorisons le dialogue avec d'autres domaines de la connaissance impliqués dans l'étiologie et le traitement de l'obésité et des troubles alimentaires, afin de construire ainsi une approche large et globale qui tient compte du caractère unique de chaque sujet caché derrière le poids de l'obésité et l'action compulsive stéréotypée.

Mots clés

Frénésie alimentaire; chirurgie bariatrique; obésité; trouble de l'alimentation et psychanalyse.

Sumário

1.Introdução	11
2. O mal-estar corporal na atualidade	21
2.1 Aspectos Socioculturais	21
2.2 Corpo	27
2.3 Alimentação	31
2.4 Obesidade e Lipofobia	37
3. Visão Multidisciplinar dos Transtornos Alimentares	45
3.1 Equipe Multidisciplinar	46
3.2 Componentes psiquiátricos dos Transtornos Alimentares	49
A) Anorexia Nervosa	53
B) Bulimia Nervosa	58
C) Transtorno da compulsão alimentar – TCA	63
D) Transtorno Alimentar não especificado – TANE	67
E) Síndrome do comer noturno – SAN	68
4. Psicanálise da Compulsão Alimentar	71
4.1 Primórdios do psiquismo: relação eu-objeto	72
4.2 O vazio intolerável: introjeção canibal do objeto primário	82
4.3 Simbolização: ação compulsiva no lugar da representação psíquica	88
4.4 Compulsão e Adição: fixação no objeto	91
4.5 Compulsão e Impulsividade	95
5. Cirurgia Bariátrica e Compulsão Alimentar	101
5.1 Cirurgia Bariátrica: a obesidade na mesa de operação	102
5.2 Transtornos Alimentares e Cirurgia Bariátrica	110
5.3 Pesquisa de Campo	117
5.3.1 Questionários	118
5.3.2 Fragmentos e percepções das experiências pessoais	122
A) Como tudo começou? – CA, obesidade e relações familiares.	124
B) O que mudou? - CA antes e depois da cirurgia bariátrica	
C) Algo de novo no reino das compulsões? - outros TAs e comportamentos compulsivos.	130
D) E agora que emagreceu... satisfeito? – emagrecimento em uma sociedade de aparências.	135
6. Conclusão	148
Referências bibliográficas	156
Anexo I – Binge Eating Scale, BES	174
Anexo II – Questionário da pesquisa	179

Lista de Abreviações

ABESO – Associação Brasileira para o Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica

AN – Anorexia nervosa

APA - Associação Psiquiátrica Americana

BES - Binge Eating Scale

BN – Bulimia nervosa

CA – Compulsão Alimentar

CETTAO - Centro de Estudos e Tratamentos de Transtornos Alimentares e Obesidade

CFM – Conselho Federal de Medicina

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IMC – Índice de Massa Corporal

LIPIS - Núcleo de Doenças da Beleza do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social

MS – Ministério da Saúde

NUTTRA - Núcleo de Transtornos Alimentares e Obesidade

OMS – Organização Mundial da Saúde

OTAE - Outro Transtorno Alimentar Especificado

SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SAN – Síndrome da Alimentação Noturna

SUS – Sistema Único

TAs – Transtornos Alimentares

TARE - Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo

TCA – Transtorno da Compulsão Alimentar

VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção por Inquérito Telefônico de Saúde

WHO - World Health Organization

1. Introdução

A cirurgia bariátrica tem sido importante aliada na redução de peso e melhora das comorbidades de pacientes obesos. Entretanto, existe uma demanda por mais informações sobre as consequências e desdobramentos dos comportamentos alimentares inadequados, como a compulsão alimentar, após a cirurgia. Essa questão aparece nas falas dos pacientes operados como: “operei o estômago, mas continuo com cabeça de gordo” ou “precisava operar minha cabeça para entender por que estou sempre com fome”.

O presente trabalho tem como objetivo pesquisar os aspectos psíquicos da compulsão alimentar (CA) em sujeitos submetidos à cirurgia bariátrica a partir de uma perspectiva teórica psicanalítica. Busca-se, igualmente, aprimorar a compreensão das influências exercidas pela intervenção cirúrgica sobre os transtornos alimentares (TAs) e os comportamentos compulsivos.

Construímos um percurso acadêmico voltado para o estudo dos TAs pautado na teoria psicanalítica, com a realização de um mestrado em psicologia clínica sobre CA e a produção de artigos, apresentação de trabalhos e a publicação de um livro intitulado: “Da geladeira ao divã: psicanálise da compulsão alimentar”. Concomitante à formação acadêmica, valorizou-se o aprimoramento na prática clínica por meio do trabalho em equipes multidisciplinares de transtornos alimentares, obesidade e cirurgia bariátrica em momentos distintos (Núcleo de Transtornos Alimentares e Obesidade – NUTTRA, Equipe de cirurgia bariátrica do Dr. Antônio Augusto Peixoto de Souza, Centro de Estudos e Tratamentos de Transtornos Alimentares e Obesidade – CETTAO da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e no Núcleo de Doenças da Beleza do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social - LIPIS).

Dessas interações, aprimoramentos e trocas com profissionais e conhecimentos diversos, as questões para elaboração do atual estudo foram se edificando e tomando forma. A observação de um número crescente tanto de sujeitos com CA buscando o tratamento cirúrgico da obesidade quanto de pacientes bariátricos que procuravam posteriormente tratamento ou relatavam

sofrer com episódios de CA apontou para a necessidade de um aprofundamento da reflexão sobre a intercessão entre esses dois vetores.

Optamos por partir de uma noção básica, mas que ainda causa dúvida e confusão, até mesmo entre profissionais de saúde: a de esclarecer para o leitor as diferenças entre exagero alimentar (ou excesso alimentar), compulsão alimentar (CA) e obesidade.

Os episódios de exagero ou excesso alimentar não são incomuns e podem até mesmo ocorrer socialmente em alguns eventos nos quais a comida está em primeiro plano, quando é estimulado o consumo de uma grande quantidade e variedade de alimentos palatáveis, como, por exemplo, em festas, comemorações ao redor da mesa, churrascarias rodízio e *buffet all inclusive*. Nessas ocasiões, comer mais do que é necessário ou do que é usual no cotidiano pode caracterizar um exagero alimentar, mas não necessariamente uma CA.

Nos episódios de CA, a pessoa sente a necessidade de comer, mesmo quando não está com fome, não deixando de se alimentar apesar de já estar satisfeita. Ocorre, assim, a ingestão de uma grande quantidade de alimento, num período limitado de tempo, acompanhado da sensação de perda de controle sobre o ato. O sujeito não consegue controlar nem a quantidade nem a forma como come. Por essa razão, os episódios costumam ocorrer escondidos e só são interrompidos com a chegada de alguém, ou com o término dos alimentos ou pelo mal-estar físico, decorrente do empanzinamento. Após a compulsão, são intensos os sentimentos de culpa, vergonha e tristeza.

A CA não está ligada ao prazer alimentar à mesa; pelo contrário, ela é um transtorno psiquiátrico que está presente em alguns TAs, como, por exemplo, a bulimia nervosa (BN) e o transtorno da compulsão alimentar (TCA). O termo ‘compulsão alimentar’ é empregado, em nosso estudo, para designar qualquer conduta sentida pelo sujeito como obrigação de comer, e julgada, por ele mesmo, como sem controle e excessiva. Tal comportamento, frequentemente, redundando em crises e/ou acessos, sem interrupção quando desencadeados, podendo repetir-se com frequência muito variável, porém sempre seguido de sentimentos depreciativos como culpa e vergonha.

Já a obesidade é uma doença caracterizada pelo excesso de gordura no corpo, que frequentemente causa danos à saúde. A obesidade é tratada como

doença, pois diminui a qualidade e a expectativa de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), trata-se de uma doença endócrina, nutricional e metabólica, e não um distúrbio mental ou comportamental.

A obesidade não é classificada como um transtorno psiquiátrico (APA, 1994¹; Halmi, 1994²). Não há um perfil psicológico ou uma estrutura psíquica única para todos os indivíduos obesos, sendo temerária a generalização dos problemas psicológicos para todos os casos de obesidade. Além disso, a CA não ocorre exclusivamente em pessoas obesas e nem todos os obesos apresentam episódios de CA. Por isso, no presente trabalho, pretendemos lançar um olhar para a psicopatologia da CA, e não da obesidade.

O excesso de peso não é um critério de diagnóstico para CA, todavia esse quadro se associa com frequência ao sobrepeso e a diversos graus de obesidade. Enquanto a prevalência da TCA, estimada na população em geral, pode variar entre 1,8 e 4,6%, aproximadamente, 30% dos indivíduos obesos que procuram tratamento para emagrecer apresentam esse transtorno. (Duchesne, Appolinário, Rangé, Freitas, Papelbaum, Coutinho, 2007).

Apesar de não possuir vinculação irrestrita com a obesidade, o subgrupo de obesos com CA manifesta pior resposta aos tratamentos que objetivam emagrecimento, com maior dificuldade para perder peso, pior manutenção do peso perdido e maior taxa de abandono dos tratamentos. Além disso, eles apresentam maior prevalência da flutuação de peso e passam mais tempo de suas vidas tentando emagrecer (Duchesne & Appolinário, 2007).

Os obesos compulsivos diferem significativamente dos obesos sem CA, apresentando níveis elevados de comorbidades psiquiátricas, com início precoce e maior gravidade da obesidade. É fundamental levar em consideração as características compulsivas na análise e tratamento desses pacientes (Azevedo, Santos, Fonseca, 2004; Blaine, Rodman, 2007).

O tratamento para obesidade que interessa particularmente à atual pesquisa é a cirurgia bariátrica. Dá-se o nome de cirurgia bariátrica às intervenções

¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-4). American Psychiatric Press, Washington, DC., 1994.

² HALMI, K.A. – Eating Disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Obesity. In: HALES, R.E.; YUDOFKY, S.C.; TALBOTT, J.A. (eds.): Textbook of Psychiatry. 2. ed. American Psychiatric Press, Washington, DC., pp. 857-75, 1994.

realizadas no aparelho digestivo para o tratamento da obesidade, com o objetivo de promover a redução de peso e melhorar as comorbidades clínicas associadas a essa condição. Os procedimentos vêm crescendo exponencialmente em todo mundo. No Brasil, foram realizadas 72 mil cirurgias em 2012, e esse número pulou para 100 mil em 2016. Atualmente, somos o segundo país que mais realiza essas cirurgias no mundo (SBCBM, 2016). Essas intervenções cirúrgicas são apenas uma parte do tratamento da obesidade. É fundamental que o paciente compreenda o procedimento e a necessidade do seu engajamento nas mudanças alimentares e de estilo de vida para atingir os resultados esperados.

A obesidade é uma doença com etiologia multifatorial, ou seja, suas causas estão relacionadas a uma interação complexa de diversos fatores biológicos, genéticos, socioculturais, comportamentais e emocionais. Por compreender uma mistura intrincada de vários fatores, seu tratamento deve ser realizado por meio de equipe multidisciplinar especializada. Por isso, o tratamento cirúrgico da obesidade envolve a participação de diferentes profissionais, entre eles, o cirurgião, psicólogo, nutricionista, endocrinologista e outros.

Os TAs também possuem etiologia multifatorial. Eles são marcados por alterações drásticas do comportamento, atitudes e ingestão de alimentos, geralmente acompanhadas de intensa preocupação com peso e forma corporal. São difíceis de tratar, prejudicam a saúde, levam à predisposição para a desnutrição e/ou obesidade, além de estarem associados à baixa qualidade de vida, altas taxas de comorbidades psiquiátricas e mortalidade prematura.

O tratamento dos TAs também deve ser realizado com equipe multidisciplinar especializada. Os principais TAs descritos no DSM-V (sigla em inglês para Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) são: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtornos da Compulsão Alimentar (TCA) e Outro Transtorno Alimentar Especificado (OTAE).

É comum aos quadros de TA a preocupação exagerada com o peso e a forma corporal, autoavaliação centrada no corpo e, em alguns casos, distorção da imagem corporal. O valor e a autoestima estão completamente vinculados ao peso e à forma corporal.

Enquanto os anoréxicos restringem a alimentação através de dietas rigorosas e jejuns, negando a gravidade do baixo peso corpóreo e da desnutrição,

os pacientes com TCA apresentam episódios recorrentes de CA, caracterizados pela ingestão de uma grande quantidade de comida em um curto período de tempo, acompanhado da sensação de falta de controle. A compulsão também está presente na BN, mas, nesse caso, ela vem seguida de métodos compensatórios inadequados com o objetivo específico de evitar o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos, exercícios físicos excessivos e jejuns.

O TA mais encontrado na população bariátrica é o TCA. Apesar de os dados variarem bastante entre os estudos, uma pesquisa sobre a prevalência de TCA realizada no Brasil com pacientes candidatos à cirurgia bariátrica encontrou a presença do transtorno em 56% dos casos (Petribu, Sá, Oliveira, Braz, Gomes, Araújo, Almeida, Albuquerque, Ferreira, 2006).

Alguns estudos evidenciaram que as pessoas com CA não devem fazer dietas restritivas, pois os regimes rigorosos funcionam como gatilho para a compulsão, ou seja, o controle alimentar excessivo é considerado fator de risco para compulsão (Bernardi, F.; Cichelero, C.; Vitolo, M.R, 2005; Lluch, A.; Herbeth, B.; Méjean, L.; Siest, G., 2000).

Não há consenso na literatura quanto ao prognóstico de pacientes obesos graves com CA que se submetem à cirurgia bariátrica (Latner, Clyne, 2008; White, Masheb, Rothschild, Burke-Martindale, Grilo, 2006). No entanto, a presença de CA antes da intervenção cirúrgica tem sido considerada por alguns autores como um fator de mau prognóstico, tanto para perda de peso, quanto para manutenção do peso perdido (Hsu, Betancourt, Sullivan 1996; Niego, Kofman, Weiss, Geliebter 2007; Guisado Macias & Vaz Leal 2003; Sallet, Sallet, Dixon, Collis, Pisani, Levy 2007; Pekkarinen, Koskela, Huikuri, Mustajoki 1994). Apesar dessa avaliação, a CA não é apontada como uma contraindicação para realização da cirurgia.

Na cirurgia bariátrica, existe uma redução do estômago através da qual cria-se um componente restritivo que diminui intensamente a ingestão de alimentos, levando à perda de peso. Todavia, no caso dos pacientes compulsivos, a limitação imposta pela operação envolve fatores que vão além da alteração mecânica da digestão, tornando difícil a adaptação à nova condição física e alimentar.

O procedimento indicado idealmente nesses casos é a realização de tratamento para CA antes da cirurgia. Porém nem todas as equipes adotam essa medida, e essa posição, que já foi unânime entre os profissionais, vem sendo relativizada. Atualmente, a postura de alguns profissionais é que, nesses casos, o acompanhamento no pós-operatório seria mais eficiente do que o tratamento anterior à cirurgia. Além disso, temos outro obstáculo. Muitos pacientes tentam ocultar da equipe o comportamento compulsivo, seja por ignorância, medo, ou vergonha, o que pode influenciar os resultados esperados.

Hsu et. al. (1996), investigando a evidência de alterações no comportamento alimentar pré-cirúrgico, como BN, síndrome alimentar noturna (SAN) e TCA, encontraram uma prevalência de 75% de casos. Segundo os autores, a cirurgia não foi suficiente para eliminar os comportamentos alimentares inadequados previamente existentes.

Em muitos casos, os TAs são diagnosticados apenas no período posterior à cirurgia, como relata Power, Perez, Body & Rosemurgy (1999), em pesquisa realizada com um grupo de 116 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e acompanhados durante um período de 10 anos. Os autores encontraram os seguintes resultados no pós-operatório: 52% dos participantes relataram Episódios Bulímicos, 16% apresentaram TCA e 10%, SAN. Todos os transtornos alimentares mencionados nas pesquisas acima envolvem a CA.

Diante das informações apresentadas, confirma-se a grande incidência de CA em pacientes que procuram a cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade, entretanto devemos lembrar que a referida cirurgia não é um tratamento para CA. Logo, quais seriam as repercussões da cirurgia no comportamento compulsivo desses sujeitos? Quais seriam as peculiaridades da compulsão alimentar após as limitações físicas impostas pela cirurgia bariátrica? Existiria a possibilidade de surgir outras compulsões após a cirurgia? Ou ainda outros comportamentos alimentares inadequados e até mesmo outros transtornos alimentares? Se as dietas restritivas são contraindicadas para pacientes com CA, como esses sujeitos reagem às restrições alimentares impostas pela cirurgia?

São sobre essas e outras questões sobre as quais nos debruçamos ao longo da atual pesquisa, com o objetivo de tentar analisar quais são as possíveis

interações e desdobramentos da conjunção do tratamento cirúrgico da obesidade em sujeitos que também apresentam CA.

Buscamos aqui construir uma estrutura coerente e agradável para a leitura não apenas de psicanalistas, mas de todos os profissionais de saúde tocados pelo tema estudado. Tendo como base o referencial teórico psicanalítico, tentamos enfatizar a importância da equipe multidisciplinar e da confluência e soma de saberes para compreensão e tratamento desses quadros.

No primeiro capítulo, lançamos o olhar sobre os aspectos socioculturais contemporâneos referentes ao lugar que o corpo e a alimentação ocupam na vida cotidiana. Destacamos aí a normalização do ideal do corpo magro e a demonização da gordura em todas as suas formas, algo que antes era restrito aos pacientes com TA. Como bem descreve Fischler (2001):

“O que caracteriza os sujeitos contemporâneos é o desejo do corpo absolutamente livre de todo traço de adiposidade, seja a que compõe os tecidos, seja a que circula como colesterol. Só o músculo é nobre. A gordura não aparece mais como uma reserva de segurança, signo de uma gestão econômica e racionalizada, e sim uma invasão parasitária, uma acumulação anormal e aproveitadora, uma retenção nefasta.” (Fischler, 2001, pg. 317).

Para tentar entender esse cenário, investigamos o aumento da incidência de sintomas relacionados ao corpo, à alimentação e às compulsões na atualidade. Embasados na premissa de que as patologias psíquicas trazem em si um traço de sua época, temos em conta a maneira como o sofrimento do sujeito aparece no momento histórico atual.

Com esse intuito, abordamos a supervalorização do corpo na sociedade contemporânea, os paradoxos na alimentação e a construção do olhar pejorativo e degradante que marca a obesidade nos dias de hoje.

As novas configurações subjetivas demonstram cada vez mais a utilização do corpo como via privilegiada para a expressão da subjetividade. Enquanto o mal-estar freudiano era marcado por um conflito psíquico, o sofrimento atual se faz cada vez mais presente nos registros do corpo e da ação (Fortes, 2012).

Maria Helena Fernandes (2005) utiliza o termo “hipocondria da imagem” para falar do atual exagero na preocupação com a imagem corporal. A autora chama atenção para a supervalorização e o excesso de cuidados dispensados ao

corpo e afirma que o sujeito contemporâneo alçou o corpo a um lugar de destaque sem precedentes na história.

Autores, como Lasch, Debord, Bauman, nos ajudaram a pensar sobre o declínio da interioridade e o enaltecimento da exterioridade evidenciados na contemporaneidade, que reforçam uma cultura em que a dor é evitada e, conseqüentemente, a elaboração e reflexão sobre o sofrimento não encontra nem tempo nem espaço para acontecer. Diante desse cerceamento, temos um extravio das marcas do sofrimento de uma inscrição psíquica para uma inscrição corporal.

No segundo capítulo, procuramos apresentar uma visão multidisciplinar acerca dos TAs, por meio de conceitos e formulações meritórias das especialidades envolvidas no tratamento das psicopatologias alimentares. Consideramos tais informações necessárias e valiosas para a presente pesquisa, tendo em vista o caráter interdisciplinar do tratamento tanto da obesidade quanto da CA. A interação do conhecimento de diversas disciplinas visa favorecer a compreensão da complexidade dos dois temas, enfatizando a importância do trabalho em equipe e viabilizando a construção de um diálogo entre saberes distintos.

Abordaremos os TAs, apresentando dados relativos ao seu histórico, etiologia, prevalência, análise crítica dos critérios diagnósticos de acordo com o DSM-V (sigla para a 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, lançado em 2013), a composição das equipes multidisciplinares e a importância da comunicação entre os profissionais para um olhar intrínseco do sujeito, que compreenda as raízes que sustentam os comportamentos estereotipados e repetitivos. Dessa forma, pretende-se tentar viabilizar o entendimento e o tratamento de acordo com as singularidades de cada sujeito evitando uma ancoragem no peso e no estigma da obesidade e da CA.

No terceiro capítulo, encontra-se a fundamentação teórica propriamente dita, em que propomos uma possível leitura psicanalítica da CA. Partimos de autores clássicos, como Freud, Melanie Klein, Green, Abraham e Winnicott, até chegar à contribuição de psicanalistas contemporâneos, como Bruch, Vilhena, Novaes, Jeammet, Fernandes, Fortes entre outros que vêm se destacando no estudo acerca do corpo, dos TAs e da obesidade.

De um modo geral, os estudos psicanalíticos sobre TAs apontam para dificuldades nos laços mais precoces da relação materna e seus desdobramentos, especialmente na época da adolescência (Bruch, 1974; Jeammet, 2003; Miranda, 2003). Para tentar compreender melhor os arranjos que levaram a essa fixação na alimentação e no corpo, voltamos aos primórdios do desenvolvimento infantil, suas fases mais arcaicas, nas quais a relação precoce mãe-bebê coloca em primeiro plano as vicissitudes da função alimentar no exercício da função materna.

Tendo em vista as dificuldades nos vínculos arcaicos e os aspectos pré-edípicos do desenvolvimento psíquico, buscamos na teoria kleiniana o conceito de introjeção canibal para refletir sobre a possibilidade de que os excessos de ausência ou presença do objeto primário poderiam levar a essa forma de introjeção. O primeiro objeto de amor ao passar pela introjeção canibal seria destruído, não conseguindo ser representado no mundo psíquico do bebê. Com isso, teríamos uma deficiência na criação de um substituto para a presença da mãe que assegure ao bebê a possibilidade de lidar com sua ausência concreta, garantindo um apaziguamento diante dos excessos pulsionais.

Para a construção desse percurso teórico, também nos valem o conceito de objeto absolutamente necessário de Green, para pensar os excessos de ausência e presença do objeto primário. Segundo o autor, o objeto absolutamente necessário deve deixar-se negatizar. Quando isso não acontece, ele produz com seu excesso uma invasão intolerável, sem dar espaço para que se forme um vazio constitucional. Na presença maciça e contínua do objeto primário, são prejudicados também os processos de simbolização. Em seu lugar, aparecem as saídas não representacionais, como as compulsões.

Abordaremos, em nosso percurso, o modelo teórico das adições, apontando a vulnerabilidade egoica nesses casos como uma das consequências do relativo fracasso das internalizações precoces que asseguram as bases narcísicas suficientemente estáveis para garantir um sentimento de segurança e continuidade capazes de se manter, principalmente, graças aos recursos do próprio sujeito.

Lançamos nosso olhar sobre as falhas na construção representativa, que denuncia o empobrecimento do funcionamento psíquico e a exacerbação de uma ação compulsiva. Além disso, apontamos alguns elementos que diferenciam o

ímpeto da impulsividade, que leva a comportamentos impensados e inconsequentes, muitas vezes desencadeadores de episódios de CA, daquele descomedimento irrefreável vinculado à compulsão, que faz com que, uma vez iniciada a CA, seja impossível para o sujeito dominá-la ou interrompê-la.

No quarto capítulo, começamos com uma breve introdução ao tratamento cirúrgico da obesidade, trazendo os aspectos fundamentais do procedimento, mantendo a ênfase na visão de cada caso como único, sem negligenciar as balizas norteadoras do tratamento para equipe. Veremos brevemente os critérios para a adoção da cirurgia, suas modalidades, aspectos relevantes do pré e pós-operatório, os consensos quanto aos resultados esperados, reganho de peso, recidiva, dentre outros.

Ainda nesse capítulo, traremos as pesquisas sobre as relações e peculiaridades dos TAs em pacientes bariátricos. Destacamos as discussões sobre as dificuldades específicas inerentes a esse grupo, os relatos de achados e avanços teóricos e a descrição dos comportamentos frequentemente encontrados. Esses elementos isoladamente podem parecer categorias superficiais ou tipificações, mas nossa aposta é que compreender sua recorrência e integrar esses elementos a uma leitura ampla e multidisciplinar traz contribuições e trocas valiosas para enriquecer a compreensão do tema na teoria e na prática.

Par finalizar, apresentaremos a análise e discussão dos questionários e entrevistas realizadas com sujeitos que tinham CA na época que realizaram a cirurgia. Por meio das falas e impressões fornecidas para nossa pesquisa através desses instrumentos, buscamos ilustrar e colorir com essas memórias e vivências íntimas o caminho teórico desenhado até então.

Esperamos, dessa forma, construir uma reflexão abrangente e agregadora acerca da CA no contexto da cirurgia bariátrica, explorando os elementos que compõem e convocam a ação repetitiva, impulsiva, desenfreada, na busca por alívio, invariavelmente acompanhada de uma série de sentimentos negativos, que, nem por isso, interrompem seu ciclo de repetição. Ao conjugar compreensões e vivências que transcendem a fome física e emocional, esperamos contribuir para o entendimento do que o bisturi não alcança – e nem se propõe alcançar.

2. O mal-estar corporal na atualidade

2.1

Aspectos Socioculturais

meu corpo minha regra:
porque a vida só vale se agrega
o valor e a condição que me cabem:
ser quem decide molde e cor da roupa

meu corpo, minha regra:
porque a vida só vale a entrega
quando vestido o que trago na bagagem:
nada às escondidas na hora da triagem

meu corpo, minha regra:
porque a vida só vale a quimera
daquilo que me alimenta de coragem:
seja o espelho da minha real imagem

Paulo Sabino.

A incidência de casos clínicos e de pesquisas sobre transtornos alimentares e obesidade cresceu significativamente nas últimas décadas e analisar as características da estrutura social contemporânea pode nos fornecer elementos para entender esse fenômeno. Sabe-se que a etiologia e manutenção desses quadros envolvem a articulação complexa e intrincada de fatores genéticos e biológicos; psicológicos; familiares e socioculturais. Neste capítulo, buscamos refletir sobre as influências socioculturais no aumento das psicopatologias relacionadas ao corpo, à alimentação e às compulsões.

O impacto da cultura sobre a organização psíquica dos indivíduos e, consequentemente, sobre a constituição de uma psicopatologia peculiar aos diferentes tempos, não é uma novidade na história da psicanálise; pelo contrário, vem acompanhando-a desde o seu início. O sintoma na clínica muda no decorrer dos tempos históricos, exatamente porque sua formulação está vinculada às manifestações particulares do mal-estar na civilização.

Dessa forma, partindo da premissa de que as psicopatologias trazem em si um traço de sua época, torna-se fundamental analisar a maneira como o

sofrimento do indivíduo aparece em determinado contexto histórico em relação ao mal-estar do momento a que está circunscrito. Na atualidade, observa-se uma mudança no modo de subjetivação a partir de uma maior pregnância da produção sintomática na dimensão do corpo do que na esfera do conflito psíquico.

Mezan nos lembra que:

“na época de Freud, a sociedade era mais rigidamente patriarcal e com valores claramente identificáveis, enquanto nossa época tornou-se mais relativista e fragmentária. Os ritmos das mudanças na sociedade contemporânea se tornaram alucinantes, deixando os indivíduos desorientados e pressionados pelas exigências do dia-a-dia” (2000, p. 68).

O debate sobre as mudanças subjacentes às continuidades ou descontinuidades do sujeito contemporâneo em comparação com o sujeito da modernidade, em torno do qual se forjam as principais teorias da psicanálise, é profícuo. A singularidade, que permeia fortemente o sintoma, vem sendo desprestigiada à medida que se difunde uma padronização do sujeito.

Numa perspectiva temporal, se na modernidade havia uma ruptura diferenciada com o passado, na contemporaneidade o rompimento será mais radical, mas sem uma esperança de futuro, criando-se uma zona do presente radical. Na prática, o que vale para o sujeito contemporâneo é o aqui e o agora, sobretudo no sentido de sua realização individual.

Enquanto no capitalismo moderno a industrialização preconizava o trabalho, a máxima produção e o acúmulo de mercadorias, no capitalismo contemporâneo a globalização pulveriza e multiplica os investidores que se tornam empreendedores de si mesmos. Não se ensaja mais o consumo ligado à necessidade de objetos, tendo em vista que o capital é o próprio sujeito e seu corpo.

Costa (2004) buscou condensar na expressão “cultivo das aparências” ideias sobre a subjetividade contemporânea. Embasado nas já clássicas expressões “sociedade do espetáculo” e “cultura do narcisismo”, cunhadas respectivamente por Guy Débord e Christopher Lasch, o autor aponta para os imperativos da exaltação do Eu e da estetização da existência na atualidade.

Segundo Lasch (1987), a preocupação com o indivíduo, tão característica de nossa época, assume a forma de uma preocupação com a sobrevivência psíquica. O “Eu mínimo”, como denomina o autor, é, antes de tudo, um Eu

inseguro de seus próprios limites, e a individualidade é uma resposta defensiva a essas inseguranças.

Para o autor, os traços mais marcantes da nossa cultura são a ironia defensiva, o descompromisso emocional e o sentimento de impotência. Essas características originam-se de uma mudança social mais profunda, que promoveu a substituição de um mundo confiável, em um mundo de imagens frágeis e vacilantes. Essas transformações podem ser compreendidas como consequência, em um primeiro momento, da organização econômica em torno da produção em massa e, posteriormente, da comunicação e do consumo de massa.

Lasch (1987) afirma que as sociedades baseadas na produção, consumo e comunicação em massa estimulam uma exacerbação das imagens e impressões superficiais. As pessoas perdem a iniciativa e a autoconfiança, vivenciando sentimentos de ansiedade e desconforto, que incitam a busca por objetos oferecidos pelo mercado. O indivíduo aprende a avaliar-se frente aos outros, tendendo a conformar o Eu como mais uma mercadoria exequível para o consumo.

Partindo desse ponto de vista, há atualmente uma substituição do predomínio de referências simbólicas tradicionais pela proliferação de imagens propostas enquanto ideais identificatórios, por isso fala-se em uma “Era da Imagem”. Neste sentido, Guy Debord, em sua importante obra *A Sociedade do Espetáculo*, precursora de todo um conjunto de análises que enfatizam a preponderância da dimensão imaginária nas relações sociais contemporâneas, considera que “(...) o espetáculo é a afirmação da aparência e a afirmação de toda vida humana – isto é, social – como simples aparência” (1997, p. 16).

Em outras palavras, o espetáculo não é um conjunto de imagens, mas a relação social entre as pessoas, mediada por imagens, como podemos observar atualmente de forma clara na divulgação infindável de imagens em redes sócias e na proliferação das câmeras e telas que capturam e expõem os semblantes aspirados.

O autor assinala que, após ter havido em nossa vida social uma evidente destituição do *ser* para o *ter*, há atualmente um deslizamento do *ter* para o *parecer*. Assim, o espetáculo, como tendência a *fazer ver* o mundo, dispõe do

olhar como sentido privilegiado da pessoa humana, que se torna consumidora de ilusões imagéticas.

Segundo Lipovetsky (1983), nossa contemporaneidade constitui uma nova fase na história do individualismo ocidental. Ele considera que estamos vivendo uma segunda fase da sociedade do consumo em que reina a indiferença de massa e na qual, na ausência de valores universais, a autonomia privada é o que passa a ser valorizado.

Para o autor, o que domina na atualidade é o sentimento de vazio, estagnação e solidão, em que a sensação ilusória difundida de que podemos tudo conduz a um sentimento de apatia e depressão.

Dessa forma, Lipovetsky afirma que, na contemporaneidade, o valor fundamental passou a ser a realização pessoal. E, corroborando a ideia de Lasch, aponta para a erosão dos pontos de referência do Eu e, conseqüentemente, para ocorrência de problemas na identidade pessoal:

“... o Eu se vê corroído, esvaziado de identidade. A identidade do Eu vacila também quando se afirma a identidade entre os indivíduos, quando todo e qualquer ser torna-se um “semelhante”, conforme os princípios democráticos e de igualdade característicos de nossa sociedade” (Lipovetsky, 1983, p. 37).

Assim sendo, o direito do indivíduo de ser absolutamente ele próprio, segundo o autor, é inseparável de uma sociedade que alçou o indivíduo como valor principal, deixando de ser apenas uma manifestação da ideologia individualista.

Há uma passagem, na sociedade, das regras universais para as particulares, que alvitra a passagem do *homo politicus* ao *homo psychologicus*. Assim a esfera privada ganha destaque, e o corpo é promovido à categoria de verdadeiro objeto de culto. Com isso, testemunhamos a proliferação de obsessões com a saúde, a forma e a higiene, bem como o imperativo da tríade beleza, juventude e magreza.

Com a valorização excessiva do Eu através da imagem, em detrimento da interioridade, o sujeito contemporâneo transforma os ideais coletivos em ideais individuais e, frente a um processo histórico único, vemos que a tradição deixa de ser concebida como fonte para reflexão sobre si mesmo e sustentação das atividades humanas. Como afirma Birman:

“a quebra de valores que até então sustentava a concepção de sujeito desembocou em uma perda de referências de tal ordem que, na atualidade, o próprio universo simbólico ao qual o sujeito se encontrava remetido, deixou de servir de suporte” (2001, p. 43).

Lipovetsky utiliza a expressão “era do vazio”, na qual são comuns as perturbações narcísicas, caracterizadas por um mal-estar difuso e invasor, assim como um sentimento de vazio interior. Nessa mesma direção, Lasch também considera ser comum atualmente “(...) a experiência do vazio interior, o aterrorizante sentimento de que, em algum nível da existência, não sou ninguém, de que minha identidade entrou em colapso e lá no fundo não existe ninguém.” (1987, p.47). Trata-se, enfim, de um sentimento de solidão e desamparo.

Bauman (1997) descreve o mal-estar contemporâneo a partir da perspectiva do excesso. Para o autor, existe um jogo no qual, por um lado, temos a incerteza como marca da cultura e, pelo outro, a sedução do mercado consumidor se oferecendo e colocando o sujeito no circuito do excesso.

Nesse jogo, as compulsões podem ser interpretadas como uma forma de paliativo ante as inseguranças e incertezas que ameaçam o sujeito, e os comportamentos compulsivos, tão frequentes na atualidade, remeteriam a uma espécie de compensação diante do vazio da própria subjetividade.

O antídoto para a inevitável sensação de esvaziamento, solidão e frustração parece ser a busca de prazer fugaz e desencarnado, que tem como consequência o esgarçamento dos tecidos sociais. Na cultura da imagem, o corpo ganha destaque e passa a ser lugar da experiência com os excessos. O corpo é objeto dos mais sofisticados cuidados, mas também, em função dessa obsessão, torna-se objeto dos mais cruéis maus-tratos.

Fortes (2008), em seu artigo “A dimensão do excesso no sofrimento contemporâneo”, avança que pensar a psicanálise na atualidade requer um diálogo indispensável com a cultura contemporânea.

Citando Ehrenberg (1998), a autora aponta a transição do contexto da norma disciplinar para um mundo onde cada um é incitado à iniciativa individual, a partir de uma exigência de tornar-se si mesmo. Esse movimento traz como consequência a mudança da responsabilidade por nossas vidas, que antes se alocava no mundo coletivo e agora recai totalmente sobre nós mesmos.

No entanto, a autora deixa marcado que a liberação em relação às exigências sociais não significa o fim das pressões sociais; pelo contrário, se antes havia a coação proveniente dos interditos, agora existe a imposição da performance. Vemos, assim, nas psicopatologias contemporâneas, o sujeito sentindo-se impossibilitado de responder às demandas suscitadas, paradoxalmente, por consequência da liberdade de escolha. Em suas palavras:

“Em vez de nos culparmos pelo nosso desejo, atormentamo-nos por não conseguir alcançar o nosso ideal de ser. Há um permanente sentimento de vazio que se configura entre o que somos e o que almejamos ser. Se por um lado, a atualidade não tem a culpa como motor da produção de subjetividade, o vazio subjetivo se delineia hoje como um dos efeitos do próprio excesso. Num mundo sem mediação, fica-se à mercê da lógica do ou tudo ou nada” (Fortes, 2008, p. 64).

Byung-Chul Han também aborda essa questão em seu livro “A sociedade do cansaço” (2016), ao apontar para uma mudança paradigmática advinda da transição da sociedade disciplinar, cunhada por Foucault, para sociedade do desempenho vivida no século XXI. Nessa transição, o inconsciente social transfigura-se do registro do dever para o registro do poder, sem, contudo, como sublinha o autor, haver o cancelamento do dever, isto é, o sujeito do desempenho permanece disciplinado. Em outras palavras, a queda da instância disciplinar, dominadora, não leva à liberdade do sujeito, pelo contrário, o sujeito do desempenho passa a ser submisso a si mesmo. Desta forma, entrega-se ao que ele chama de liberdade coercitiva ou livre coerção.

Essa liberdade paradoxal, na qual explorador e explorado, agressor e vítima coabitam a mesma morada, gera uma autoexploração que caminha de mãos dadas com um falso sentimento de liberdade. Como conclui o autor, “os adoecimentos psíquicos da sociedade de desempenho são precisamente as manifestações patológicas dessa liberdade paradoxal” (2016, p.30).

Costa (2004), coloca que as patologias contemporâneas revelariam, por um lado, os fracassos diante dos imperativos da exaltação do Eu, como na depressão e na síndrome do pânico e, por outro lado, uma tentativa de adesão a eles por meio de um excessivo apego ao corpo na exteriorização do sofrimento, como na automutilação e nos transtornos alimentares. Esses quadros seriam efeitos do

desinvestimento do espaço psíquico do conflito em detrimento da obrigação de agir e de tornar-se si mesmo.

Nas palavras de Baudrillard (1995, p.151), juntamente com a libertação física, liberta-se a pulsão agressiva, “que alimenta o irreprimível encarniçamento autodestrutivo, irracional, em que a beleza e a elegância, visadas na origem se reduziram a simples álibi para o exercício disciplinar, cotidiano, obsessivo”. O corpo se torna um objeto ameaçador, sendo preciso vigiá-lo, reduzi-lo e domá-lo para fins estéticos.

2.2

Corpo

O corpo mede a relação do sujeito com o mundo, é fruto de um fenômeno social e cultural, isto é, um motivo simbólico, um objeto de representações, além de alvo do imaginário social. Na contemporaneidade, observamos um aumento das psicopatologias nas quais o corpo se desvela como o palco do sofrimento psíquico, onde se encena aquilo que escapa ao domínio do próprio sujeito e lhe excede.

Volich (2002) ilustra a intercessão entre psíquico e corporal afirmando que:

“Muitas vezes, diante do sofrimento e da perda, entre o vazio e a palavra, o corpo se vê convocado. (...) Inscrevem-se ali prazeres, os encontros felizes e gratificantes, mas também as dores, as perdas, as separações, mais difíceis de serem compartilhadas. Entre o real e o imaginário, inclina-se muitas vezes o corpo à exigência de conter o sofrimento indizível, de suportar a dor impossível de ser representada” (Volich, 2002, p. 227).

O lugar privilegiado ocupado pelo corpo atualmente sustenta leituras distintas: por um lado, temos os avanços científicos e tecnológicos responsáveis pelo aumento da expectativa de vida e cura de doenças; por outro, temos os excessos ministrados em nome da boa forma que provocam um esvaziamento de projetos coletivos e dão lugar a um investimento desproporcional na aparência.

Quando isso acontece, vemo-nos impelidos a pensar nos arranjos psíquicos que levaram a essa supervalorização corporal, remetendo a inquietações,

incoerência interna, subjetividade esvaziada de valores e afetos, na qual só o que resta é a superfície.

Costa (2004) aponta o declínio da virtude como único padrão de moralidade, no qual o cuidado de si era voltado para lapidação da alma e dos sentimentos, sendo substituído por uma construção de identidade referendada pelo corpo, na qual o cuidado de si está vinculado a beleza e longevidade. Em outras palavras, a aparência física assumiu um valor moral, e o culto ao corpo ocupa lugar de destaque no âmbito dos ideais da cultura.

Ortega (1998) cunhou a expressão “somatização da subjetividade” para tratar da normatização dos corpos. Apoiada em um discurso puramente biomédico, a saúde é avultada ao ponto de autorizar e rejeitar comportamentos e condutas. Nesse contexto, a biologia e a tecnologia ganham status regulatório na vida cotidiana, o corpo fica reduzido aos registros somáticos, anatômicos e biológicos, limitando-se por vezes a sua função orgânica.

O sofrimento corporal parece representar uma dificuldade de expressão psíquica, ou seja, uma descarga corporal que não consegue se traduzir psiquicamente. Na contemporaneidade, a medicalização e demais tentativas de extirpar os sintomas corporais são uma forma, mesmo que não intencional, de silenciar o inconsciente negando a singularidade do sujeito e homogeneizando os usos do corpo.

Para a psicanálise, o corpo pertence à ordem do simbólico e se apresenta nas dimensões do discurso, desejo e representação. Ele é revestido de significados construídos através da cultura e do próprio sujeito. A maneira como os imperativos da cultura e da sociedade são assimilados evidencia seu mal-estar. Em outras palavras, o que escapa à capacidade de elaboração psíquica desencadeia sintomas e sofrimento.

Kehl (2003) resgata os sentidos do corpo para a psicanálise, concebido como contorno narcísico do Eu, dimensão psicológica para além do mero corpo biológico. A autora aborda a noção de corpo social, enquanto corpo-objeto para além do privado, pertencente ao universo simbólico social, formado pela linguagem e, portanto, construído e desconstruído no social.

O discurso social tem poder e produz efeitos sobre os corpos individuais, pois é, através do Outro, com sua linguagem que fala sobre corpos, desde os

primeiros contatos com a mãe até as práticas culturais adultas, que os corpos se constituem propriamente dentro de um contexto que lhe confere um lugar e legitimidade de existir.

Vemos na atualidade algo como um excesso de cobrança e vigilância do sujeito pelo social, operado pelo discurso científico-capitalista e disseminado pelos meios de comunicação, que fornecem as regulações sobre a saúde e os cuidados do corpo.

Vivemos a exigência de um constante monitoramento pessoal. Cada um deve ater-se aos cuidados sobre si, adotando condutas condicentes com os modelos valorizados e, ao mesmo tempo, demonstrando flexibilidade diante das mudanças e aprimorando suas competências para fazer da vida a cada instante uma *performance* (Salmon, 2010, p.134).

Fernandes (2006) utiliza o termo “hipocondria da imagem” para falar da exagerada preocupação com a imagem corporal, ratificada pelas retinas e telas. Para a autora, a investigação contemplativa do próprio corpo, de tonalidade tipicamente hipocondríaca, é fenômeno quase usual. Os comentários sobre a aparência do corpo ocupam lugar de destaque nas conversas e preocupações do sujeito contemporâneo.

A “hipocondria da imagem” parece constituir-se como um meio de expressar o mal-estar e uma tentativa de descrição de processos internos que, na impossibilidade de serem descritos enquanto mal-estar psíquico, insatisfações, frustrações, tristezas e decepções, são expressos através de um relato sobre as insatisfações com o próprio corpo.

Vivemos a ditadura da forma física exaltada na esbeltez e leveza dos corpos. Entretanto, quanto mais se manifesta a obsessão pela magreza, mais vemos fracassar o propósito desse padrão de corpo-magro como modelo universal.

Enquanto a mídia e o mercado se encarregam de prover os sujeitos de todos os tipos de artefatos e acessórios capazes de oferecer a ilusão da maleabilidade do corpo (drogas milagrosas, pílulas mágicas, cirurgias, produtos

light, sem glúten, sem lactose, dietas da moda, etc.), observa-se um aumento alarmante nas taxas de obesidade da população³.

Se pensamos que a lógica vinculada aos padrões de beleza ao longo da história corresponde à lógica do mercado, na qual quanto menor a oferta maior o valor agregado à mercadoria, entenderemos que o padrão de corpo ideal deve ser acessível a poucos. Ainda que o padrão em si tenha mudado bastante ao longo do tempo, a lógica por trás dele permanece. Como exemplifica Novaes (2015):

"quando fazer as três refeições básicas diariamente era um luxo e morrer de fome era um destino comum para as pessoas, a gordura alcançava status de privilégio. Agora, já que temos mais comida à disposição, mais jeitos de conservá-la e nossos armários ficam carregados de biscoitos, salgadinhos e similares, comer é fácil. É mais difícil ser muito magra com tantas calorias à disposição" (Novaes, 2015)⁴.

A criação de estereótipos publicitários é precursora do ideário de corpo como objeto de desejo e de consumo. Procura-se criar uma associação entre o produto consumido e um estilo de vida idealizado. Desta forma, a diversidade de produtos e seus respectivos padrões estéticos agregados sempre seguem uma fórmula semelhante: a transformação ou a modificação da vida pela compra de alguma coisa, ou seja, a criação de uma nova identidade atrelada ao produto (Merengué, 2002).

No contexto contemporâneo, glorifica-se o aspecto físico, enquanto a publicidade exalta um único e rígido ideal de beleza. Revistas, jornais, blogs, programas de televisão, filmes e desfiles de moda investem em imagens de “corpos perfeitos”, que para as mulheres são magros e bem definidos e para os homens, viris e musculosos. Assim como as roupas da moda e as novidades no mundo da tecnologia, essas imagens se tornaram corpos de consumo, uma vez que alcançar esse ideal de beleza virou sinônimo de sucesso e felicidade.

³ Recente levantamento do Ministério da Saúde – VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), 2014 – confirma a disposição mundial e evidencia que a obesidade cresceu no país e atingiu percentual de 17,9% dos brasileiros. No entanto, quando o recorte é o sobrepeso, os dados são ainda mais significativos. Mais da metade da população brasileira (52,5%) encontra-se acima do peso ideal quando considerado o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através do IMC (índice de massa corporal) – medida de referência internacional para o cálculo do risco de obesidade (BRASIL, 2014).

⁴ <http://super.abril.com.br/comportamento/por-que-achamos-que-ser-magro-e-bonito>.

A sociedade do consumo estimula o narcisismo e a projeção dos medos e desejos, tornando as pessoas mais frágeis e dependentes. O sujeito vale o que parece ser, e a multiplicação de imagens altera nosso senso de realidade. Promover um ideal de beleza inatingível para maioria das pessoas em um contexto social onde a aparência ocupa lugar de destaque leva os sujeitos a um estado de desassossego e insatisfação constante.

Novaes (2010) nos lembra que a preocupação excessiva com a aparência vem sendo chamada de corpolatria. Essa obsessão faz com que a beleza corporal seja percebida como uma dimensão essencial da identidade que, apesar de ser claramente uma inversão de valores, já está internalizada por uma grande parte da população.

A tríade juventude, beleza e magreza é vista hoje como dever social, ou seja, deixou de ser uma qualidade estética para virar um valor moral. Aqueles que não se encaixam nos padrões normativos são julgados moralmente como preguiçosos e incapazes. Como sublinha a autora, estamos diante da patologização da feiura e da gordura, uma realidade que produz sofrimento, preconceito e estereótipos depreciativos.

Os valores atribuídos à estética corporal induzem a ideia de que é impossível ser feliz sem ser magro. Essa deturpação criada e propagada socialmente naturaliza os transtornos alimentares, ou seja, o conflito entre uma imagem ideal única/perfeita e a grande variedade de biotipos corporais que não se encaixam nessa imagem fomenta os comportamentos alimentares inadequados e a insatisfação corporal.

2.3

Alimentação

Os alimentos e a alimentação comunicam um sentido em si mesmos. Eles exercem um papel de comunicação entre os indivíduos, sendo centrais nas identidades culturais. Dessa forma, a alimentação permeia a identidade individual e atua na comunicação de necessidades internas, conflitos internos e um sentimento de si mesmo.

Ogden (2010) sublinha que o significado da alimentação tem uma matriz complexa:

“O alimento é um meio de comunicação e relações interpessoais, como uma “maçã para o professor” ou uma expressão de hospitalidade, amizade, carinho, proximidade, conforto e simpatia em tempo de tristeza ou perigo. Ele simboliza força, atletismo, saúde e sucesso. É um meio de prazer e autogratificação e um alívio do estresse. Ele está presente em festas, cerimônias, rituais, dias especiais e nostalgia de casa, família e os “bons velhos tempos”. É uma expressão de individualidade e sofisticação, um meio de autoexpressão e um modo de revolta. Acima de tudo, é tradição, costume e segurança” (2010, p. 67).

Na sociedade contemporânea, a alimentação vem sendo fortemente impactada pela exploração exacerbada da experiência e exigência corporal. Essa relação tem efeitos físicos, mentais e culturais, como Jurandir Freire Costa tão bem ilustra nessa passagem de “O vestígio e a aura” (2004):

“Qualquer comentário sobre hábitos alimentares, por exemplo, desencadeia, em geral, uma tagarela, bizarra e infantilizada competição sobre quem faz mais exercícios, quem come menos gordura; quem é capaz de perder mais quilos em menos tempo; quem deixou de fumar há mais tempo; quem ingere mais vegetais, alimentos e fármacos naturais etc. Em paralelo a isto, todo consumo de comidas com alto teor calórico é precedida de verdadeiros atos de constrição e rituais preventivos de expiação da falta a ser cometida. Os que não aceitam jogar o jogo são vistos como problemáticos, do ponto de vista emocional, já que se entregam, sem escrúpulos, à autodestruição física e moral. Afinal, pensamos, sem a boa forma, não teremos oportunidade alguma de ser vencedores. O mal do século é o mal do corpo” (Costa, 2004, p. 199).

Fernandes (2006) faz uma colocação bastante pertinente sobre o assunto:

“A meu ver, a preocupação com a alimentação tem se convertido no fetiche privilegiado do controle do corpo na contemporaneidade. É o corpo fetichizado que parece servir de estandarte ao projeto higienizador e totalitário de controle da existência humana pós-moderna. Hanna Arendt⁵ ressalta que uma das formas do totalitarismo é a tentativa de automatizar e padronizar a existência humana. Atualmente tudo precisa ser cuidadosamente controlado, inclusive o afeto e o tempo. A lógica da exterioridade responde à exigência de eficácia mercadológica; o sujeito eficiente é aquele que não se deixa perturbar pelos seus afetos e aproveita produtivamente o tempo. Talvez não seja mero acaso se na psicopatologia contemporânea é justamente o eixo controle-descontrole que caracteriza a prevalência da lógica aditiva nas formas de apresentação do sofrimento atual” (Fernandes, 2006, p. 279).

⁵ Arendt, H. *A condição humana*. Rio/São Paulo: Forense Universitária, 2000. *apud*. M.H. Fernandes. *Transtornos Alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

A lógica do tudo ou nada que caracteriza a impossibilidade de mediação encontra na alimentação um terreno fértil. Um exemplo disso é a constante dicotomia que vemos na classificação dos alimentos, rotulados como bons ou ruins, permitidos ou proibidos, puros ou detox.

A ideia de que existem alimentos milagrosos ou que intoxicam evidencia a dificuldade em discernir algo simples: que em grandes quantidades muitas substâncias podem causar mal, mas isso não quer dizer que não possam ser ingeridas em nenhuma quantidade ou frequência variada.

A historiadora inglesa Louise Foxcroft, em seu livro “A tirania das dietas” (2013), afirma que nossa cultura vive em busca da dieta perfeita, e isso gera sentimentos profundos de infelicidade e insegurança. Para a autora, seria preciso repensar nossa relação com a comida e retomar uma abordagem simples para obtermos uma dieta fisiológica e psicologicamente saudável.

O problema é que somos constantemente distraídos e seduzidos por promessas de resultados rápidos e milagrosos. Perdemos peso rapidamente, voltamos a engordar, então partimos para outra solução mágica. Trata-se de uma fórmula alimentada pela indústria da dieta para manter esse ciclo vicioso, engordando sua conta bancária.

Levinovitz (2015) afirma que existe atualmente uma hierarquia moral da comida, intrinsicamente ligada à ideia de disciplina e controle do corpo. A alimentação foi alçada ao posto de virtude pessoal, gerando rigidez de pensamento e julgamentos cheios de mitos e superstições que reforçam um discurso do bem contra o mal provedor, em última instância, de uma ilusão de bem-estar.

Sant’Anna (2017), historiadora e estudiosa dos temas da alimentação e do corpo, afirma que, a partir de 1950, os alimentos ultraprocessados entraram na moda e, ao mesmo tempo, começaram a ser vistos como desencadeadores de distúrbios alimentares e problemas de saúde. Por um lado, fazem sucesso e são referência de status e prazer; mas por outro começa a surgir uma consciência do perigo que esse tipo de comida representa para saúde. Vivemos algo um tanto esquizofrênico, com a publicidade criando apetência por esses produtos e simultaneamente pressionando para a magreza.

O historiador Fernandes (2013), na palestra intitulada “Gula: entre vícios e virtudes”, aborda essa questão ao propor uma reflexão sobre a angústia e o prazer

que estão associados à alimentação na sociedade contemporânea. A polaridade entre o pecado e a virtude atrelada à alimentação é facilmente observada nos extremos apontados pelo autor:

“O controle obsessivo do peso, da boa forma, da alimentação sem açúcar, sem gordura, transformada em mera questão de nutrientes. O reforço positivo dessa tendência está na moda. Lá estão os *personal trainers*, academias de ginástica, nutricionistas. Revistas especializadas, *sites* de internet, livros e programas de TV passam a mesma mensagem: atenção com o que come e bebe: você morre pela boca! Aqui, temos o mito da eterna saúde, juventude ou da imortalidade. A angústia de contar calorias consumidas e gastas. Ou, em leitura igualmente egocêntrica, o convívio com família, amigos, os bons momentos associados ao cozinhar, comer e beber ou em qualidade, ou em profusão, ou os dois. Na moda estão os enólogos, baristas, chefes de cozinha. Outras muitas revistas, sites de internet, livros e programas de TV passam a mensagem: coma e beba bem, atento ao sabor – só se vive uma vez! O prazer de esquecer-se de tudo diante de uma obra de arte em forma de prato ou taça” (Luiz Estevam Fernandes, 2013⁶).

Assim como nos casos em que a pulsão não encontra mediação e ao objeto é outorgado um caráter totalizante e invasivo, passa a ser imputado à alimentação o valor de virtude ou vício. Na busca de um preenchimento que não pode ser obtido através da comida, nos perdemos nos descomedimentos da anorexia nervosa e da compulsão alimentar.

Os regimes alimentares são preponderantes em nossa cultura: mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos se sentem suficientemente gordas a ponto de fazerem dieta, embora apenas 15% tenham realmente sobrepeso. (Herscovici, 1997, p.23).

No livro *O Mito da Beleza* (1991), a jornalista americana Naomi Wolf apresenta dados que demonstram como, pouco a pouco, a idealização da magreza avançou e se intensificou. Segundo a autora, na década de 60 as modelos eram aproximadamente 8% mais magras do que uma mulher padrão e na década de 90 elas passaram a ser 23% mais magras.

Pesquisa realizada pelo IBGE em 2013⁷, apontou que no Brasil um terço das meninas que estão no 9º ano do ensino fundamental já se preocupam com o peso. Nos EUA, outra pesquisa publicada no *Journal of the American Academy of*

⁶ <http://www.institutocpfl.org.br/cultura/wp/?ao vivo=gula-entre-vicios-e-virtudes-uma-historia-da-relacao-da-humanidade-com-sua-alimentacao-luiz-estevam-de-oliveira-fernandes>.

⁷ <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/06/1297549-um-terco-das-meninas-ja-tentou-emagrecer-diz-ibge.shtml>.

Child and Adolescent Psychiatry constatou que cerca de 60% das alunas no ensino médio já fazem dieta.

A preocupação em emagrecer atinge até as meninas com apenas 5 anos de idade⁸. Um triste desdobramento dessa realidade é testemunhado na clínica, com crescente demanda por tratamento para transtornos alimentares por crianças cada vez mais novas.

Estudos demonstraram que crianças de 6 a 10 anos de idade tinham tendência para atribuir mais características negativas não relacionadas com o peso às crianças obesas do que às que possuíam peso normal, nomeadamente “preguiçosas”, “sujas”, “estúpidas” e “feias” (Haines e Neumark-Sztainer, 2004). O mesmo resultado é verificado nas avaliações de pessoas adultas (Ogden, 2000).

Essa apreensão cada vez maior e mais precoce com a magreza se torna ainda mais evidente quando olhamos o outro lado da moeda, ou seja, o preconceito contra o gordo, também chamado de lipofobia ou gordofobia, explicitado nos resultados das pesquisas abaixo:

“Um estudo concluiu que 11% dos americanos abortariam um feto se lhes dissessem que o bebê teria tendência à obesidade. As crianças com cerca de cinco anos de idade, quando solicitadas a identificar pessoas de boa aparência, escolhem fotos de pessoas magras. Crianças da escola primária apresentam atitudes mais negativas em relação aos obesos do que aos brigões, deficientes ou crianças de raças diferentes. Os professores subestimam a inteligência dos obesos e superestimam a inteligência dos esbeltos. Os universitários obesos têm menos probabilidade de receber bolsas de estudo.” (Pipher, 1998 p.268).

Diante desses dados, a tentativa da mídia e da indústria de vincular o corpo magro às ideias de saúde e qualidade de vida perde sua sustentação e nos obriga a encarar a dura realidade por trás da idealização da magreza. Novaes (2001) aponta as consequências dessa lipofobia na alimentação, mostrando que o ato de se alimentar foi destituído da sua dimensão de prazer e nutrição, e encontra-se engessado na dimensão do controle, vigilância, performance e medo:

“Trata-se, dessa forma, de comer com a disciplina imposta pela nutricionista e, num segundo momento, anular os efeitos da ingestão, através de rigorosos exercícios físicos. Carregando um sentimento de culpa infalível, fruto das

⁸ <http://super.abril.com.br/comportamento/por-que-achamos-que-ser-magro-e-bonito>.

advertências de ambos profissionais, nas quais comer não deve ser, senão, o ato de alimentar-se, destitui-se, dessa forma, a alimentação de toda a sua dimensão de prazer, fazendo com que o sujeito acredite que deva alimentar-se do olhar que equivale à aprovação social e que, por consequência, legítima e estimula tais práticas na obtenção desse corpo” (Novaes 2001, p. 192).

Existe uma estratégia do mercado em sempre vincular o emagrecimento à busca pela saúde. No entanto, a preocupação com o ponteiro da balança está longe de ser apenas um cuidado com a saúde. Um estudo realizado na Unifesp, analisou o valor nutricional de 112 dietas que apareciam nas revistas brasileiras à época e apenas uma atendia a requisitos mínimos para garantir a nutrição das pessoas, todas as outras foram avaliadas como prejudiciais à saúde. (Di Giulio, 2005).

Corroborando essa informação, temos a assustadora comparação realizada por Wolf (1991) entre a recomendação de ingestão calórica diária de 800 até 1000 calorias nas dietas atuais para “alcançar o corpo perfeito”, enquanto o valor calórico das rações diárias que alimentavam os judeus em 1941, no gueto de Lodz, em pleno nazismo, tinham de 500 a 1200 calorias. Um absurdo tão grande que nos choca ao evidenciar a magreza cadavérica dos campos de concentração como ideal de beleza atual.

Maroun e Vieira (2008), alcançam o cerne da questão quando afirmam que:

“Não se trata mais de aceitar o corpo como ele é, mas sim de corrigi-lo, transformá-lo e reconstruí-lo. O imaginário contemporâneo de muitos, busca nos corpos, assim como em outros objetos, uma possível verdade sobre si mesma que a sociedade parece não conseguir mais lhes proporcionar. Assim, na falta de realizar-se em sua própria existência, procuram realizar-se por meio de seus corpos” (Maroun e Vieira, 2008, p. 173).

Os sintomas expressos no corpo e na alimentação são permeados por questões sociais e culturais que exercem influência significativa na forma como nos subjetivamos e vivenciamos nossos conflitos emocionais.

Não se curvar às exigências e sacrifícios exigidos para alcançar o corpo ideal é hoje uma falha moral grave, contudo, como nos lembra Herscovici (1997, p. 59), o tema é ainda mais complexo: “Um transtorno alimentar não é apenas um problema vinculado à comida ou ao peso, mas se deve, em grande medida, a uma tentativa desviada de responder a dificuldades ou conflitos de diferentes ordens.”

2.4

Obesidade e Lipofobia

O crescimento da obesidade no mundo vem sendo noticiado, quantificado e comentado em profusão e com alarde, tanto pela mídia quanto pelas ciências sociais e biomédicas. Retratada como uma pandemia moderna ou como o maior problema de saúde pública da atualidade, a obesidade é condenada de forma implacável pela sociedade contemporânea e representada, muitas vezes, como um problema moral, uma falha de conduta ou como sinal de desorganização da vida pessoal e emocional.

Dessa forma, testemunhamos o surgimento de uma sociedade lipofóbica, que estabelece valores associados ao culto do corpo, fortemente realçados pela mídia, marcando socialmente os indivíduos obesos como portadores de um estigma. A condição social do obeso está atrelada às discriminações de diversos matizes, associados a uma gama de conceitos e valores negativos, criando uma depreciação que abarca todos os segmentos da vida cotidiana.

O termo “lipofobia” foi criado na década de 60 pelo norte-americano Claude Fischler (2001) para designar o rechaço à gordura de origem animal na alimentação e apontar concomitantemente a silhueta magra como modelo vigente único de beleza e saúde.

Esse padrão cultural, estético e higienista, foi legitimado pelo discurso médico que, ao representar o corpo, enfatiza as questões quantitativas e os parâmetros biológicos, desprezando as questões subjetivas e as referências socioculturais, o que torna o modelo um tanto reducionista.

O termo “ambiente obesogênico” foi cunhado por Boyd Swinburn (apud Lake & Townshend, 2006), um especialista americano em saúde pública, visando definir a soma das influências que o ambiente, oportunidades ou condições de vida têm sobre a promoção da obesidade em indivíduos ou populações.

Ao afirmarmos que a sociedade contemporânea é obesogênica, estamos nos referindo ao aumento considerável nos níveis de obesidade na população mundial resultante da conjugação de diversos fatores. Tal fenômeno está intrinsecamente ligado ao de transição nutricional, em que houve uma diminuição

significativa nas taxas de desnutrição infantil e um acelerado aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população (Batista Filho e Rissin, 2003).

Essa transição surge como consequência de alterações no modo de vida da população em geral, principalmente como resultado da industrialização, urbanização, sedentarismo, avanço da tecnologia e saída da mulher para o mercado de trabalho. Para ilustrar essa realidade, dados do Ministério da Saúde de 2016 indicam que 7% da população brasileira estariam desnutridos, enquanto quase 20% sofreriam de obesidade.

A população do campo diminuiu, enquanto a da cidade aumentou consideravelmente; da mesma forma, a taxa de natalidade diminuiu, e a expectativa de vida aumentou. Todos esses fatores são influenciados e influenciam as mudanças no padrão energético da dieta e na diminuição da atividade física, ou seja, contribuíram para o quadro mundial de obesidade na atualidade.

O impacto dessas mudanças no peso da população mundial é evidenciado em números. De acordo com o levantamento realizado em 2014 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade atinge cerca de 600 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, os dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 15 de abril de 2015⁹ revelam que 17,9% da população apresentam obesidade, e o número sobe para 52,5% da população se incluirmos as pessoas com sobrepeso.

A obesidade é conceituada como uma doença crônica de etiologia multifatorial (fatores genéticos, econômicos, culturais, sociais, ambientais e políticos), caracterizada pelo excesso de gordura no corpo, sendo que os determinantes básicos para as doenças crônicas são reflexos das mudanças sociais, econômicas e culturais.

Obesidade não é um transtorno alimentar, logo não é uma doença psiquiátrica. Não existe um perfil psicológico ou uma estrutura psíquica única para todos os sujeitos obesos, sendo temerária a generalização dos problemas psicológicos para todos os casos de obesidade. A obesidade é, segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), uma doença endócrina, nutricional e

⁹ Os números são da pesquisa Vigitel 2014 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), que coletou informações nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Foram realizadas 41 mil entrevistas para o levantamento.

metabólica, não podendo ser confundida com distúrbios mentais ou comportamentais (Vianna, 2016).

As necessidades nutricionais da nossa espécie não se enquadram em uma dieta única e ideal, pois a sobrevivência humana e sua singularidade estão diretamente ligadas à extraordinária variedade da nossa alimentação. Comer sempre esteve culturalmente ligado a festividades, celebrações e aos rituais de cada povo, assim como as mais diversas religiões e crenças. Alimentar-se é um ato ao mesmo tempo fisiológico, nutricional, emocional, psíquico, social e cultural.

Sant’anna (2005) estudou a história do corpo e da obesidade e nos mostra que, apesar da evidente complexidade subjacente à história da aparência física e de seu percurso intrincado, não podemos negar que a aversão aos gordos vem de longa data.

A palavra obesidade deriva do latim *obesitas*, composta a partir da junção do prefixo *ob*, que significa “em”, “por” ou “sobre”, com o verbo *edere*, comer ou devorar. Em latim, *obesus* significa completamente nutrido ou nutrido em excesso (Cunha, 2007).

O Oxford English Dictionary documenta a primeira utilização da palavra obesidade em 1611¹⁰. Enquanto, para Sant’anna, o termo obesidade foi usado pela primeira vez no século XVII por Tobias Venner, e já neste primeiro momento era apontado como uma enfermidade.

Todavia, a magreza costumava ser mais preocupante do que o excesso de peso. Numa época na qual a falta de contornos e curvas corporais estava relacionada a padrões de doença, fome e privação, a obesidade ainda podia ser considerada uma condição favorável. Quando a fartura era privilégio dos ricos, a gordura era de certa forma, sinônimo de saúde e prosperidade, enquanto a esbeltez sugeria miséria, doença e dificuldade.

Fischler (2001), em suas investigações sobre as diversas representações da obesidade ao longo dos tempos, lembra que o excesso de peso sempre esteve relacionado com a capacidade de obter alimento, fosse essa capacidade decorrente da maior força física, utilização de poder ou mesmo fruto de violação das regras

¹⁰ Oxford English Dictionary 2008. 2008 [updated 2008; cited]; Available from: <http://www.oed.com/>.

de divisão dos mantimentos. Das duas formas recai sobre o gordo uma aura negativa, que passeia entre a violência e a deslealdade.

Segundo Sant'Anna, em seu livro "Gordos, magros e obesos: Uma história do peso no Brasil (2017), ocorreu uma mudança do paradigma do gordo apreciado a partir 1920, e o modelo de referência passou, então, a ser o do corpo magro. Concomitantemente mudaram também os alimentos à mesa:

"(...) A história dos gordos e magros não revela somente problemas relacionados à aparência corporal e à saúde. Na medida em que o corpo foi transformado na principal "carta de identidade individual", ser gordo ou magro é uma maneira, talvez entre as mais flagrantes, de revelar o que cada um tem de melhor e também de pior para oferecer aos outros e a si mesmo. Por isso, tanto para aqueles que se curvam aos estigmas e obedecem às normas para alcançar um peso ideal como para os que se rebelam contra o império dos pesos e medidas, é o corpo a figura a ser mantida no centro das atenções. É ele que serve de emblema e prova, seja das disciplinas autoimpostas, seja das revoltas empreendidas contra as modas e as medicalizações" (2017, p. 176).

O sociólogo francês Le Breton afirma que o "corpo é a interface entre o social e o individual, a natureza e a cultura, o psicológico e o simbólico" (Le Breton, 2003, p.97). O autor introduz a ideia de corporeidade como uma realidade construída do corpo, com múltiplas significações culturalmente operantes. O fenômeno da corporeidade é complexo, pois aborda um objeto incerto e ambíguo. Para evitar modelos reducionistas de interpretação, faz-se necessário um pensamento que convoque a interdisciplinaridade entre as ciências sociais e humanas (etnologia, psicologia, sociologia, psicanálise) e as ciências biomédicas.

Ainda segundo Le Breton (2003), a existência do indivíduo é indissociável das suas formas corporais. A condição humana é a condição corporal, por isso o sujeito se constrói e busca possuir um corpo aprovado pelos referenciais da sociedade à qual pertence. Quando seu corpo não é aprovado socialmente ou encontra-se em desacordo com os parâmetros culturais, a frustração pode levar a uma desorganização e perseguição egóica transfiguradas em autoestigmatização.

Ao reforçar no imaginário social que o corpo magro é uma condição prioritária para saúde física e uma vida social plena, estabelecemos um ambiente opressor para os corpulentos. Através da supervalorização da magreza enquanto ideal de beleza, felicidade e sucesso, cria-se uma pressão cultural para perder e

controlar constantemente o peso, reforçada pela associação da gordura como um símbolo de falência moral que justifica o estigma sobre a obesidade.

Sant’Anna (2017) chama mais uma vez a atenção para o imperativo do corpo e da magreza em nossos dias:

“Essa história é, portanto, pesada, pois ela narra um vertiginoso aumento das exigências feitas ao corpo no decorrer do último século, não apenas em nome da saúde e beleza, mas ainda em favor de ideais de sucesso, felicidade, realização pessoal e poder. A quantidade de cobranças feitas ao corpo é proporcional às expectativas que se tem em relação aos prazeres dele esperados em todas as áreas, da sexualidade à culinária. (...) A história pesada igualmente porque narra a transformação da obesidade em pesadelo mundial, contribuindo para cavar uma distância antes desconhecida entre o gordo e o magro.” (p. 176-177)

Ao imputar aos obesos a incapacidade de controlar sua vontade em relação à comida, aproximamos ainda mais a obesidade da fraqueza e pouca tenacidade moral. Ela chega a ser comparada com as dependências químicas, e mais uma vez são reforçados os estigmas e a culpa do sujeito por sua aparência.

Esses estigmas, que associam a causa do problema com o comportamento do indivíduo (como a AIDS e a obesidade), provocam menos sentimentos de simpatia do que os estigmas que não associam a causa do problema com o comportamento do indivíduo (como cegueira, anorexia, câncer e paraplegia). “Nada é mais punitivo do que atribuir um significado a uma doença quando esse significado é moralista”. (Sontag, 1984).

Colocar a questão da obesidade sob a estrita responsabilidade do indivíduo obeso, centralizando o problema no controle do seu corpo e da sua vontade, vem-se mostrando uma ótima estratégia de marketing para inúmeros produtos disponíveis em profusão no mercado de consumo. A obesidade foi declarada uma pandemia pela OMS em 2005, e evidentemente, as indústrias farmacêutica, cosmética e alimentícia tiveram um enorme interesse nessa declaração. Se há uma pandemia da obesidade divulgada de modo espetacular pelos meios de comunicação de massa, é quase inevitável que esta provoque uma pandemia de dietas, remédios para emagrecer e tratamentos estéticos (Sant’Anna, 2017).

Existe uma carga ideológica por trás da imposição da magreza e da modelagem dos corpos: todos os investimentos nos cuidados com a aparência são permeados pela lógica do consumo. Quanto mais atormentados estivermos pelo olhar do outro, maior será o nosso esforço e investimento para se desvencilhar

dessa angústia. A lógica capitalista prega que o prazer e o sucesso só serão possíveis se forem precedidos de esforço, empenho, determinação e investimento: “No pain, no gain”.

Ao refletir sobre a lógica capitalista, difundida pela cultura de massa e a globalização, na qual o valor pessoal é vinculado ao autocontrole e poder de consumo, fica um pouco mais fácil compreender a difusão da lipofobia na sociedade contemporânea. Essa lógica se empenha em colocar a obesidade como uma condição de preguiça e pouca força de vontade no imaginário popular. Numa cultura lipofóbica, o primeiro mandamento é parecer magro, consequentemente o pavor ou medo mórbido de engordar deixa de ser uma distorção que caracteriza apenas aqueles que padecem com os transtornos alimentares.

Um ambiente que estimula, promove a obesidade e concomitantemente condena, exclui e pune os que sucumbem ao excesso de peso, contribui para o aumento de manifestações psíquicas relacionadas ao corpo e a alimentação.

Sabemos que a aversão aos gordos não teve início na época contemporânea, mas foi nesse período que se intensificou e acentuou sua conotação de desvio de caráter, moral e emocional, além de sua estreita ligação com a morte.

A lipofobia tornou-se um imperativo, e o sujeito obeso ficou enclausurado em sua aparência, sem espaço para ser, mostrar ou construir nada que não remeta a seu excesso adiposo. O corpo chega antes do sujeito e o impede de viver sua singularidade.

Frequentemente, escutamos nos relatos clínicos que o sujeito gordo recebe ofensas e injúrias abertamente no ambiente familiar, profissional e até mesmo de profissionais de saúde. Eles nos contam que, por serem gordos, não podem comer em público, ficar doentes, se locomover em ônibus/avião ou comprar vestimentas sem que isso atraia olhares de reprimenda e desgosto. Tudo remete ao peso, e a solução de todos os problemas é emagrecer.

Para tentar controlar a aparência física, recorre-se à medicalização crescente do corpo e da alimentação: são oferecidas com total naturalidade dietas excessivamente restritivas, produtos de origem duvidosa, cirurgias invasivas e procedimentos estéticos dolorosos. Mesmo diante de tamanha pressão e do ataque

constante, os números da obesidade continuam crescendo e se agravando em todo mundo.

Olhar para subjetividade das pessoas, para além da obesidade, nos obriga a levar em conta as vivências sociais e seu impacto na constituição do sujeito. A corpulência vem impondo um sofrimento emocional ao sujeito, uma vez que vai contra imperativos fortemente arraigados na nossa cultura.

A condição obesa pode produzir impacto na subjetividade e constituição psíquica, acompanhado de importantes limitações sociais. O reflexo de uma sociedade lipofóbica, que transforma um pensamento médico que liga obesidade à falta de saúde e morte em algo absoluto e irrestrito, atua como uma resposta única para um problema complexo e multifacetado. Esse engessamento produz sofrimento psíquico com capacidade de adicionar psicopatologias ao já extenso hall de comorbidades ligadas ao excesso de peso.

Não se trata de uma escolha entre lipofobia e apologia à obesidade. Não se nega o caráter deletério do excesso de peso ao organismo, pois sua associação com diversas comorbidades como doenças cardiovasculares, endócrinas, infertilidade, doenças gastrointestinais, ortopédicas e infecções é uma realidade estudada e comprovada (Coutinho, 1998; Halpern, 1998; Halpern e Mancini, 2002). As chamadas “doenças do peso” causam inúmeros prejuízos à saúde e são responsáveis pela diminuição da expectativa de vida. Ocorre que as complicações físicas coexistem, sem suplantarem ou minimizar os severos prejuízos sociais, emocionais e psíquicos impostos pela lipofobia.

Viver em uma sociedade lipofóbica, numa cultura que reforça constantemente a insatisfação com o corpo, só dificulta as tentativas de resolver os aspectos obesogênicos desta mesma sociedade. A depreciação moral e exclusão social afetam negativamente o tratamento da obesidade, gerando desmotivação, fracassos sucessivos e grande frustração. Dessa forma, as atuais práticas clínicas e os diferentes tipos de procedimentos para controle do peso acabam falhando e gerando ainda mais sofrimento (Ribeiro e Zorzetto, 2004).

Com o reforço constante dos valores lipofóbicos, a insatisfação com o corpo se tornou uma regra, e os transtornos alimentares são cada vez mais frequentes entre homens e mulheres, principalmente na adolescência. Esse respaldo social também contribuiu para associação da obesidade a outros

transtornos mentais, como depressão e ansiedade. Nestes casos, constata-se uma via de mão dupla associativa. Ou seja, os transtornos mentais favorecem o desenvolvimento da obesidade, assim como a obesidade aumenta a incidência dos transtornos mentais.

Fandiño et al. (2004) relataram que existe um aumento da psicopatologia em pacientes gravemente obesos que procuram tratamento para emagrecer. Sintomas depressivos, de ansiedade e do comportamento alimentar estão diretamente relacionados com o julgamento social e moral, preconceitos, estigmas e discriminações enfrentados pelos obesos. Outras pesquisas também corroboram que grande parte das doenças psiquiátricas vinculadas à obesidade são fruto dessa impossibilidade de adequação e aceitação imposta pelo social (Segal e Fandiño, 2002; Felipe et al. 2004).

São oferecidos inúmeras intervenções diretas nos corpos obesos, procedimentos que prometem pouco comprometimento e implicação subjetiva. Apenas o investimento financeiro basta para a obtenção de uma variedade de recursos que permitem ajustar suas possibilidades subjetivas aos ideais lipofóbicos sustentados socialmente. Dessa forma, ao invés de proporcionar uma abertura para o questionamento desses ideais, assegura-se o contrário, reforçando a submissão rígida e absoluto em relação a estes ideais e mantendo-os soberanos e cada vez mais arraigados.

No próximo capítulo, abordaremos uma visão multidisciplinar dos Transtornos Alimentares e da Compulsão Alimentar, chamando a atenção para a importância da equipe multidisciplinar no atendimento de pacientes obesos com compulsão alimentar que buscam a cirurgia bariátrica.

A lipofobia se encontra presente até mesmo entre os profissionais de saúde. Essa atitude preconceituosa, além de envolver uma questão de cunho moral e ético, pode levar pacientes a relutarem a procurar ajuda adequada para sua condição. As trocas de conhecimentos e o interesse por outros saberes são formas de ajudar os profissionais que trabalham com questões relacionadas a obesos e os transtornos alimentares a dissipar prejulgamentos e desfazer crenças estereotipadas, além de garantir um tratamento mais completo que abarque as diversas facetas desses quadros.

3. Visão Multidisciplinar dos Transtornos Alimentares

Estar despido,
revelando a nudez.

Víscera,
massa que amassa,
que forma, deforma e define.

Transpirada
(por inércia ou labor)
é livre,
ganha corpo, movimento,
desejos, sentimentos,
vícios,
e vive.

(Jade Prata)

O presente trabalho baseia-se em um referencial teórico psicanalítico e pretende buscar na metapsicologia os elementos para construir uma leitura sobre as implicações da cirurgia bariátrica nas compulsões, especialmente na compulsão alimentar (CA).

Por tratar-se de um tema de etiologia e tratamento multifatoriais, o diálogo constante com outras áreas do saber se torna impreterível. Com esse diálogo, evitamos uma postura totalizante ou cerceadora e aumentamos o potencial e abrangência do entendimento teórico e prático do tema. Propomo-nos também tecer uma interlocução entre profissionais, pacientes e seus familiares possibilitando a integração de diferentes pontos de vista para construção de um cuidado mais efetivo e menos fragmentado.

Em outras palavras, o atual capítulo salienta a necessidade de troca entre profissionais de diversas áreas, sem adotar uma visão biológica ou generalizante, privilegiando a via da interlocução na construção de uma visão multidisciplinar sobre os transtornos alimentares (TAs) e a obesidade.

3.1

Equipe Multidisciplinar

A importância da equipe multiprofissional, tanto na cirurgia bariátrica quanto no tratamento dos TAs, é referida por diversos autores e justificada de várias formas, como veremos adiante. O objetivo de desenvolver um trabalho conjunto, no qual todos os profissionais se envolvam de acordo com sua competência específica, visa conjugar os saberes diante das complexidades subjacentes aos problemas.

Para Schraiber et al. (1999), as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões que abarcam aspectos sociais, psicológicos, biológicos e culturais, assim como a presença de um intenso processo de especialização do conhecimento conjugadas as intervenções acerca desse objeto complexo. Diante disso, é importante reforçar que nenhum agente isolado tem a capacidade de realizar a totalidade das ações por ele demandadas.

A ação interativa entre diversos profissionais da área de saúde favorece uma visão biopsicossocial, opondo-se a uma abordagem puramente biológica e anatômica. A equipe representa, além de relações de trabalho, relações de saberes, poderes e, principalmente, de relações interpessoais.

Esse modo de trabalhar exige que os profissionais utilizem suas habilidades particulares, baseadas em distintas lógicas de julgamento e de tomada de decisões, de forma compartilhada e negociada. Tal articulação implica a conexão de diferentes processos de trabalho, conhecimento sobre o trabalho alheio e o reconhecimento do outro (Colomé, Lima e Davis, 2008; Fortuna et al., 2005; Lima e Almeida, 1999; Schraiber et al., 1999).

O trabalho em equipe multidisciplinar compreende a parceria entre os diferentes profissionais de setores da saúde, visando o cuidado integrado do paciente. A maneira como os profissionais articulam o trabalho dentro da equipe pode variar em função das relações, hierarquias, disponibilidade e momento do tratamento. No entanto, independentemente das diferenças, o tratamento especializado e multidisciplinar tem-se mostrado significativamente mais eficaz do que os atendimentos isolados e/ou não especializados.

É possível observar um efeito indireto derivado do trabalho interativo dos profissionais, quando a equipe forma uma rede de sustentação firme capaz de conter os sucessivos movimentos de progressão e recuo apresentados com bastante frequência nesse contexto. A equipe funciona como uma rede de sustentação para o paciente, que encontra nos vários profissionais a possibilidade de múltiplas transferências, tornando-se mais profícua a perspectiva de adesão ao tratamento.

A prática clínica demonstra que, ao longo do tratamento, os pacientes desenvolvem vínculos com certos profissionais, enquanto que, em relação a outros, podem demonstrar sentimentos de hostilidade e rivalidade. A equipe está sujeita a manipulações, conscientes e/ou inconscientes, por isso é preciso manter a comunicação em dia entre os profissionais e o foco sempre no objetivo comum, fugindo assim dos mal-entendidos, das vaidades e trabalhando as questões pessoais quando necessário. Existe uma transferência do paciente com a equipe que também pode e deve ser levada em consideração no tratamento.

Em alguns casos, o paciente se opõe ao tratamento, e os profissionais devem ser cuidadosos e não interpretar essa oposição como um desafio às suas condutas, mas como uma manifestação da doença. Especialmente nos TAs com manifestações egosintônicas, muitas vezes, a equipe experimenta sentimentos de impotência e frustração. Essas reações contratransferenciais frequentemente refletem os sentimentos de incapacidade e baixa autoestima que o paciente experimenta em relação à sua própria vida.

A abordagem psicanalítica tem sido considerada uma terapêutica indicada para o tratamento dos TAs e de pacientes bariátricos em geral, especialmente se integrada a uma equipe multidisciplinar, devido à gama de fatores envolvidos na predisposição, precipitação e manutenção desses quadros, além das complicações clínicas e dos riscos elevados.

A psicanalista Marina Ramalho Miranda (2015) sustenta que:

“A presença do psicanalista integrando a equipe multidisciplinar de atendimento abre frestas no mundo hermético dos transtornos alimentares, favorecendo a revisitação e o exercício da linguagem falada, reaproximando essas mentes sofridas e danificadas pela força de defesas destrutivas que as isolam e enclausuram, reconduzindo-as ao mundo da interação fértil. A viva troca nutritiva que a presença e a linguagem instauram conduz ao reino do pensamento

simbólico, ao reino do sonhado e do imaginado, tão inibidos no universo dos transtornos alimentares” (2005, p. 2).

Contudo, para desenvolver um trabalho multidisciplinar precisamos visitar nossos preconceitos, intolerâncias e prejudgamentos. Para adentrar outros territórios, pertencentes a saberes desconhecidos, por meio da interlocução com ocupantes de áreas distintas que podem ter posições e visões diferentes, sem por isso inviabilizar uma troca enriquecedora.

A equipe básica de tratamento de TA costuma ser composta por psicólogo, nutricionista, psiquiatra e endocrinologista, mas, dependendo da demanda de cada caso, podem-se somar ao grupo de profissionais de educação física, psicólogo de família, pediatra, enfermeiros e terapeutas ocupacionais.

Já a equipe de cirurgia bariátrica é composta por cirurgião bariátrico, psicólogo, nutricionista, endocrinologista, cardiologista e, dependendo de cada caso, também se busca a colaboração de fisioterapeuta respiratório, dentista, psiquiatra, além, obviamente, dos profissionais envolvidos diretamente no procedimento cirúrgico dentro do ambiente hospitalar, como anestesista, enfermeiros e etc.

Em ambas as equipes, dentro de um contexto clínico, o psicanalista pode representar uma contribuição preciosa na construção de uma escuta dos aspectos psíquicos subjetivos, para além da concretude corporal e da expectativa/demanda de cura. Pode ainda fomentar as diversas possibilidades transferenciais ampliando a promoção de cuidado.

Neste momento, propomos ao leitor um mergulho na concepção psiquiátrica dos TAs, partindo da premissa de que, sem essas informações, uma postura multidisciplinar se torna inviável. Além disso, o conhecimento aqui apresentado será fundamental para uma reflexão aprofundada sobre o tema para todos os profissionais da equipe.

É importante salientar que essa imersão não nos impede de ter um olhar crítico e criterioso sobre essa abordagem. Acredito que, apesar das diferenças incontestáveis entre a psicanálise, psiquiatria e medicina, esta visão do todo pode acrescentar novas e importantes dimensões a nossa compreensão dos sujeitos e suas patologias alimentares. Reconhecer a existência de transtornos psiquiátricos

na condução do tratamento psicanalítico pode ser uma forma de enriquecimento de nossa clínica a partir do reconhecimento dos nossos limites.

Corroborando essa leitura, Fernandes (2006) afirma que os psicanalistas devem se manter informados acerca das discussões que os TAs vêm provocando em outras áreas do conhecimento:

“Talvez muitos concordem que, particularmente nós, psicanalistas, em geral parecemos pouco habituados ou pouco interessados em visitar o terreno alheio se este terreno é o da psiquiatria. Qualquer um que se aproxime, corre o risco de se ver acusado de medicalizar a psicanálise, como se a proximidade com esse terreno colocasse em risco as fronteiras epistemológicas que separam o discurso psicanalista do discurso psiquiátrico” (Fernandes, 2006, p. 27).

3.2

Componentes psiquiátricos dos Transtornos Alimentares

Os Transtornos Alimentares (TAs) são doenças psiquiátricas graves, marcados por alterações drásticas do comportamento, atitudes e ingestão de alimentos, geralmente acompanhadas de intensa preocupação com peso e forma corporal. São difíceis de tratar, prejudicam a saúde, levam à predisposição para a desnutrição e/ou obesidade, além de se associar com baixa qualidade de vida, altas taxas de comorbidades psiquiátricas e mortalidade prematura (Vianna, 2016).

Estamos vivendo atualmente uma redução do fenômeno psíquico em detrimento do funcionamento biológico. Há uma migração da medicalização dos humores e dores da existência para a clínica médica, que vem adquirindo uma dimensão predominante e massificadora. As dores da existência estão sendo caracterizadas como doenças sobre as quais não há nada a ser dito pelo próprio sujeito. Esse processo de medicalização e não implicação do paciente vem sendo internalizado com bastante avidez.

Não é incomum encontrarmos na clínica e até mesmo em situações sociais pacientes e conhecidos diagnosticando-se como portadores de TOC, transtorno bipolar, depressão, etc. Ou ainda pessoas indicando e trocando medicamentos psicotrópicos para realizar atividades do dia a dia, como viajar de avião, dormir, realizar uma entrevista de emprego, uma prova, relaxar no final de semana ou se divertir em uma festa.

O que parece estar ocorrendo é um encontro entre essa proposta de medicalização maciça e o desejo do sujeito contemporâneo, com as consequências que vimos no capítulo anterior. O desejo de silenciar a dor acaba por privar o sujeito do direito de usufruir de lugares variados e de criar novos sentidos para ela.

O ser humano é capaz de criar sentidos para sua experiência existencial, criar novas possibilidades e objetos de satisfação. Todavia, o outro lado da moeda dessa especificidade humana é o que podemos chamar de desamparo e falta de certezas, impressos muitas vezes como fontes de sofrimento e alienação.

Um processo analítico pode promover acolhimento e escuta para reconstruir as razões do sofrimento e das impossibilidades experimentadas pelo sujeito, mas a dor não pode ser totalmente excluída do processo. Não há dúvida de que as substâncias químicas produzem efeitos, mas também sabemos que esses efeitos são parciais. Não podemos renegá-las e muito menos admiti-las como única terapêutica nos tratamentos que envolvem o psiquismo.

Os psicofármacos e as intervenções cirúrgicas também devem ser pensados como integrantes da lógica que rege o funcionamento psíquico singular, levando em consideração as especificidades de cada caso, sem fragmentar o paciente nem precipitar o processo terapêutico desprezando sua complexidade. O registro no qual o medicamento e a cirurgia se incluem para cada sujeito visa um eixo de significação.

Na psiquiatria, o termo utilizado para definir os quadros que envolvem a CA é ‘transtorno’ e não ‘sintoma’. Para a psicanálise, os termos ‘sintoma’ e ‘transtorno’ têm significados bastante distintos: sintoma refere-se à excitação do desejo sexual infantil recalcado que retorna ao consciente, numa solução de compromisso na qual são representados, tanto o desejo parcialmente realizado, quanto a censura que impede sua plena realização.

O sintoma é, assim como a fantasia e o sonho, um produto mental. Enquanto isso, nos transtornos, o destino da pulsão está aquém da possibilidade de construção representativa, denunciando um empobrecimento do funcionamento psíquico e a exacerbação da expressão de uma ação compulsiva.

O termo ‘transtorno’ apresenta uma dimensão característica da temporalidade. Nele, a ausência ou pobreza de construção representativa priva o

funcionamento psíquico justamente do adiamento da finalização do encaminhamento pulsional em direção à sua finalidade, ou seja, a satisfação. Isso se evidencia no ritmo acelerado das descargas da pulsão que são observadas na urgência e na impossibilidade de adiamento para a execução das ações compulsivas.¹¹

Já na psiquiatria, os termos ‘distúrbio’ e ‘transtorno’ são usados como sinônimos de perturbação para falar das psicopatologias alimentares. A palavra ‘transtorno’ foi escolhida na tradução para o português do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais para nomear a categoria que inclui a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar. Este termo tem uma conotação grave, chegando a obter a significação explícita de “perturbação mental” no Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa¹².

A psicanálise se definiu numa perspectiva epistemológica que sempre se diferenciou do paradigma biológico da psiquiatria, pois não abre mão da relativa autonomia do psiquismo e da abertura à singularidade do sujeito.

As distinções entre os dispositivos diagnósticos utilizados por psicanalistas e psiquiatras também são bastante evidentes. O diagnóstico psiquiátrico preconiza a objetividade para investigar a relação do indivíduo com sua doença, utilizando elementos descritivos e observáveis para designar sua rede nosológica. Enquanto a psicanálise busca por meio da escuta as singularidades do sofrimento vivido, tentando vincular as experiências subjetivas, os afetos, posições e desejos irradiados à luz da transferência (Verztman et. al. 2010).

No entanto, para conhecer a visão psiquiátrica dos TAs, é preciso primeiramente familiarizar-se com os critérios diagnósticos do sistema de classificação das doenças mentais da Associação Psiquiátrica Americana (APA). O DSM (sigla em inglês para Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) é o principal documento de diagnósticos psiquiátricos da medicina contemporânea. É nele que se concentram os critérios e as categorias das doenças mentais atuais.

¹¹ Essa questão será melhor explorada no próximo capítulo.

¹² ‘TRANSTORNO’ Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1ª ed. p. 1400.

Foram produzidas cinco edições desde seu lançamento em 1952, até a mais recente, o DSM-V, de 2013. Esse processo de atualização das edições é longo e complexo. Para a edição do DSM-V, por exemplo, o trabalho levou quase uma década e envolveu uma série de avaliações de pesquisas, 13 conferências científicas e cerca de 160 cientistas de áreas diversas.

O DSM é atualizado com os avanços de estudos e pesquisas. Isso pode incluir e excluir diagnósticos, alterar e definir critérios, tendo sempre a corrente de pensamento vigente durante sua publicação como fator determinante na linha editorial final. O DSM-V foi cercado de controvérsia desde sua formação, especialmente por seus diagnósticos de espectro amplo, que, segundo os críticos, “patologiza” vivências cotidianas e comportamentos antes tidos como normais.

Uma categoria ou classificação diagnóstica precisa ter alto grau de confiabilidade para se manter estável em diferentes contextos, utilizada em lugares distintos e por vários interlocutores. Essas características exigem objetividade e operacionalidade, portanto não são levados em consideração os aspectos subjetivos nesse contexto específico. Vamos nos ater, por hora, na utilidade dos critérios diagnósticos do DSM-V no âmbito da pesquisa e das equipes multidisciplinares.

Apresentar as categorias diagnósticas da psiquiatria dentro de sua rede conceitual será útil para pesquisa atual que se propõem alcançar o interesse e fomentar a discussão entre diferentes saberes que compõem nosso objeto de estudo. Todavia, ao longo do nosso percurso, deixamos claro através dos recortes e colocações uma posição que privilegia uma reflexão que traz a singularidade do sofrimento e a subjetividade como eixo principal do nosso pensamento.

Os transtornos alimentares descritos no DSM-V são: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. Porém os quadros relevantes e que serão explorados no atual estudo são: a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa, o Transtorno da Compulsão Alimentar. Nesses três quadros encontramos variações de preocupação exagerada com o peso e a forma corporal, auto-avaliação centrada no corpo, e insatisfação com a imagem corporal. Além desses três principais quadros, também abordaremos o Outro Transtorno Alimentar Especificado.

Em alguns casos, a distorção da imagem corporal se apresenta, revelando um indicador de gravidade do quadro. Quando o valor pessoal e a autoestima estão completamente vinculados com o peso corpóreo, diversos comportamentos alimentares disfuncionais se apresentam como via privilegiada de uma tentativa inglória de controle do corpo e do sofrimento emocional.

Os TAs são complexos e não podem ser diagnosticados leviana ou precipitadamente apenas pelo peso e aparência. Outro ponto relevante diz respeito ao curso dos TAs. O deslocamento entre os tipos clínicos não é incomum, até 50% dos pacientes com anorexia nervosa desenvolvem sintomatologia de bulimia nervosa. Isso aponta para as questões psíquicas, socioculturais e genéticas que persistem quando são considerados apenas os aspectos comportamentais e nutricionais (Eddy et al. , 2002; Tozzi et al., 2005).

Segue uma apresentação sucinta contemplando a definição, a classificação diagnóstica e um breve histórico desses transtornos.

A. Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa (AN) se caracteriza pela perda de peso intensa e intencional, realizada através de dietas extremamente rígidas, acompanhada de uma busca desenfreada pela magreza, e em alguns casos de distorção da imagem corporal.

O termo ‘anorexia’ deriva do grego "an-", deficiência ou ausência de, e "orexis", apetite, mas sabe-se que essa não é a nomenclatura mais adequada do ponto de vista psicopatológico, já que não ocorre uma perda real do apetite, ao menos nos estágios iniciais da doença. Ou seja, a pessoa com AN sente fome e se obriga intencionalmente a não comer.

Historicamente, o primeiro caso de AN de que se tem descrição ocorreu no ano de 895. Segundo relato de Habermas(1989), uma jovem chamada Friderada após ter se recuperado de uma doença, da qual não se tem um diagnóstico preciso, desenvolveu um apetite voraz e descontrolado. Para tentar controlar sua voracidade alimentar, buscou refúgio em um convento e com o tempo foi restringindo sua dieta cada vez mais, até passar a efetuar longos jejuns. Sua saúde foi se deteriorado rapidamente até que ela morreu por desnutrição.

No século XIII, ocorre uma perigosa associação entre os jejuns autoinduzidos e prolongados com a espiritualidade. Muitas mulheres se submetiam à privação da alimentação como uma forma de se aproximar espiritualmente de Deus; são as chamadas “santas anoréxicas”. Assim como as anoréxicas dos dias atuais, as santas anoréxicas também apresentavam comportamento perfeccionista, rigidez, insatisfação consigo própria e distorções cognitivas.

Um dos casos mais conhecidos é o de Catarina Benincasa, que mais tarde se tornaria a Santa Catarina de Siena. Aos 16 anos, ela recusou um casamento arranjado pelo pai e se internou em um convento jurando manter-se virgem até a morte. Praticamente não se alimentava, autoflagelava-se e eventualmente provocava vômitos com ingestão de plantas. (Weinberg e Cordás, 2006).

Richard Morton em 1694 publicou o primeiro relato médico de AN, descrevendo o tratamento de uma jovem mulher com recusa em se alimentar e ausência de ciclos menstruais. O que mais chamou a atenção do médico foi o fato de a paciente apresentar uma acentuada rejeição a qualquer ajuda, o que acabou levando-a a uma morte prematura por inanição.

Na segunda metade do século XIX, a partir dos relatos do francês Charles Laségue sobre a *anorexie hystérique*, e de William Gull sobre a ‘apepsia histérica’, a AN passa a ser reconhecida como uma entidade clínica independente. Em 1903, Pierre Janet, descreve um caso que ele chamou de anorexie mental, no qual se manifestava vergonha e repulsa pelo corpo concomitante ao desejo de emagrecer. O autor relacionou a busca intensa da magreza à necessidade de protelar a maturidade sexual e sugeriu dois subtipos psicopatológicos, o obsessivo e o histérico. (Weinberg e Cordás, 2006)

Na década de 60 do século passado, Hilde Bruch (1973) trouxe importante contribuição para a compreensão dos aspectos psicopatológicos da AN. Esta autora propôs que a psicopatologia central da anorexia compreendia uma constelação específica de deficiências do ego e da personalidade, sublinhando a existência de três áreas de perturbação do funcionamento:

- 1- transtorno da imagem corporal;
- 2- transtorno da percepção ou interpretação dos estímulos corporais;

- 3- sensação paralisante de ineficiência que invade todo o pensamento e atividade da paciente.

A autora também chamou atenção para a dificuldade recorrente na relação dos pacientes com suas mães, principalmente quando essa dupla é constituída por mãe e filha. Os TAs não são uma expressão sintomática exclusivamente feminina, todavia não podemos negar sua evidente prevalência entre as mulheres, principalmente as jovens. Atualmente os TAs entre homens vêm sendo melhor estudados e sua presença na clínica também é mais percebida.

Essa realidade torna pertinente uma reflexão acerca das questões do feminino, tanto das vicissitudes do mal-estar do corpo na contemporaneidade no universo feminino, abordado no primeiro capítulo, quanto da problemática da adolescência e da relação e diferenciação com a figura materna.

Fernandes (2016) sublinha a ligação entre as particularidades dos processos da adolescência feminina e os TAs, desde as mudanças corporais e hormonais típicas da puberdade, até a renovação das dificuldades de estabelecer fronteiras entre dentro e fora/ sujeito e objeto. Essas particularidades colocam em evidência a questão de diferenciação da figura materna e se apresentam na clínica pela ausência de autonomia, ambivalência afetiva e simbiose maternas, tão frequentes nesses quadros.

Nos primórdios dos acompanhamentos dos casos de AN, era comum vincular o tratamento com o afastamento do paciente da sua família, principalmente das mães. Atualmente essa prática foi refutada, mas a terapia de família passou a ter um lugar de destaque nos atendimentos.

Atualmente, sabemos que os TAs não se restringem a questões de gênero, idade, classe social, raça ou as populações ocidentais. Circunscrever esses quadros a nichos da população só dificulta a busca de tratamento e limita a escuta dos profissionais. Os estudos com diferentes grupos das mais diversas idades, nacionalidades e sexualidade vêm enriquecendo o conhecimento sobre os TAs. Também vem sendo relatada e observada uma crescente demanda de atendimento especializado por homens e crianças (O'Dea & Caputi, 2001).

Depois deste breve apanhado sobre a AN, podemos nos debruçar sobre seus critérios diagnósticos segundo o DSM-V (2013):

1. Restrição da ingestão de energia levando a um significativo baixo peso corporal no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. Significante baixo peso é definido como menor do que o minimamente normal ou, para crianças e adolescentes, menor do que minimamente esperado.

2. Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso mesmo com baixo peso.

3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na autoavaliação; ou persistente falta de reconhecimento da seriedade do atual baixo peso corporal.

Subtipos: - Restritivo: Durante os últimos 3 meses, o indivíduo não teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos. Nesse subtipo, a perda de peso é alcançada através de dietas, jejuns e/ou atividades físicas para perder peso.

- Compulsivo-Purgativo: Durante os últimos 3 meses, o indivíduo teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos (vômitos, abuso de laxantes e diuréticos ou enemas).

Gravidade¹³: Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderada: $IMC 16 \text{ a } 16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15 \text{ a } 15,00 \text{ kg/m}^2$

Extrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Pensando o tema da atual pesquisa, cabe ressaltar que a CA pode estar presente na AN. Aqui chamamos atenção para uma diferenciação entre dois tipos de episódios de CA, que serão explorados novamente quando abordarmos o contexto dos TAs na cirurgia bariátrica. São eles a CA objetiva e a CA subjetiva.

CA objetiva é definida como a ingestão de uma quantidade de comida significativamente e objetivamente grande, acompanhada do sentimento de falta

¹³ O Índice de Massa Corporal é uma medida adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para medir a obesidade. É o padrão internacional para avaliar o grau de obesidade, utilizado como forma de comparar a saúde de populações, ou até mesmo definir prescrição de medicações.

Calcular o IMC é muito simples e não exige a utilização de instrumentos ou aparelhos. O cálculo é feito dividindo o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado.

de controle. Já a CA subjetiva se refere à mesma sensação de falta de controle, porém com ingestão de quantidade de alimento pequena ou moderada, mas percebida pelo sujeito como uma grande quantidade.

Na clínica, muitas vezes o relato dos pacientes com AN classificam os alimentos consumidos nos episódios de CA como proibidos ou perigosos, seja pela sua densidade calórica, pela sua apetência ou pela relação que eles estabelecem entre os alimentos e a perda de controle.

Um aspecto importante na AN, e primordial na CA, é o controle e o medo de perder o controle. No caso da AN, o controle pode estar associado ao perfeccionismo e a traços de personalidade obsessivos. Nesses casos, o controle sobre o peso e a alimentação pode ser um reflexo de uma forte necessidade de controlar seus sentimentos e desejos. Consequentemente, a CA para eles pode ser equiparada à perda de controle emocional e pode gerar intensa ansiedade e angústia. Esses episódios desestabilizam profundamente esses sujeitos, levando à realização de jejuns prolongados e, em alguns casos, a autopunições físicas e psicológicas.

Uma leitura possível para essa questão seria que AN serviria como uma forma de controlar os sentimentos, emoções e desejos não elaborados psiquicamente. Os pensamentos com roupagens obsessivas sobre comida e peso corporal dominam, deixando pouco espaço para qualquer outro elemento, enquanto os efeitos da inanição produziram uma anestesia emocional. Quando a vida é governada por regras rígidas alimentares, vemos a espontaneidade e a simbolização serem relegadas, instalando-se um falso sentimento de ordem, estrutura e previsibilidade.

O isolamento social é recorrente, assim como sentimentos de inadequação e desvalorização. As roupas largas escondem corpos esqueléticos que são alvo de checagens variadas e repetitivas para conferir se permanecem magros. Pensam constantemente em comida, calorias e receitas. A desnutrição prejudica a concentração, o raciocínio, leva à apatia e por vezes à depressão.

O corpo descarnado e desprotegido é cenário de inúmeras complicações físicas como osteoporose, problemas cardíacos, infertilidade entre muitos outros. Devido ao baixo peso corporal, sente-se muito frio e desenvolve-se uma penugem escura, chamada laguno, na tentativa de preservar a temperatura.

As dietas restritivas são reconhecidas como o maior fator precipitante dos TAs. Um estudo longitudinal, realizado por Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe (1999), mostrou que indivíduos que fizeram dieta por um ano tiveram um risco 18 vezes maior de desenvolver um TA do que aqueles que não fizeram dieta.

Vale ressaltar, no entanto, que a dieta por si só não é capaz de causar o transtorno. Em outras palavras, a grande maioria dos TAs começa com uma dieta restritiva, mas nem todos aqueles que fazem dieta vão desenvolver esse tipo de transtorno, pois, além desse fator precipitador, é preciso que também haja uma intrincada relação de componentes genéticos, psíquicos e ambientais.

B. Bulimia Nervosa

O termo ‘bulimia’ deriva do grego antigo bou (grande quantidade de), ou de boul (boi) e limos (fome), referindo-se a uma fome raivosa ou fome de “comer um boi”. Esta descrição se encontra há mais de dois mil anos em fontes europeias com o mesmo significado: um estado de voracidade que leva à ingestão de uma quantidade exagerada de alimentos (Stunkard’ 1993).

No entanto, ao longo da história, empanturrar-se e livrar-se dos excessos em seguida, não foi sempre visto como um desvio da normalidade. Cordás (1993) faz referência a um papiro egípcio, intitulado Eber, que é dedicado ao estímulo e às virtudes do ato de vomitar. O historiador grego Heródoto, ao comentar os hábitos egípcios, conta que era comum o uso de purgantes e a prática de vômitos por dias consecutivos, tendo em vista que tal povo considerava que a origem das doenças humanas se encontrava na comida.

Hipócrates, conhecido como o pai da medicina, também recomendava a indução de vômitos por dois dias consecutivos todo mês como método de prevenir diferentes doenças. Os romanos, por sua vez, são lembrados por seus banquetes, nos quais induziam o vômito após a ingestão excessiva de alimentos, criando até mesmo os *vomitorium*, para que seus convidados pudessem vomitar e depois continuar comendo.

Em tempos bem mais recentes, Cordás (1993) nos lembra dos eméticos, fármacos com a capacidade de induzir vômitos. Eles dominaram o arsenal terapêutico durante muitos anos, e até pouco tempo muitos sujeitos bulímicos

valiam-se de um emético famoso vendido nos EUA, chamado Ipecac. Este remédio era derivado da raiz de uma planta sul-americana chamada Ipecacuanha, que significa, na língua nativa, "a planta junto à estrada que faz você vomitar", o que nos leva a pensar que os tais índios também induziam o vômito com auxílio de plantas.

O primeiro caso documentado a sugerir a bulimia como uma síndrome é o de Ellen-West, paciente de Ludwig Biswanger, em 1944. Foram observadas na paciente estratégias para perder peso, episódios de comer compulsivo e de vômitos autoinduzidos. Na mesma época começaram a aparecer, na literatura, outros relatos de pacientes que apresentavam um padrão alimentar peculiar, caracterizado por um exagero alimentar frequentemente acompanhado de vômitos.

A partir de 1960, alguns trabalhos publicados pareciam querer abrir caminho para o reconhecimento de uma nova patologia alimentar. Dentre esses destaca-se o de Paul Abély, apresentado em 1963, numa palestra na *Société Medico-Psychologique*, intitulada “Hiperorexias Patológicas em Mulheres”.

O autor relata ter estudado, em um período de três anos, quinze casos de *hiperorexia*. Todas as pacientes eram mulheres jovens que desenvolveram algum tipo de adição à comida a partir da puberdade, e que se apresentavam paradoxalmente preocupadas com a aparência física.

Foram discutidas, então, as diferenças e similaridades da hiperorexia com a AN. Dentre as diferenças que se destacaram, estava a completa adição pela comida e o fato de esses casos pertencerem a um grupo homogêneo (Vandereycken, 1994).

Em 1979, Russell publicou o trabalho mais importante até então sobre o tema. Em estudo intitulado *Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa*, o autor propunha um novo transtorno, com critérios diferentes dos da AN. Segundo Russel, as pacientes sofriam de um impulso irresistível de comer excessivamente e procuravam evitar os efeitos engordativos da comida, induzindo vômitos e/ou abusando de purgativos, pois teriam um medo mórbido de engordar.

No ano seguinte o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria*, 3ª edição (DSM-III) (1980) introduziu a Bulimia Nervosa (BN) como um novo TA, com critérios diagnósticos

um pouco mais amplos que os propostos por Russell, enfatizando os episódios de comer compulsivo ao invés dos métodos inadequados de controle de peso.

A atual classificação, DSM-V (2013) apresenta os seguintes critérios diagnósticos para Bulimia Nervosa:

1 – Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os seguintes aspectos:

- a) Ingestão, em um período limitado de tempo (ex: duas horas) de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares;
- b) sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (ex: sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo);

2 – Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o intuito de prevenir o aumento de peso, como autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos;

3 – A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana, por três meses;

4 – A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal;

5 – O distúrbio não ocorre durante episódio de anorexia nervosa.

Gravidade:

Leve: média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios por semana;

Moderada: média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios por semana;

Grave: média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios por semana;

Extremo: média de 14 ou mais episódios de

comportamentos compensatórios por semana.

Com relação ao comportamento compensatório inadequado para prevenir o ganho de peso (item 2), o DSM-V utiliza-o como base para subclassificar a bulimia nervosa em dois subtipos, o tipo purgativo e o sem purgação:

- a) Tipo purgativo: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas.
- b) Tipo sem purgação: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo usou outros métodos compensatórios inadequados que não envolvem purgação, tais como jejuns ou exercícios excessivos.

A CA é a característica clínica mais marcante da BN. A literatura médica mostra que os episódios bulímicos costumam ter início após uma dieta alimentar restritiva. No início, o sujeito parece não acreditar que pode tornar-se prisioneiro do ciclo compulsão/purgação. Costumam descobrir aleatoriamente (através de comentários de amigos, internet, filmes ou por haver perdido peso durante uma doença) que a purgação pode ser a “solução mágica” para evitar o ganho de peso nos momentos em que se excedem.

Os ciclos bulímicos (sentimentos negativos em relação a si próprio – dieta – compulsão alimentar - método compensatório - sentimentos negativos e assim sucessivamente), chamam a atenção novamente para as dietas. Pesquisadores e clínicos concordam e afirmam que restrição alimentar é um importante fator precipitante da CA. Herman e Mack foram os primeiros estudiosos a apontar essa relação em 1975, afirmando que dieta restrição não só preside exageros alimentares (na época ainda não se usava o termo CA), como contribui para sua continuidade.

Ogden (2010), em seu livro Psicologia da alimentação, descreve vários estudos corroborando que as tentativas de não comer, paradoxalmente, aumentam a probabilidade de comer demasiadamente, e que estariam envolvidas nesse processo questões orgânicas, psicológicas e ambientais.

O senso comum costuma associar a BN com a compulsão alimentar e os vômitos. Muitas pessoas e até mesmo profissionais de saúde não sabem que

existem outros comportamentos compensatórios inadequados como o uso de medicamentos, os jejuns e a realização de exercícios excessivos.

Para ser considerado um método compensatório, o comportamento deve ser realizado com o intuito de se livrar do que foi consumido durante a compulsão, para evitar o ganho de peso.

Após a instalação do quadro, o ciclo bulímico pode ficar cada vez mais presente e recorrente, chegando a interferir nas atividades profissionais e sociais. Eles podem durar horas e repetir-se várias vezes ao longo do dia. É comum o paciente afirmar que se sente um mero espectador de um comportamento que escapa totalmente ao seu controle, colocando o estranhamento de si mesmo, de seu corpo e de sua ação no centro da problemática bulímica.

Assim como na AN, esses sujeitos também apresentam alto grau de insatisfação com a imagem corporal, idealização da magreza, baixa autoestima e sentimentos de inadequação e desvalorização.

Os pacientes com BN costumam demorar anos para relatar sua conduta alimentar para profissionais de saúde, familiares e amigos. Isso ocorre em virtude dos sentimentos de vergonha e culpa pelo comportamento bulímico, e/ou por não haver desejo de abandonar tal comportamento.

Quando procuram tratamento, os ciclos bulímicos já estão causando grande sofrimento emocional e muitas vezes estão presentes complicações físicas, como o aumento das glândulas parótidas, taquicardia, alterações dentárias, desequilíbrio eletrolítico, problemas de coração, gastrite, ulcera, entre muitos outros.

Dentre as alterações de comportamento mais citadas na literatura psiquiátrica, estão a tendência a apresentar um pensamento dicotômico, do tipo “tudo ou nada”, crenças infundadas acerca do valor calórico dos alimentos e dificuldade no controle dos impulsos. Essa impulsividade, em alguns casos, também aparece no abuso de substâncias, cleptomania, automutilação e tentativas de suicídio (Sapoznik, 2005).

C. Transtorno da compulsão alimentar – TCA

O transtorno da compulsão alimentar (TCA) é mais recente dentre os TAs. A primeira descrição formal de episódios de descontrole alimentar sem a utilização de métodos compensatórios foi realizada a partir de estudos com sujeitos obesos, no final da década de 1950, pelo Dr. Albert Stunkard, na Universidade da Pensilvânia. O pesquisador observou que alguns pacientes obesos apresentavam um tipo de perturbação do comportamento alimentar semelhante aos da CA referida na BN (Fairburn, 1995).

Foi exatamente a relação entre obesidade e um padrão patológico de alimentação que instigou os médicos e pesquisadores a começarem a estudar a ideia de um TA que envolveria CA sem a presença de métodos compensatórios.

O primeiro a esboçar algo nesse sentido foi Kornhaber, em 1970, com a “síndrome do empanzinamento” ligada a um tipo de obesidade que apresentava as seguintes peculiaridades: hiperfagia, retraimento social e depressão clínica. Na década de 1980, novos estudos com pacientes que procuravam tratamento para emagrecer reacenderam o interesse pela hipótese inicial do Dr. Stunkard.

Já em 1992, Spitzer et al. realizaram um trabalho na Universidade de Columbia, no qual foi proposta a hipótese de que muitos pacientes evidenciavam uma forma de transtorno do comportamento alimentar distinta da AN e BN. Desde então, alguns nomes foram utilizados para se referir a este transtorno específico que tinha sua base na CA, binge eating disorder (BED), em inglês e em português “síndrome da hiperalimentação patológica”, transtorno do comer compulsivo (TCC), transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e, por último, o atual transtorno da compulsão alimentar (TCA).

Borges e Jorge (2010) chegaram a sugerir o nome de “Transtorno do comer impulsivo”, alegando que sua característica mais importante, é a qualidade deste comer: como um “ataque”, fazendo o indivíduo sentir-se sem liberdade para optar entre comer ou não, como se fosse refém de um impulso que lhe é incontrolável. Em um primeiro momento este impulso lhe dá prazer e, em um segundo momento, traz muita culpa e sofrimento. Mas para os autores esse comportamento alimentar, chamado de Binge Eating em inglês, não era bem traduzido pelo termo CA. Binge, que, em inglês leigo, traz a noção genérica de

“entregar-se a algo”, “tolerância excessiva”, “fazer algo sem limite” “farrear” (sem medir as consequências).

Por meio de um longo período de dedicação a pesquisa e ao atendimento de sujeitos com CA, me autorizo a afirmar que aspectos referentes à impulsividade e à compulsividade se fazem presentes concomitantemente, com variações de intensidade dependendo de cada caso e de cada momento particular, mas ambos remetendo para questões da regulação pulsional.

Um episódio de CA pode ser descrito de maneira simplificada como a ingestão num curto período de tempo de uma grande quantidade de alimentos, associado ao sentimento de perda de controle. Esses episódios diferem dos eventuais exageros alimentares, quando as pessoas comem mais do que o precisam ou deveriam, mas não apresentam outras características específicas da CA, como a falta de controle e sentimentos negativos.

De acordo com o DSM-V, o transtorno da compulsão alimentar apresenta os seguintes critérios diagnósticos:

1. Episódios recorrentes de compulsão alimentar – um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes critérios:
 - a) Ingestão, em um período limitado de tempo (ex: duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior que a maioria das pessoas consumiria em circunstâncias similares;
 - b) Sensação de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (ex: sensação de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se está comendo);
2. Os episódios de compulsão alimentar devem estar associados a três ou mais dos seguintes critérios:
 - a) Comer muito mais rapidamente que o normal;
 - b) Comer até se sentir cheio;
 - c) Comer grandes quantidades de alimentos quando não está fisicamente com fome;
 - d) Comer sozinho em razão da vergonha pela quantidade de alimentos ingerida;
 - e) Sentir repulsa de si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente;

3. Angústia acentuada relativa à compulsão alimentar;
4. A compulsão alimentar deve ocorrer pelo menos uma vez por semana, por três meses consecutivos;
5. A compulsão alimentar não está associada ao uso de mecanismos compensatórios inadequados, nem ocorre durante o curso de anorexia ou bulimia nervosa.

A sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar apontada no item 1b engloba várias outras características citadas nos critérios diagnósticos, como o fato de comer mesmo estando fisicamente sem fome e comer até ficar demasiadamente cheio. Durante o episódio, o indivíduo sente como se não tivesse nenhuma possibilidade de controlar sua atitude compulsiva e, em seguida, relata sentimentos como culpa e tristeza (Vianna, 2016).

Alguns estudos apontam que o início de dietas ocorre, geralmente, após o aparecimento dos ataques de comer compulsivo, caracterizando uma distinção entre esse comer compulsivo e o quadro da bulimia, no qual, como relatamos anteriormente, os ataques se sucedem às dietas (Philippi e Alvarenga, 2004). A outra distinção entre o TCA e a BN é a ausência de métodos compensatórios para evitar o ganho de peso após os episódios compulsivos.

Conforme mencionado na introdução, nem todo paciente obeso apresenta CA ou TCA; existem várias causas para obesidade e a presença de TA é apenas mais uma delas. Nos casos em que os dois convergem, o paciente, muitas vezes, procura tratamento para obesidade sem ao menos mencionar a presença de compulsão. Aqueles que procuram centros especializados no tratamento de TA e/ou grupos de autoajuda, como os Comedores Compulsivos Anônimos, na maioria frequentemente só o fazem depois de várias tentativas frustradas de emagrecimento.

Dois grandes estudos epidemiológicos realizados por Sptizer et al.(1992, 1993) indicaram que 30% dos pacientes que procuravam tratamento para perda de peso apresentavam TCA, enquanto na população geral apenas 2% preenchiam os critérios diagnósticos para o mesmo transtorno. Já a distribuição por sexo entre esses pacientes indicava um leve predomínio do sexo feminino na proporção de três para dois.

As características epidemiológicas apontadas nesses dois estudos são as seguintes:

- a) a grande maioria dos pacientes apresentava um início precoce dos episódios de compulsão alimentar, geralmente na infância ou adolescência;
- b) o uso de dietas começava normalmente após o aparecimento dos ataques de comer, como foi apontado alguns parágrafos acima.

Um estudo realizado por Appolinário e Coutinho (1995) revelou que haveria uma relação direta entre o grau de obesidade e o TCA. Segundo os autores, quanto maior o grau de obesidade, maior é a gravidade dos episódios de CA. Indicadores de sofrimento psicológico, como baixa autoestima, depressão e ansiedade elevada, foram maiores entre os obesos com CA do que nos obesos não compulsivos.

O mesmo estudo revela dados significativos em relação à imagem corporal no TCA, mostrando que comedores compulsivos obesos frequentemente preocupam-se mais do que os obesos sem compulsão com a forma e o peso corporal, e possuem uma forma mais negativa de vivenciar a imagem corporal. Além disso, apresentam maior predisposição para fazer dieta. Outros estudos apontam que a autoavaliação indevidamente ligada ao peso e as formas corporais deveria estar entre os critérios diagnósticos do TCA, assim como ocorre na AN e BN (Yanovski et. al. 1993; Marcus et. al. 1985; Basdevant et. al. 1995).

Os sujeitos com este padrão alimentar costumam apresentar graus variados de obesidade e um histórico de flutuação de peso mais acentuada do que obesos sem CA (Zwaan et. al. 1994). Na prática clínica, testemunhamos diferenças significativas entre os pacientes obesos com e sem TCA em relação à maneira como vivenciam as questões alimentares e a imagem corporal. Esses achados indicam a necessidade de uma interpretação e tratamento diferenciados para esses casos.

O desejo de perder peso rapidamente faz com que muitas vezes esses pacientes cheguem ao tratamento buscando resultados imediatos, todavia o tratamento deve abordar os fatores psíquicos e nutricionais referentes à compulsão e não focar apenas na remição dos aspectos sintomáticos.

O tratamento do TCA não é baseado apenas no emagrecimento, pelo contrário, primeiro abordamos a CA e espera-se que a perda de peso seja uma

consequência das mudanças na relação com o corpo e a alimentação. Os ganhos psíquicos não estão diretamente associados aos quilos perdidos (Stunkard, 1996).

D) Outro Transtorno Alimentar Especificado – OTAE

Os Outros Transtornos Alimentares Especificados (OTAE) são uma categoria onde se encontram quadros incompletos, comportamentos alimentares disfuncionais isolados e novos transtornos que ainda estão sendo estudados e definidos. Eles são frequentemente denominados como quadros subclínicos ou parciais.

Os OTAE incluem os quadros parciais de AN, BN e TCA, ou seja, casos sugestivos de algum desses transtornos, mas que não apresentam todos os critérios diagnósticos. Sua prevalência é maior do que da AN e BN, no entanto o conhecimento sobre fatores de risco, correlações clínicas e tratamento deles ainda é limitado.

Pesquisas encontraram uma prevalência de OTAE em 2,4% da população (Machado et.al. 2007). Estima-se que esse seja o diagnóstico de entre 20% e 60% dos pacientes que buscam tratamento para TA (Anderson, Bowers e Watson, 2001; Turner e Bryant-Waugh, 2004).

Dentre os pacientes com diagnóstico de OTAE, mais de 50% desenvolvem quadros completos de AN ou BN em um período de quatro anos (Herzog, Hopkins e Burns, 1993). Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico e iniciado o tratamento, melhor é o prognóstico, evidência válida para todos os TAs.

Os critérios diagnósticos do DSM-V para os Outros Transtornos Alimentares Especificados (OTAE) são os seguintes:

1- Anorexia nervosa atípica: todos os critérios para anorexia nervosa são encontrados, exceto que mesmo com a significativa perda de peso, o peso do indivíduo está dentro ou acima do padrão.

2. Bulimia nervosa (de baixa frequência e/ ou duração limitada): todos os critérios para bulimia nervosa são encontrados, exceto que a compulsão e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, menos do que uma vez por semana e/ou menos do que 3 meses.

3. Transtorno da compulsão alimentar (de baixa frequência e/ou duração limitada): todos os critérios para TCA são encontrados, exceto que a compulsão ocorre, em média, menos do que uma vez por semana e/ou há menos do que 3 meses.

4. Transtorno de purgação: Comportamento de purgação recorrente para influenciar o peso ou a forma do corpo (p. ex., vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos) na ausência de compulsão alimentar.

5. Síndrome da alimentação noturna (SAN)

E. Síndrome da Alimentação Noturna– SAN

A síndrome da alimentação noturna (SAN) encontra-se entre os OTAes desde o DSM-IV. Foi descrita por Stunkard em 1955 (apud Claudino, 2005), como um transtorno com três componentes principais: anorexia matinal (total falta de apetite pela manhã), hiperfagia vespertina ou noturna e insônia.

O autor pensou a SAN a partir do estudo de pacientes obesos que apresentavam problemas nos ritmos circadianos¹⁴. Tanto o SAN quanto o TCA são apontados como fatores de mal prognóstico para tratamentos tradicionais de obesidade. A prevalência da SAN é de aproximadamente 1,5% da população americana, aumentando para 10% entre pessoas em tratamento em clínicas para obesidade, e 27% entre pacientes de cirurgia bariátrica (Stunkard et. al., 2002).

Os transtornos SAN e TCA podem ser observados em sujeitos com peso normal, excesso de peso ou obesos, mas aparecem mais associados a estes últimos devido ao fato de as investigações se concentrarem, principalmente, em sujeitos que buscam tratamento para emagrecer, sendo por isso consideradas, frequentemente, perturbações associadas à obesidade.

Estudo apresentado por Birkedvedt et. al. (1999), comparando “comedores noturnos” e sujeitos em um grupo controle, indicou que os comedores noturnos consumiam mais calorias diárias do que os indivíduos do grupo controle. E que

¹⁴ Os nossos ritmos biológicos possuem normalmente uma constância e uma importância que os cientistas só passaram a valorizar muito recentemente. Os ciclos biológicos variam de pessoa para pessoa. Quando um ciclo biológico se completa ao fim de cerca de 24 horas chama-se Circadiano; o ritmo diário de vigia e de sono é um ritmo circadiano.

56% da sua ingestão calórica diária ocorriam entre as dez horas da noite e as seis da manhã, enquanto no grupo controle somente 15% da ingestão calórica acontecia nesse período.

Na SCN dois padrões de alimentação noturna são frequentes:

a) episódio de CA, nesse caso a ingestão alimentar costuma ocorrer antes do início do sono e se associa à dificuldade para começar a dormir;

b) comportamento nomeado de “beliscador noturno”, no qual o indivíduo acorda muitas vezes durante a noite para comer.

Assim como no TCA, há referência à sensação de falta de controle em relação à alimentação (a primeira “beliscada” pode desencadear um processo de “comilança” que dura toda a madrugada), assim como sentimentos de culpa e depressão posteriores.

No DSM-V, a Síndrome da Alimentação Noturna está descrita dentro dos OTAE, e envolve os seguintes critérios diagnósticos:

- 1- Recorrentes episódios de comer noturno, manifestado por comer após despertar de um sono ou por consumo excessivo de comida depois de uma refeição noturna.
- 2- Há consciência e lembrança do que comeu.
- 3- O comer noturno não é mais bem explicado por influência externa como mudança no ciclo dormir-despertar do indivíduo ou por normas sociais locais.
- 4- O comer noturno causa significativo sofrimento e/ou danos ao funcionamento.
- 5- O padrão do transtorno de comer não é mais bem explicado pelo TCA ou outra doença mental, incluindo uso de substâncias, e não é atribuível para outra condição médica ou para efeito de alguma medicação.

A necessidade de mais pesquisas para uma melhor compreensão dessa síndrome é uma opinião unânime entre os estudiosos, por isso ela ainda não pode ser definida como um TA e permanece como uma síndrome dentro dos OTAE. A relevância para a atual pesquisa está na sua significativa incidência entre pacientes bariátricos.

A dimensão dos TAs e da CA, apoiada nos critérios diagnósticos propostos pela psiquiatria, nos oferece suporte para uma visão multidisciplinar e para o diálogo com a equipe multiprofissional. A descrição dos comportamentos e o conjunto de características e atitudes podem auxiliar a observação e análise dos casos. Mesmo diante da singularidade pertinente a cada sujeito, os TAs possuem algo próprio, como coloca Cybelle Weinberg (2015), coordenadora da Clínica de Estudos, Pesquisa e Atendimento em Psicanálise da Anorexia e Bulimia – CEPPAN:

“O estudo dos relatórios dos atendimentos da instituição mostra, em decorrência do número significativo de casos acompanhados – ainda que atendidos por diferentes analistas –, esses pacientes têm um modo específico de se relacionar que, ainda que se leve em conta a singularidade de cada caso, essa clínica apresenta certas características próprias...” (p. 27).

Falar sobre alimentação e corpo, dialogar com ciências do comportamento, com a psiquiatria e a nutrição, se atualizar sobre o papel da psicodinâmica alimentar no cotidiano, assim como visitar suas próprias questões com a imagem corporal e sua posição social e crítica diante da magreza e da alimentação na atualidade são pontos importantes para os profissionais que trabalham com esses pacientes e podem influenciar o atendimento, ajudar a refinar a escuta analítica, auxiliar a técnica, ou seja, são pertinentes ao exercício da clínica com pacientes tão difíceis e ao mesmo tempo tão carentes de um vínculo afetivo verdadeiro.

No próximo capítulo, apresentamos uma leitura psicanalítica da CA, na qual enfatizamos seus aspectos estruturais e suas possíveis conjecturas psíquicas, ao invés de priorizar sua forma de expressão. O capítulo possui acentuada relevância para a atual pesquisa, pois representa seu referencial teórico psicanalítico e deve ser compreendido como uma parte fundamental, porém não absoluta, da nossa visão sobre o tema.

Por meio de uma leitura psicanalítica para questões psíquicas arcaicas, densas e complexas que permeiam a CA, almejamos destacar o valor da contribuição da psicanálise em um processo terapêutico integrado a uma equipe multidisciplinar, constante e atuante.

4. Psicanálise da Compulsão Alimentar

“os dentes afiados da vida
preferem a carne
na mais tenra infância
quando
as mordidas doem mais
e deixam cicatrizes indeléveis
quando
o sabor da carne
ainda não foi estragado
pela salmoura do dia a dia

é quando
ainda se chora
é quando
ainda se revolta
é quando
ainda”

(Paulo Leminski)

No atual capítulo, pretende-se, a partir de um referencial teórico psicanalítico, construir uma leitura acerca das compulsões, especialmente da CA. Embasado no pensamento de Freud, Melanie Klein, Green, McDougall, Abraham, e Winnicott e por meio de conceitos, como objeto primário, introjeção canibal, excesso pulsional, simbolização, trabalho do negativo entre outros, buscar-se-á um retorno aos primórdios do desenvolvimento infantil, às relações mais arcaicas e constitutivas da subjetividade.

Esse caminho não se mostra excludente nem exclusivo, ao contrário, é uma proposta de reflexão sobre os aspectos psíquicos envolvidos nas compulsões, também chamadas por alguns de adições e patologias do ato, que têm-se manifestado com frequência acentuada na clínica contemporânea. A presente pesquisa nos convoca a pensar as contingências das limitações impostas pela cirurgia de redução de estômago no âmbito subjetivo permeado pela compulsão intrincada aos TAs.

Para tanto, mergulharemos nos elementos arcaicos, nas fases mais primitivas da libido e nas relações objetais, ou seja, olharemos para os primórdios do desenvolvimento psíquico a fim de pensar os conflitos caracterizados por falhas nas bases da constituição da subjetividade.

Partindo da noção de um aparato psíquico que é eminentemente sensório/afetivo/corporal - corpo aqui tomado em sua função relacional, que afeta e é afetado pelo outro - intenciona-se também uma reflexão das diferenças e semelhanças, encontros e desencontros entre Compulsão, Adicção e Impulsividade. Por vezes, encontramos esses termos sendo usados de forma equivalente, mas aqui apostamos em olhar suas particularidades para tentar encontrar indícios sobre as sutilezas da CA referida nos casos bariátricos.

4.1

Primórdios do psiquismo: relação eu-objeto

Melanie Klein descreveu o psiquismo como uma extraordinária vida de fantasia. Em sua obra, investigou a maneira pela qual a fantasia inconsciente penetra e dá significado aos acontecimentos reais do mundo externo e, ao mesmo tempo, a maneira pela qual o mundo interno apresenta significado sob a forma de fantasias inconscientes.

Segundo, Susan Issacs (1986): “A fantasia é o conteúdo primário de processos mentais inconscientes” (1986, p.82). Esta definição clara e sucinta sintetiza muito bem a ideia proposta pela autora de que toda atividade mental se dá com base em relações fantasiadas com objetos.

Pode-se definir a fantasia inconsciente como a crença nas atividades de objetos internos concretamente sentidos. Em outras palavras, a experiência somática provocando uma experiência mental que é interpretada como um relacionamento com o objeto.

Esse objeto, vivido como o responsável pela sensação corporal, será amado ou odiado pelo sujeito de acordo com a sensação (agradável ou desagradável) sentida. Dessa maneira, uma sensação desagradável leva a uma representação mental de um relacionamento com um objeto mau, que intenciona ferir e danificar o sujeito.

Uma boa forma de entender essa ideia se faz através da figura de um bebê com fome. Junto com a fome, temos uma sensação desagradável no estômago, que se representa mentalmente para o bebê como um objeto maléfico concretamente localizado em sua barriga. Quando dizemos que estamos sentindo

pontadas de fome no estômago, voltamos a essa forma de experiência primitiva e concreta, mesmo mantendo nosso conhecimento de que a fome é algo fisiológico.

O inverso também é verdadeiro. Quando o bebê é alimentado, a vivência que tem é de um objeto benevolente em sua barriga, que lhe causa sensações agradáveis. Após a alimentação, a sensação de plenitude contribui para a fantasia de que o objeto bom reside dentro de sua barriga.

O bebê, absorto em interpretações primitivas de sua realidade, não possui conhecimentos elaborados sobre seu organismo. A raiva e o medo do bebê, à medida que a fome permanece insatisfeita, são consequências de reações pulsionais, mas são sentidas por ele como a ameaça crescente de um perseguidor hostil que ataca sua barriga causando-lhe sofrimento. Essas fantasias temíveis são o que mais se aproxima de uma manifestação direta da pulsão de morte, neste caso, desviada para um objeto.

Segal (1975) apontou que a fantasia não é apenas a representação mental da pulsão, mas pode também ser elaborada para representar ações defensivas contra a angústia. Mais tarde, à medida que o sujeito passa da posição esquizoparanoide para a depressiva, a fantasia fica menos vinculada às sensações corporais. O mundo interno passa a ser mais povoado por objetos simbólicos do que concretamente reais.

Contudo, reminiscências dos primitivos objetos concretos sobrevivem e são ocasionalmente experienciados como somatizações e condições psicossomáticas. A angústia é ainda expressa e até mesmo experimentada como “aperto no peito” e a tristeza como “nó na garganta”.

Melanie Klein (1935) descreve a voracidade como a avidez com que o bebê deseja o seio materno. Ele quer o seio e também tudo o que há nele e além dele, o corpo e tudo o que houver de precioso nele. Mais! O querer voraz quer sempre mais.

Melanie Klein chamou isso de “sucção vampíresca”, que estaria latente no fundo de todo desejar adulto como uma motriz insaciável. Logicamente, esse caráter insaciável do desejo fica menos evidente no adulto, pois sua expressão vai sendo modificada pelas defesas e pela edificação das capacidades do ego de sublimar e reparar.

O desejo de devorar o corpo materno reflete concomitantemente avidez de amor e de destrutividade canibal. As trocas com o mundo externo são reguladas por dois mecanismos, a introjeção e a projeção. São eles que estabelecem o metabolismo básico de intercâmbio entre um dentro e um fora que se constitui através da entrada e saída de bons e maus objetos. A constituição dos bons e maus objetos se dá por meio da interação entre os cuidados maternos (presentes ou ausentes) e os impulsos amorosos e agressivos da criança.

Para os kleinianos, uma introjeção normal seria a capacidade de assimilar os aspectos bons do objeto, ao passo que uma introjeção canibal é a introdução do objeto destruído, destituído de valor, com o qual ocorre a identificação. Ou seja, nessa segunda forma de introjeção, a impossibilidade de se assimilar os aspectos bons do objeto faz a introjeção ter apenas o “devorar e ser devorado” como horizonte possível na relação com o outro¹⁵.

A teoria kleiniana possui um caráter dinâmico que também é impresso no psiquismo. A ideia de ‘posições’ que se alternam pela vida afora e que, portanto, não ‘terminam’ e tampouco se sucedem, garante uma oscilação entre a posição esquizoparanoide e a posição depressiva.

Uma posição nada mais é do que uma forma de se posicionar perante o objeto. Na posição esquizoparanoide, a angústia predominante é o medo de ser aniquilado ou devorado, e a preocupação dominante é com a preservação do ego. Esta posição caracteriza os primeiros meses de vida, momento em que predominam as relações de objetos parciais, o sadismo, os ataques contra o corpo da mãe e a dimensão destrutiva da voracidade.

Na posição depressiva, o objeto é reconhecido como algo que se deseja preservar e que pode ser perdido. A angústia dessa fase é depressiva, ou seja, envolve o medo de ter danificado o objeto amado do qual o bebê depende e o medo de que esse objeto morra ou desapareça. Trata-se de uma angústia culpada, caracterizada pelo receio de ter estragado ou danificado o objeto de amor.

¹⁵ A introjeção canibal será abordada novamente no tópico ‘O vazio intolerável na compulsão alimentar’, ainda neste capítulo.

Todavia, durante a posição depressiva, a angústia paranoide permanece; assim, o temor pela preservação do ego é somado aos temores pela integridade do objeto.¹⁶

Na fase anterior, o interesse pelo mundo reduzia-se ao sadismo, com um declínio dos desejos orais em detrimento da ansiedade paranoide. Mas, a partir da identificação com o objeto total, instaura-se novamente o apetite e o desejo de engolir o objeto bom. Introjetar com avidez serve para diminuir a angústia depressiva de ter arruinado o objeto bom, assim como para apaziguar os perseguidores internos.

O desenvolvimento envolve uma série de movimentos alternados de integração e discriminação entre o bom e o mau, o fantástico e o real, o externo e o interno. Cada um desses movimentos gera novos problemas que se somam aos anteriores: o movimento de integração do bom e do mau leva a uma concepção de si e do mundo mais integrada. Porém, algo de cruel do objeto mau junta-se ao objeto bom, aumentando sua exigência.

Klein (1940) destacou a preponderância das fantasias arcaicas de devoração sádica, destruição e envenenamento. A partir de uma perspectiva kleiniana, a CA poderia estar situada na articulação das duas fases precoces do desenvolvimento mental – esquizoparanoide e depressiva – com o fracasso da posição depressiva, a existência de angústias paranoides, e a prevalência do recurso às defesas maníacas e à clivagem.

A mania é a negação da realidade psíquica, uma tentativa de suplantá-la através de atos de onipotência, ou seja, por meio da manipulação das condições externas e da recusa de passar por uma transformação interna. A idealização maníaca do corpo magro como protótipo de perfeição e satisfação pessoal torna-se cruel, pois nasce da angústia de desintegração decorrente de uma formação superegoica arcaica, que faz exigências impossíveis de atender.

No momento em que a criança reconhece a mãe como objeto total e nota que suas ordens não serão sempre prontamente atendidas, estabelece-se a entrada na posição depressiva. A elaboração dessa posição vai depender de como serão

¹⁶ Dois dos textos de Klein são os mais importantes para a compreensão da posição depressiva. São eles: 'Uma contribuição à psicogênese dos estados depressivos' (1935) e 'Luto e sua relação com os estados maníacos depressivos' (1940).

elaboradas a presença e a ausência materna, a onipotência e a impotência infantil, além das tendências de amor e ódio que dependem da tolerância à frustração.

Pode-se pensar a dinâmica da posição depressiva associada ao sentimento de perda da posse absoluta e do controle onipotente do objeto amado. Descobrir que o objeto amado existe independentemente do próprio sujeito é uma grande ferida narcísica que incomoda e não quer cicatrizar.

Leva tempo para a criança aceitar uma posição de poder relativamente frágil, que demanda paciência para esperar os momentos de satisfação. Esse processo está vinculado à capacidade de tolerar as frustrações, que, por sua vez, depende do estabelecimento do objeto bom internamente.

A introjeção do objeto bom é o processo de se pôr para dentro do aparelho psíquico todas as experiências de prazer, formando uma reserva interna de vivências prazerosas que pode funcionar como um porto seguro, uma garantia de acesso ao prazer e à segurança. Dessa forma, a capacidade de tolerar a frustração aumenta, o que equivale a um aumento de tolerância à própria realidade psíquica. Este é o último estágio de um longo processo de integração de aspectos distintos, como amor e ódio, dentro e fora, imaginário e real, onipotência e impotência.

O complexo de Édipo e a posição depressiva sempre estiveram associados no pensamento kleiniano. Para a autora, representam duas maneiras de abordar uma única questão nuclear da vida, que envolve temporalidade e transitoriedade. Além disso, o complexo de Édipo implica sempre o complexo de castração, que equivale à passagem dos ideais absolutos para os ideais que podem ser realizados, ou seja, a passagem do ‘tudo’ para ‘alguma coisa’, do ‘sempre’ e do ‘já’ para o ‘às vezes’ e o ‘daqui a pouco’, respostas que parecem árduas quando diante da força compulsiva e impulsiva.

Nos sujeitos com CA, inclusive os que procuram as intervenções bariátricas, percebemos que a magreza idealizada frequentemente permanece como um ideal absoluto. Isto ocorre porque, com uma função egoica fragilizada, o ideal do ego passa a ser a instância dominante. O idealizado, constituído através do externo, materno e social, passa a ser o que deve ser alcançado. A magreza enquanto ideal do ego é inatingível e por isso a sua busca leva a uma insatisfação crônica em relação ao corpo que passa a ser ao mesmo tempo alvo e fonte de perseguição.

A magreza torna-se um fim em si mesma, alçada como solução dos sofrimentos e impossibilidades. É de uma magreza enquanto ideal do ego que estamos falando, vinculada à solução de todos os problemas, ideal fortemente reforçado pela sociedade imagética contemporânea. Como tal, a magreza torna-se fonte de muita frustração, pois além da CA no polo oposto, mesmo através de intervenções como a cirurgia bariátrica, o que se busca não está nem na ponta do bisturi nem no ponteiro da balança.¹⁷

Como consequência da má diferenciação entre as instâncias superego e ideal do ego, ocorre uma retroalimentação de suas exigências mais arcaicas. O ideal é frequentemente reduzido a um ego ideal, cuja realização inatingível serve para torturar o ego; enquanto o superego arcaico, mais inclinado aos desígnios da refutação do que aos da culpa da transgressão, serve para desqualificar qualquer realização que poderia sustentar o narcisismo.

Para Winnicott (1975), a construção de bases narcísicas suficientemente estáveis propicia à criança um sentimento de segurança e continuidade, sendo fundamentais no futuro para que elas possam se manter com os seus próprios recursos. Os pacientes com CA demonstram uma fragilidade narcísica que pode ser percebida tanto nas características de suas modalidades relacionais objetais quanto no olhar que lançam sobre si mesmos, em sua relação com seu corpo e sua imagem.

A intensidade e mesmo a avidez da CA refletem a importância do engajamento narcísico. Essas características trazem a marca, ao mesmo tempo,

¹⁷ Resolvi introduzir o seguinte comentário para introduzir alguns conceitos fundamentais da teoria freudiana, pensando naqueles leitores das mais diversas profissões envolvidas no tratamento dos transtornos alimentares, que podem não estar familiarizados com a psicanálise.

Três noções freudianas estão relacionadas ao ego e ligadas entre si. São elas: o narcisismo, que se refere ao ego como objeto de amor; a identificação, como mecanismo constitutivo do ego; e a diferenciação no seio do ego de componentes ideais (ideal do ego/ ego ideal/ superego).

A função essencial do ideal do ego é ser uma referência para o ego. Sua origem, apesar de sua atualização reforçada no momento do Édipo, é principalmente narcísica. O ego ideal é a instância originária em que se constitui o ego do sujeito a partir do que Freud denominou narcisismo primário. O ego ideal se define como um ideal de onipotência narcísica, forjado a partir do modelo do narcisismo primário. Nele o sujeito se define como seu próprio ideal, numa relação eminentemente dual com sua própria imagem.

No ideal do ego, o sujeito não é seu próprio ideal; este ideal é algo que o transcende e que ele deseja atingir. Essa passagem do ego ideal para o ideal do ego instaura a dimensão temporal, guardiã do desejo, das contradições e das interdições.

Para uma leitura mais aprofundada sobre esse tema, recomendo o texto freudiano “Uma introdução ao narcisismo” (1914).

das insuficiências das internalizações e das bases narcísicas, da fragilidade dos limites e da diferenciação do superego e do ideal do ego, que continua impregnado de elementos arcaicos. Jeammet (1999) aponta que, na tentativa de assegurar um equilíbrio narcísico, esses pacientes ficam excessivamente dependentes do olhar do outro, em detrimento de seus próprios investimentos.

O narcisismo desses pacientes é amplamente sustentado por objetos externos, e sua autoestima fica refém do suporte externo. A falta de autoestima¹⁸ aparece nas atitudes de desvalorização constante em relação a si mesmo e/ou pelo vivido de vazio e insignificância. O resultado é uma dependência exagerada em relação a fontes de valorização externa.

Kestenberg e Decobert (1972), entendem que, nos casos de TA, a intensidade e a forma da regressão se referem a uma falha da organização narcísica da personalidade, assim como a uma falta na constituição do objeto interno. Os autores afirmam que:

“Eles vivem mais o registro da vergonha do que o da transgressão. Assim, por exemplo, deixar-se levar a satisfazer um desejo (comer em particular) representa a seus olhos uma perda, mas não um erro. Parece, então que seu superego é amplamente confundido com o ideal do ego arcaico, o que testemunha novamente a importância dos investimentos narcísicos, o nível da regressão e a fuga precipitada diante de um conflito edípico mal estruturado” (1972, p. 144).

Melanie Klein fala de uma situação edípica precoce que se forma a partir da ausência da mãe e das fantasias associadas à não-mãe. Deste Édipo precoce oral, surge o sentimento de perda iminente do pai e da mãe, além de angústias primitivas chamadas de psicóticas, que demandam elaboração. Uma construção interna do pai e da mãe, no sentido de cuidar e proteger, precisa ser alcançada para que haja uma boa resolução do complexo de Édipo oral.

Como vimos anteriormente, a entrada na posição depressiva está vinculada ao surgimento do objeto total. Porém, depois da entrada na posição depressiva,

¹⁸ A autoestima se baseia na confiança que o indivíduo tem em si mesmo, na segurança da capacidade de enfrentar dificuldades, na coragem de lutar pela própria felicidade, o que dá aos reveses sua verdadeira dimensão. Autoestima é sinônimo de amor-próprio e significa gostar de si mesmo, acreditar que se é merecedor de amor e respeito por parte dos outros e de ser feliz, realizar-se como ser humano. Ela inclui a autoconfiança, que se refere à competência social, e a autoaceitação, ligada ao respeito profundo por si mesmo.

Popularizada, mas pouco compreendida, não deve ser confundida com egoísmo, que se caracteriza como pensar e agir movido por interesses sem considerar os outros; com arrogância, expressão de soberba quando simplesmente se acredita ser melhor que os outros; ou com egocentrismo, característica de quem se acha o centro do universo.

deparamo-nos com a difícil tarefa da sua elaboração. Este processo, nos casos mais saudáveis, ocupa os cinco primeiros anos de vida e é chamado de período de elaboração da neurose infantil.

Na teoria kleiniana, as perdas e lutos não aparecem apenas como episódios contingentes e acidentais, mas sim como partes integrantes e indispensáveis da travessia existencial de cada um. Logo, a saúde mental não significa escapar a esse destino; ao contrário, significa encará-lo e assumi-lo.

O processamento do complexo de Édipo e da posição depressiva são, fundamentalmente, processos de luto. O fim das ilusões onipotentes e do narcisismo fálico da primeira infância são alcançados por meio desses processos que dão lugar aos ideais mais secundários, acompanhados da difícil passagem da aspiração de ser tudo para a de ser alguém. O aprisionamento no complexo de Édipo e a dificuldade de se separar dos pais podem assumir a forma de uma nostalgia da díade mãe-bebê, que poderá ser buscada e revivida em outras relações.

É importante observar que, ao descrever a elaboração da neurose infantil, Melanie Klein mostra como as defesas maníacas se alternam com momentos deprimidos, ou seja, momentos de maior onipotência se alternam com sentimentos de profunda impotência. A relação de poder entre o eu e o mundo no luto normal só se constitui através dessa oscilação entre os polos de excesso (mania) e falta (depressão).

O excesso se manifesta tanto nas fantasias de destruição quanto nas de reparação, assim como na idealização que transforma os objetos em extremamente bons ou maus. Os objetos idealizados da mania são invocados para fugir ao caráter frustrante dos objetos reais e são também uma forma de negação do desamparo. Sempre que o caráter maníaco estiver presente, há um componente sádico, tendo em vista que a onipotência desmedida e o sadismo estão sempre associados.

Esta associação reflete o fato de que os objetos bons muito idealizados são formações reativas contra impulsos sádicos muito intensos. Se as reparações são feitas de maneira obsessiva, os aspectos sádicos podem predominar, através do desejo de controle do objeto e da gratificação imediata, levando os objetos que

deveriam ser restaurados e transformados em benignos a voltarem a ser perseguidores.

Nos casos de CA, notamos uma idealização da magreza acentuada, que poderia ser entendida como uma formação reativa aos impulsos sádicos muito intensos, representados pelos impulsos incontroláveis de comer compulsivamente. A clivagem muito acentuada entre esses dois polos leva a um enfraquecimento do ego. Isto ocorre porque tanto o polo idealizado quanto o perseguidor permanecem cindidos do ego – uma forma de enclave superegoico – e as energias pulsionais que eles produzem não ficam à disposição do ego.

De um lado temos o corpo magro idealizado como fonte de felicidade, sucesso, apaziguador das angustias e solução dos problemas internos e interpessoais, de outro lado temos a CA com sua voracidade destrutiva e violenta, entre as duas forças temos o corpo como refém e algoz.

A clivagem do ego remete ao modelo de funcionamento na melancolia, que se refere à impossibilidade de um luto normal diante da perda de um objeto. O luto melancólico produz a inclusão do objeto no ego, seguido de uma clivagem do ego em duas partes, uma atacando a outra. O complexo melancólico atrai energias de investimentos de todos os lados, ao mesmo tempo que esvazia o ego.

Aqui, podemos destacar brevemente algumas elaborações freudianas sobre a melancolia em *Luto e Melancolia*, de 1915:

“Existem, num dado momento, uma escolha objetal, uma ligação da libido a uma pessoa particularmente, então, devido a uma real desconsideração ou dasapontamento proveniente da pessoa amada, a relação objetal foi destruída. O resultado não foi o normal – uma retirada da libido desse objeto e um deslocamento da mesma para um novo – mas algo diferente, para cuja ocorrência várias condições parecem ser necessárias. A catexia objetal provou ter pouco poder de resistência e foi liquidada. Mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto; foi retirada para o ego. Ali, contudo, não foi empregada de maneira não especificada, mas serviu para estabelecer uma identificação do ego com o objeto abandonado. Assim, a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado” (Freud, 1915, p. 281).

A partir da concepção da segunda teoria do aparelho psíquico, Freud constitui, do ponto de vista econômico, o id como polo pulsional, reservatório da energia psíquica, composto pelas pulsões de vida e pulsões de morte. Ao ego é destinado o lugar/função de centro de ligação dos processos psíquicos e trocas de

investimentos entre ele e o objeto. Já o superego traz em si a função de formação de ideais, de consciência moral e de auto-observação.

Segundo Freud (1933), a distinção entre a função de consciência moral e a função de ideal é ilustrada nas diferenças que procura estabelecer entre sentimento de culpa e sentimento de inferioridade. Ambos são resultados de uma tensão entre o ego e o superego, mas o sentimento de inferioridade estaria relacionado a uma tensão entre o ego e o ideal, na medida em que o ideal é mais amado do que temido.

Na melancolia, o ego se divide quando é abandonado pelo objeto. Uma parte do ego incorpora o objeto, identificando-se com ele; ao passo que a outra parte do ego ataca ferozmente a primeira. Em outras palavras, o ego é atacado pela sua parte que não consegue aceitar a perda do objeto, que é vivida como uma ferida narcísica. Instaura-se uma convivência beligerante entre o herdeiro do ego narcísico infantil, o ideal do ego, e o objeto perdido, todos agora fazendo parte do ego.

Rodolfo Urribarri (1999), através de sua experiência com pacientes que sofriam de TAs, observou a importância das vivências prematuras de perda, tanto das perdas objetivas como de simples modificações do entorno. Segundo o autor, há nesses pacientes um profundo desamparo ligado ao desamparo precoce. A perda tem uma expressão/inscrição direta no corpo, e as sensações de vazio e solidão afastam ainda mais esses pacientes de seus vínculos.

Nos próximos tópicos deste capítulo, propomos uma apreciação de uma possível forma de pensar como as falhas precoces na relação mãe-bebê estão envolvidas em um processo de clivagem, que tanto enfraquece a instância egoíca, quanto compromete sua capacidade de lidar com as forças pulsionais, instaurando uma fixação objetal diante da presença/ausência maciça do objeto amoroso, o que favorece uma conduta compulsiva.

Para tanto, expomos a ideia de que uma das maneiras de entender a CA seria através da introjeção canibal do objeto primário, que levaria à danificação do objeto interno e à clivagem do ego em dois polos conflitantes: magreza idealizada e impulso incontrolável de comer. As falhas precoces na relação mãe-bebê e o enfraquecimento do ego levariam à incapacidade de lidar com o vazio e incentivariam o comportamento compulsivo em relação à comida.

Outro ponto relevante é a angústia do vazio vivenciada pelos pacientes com CA. O sujeito busca desesperadamente preencher-se com tudo que lhe cai nas mãos; no episódio de CA, o desencadeamento da pulsão não encontra nenhum freio ou obstáculo, e a luta contra o sentimento de vazio interior não encontra remédio.

É difícil qualificar esse vazio, pois por trás da impressão de vazio físico é de vazio psíquico que o sujeito sofre, como se estivesse desprovido de objetos internos e precisasse a qualquer preço suprir essa falta pela ingestão de objetos externos indiferenciados.

4.2

O vazio intolerável: introjeção canibal do objeto primário

Winnicott (2000), em uma das raras alusões que fez à CA, afirma que:

“Um sintoma antissocial muito comum é a gula (...) se examinarmos a gula, encontraremos o complexo de desmame afetivo (...) Quando há uma tendência antissocial, é porque houve um verdadeiro desmame (não apenas uma simples privação); ou seja, houve uma perda de algo bom, que foi positivo na experiência da criança até uma determinada data, e que lhe foi retirado. (...) A gula faz parte da compulsão da criança em procurar curar-se de sua mãe, que causou a privação” (2000, p. 180).

Em outro artigo, Winnicott (1974) evoca a bulimia como modalidade defensiva contra o caráter aterrorizador do vazio, e aponta que, se no início da vida do bebê, a mãe falhar em garantir a possibilidade da experiência do vazio, este será ao mesmo tempo imperativamente buscado e terrivelmente temido pelo sujeito.

“Na prática a dificuldade reside no fato que o paciente teme o caráter assustador do vazio e ele organizará para se defender um vazio controlado, por exemplo, não comendo ou não aprendendo; ou ainda ele se preencherá sem dó por uma glotonice compulsiva e sentida como louca. Quando o paciente pode ir até o próprio vazio e suportar esse estado, graças à dependência do ego auxiliar do analista, absorver pode então aparecer, de repente, como uma função que dá prazer; é nesse momento que comer pode começar a ser outra coisa além de uma função dissociada (ou proveniente da clivagem) enquanto parte da personalidade; da mesma maneira, alguns pacientes, até lá impossibilitados de aprender, podem começar a aprender com prazer” (1974, p. 42).

Outro conceito importante de Winnicott, para se pensar a questão do vazio, é o de espaço transicional. Esse espaço é o intermédio entre o subjetivo e o objeto, e se origina da relação inicial entre a mãe e o bebê, na separação e união da criança com sua mãe, permanecendo ao longo de toda a vida. A falta desse espaço transicional onde a criança pode criar é muitas vezes substituída por um vazio angustiante ou pela tendência desesperada de ocupá-lo, de preenchê-lo com tarefas ou objetos.

Já Pierre Fédida, ao escrever sobre o tema, afirma que:

(...) “a compulsão bulímica se entende segundo essa bipolaridade de uma falta interior que deve ser preenchida ou reparada e de uma representação de desejo que deve ser anulada ou destruída. Digo ‘representação de desejo’, pois não estaria longe de pensar que a bulimia é, paradoxalmente, o meio de que o obeso se serve para destruir por sufocamento a criança ávida que, nele, reclama e exige o amor único a que pretende exclusivamente. Lançar-se-ia aqui a hipótese de uma situação que a mãe não pôde assegurar essa modulação da ilusão primitiva, não esteve em condições de permitir a elaboração metaforizante do seio. Trata-se tanto de mães que não puderam deixar de dar quanto o inverso, mães incapazes de conter as projeções angustiantes da criança” (1977, p. 297).

Através dessas e de outras contribuições da teoria psicanalítica (que veremos em seguida), tentamos entender esse vazio¹⁹ intolerável, assim como a deficiência de objetos internos dos pacientes. Considera-se, então, a possibilidade de que os excessos de ausência ou presença da mãe poderiam levar a uma introjeção canibal do primeiro objeto de amor que, ao ser introjetado dessa forma, seria destroçado, não podendo ser representado de forma positiva no mundo psíquico.

Klein estava tão absorta no mundo de fantasias da criança que não se aprofundou na relação mãe – bebe. Coube a Winnicott esse desenvolvimento. Fazendo uma ligação entre os dois autores, podemos pensar que, com a introjeção canibal, a mãe cuidadora não é sentida como presente no psiquismo da criança e não se cria um substituto para a presença da mãe que assegure a possibilidade de lidar com a sua ausência concreta, o que garantiria um apaziguamento diante dos excessos pulsionais.

¹⁹Vazio, não responsividade, solidão fundamental. Silêncio,. Vazio permeado por uma pulsionalidade exagerada, com voracidade intensas por parte do *self*. Esse vazio inibe o criar e compromete o desenvolver-se. um vazio que remete ao desamparo, à violência pulsional e à melancolia.

Essa introjeção canibal do objeto primário reflete o desamparo do sujeito diante das pulsões e deixa-o desprotegido diante da perda do objeto. Consequentemente, o sujeito passa a buscar nos objetos externos (neste caso, a comida) uma ilusão de preenchimento do sentimento de vazio com o qual não consegue lidar. Ou seja, o sujeito utiliza o alimento como substituto dos objetos faltantes em seu mundo interno; essa tentativa, porém, não é bem-sucedida, desencadeando uma busca incansável e infrutífera.

O processo de introjeção normal possibilita a superação da dependência do sujeito ao objeto, permitindo a expansão de seus investimentos libidinais em direção a um vasto campo de objetos substitutos. Esse processo envolve um trabalho de luto e de elaboração da experiência de perda, e representa, consequentemente, um processo de mudança psíquica, que deve reorganizar-se em função da assimilação das propriedades do objeto. Dessa forma, a introjeção está na base dos processos identificatórios.

Por sua vez, o processo de introjeção canibal do objeto primário diz respeito a um objeto impossível de ser metabolizado, que vem a ser introjetado e assim mantido clivado no interior do psiquismo. Essa clivagem do ego não se mantém inativa, pelo contrário, exerce violenta influência sobre o psiquismo do sujeito.

Utilizarei agora o conceito de André Green, de “objeto absolutamente necessário” ligado à teoria do “trabalho do negativo” (Green, 1986, 1988) e da “articulação do duplo-limite” (Green, 1982), para tentar explicar a falha na introjeção do primeiro objeto amoroso que poderia vir a desencadear todo o processo descrito acima.

A principal característica do objeto absolutamente necessário, conforme proposto por Green, é que ele deve deixar-se apagar. É o objeto efetivamente perdido, pelo qual se pode fazer o luto, ao contrário do objeto da melancolia. O objeto absolutamente necessário é o que mais contribui para os processos de constituição da subjetividade.

Quando a mãe, enquanto objeto absolutamente necessário, deixa-se apagar corresponde a um movimento pulsional com as marcas do trabalho do negativo, tanto na constituição do próprio objeto em seu lugar no espaço externo, quanto na

atenuação de sua presença dando lugar à representação e ao vazio internalizado na forma de estrutura.

Todavia, se o objeto absolutamente necessário não chega a se dissipar, ocorre uma espécie de distorção dessa função do objeto, ou seja, algo se desvia e fracassa em sua função de objeto. Esse fracasso diz respeito à impossibilidade do objeto falhar, enganar-se, negativar-se.

Um duplo movimento de negação é propiciado através da falibilidade do objeto, no qual ele é negado para dentro, sendo esquecido e convertendo-se em estrutura psíquica, uma espécie de vazio interno; e também é negado para fora, distanciando-se para reaparecer como objeto de atração e repulsa. Nos sujeitos com CA, essa dupla negação está comprometida de certa forma, e a vivência do vazio advém da incapacidade de conter as angústias do ego e apresentando-se na relação de avidez e hostilidade com a comida.

O sujeito com CA não tem uma relação prazerosa com a comida. Vemos mais uma necessidade que envolve grande intensidade, e que o faz comer mesmo sem estar com fome, e de forma tão rápida que não sente o gosto dos alimentos. Sua experiência não é de deleite como a de um gourmet diante de uma iguaria, que a degusta sem pressa, sentindo suas nuances despertarem as papilas gustativas. Na CA, o que temos é o empanturramento, acompanhado de sentimentos negativos geradores de vergonha e tristeza. Cria-se um vínculo paradoxal com a comida, fonte de desejo e ameaça.

Figueiredo e Cintra (2004), ao falar do objeto absolutamente necessário, propõem a existência de dois tempos. No primeiro, temos uma função intrínseca e paradoxal do objeto, que está lá para estimular e despertar a pulsão e, ao mesmo tempo, para contê-la. Green enfatiza essa função pulsionalizante desse objeto, responsável pelo despertar dos movimentos pulsionais; por outro lado, ainda no primeiro tempo, o objeto deve conter as pulsões. São essas as suas funções intrínsecas que devem ser internalizadas, para o objeto deixar-se apagar.

Nos pacientes com CA, é possível perceber, através de suas dificuldades em lidar com as carências e excessos pulsionais, que as funções estimulante e de continência foram precariamente exercidas e mal internalizadas.

No segundo tempo, o objeto absolutamente necessário tem a função de conferir a noção da necessidade de se aceitar que há mais de um objeto. Melhor

dizendo, o objeto é negado e posto à distância; assim, desdobra-se em uma multiplicidade de objetos substitutivos e contingentes, sempre inadequados e falíveis.

Essa função é muito importante, pois revela uma forma de presença-ausente do objeto absolutamente necessário sendo inscrita no psiquismo como estrutura e vazio. Tal presença-ausente é a base da tolerância a todas as distâncias, ausências e inadequações dos objetos substitutivos.

“Tanto a “ausência da ausência” quanto a “presença da presença” desconhecem o vazio. Em ambos os casos o processo de constituição psíquica fica obstruído, ou seja, o primeiro tempo não se consoma e o segundo tempo não se instala” (Figueiredo e Cintra 2004, p. 20).

Quando não se deixa esquecer, não sendo, portanto, simultaneamente introjetado como função e vazio, o objeto absolutamente necessário torna-se excessivo e intrusivo, seja em suas funções estimulantes ou de continência. Nos casos de CA, se o excesso de presença resulta em uma falta, pois, no lugar da distância e da multiplicação dos objetos, o que existe é uma falta insuportável e a demanda ou fixação em um único objeto, no caso a comida. Nesses casos, o objeto responsável por tornar a pulsão tolerável faz com que ela seja vivida de forma ainda mais intolerável.

Esse objeto é excessivamente sedutor e traumatizante nos sujeitos com CA, sendo incapaz de exercer efetivamente uma função de continência. Por outro lado, ele é ao mesmo tempo um objeto ameaçador e do qual o indivíduo deve-se proteger, o que faz a função estimulante também não ser internalizada, pois seria excessivamente perturbadora. Assim sendo, os sujeitos não conseguem manter-se vivos e ativos sem um aporte contínuo de estimulação externa, autoproduzida artificialmente.

Resumindo a ideia de Green, quando o objeto absolutamente necessário não se deixa negar, produz com seu excesso uma invasão intolerável, sem dar espaço para a representação e o pensamento, visto que nesses processos o objeto deve estar ausente. Na presença maciça e contínua do objeto primário, não ocorrem os processos de simbolização – em seu lugar aparecem as saídas não representacionais, como as compulsões.

Nesses casos, em que se extravieja o trabalho do negativo, em vez de prestar-se aos processos de constituição psíquica, o objeto não pode despertar as pulsões e/ou não pode contê-las; não pode modulá-las, o que por sua vez acaba potencializando-as no que elas contêm de mortífero.

Para Green, a pulsão é negatizada ao ser contrariada, quando lhe são impostas diferenças, escolhas, renúncias e moderação. Ou seja, quando a escolha é possível, pois esta sempre envolve uma renúncia, e a renúncia implica não mais querer tudo como alvo da voracidade pulsional.

Segundo Green, a recusa do objeto absolutamente necessário/mãe em deixar-se negatizar pode levar a uma falta de estimulação e de contenção das pulsões. Além disso, o objeto não pode ser substituído por uma multiplicidade de outros objetos contingentes e falíveis, nem se desenvolve a base da tolerância a todas as distâncias, ausências e inadequações dos objetos substitutivos.

A consequência do não apagamento do objeto absolutamente necessário seria a introjeção canibal do objeto primário que levaria à não superação da dependência do sujeito em relação ao objeto e a um empobrecimento do contato com a realidade interna.

A introjeção canibal é a introjeção do objeto destroçado, destituído de valor, com o qual ocorre a identificação. Ao invés de se identificar com o objeto cuidador e protetor, o sujeito identifica-se com o objeto destruído e sem valor. A relação com o outro passa a ser, então, embasada no “devorar e ser devorado”. A identificação primária com o objeto destroçado levará a um comprometimento das identificações secundárias relacionadas à organização edípica (Cintra e Figueiredo, 2004).

Dessa forma, o objeto primário não é efetivamente perdido, como deveria ocorrer – pelo contrário, é introjetado de forma canibal. O luto deixa de ser possível, e a clivagem do ego se anuncia. As dificuldades em lidar com as carências e excessos pulsionais, e as deficiências dos processos de simbolização, derivadas desse processo, levariam os pacientes com CA a se deparar com o que denominamos aqui de ‘vazio intolerável’.

Nos próximos tópicos, pretendo falar da compulsão como saída não representacional devido às dificuldades dos processos de simbolização; e propor uma leitura da comida como objeto de adição, como desdobramento do objeto

primário não ter sido substituído por uma multiplicidade de outros, mas, pelo contrário, de ter gerado um espécie de fixação em um único objeto. Por fim, tentaremos refletir sobre as diferenças entre impulsividade e compulsão.

4.3

Simbolização: ação compulsiva no lugar da representação psíquica

Freud (1920) já salientava que o trabalho bem-sucedido do aparelho psíquico resulta na transformação da energia livremente móvel em energia vinculada; ao desempenhá-lo, obedece ao princípio do prazer, produzindo uma diminuição da pressão das excitações. Esta é justamente a meta impossível de se alcançar quando o escoamento ou o represamento da pulsão resultam de outros encaminhamentos que não o da vinculação e da produção de uma representação psíquica.

A falha na produção da representação psíquica dos compulsivos faz com que eles sejam menos competentes para desempenhar a tarefa de dar um destino às pressões que incidem sobre o aparelho psíquico. Na CA, o destino da pulsão está em algum grau aquém da possibilidade de construção representativa, o que denuncia o empobrecimento do funcionamento psíquico e a exacerbação de uma ação compulsiva.

De Cicco (2017) propõe que o ato e o corpo se apresentam como balizas medidoras entre as intensidades e as representações, ou seja, quanto maior seu pronunciamento, mais próximos estamos do campo das intensidades e mais distantes do registro da representação.

Embasado nas teorias de Green, os processos simbólicos estão submetidos à edificação de uma ausência no psiquismo, um espaço psíquico propriamente dito. O objeto absolutamente necessário, quando se deixa negativar, ou seja, quando o objeto primário é negativado e internalizado como estrutura psíquica, viabiliza a construção do duplo limite que engloba os limites entre eu/não eu e os limites intrapsíquicos. Além disso, essa nova estrutura psíquica comporta as produções subjetivas, dentre as quais, os processos de simbolização.

Quando se apresenta algum desvio na construção e nos investimentos pulsionais das demarcações internas e externas do ego, podemos pensar na

precipitação de um modo de defesa mais primitivo e elementar, impregnado pelo vislumbre da compulsão à repetição.

Green (1988) afirma que a clivagem e a recusa são mecanismos psíquicos representativos do trabalho do negativo, utilizados quando o trabalho do negativo não viabiliza o apagamento do objeto primário e, conseqüentemente, não se instaura a constituição do duplo limite que abarcaria tanto o plano extrapsíquico quanto o plano intrapsíquico. Como dito anteriormente, quando o negativo não é negado (uma dupla negação), o espaço psíquico capaz de assegurar os processos de simbolização não se instala.

Em decorrência da introjeção canibal, o objeto primário não passa pelo processo de negativização interna de forma apropriada, pois é internalizado destruído, destituído de valor. Assim, se transforma em representação psíquica cindida pela clivagem. A formação do espaço psíquico fica prejudicada, comprometendo a trajetória do desejo e do pensamento, mas não inviabilizando-os. Além disso, o caráter estimulante e de contenção da pulsão também é afetado.

A existência de um espaço entre o ego e o objeto é preponderante para o registro simbólico. Diante da precariedade do ego, são convocados recursos defensivos externalizados no registro do corpo e do ato. Além disso, a fragilidade narcísica o torna dependente do objeto externo. As falhas na representação e simbolização tornam o sujeito menos apto a lidar com a energia vinda de fora ou de dentro do corpo.

Segundo Figueiredo (2003), a clivagem é um modo de defesa primitivo radical contra os riscos impostos à integridade narcísica, no qual se tenta evitar a constituição do conflito psíquico. Dessa forma, o sujeito tenta evitar o custoso trabalho de simbolização e dos lutos. As ligações não simbólicas são respostas do ego que evidenciam uma situação de fragilidade narcísica. O que não pode ser simbolizado persiste como compulsão a repetição.

Nos casos de CA, as dificuldades dos processos simbolizantes comprometem as saídas representacionais, exigindo o auxílio defensivo que se manifesta tanto no corpo quanto no ato compulsivo.

Figueiredo (2003) ainda ressalta que os limites da representação reverberam na situação clínica ativando uma intensa contratransferência no

analista e demandando um esforço para representar aquilo que não é possível para o sujeito.

Há uma preocupação com a expansão da capacidade de simbolização do paciente que implica uma abordagem técnica na qual se contemplem as condições específicas de cada um, tanto dos pacientes com condições de simbolizar, quanto dos que estão aquém desta condição.

Garcia (2007) afirma que , “De fato, nestas análises, cabe ao analista utilizar sua capacidade vinculatória para suprir o prejuízo representacional dos pacientes e possibilitar a expressão daquilo que são incapazes de representar”. Para tanto, o analista precisa estar atento aos afetos despertados, às impressões sensoriais, às imagens que lhe surgem espontaneamente e aos próprios impulsos.

O analista, através de uma presença implicada e ao mesmo tempo reservada, busca criar um espaço potencial no qual possam emergir recursos da simbolização que serão fundamentais na transformação psíquica. O manejo afetivo faz-se relevante para o analista avaliar as nuances entre implicação e reserva em suas intervenções (Figueiredo, 2003).

Green (2008) preconiza para clínica contemporânea uma articulação do intrapsíquico e do intersubjetivo. E não deixa de reverenciar Ferenczi como pioneiro em “preocupar-se com o papel que os intercâmbios entre o analisando e o analista têm no desenlace da cura” (p.20-21).

Daniel Kupermann (2009), psicanalista estudioso da obra de Ferenczi, nos recorda que o percurso da clínica psicanalítica aponta, efetivamente, para um direcionamento à ética do cuidado, representado pelas figuras do acolhimento ao desamparo primordial e da empatia com as modulações afetivas dos analisandos. Essa postura também vem-se mostrando valiosa para as chamadas psicopatologias contemporâneas (Kupermann, 2009).

Essa posição é corroborada por De Cicco (2017), quando, ao afirmar que a clínica dos transtornos alimentares se vale principalmente do plano da experiência e do manejo dos afetos, ou plano sensível, acrescenta que a produção de sentido ocorre muitas vezes por meio do compartilhamento de estados emocionais com o analista.

Nos pacientes com CA que buscam a cirurgia bariátrica merece atenção a fala mimetizada pelo discurso médico que, por vezes, dificulta a elaboração do

próprio paciente sobre sua experiência. É preciso buscar retirar das emoções, produzidas pelo par analista-analisando, o impulso para novos e mais complexos significados que veiculam afetos, estimulando e partilhando a capacidade de simbolizar.

Nesses casos, a atenção se volta aos fenômenos mais primitivos, pois as dificuldades de simbolização se originam precocemente, às vezes na própria formação do aparelho psíquico do indivíduo. Como nos lembra Green (2009), a estrutura psíquica é desdobrada como uma formação intermediária no diálogo entre o corpo e o mundo.

No próximo tópico, será feita uma análise da CA sob a perspectiva dos comportamentos adictos, em que a comida é o objeto aditivo, e a fixação no objeto/comida o desdobramento dos poucos recursos do ego para um enfrentamento do vazio intrapsíquico, onde a ação é convocada para dar vazão às intensidades pulsionais.

4.4

Compulsão e Adição: fixação no objeto

As condutas compulsivas são complexas e convocam interlocução entre vários elementos que se comunicam de forma intrincada, promovendo diferentes intensidades e arranjos. Buscaremos explorar um pouco desse emaranhado de relações, pensando as interseções entre a compulsão, a adição e a impulsividade.

Tanto as compulsões quanto as adições refletem a instabilidade da organização psíquica subjacente. Seu aparecimento não assinala em si a presença de uma estrutura psíquica particular, mas parece testemunhar uma vulnerabilidade do ego e uma instabilidade de seu funcionamento mental, que são suficientemente específicas para constituir a condição necessária ao surgimento de tais condutas, embora não o bastante para que estas sejam uma resposta inevitável.

McDougall (2003) escolhe a palavra ‘adição’ para substituir o termo equivalente francês ‘toxicomania’. Segundo a autora, o termo ‘adição’ se refere a um estado de escravidão, portanto a uma luta desigual do sujeito com parte de si mesmo.

Já ‘toxicomania’ sugere, etimologicamente, que o sujeito procura causar mal a si mesmo, envenenar-se pela busca insistente de uma substância tóxica, e essa não seria a meta do sujeito que é escravo de seu objeto. Pelo contrário, o objeto de adição é investido de qualidades benéficas; trata-se de um objeto de prazer utilizado para atenuar estados afetivos intoleráveis. É somente em um segundo momento que esse mesmo objeto se torna persecutório.

Freud, já em 1895, nos ‘Estudos sobre a histeria’, relacionava os ‘acessos de fome devoradora’ à neurose de angústia, como um sintoma possível dessa neurose. E, em 1926, em ‘Inibição, sintoma e angustia’²⁰, retornou ao tema da CA como uma defesa frente à angústia de inanição.

O tema das adições, entendido como compulsões substitutivas de pulsões sexuais reprimidas, foi abordado por Freud em 1897, em duas cartas (55 e 79) escritas ao amigo Fliess. O beber compulsivo foi trabalhado especificamente em ‘Inibição, sintoma e angustia’ e no artigo ‘O humor’. Neste último, Freud considerou-o como uma defesa secundária à dor psíquica, em que o efeito anestesiante proporcionado pelo álcool ou outras drogas promoveria um benefício a mais diante do constrangimento da dor.

Karl Abraham (1970), através de seus estudos sobre as fases pré-genitais do desenvolvimento, descreveu diversos casos clínicos de CA e foi um dos primeiros a apontar a semelhança entre certos tipos de adição, como a dependência de morfina e de álcool, com a CA.

Abraham ainda definiu elementos significativos para a compreensão psicanalítica das adições, como a distinção entre a inclinação e o hábito por um lado e a compulsão patológica por outro. E afirmou que não é a quantidade de comida ingerida que caracteriza a compulsão, mas sim a forma como a pessoa se utiliza do alimento e a tolerância do sujeito em relação à abstinência temporária do objeto.

Em 1945, o primeiro autor a descrever a “adição sem droga” foi Otto Fenichel (1981). Ele demonstrou que os mesmos mecanismos e sintomas da adição podem ocorrer sem a presença de drogas, mas através da utilização de outros objetos externos, como é o caso da comida, jogos, sexo, compras. Para esse autor, todos os impulsos mórbidos, assim como as adições com ou sem drogas,

²⁰ _____. (1926) ‘Inibição. Sintoma e ansiedade’. *Op. Cit.* Vol. XX.

são tentativas infrutíferas de controlar a culpa, a depressão ou a angústia, através da ação.²¹

Melanie Klein, com sua teoria das relações objetais, apresenta a noção de seio como primeiro objeto de amor e satisfação. Para Klein, a vivência excessiva de privação em relação ao seio da mãe é o motor da compulsão a repetição que não encontra representação no psiquismo e, assim, repete tentando unir, ligar, simbolizar.

A autora descreve a voracidade como “a ânsia impetuosa e insaciável, que excede aquilo que o sujeito necessita e que o objeto é capaz e está disposto a dar. Inconscientemente, a voracidade visa, de forma primaria, a escavar completamente, a sugar até deixar seco e a devorar o seio; ou seja, seu objetivo é a introdução destrutiva”.(Klein, 1957, p.212).

Segundo McDougall (2000), a vulnerabilidade egoica desses sujeitos adictos é consequência do relativo fracasso das internalizações precoces que asseguram as bases narcísicas suficientemente estáveis para garantir um sentimento de segurança e continuidade, capazes de se manter, principalmente, graças aos recursos do próprio sujeito.

“Por trás de qualquer organização aditiva, encontramos a mãe arcaica, a mãe-droga, aquela que não pode ser internalizada de modo estável no mundo interno da criança. Esta falha fundamental corre o risco de produzir desastres psíquicos em cadeia. O sujeito incorre no perigo de ser obrigado a procurar sem descanso que um objeto do mundo externo desempenhe o papel do objeto interno faltante ou danificado, falta simbólica, mas também falta no imaginário, pois uma interdição implícita de fantasiar livremente está comprometida nessa problemática” (McDougall 2000, p. 103).

²¹ Uma demonstração de como a ciência médica e biológica vem compreendendo e atuando em cima do que estamos chamando aqui de adição pelo objeto comida é o posicionamento manifestado pelo endocrinologista pediátrico da Universidade da Califórnia, Robert Lustig, que afirmou em entrevista, que o açúcar deveria ser proibido para menores de 21 anos, assim como o álcool e o cigarro. Segundo ele, cigarro e álcool causam dependência e açúcar também. Seus estudos mostram similaridade entre a frutose e o álcool: ambos são metabolizados no fígado e o limite de toxicidade para ambos é de 50g por dia. Ainda segundo o autor, o consumo excessivo de frutose leva ao excesso de triglicérides no sangue, hipertensão, ganho de peso e resistência à insulina (uma das causas da diabetes tipo II). Lustig explica que o açúcar certamente não é uma “toxina aguda” do tipo que as autoridades sanitárias regulam e cujos efeitos podem ser observados em poucos dias ou meses, ele o chama de “toxina crônica”. Ou seja: não é tóxico depois de uma refeição, mas é tóxico depois de 1.000. E finaliza dizendo que quanto mais o indivíduo come açúcar, mais se sente impelido a comer, por isso não vai demorar muito para chegar às 1.000 ingestões.

Em "Inibições, sintomas e angústia", Freud (1926) traz a questão da angústia instaurada no bebê pela ausência mãe, não por medo do perigo ou da solidão, mas porque apenas ela pode satisfazer suas pulsões. Ou seja, a ausência da mãe transforma-se em angústia. A angústia de separação seria um desdobramento direto do estado de desamparo originário do bebê. Essa angústia está destinada a desaparecer quando o sujeito internaliza o objeto primário e pode assegurar por si mesmo sua sobrevivência.

Segundo McDougall (2000), a economia aditiva encontra suas origens nas primeiras transações entre a mãe e o bebê, o que compreende por tabela a relação da mãe com o pai da criança. A problemática não é tanto a da castração, mas sim a da angústia de perder o objeto primário. Quando essa angústia não é transformada pela introjeção do objeto perdido em objeto interno, haverá em seu lugar essa busca insaciável e ilusória no mundo externo, para encontrar o objeto ausente.

A ação compulsiva repetida liga-se à busca imperativa de determinado objeto, nesse caso a comida, vivido como agente do alívio. O aparelho psíquico mostra-se mais como sofredor passivo da pressão das forças pulsionais do que como agente ativo de seu encaminhamento na busca de satisfação, ou pelo menos de contenção.

Seguindo a linha de pensamento proposta na presente pesquisa, o comportamento aditivo em relação à comida possui amalgamas nas raízes das falhas advindas da introjeção canibal e inapropriada do objeto absolutamente necessário (objeto primário). A comida representa, nesses casos, o objeto externo capaz de oferecer um alívio ao sujeito, mesmo que seja um alívio temporário e inadequado.

Apesar da carência precoce na organização psíquica, é preciso chamar atenção para o fato de que muitas vezes essa forte fragilidade de uma parte da personalidade não impede um bom funcionamento de outros setores da atividade do ego. Pode ser que essa falha precoce seja parcial, ligada apenas a certos impulsos pulsionais e não a outros.

McDougall (2000) salienta a extensão dos comportamentos aditivos, (assim como o pensamento médico pontua o largo espectro compulsivo) nas pessoas de um modo geral e afirma que, diante de acontecimentos externos ou tensões internas que superam nossa capacidade habitual de elaborar os conflitos,

todos nós tendemos a comer, beber ou fumar mais do que de costume e isso não assume necessariamente a forma de uma alienação.

Para a autora, o comportamento aditivo faz parte da vida cotidiana, constituindo-se em um problema apenas quando passa a ser a única solução disponível para lidar com a dor psíquica; é nessa exclusividade que residiria seu aspecto patológico.

4.5

Compulsão e Impulsividade

A formulação que sustentou a proposta desse tópico se ampara na experiência clínica com a CA. Ao ouvir os pacientes atentamente, é possível notar distinções entre o impulso que desencadeia a primeira mordida e o comer compulsivo que pode vir em sequência, sem freios ou barreiras internas capazes de cedê-lo.

Por outro lado, a escuta dos aspectos aditivos da CA, descritos no tópico anterior, nos fazem pensar na relação de fixação com o objeto comida (e outros objetos nos casos de comorbidades ou múltiplas adições). Essas particularidades convocam a reflexão sobre as diferenças entre esses constructos conceituais para uma melhor compreensão e abordagem dos mesmos no contexto dos TAs e da CA.

Por vezes, o impulso de comer algo não desencadeia uma CA, frequentemente impulsividade e compulsão ocorrem conjugados numa sequência, mas não invariavelmente. Em algumas ocasiões, a CA tem seu início planejado: o sujeito sai para comprar determinados alimentos, encontra o momento e o lugar em que estará sozinho para iniciá-la. Porém seu desenvolvimento e seu fim não podem ser preditos. Começam comendo o que querem e terminam comendo o que encontram pela frente, chegando em alguns casos a comer comida fria, combinações bizarras e até mesmo comida do lixo ou fora da validade (estragada). Nesses casos, a interrupção do ato compulsivo é o que chama atenção.

Em outras situações, o impulso diante da visão ou oportunidade de comer algo é o estopim para o comportamento compulsivo, podendo vir seguido de argumentos como “Já comi algo que engorda mesmo então não tenho mais motivo

para me controlar”(Durval) ou “Não posso comer biscoito, quando pego só consigo parar quando acaba, não dá para guardar, ele fica me chamando” (Carmem). A impulsividade, nessas configurações, possui papel relevante na dinâmica da CA.

Laplanche e Pontalis ao falarem sobre o tema afirmam:

“(...) Pela sua raiz, compulsão se inscreve, em francês [como 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, este se efetuando fora de qualquer controle e geralmente sobre o domínio da emoção; não se encontra nesse conceito nem a luta nem a complexidade da compulsão obsessiva, nem o caráter organizado segundo uma certa encenação fantasística da compulsão à repetição (...) No vocabulário freudiano, *Zwang* é utilizado para designar uma força interna imperativa. A palavra é empregada a maior parte das vezes no quadro da neurose obsessiva. Implica, então, que o sujeito se sente constrangido por essa força a agir, a pensar de determinada maneira, e luta contra ela” (2001, p. 86 e 87).

Na teoria freudiana, compulsão expressa o que há de insuperável na pulsão, algo que não se pode desvencilhar, a que se recorre invariavelmente. Todavia, a possibilidade de derivação existe, mesmo que por vezes a compulsão passe a impressão para o sujeito de um destino inelutável ou de uma determinação sem esperança.

Vaughan e Salzman (1996) diferem comportamentos compulsivos de atos impulsivos colocando esses últimos como resultado do desequilíbrio entre a força dos impulsos e afetos e a capacidade de modulação do ego, com a função de aliviar a angústia através da descarga pulsional. Ou seja, nos sujeitos impulsivos, o ego frágil, com pouca capacidade de continência, não prospera em conter a demanda pulsional.

Ainda segundo os autores, os comportamentos compulsivos são resultantes da tentativa do ego em conter a expressão pulsional. A angústia gerada pelo movimento pulsional sinaliza para o ego a mobilização de defesas específicas, ao passo que, no indivíduo normal, as instâncias psíquicas formariam um acordo no qual ambos os polos do conflito obteriam satisfação parcial.

Em sujeitos compulsivos, o conflito intrapsíquico entre o ego e as pulsões provenientes do id não seria de todo solucionado, originando a sintomatologia

compulsiva com padrões específicos de manobras defensivas contra a demanda pulsional.

Tavares (2000) afirma que os atos impulsivos e compulsivos são ambos fenômenos da volição, sendo que o primeiro se caracteriza pela incapacidade de resistir ou postergar a satisfação do impulso, e o segundo constrange a execução de um ato repetitivo e estereotipado. No ato impulsivo, não há planejamento prévio nem avaliação de riscos. O autor acredita que o papel exercido pela resistência pode ser um ponto relevante na diferenciação entre impulsividade e compulsão:

“Parece que o ponto comum aos autores que buscam caracterizar e diferenciar compulsividade e impulsividade é a resistência. O ritual no TOC associa-se à reiteração da resistência a uma ameaça ou a uma sensação subjetiva de desconforto. No transtorno de impulso, o que se observa é a falência da resistência a um desejo e a realização de um ato a despeito de consequências ameaçadoras” (2000, p. 16).

De acordo com Faber et al. (1987), há uma série de características fundamentais comuns entre os diferentes tipos de comportamentos compulsivos, dentre as quais estão dependência física e/ou psicológica em relação à substância ou atividade, bem como a perda ocasional de controle sobre o comportamento e a conseguinte interferência na rotina normal dos indivíduos.

Existe uma estranheza em relação aos comportamentos ou às ações do sujeito, com acentuada tendência para a repetição acompanhada da percepção de que, se a ação não for realizada, não será possível conter a angústia ou se tranquilizar de nenhuma outra forma. Isso implica uma promessa de um alívio se for permitido o livre curso da ação. Todavia, essa ação é acompanhada por certa antinomia com os interesses do Eu e seguida de sentimentos de impotência e fragilidade.

Voltando a Faber et al. (1987), a impulsividade seria uma característica dos comportamentos compulsivos, assim como a eventual negação das consequências danosas ao se perpetuarem tais atitudes e repetidos fracassos nos esforços para controlar ou modificar esses comportamentos.

Hirschman e Stern (1999) utilizam os conflitos intrapsíquicos e extrapsíquicos para diferenciar compulsão e impulsividade. A compulsão seria um meio de lidar com as pressões internas, uma tentativa de superar emoções

negativas e sentimentos de angústia, visando a um breve alívio. Na impulsividade, prevaleceria a influência de estímulos externos que funcionariam como gatilhos, diante dos quais o sujeito não conseguiria se regular.

Sob outra perspectiva, Hollander (1997) coloca a impulsividade e compulsão como extremos opostos de um *continuum* que compartilham de uma mesma característica: os comportamentos repetitivos. Para o autor, nesse *continuum*, a CA e tricotilomania estariam mais próximos da compulsão, enquanto a cleptomania e compulsão por compras e jogos mais perto da impulsividade.

Diana Rabinovich (2004), em seu livro *Clínica da pulsão: as impulsões*, definiu o conceito de impulsão da seguinte forma:

“Algo associado, não ao sintoma, não ao desejo, mas à pulsão, e o mesmo termo de passagem ao ato. Quer dizer, há algo da ordem da satisfação que, ao satisfazer-se nesse “personagem” de forma direta, deixa o sujeito sem lugar, enquanto que, por sua vez, o sujeito desejante está como esse sujeito mudo da pulsão. Efetivamente, é um sujeito que não pode nos dizer quase nada, salvo nos mostrar, em ato, essa curiosa satisfação muda.” (p. 60).

Para Gurfinkel (2007), o impulso é característico da clínica das adições e aponta a ação sobre o pensamento, um movimento de agir sem pensar ou, melhor, para não pensar. Desta forma, o impulso serve como uma defesa contra o pensamento. O autor ilustra a ideia da adição como um curto-circuito, um ato-sintoma que surge no lugar da elaboração mental.

Quando falamos de distúrbios do ato, faz-se necessário redobrar a atenção para não cair na armadilha de adotar esta categoria e acabar ficando preso a um enfoque acentuadamente descritivo, que privilegie o comportamento, à custa de um ponto de vista propriamente psicanalítico. É fundamental abordar a significação de cada ato impulsivo ou compulsivo, para cada sujeito. O sofrimento que surge como consequência de atos impensados, compulsivos e/ou impulsivos, ao serem discriminados demonstram que não há uma chave única para a compreensão desses casos em bloco unificado.

Assim sendo, as características de impulsividade que impelem o sujeito ao ato na CA, sem pausa para reflexão e julgamento das consequências, devem ser abordadas em cada caso, assim como os aspectos compulsivos que remetem à

repetição do comportamento e à impossibilidade de interrompê-lo uma vez desencadeado. Inúmeras combinações podem se configurar nesses quadros, que apontam para a fragilidade do ego em lidar com as forças pulsionais e com os estímulos intra e extrapsíquicos.

De acordo com André Green²² (2009), o "trabalho do negativo" implica uma dissolução do objeto em si, com consequente abertura à diferença. A adição aponta para um elo com um objeto, não transformável. O objeto do desejo transforma-se em objeto de necessidade, pois, no registro da necessidade aditiva, ocorre uma diminuição do desejo em relação à necessidade, e do afeto em relação à sensação.

Vimos, ao longo deste capítulo, que a introjeção canibal do objeto absolutamente necessário faz com que ele não seja negatizado e não cumpra adequadamente sua função estruturante do psiquismo. Como não pode ser negado, sua presença se torna excessiva e intrusiva, denominada por Green como uma "situação de excesso de presença pelo fato de sua falta" (GREEN, 1988, p.387).

Temos, assim, uma aderência entre o objeto e a pulsão. O objeto, em vez de tornar a pulsão tolerável, a torna intolerável, insuportável ao sujeito que recorre, então, a desenlaces não representativos, como passagens ao ato, adições e defesas de base muito primitivas.

Diante de uma dupla angústia, de intrusão e de separação, a pulsão se torna mais intolerável e sem solução. Além de prejudicar os processos de simbolização e representação, ainda temos uma permanência do potencial traumatizante do objeto enquanto fonte de ameaça e excitação.

"A psicanálise encontra o negativo no fundamento de sua existência, porque sua teoria repousa em uma positividade em excesso, aquela devida ao funcionamento pulsional com a qual o sujeito só pode compor negatizando-a ou pelo jogo dos mecanismos de defesa, tornando a vida pulsional compatível com as exigências da vida cultural, ela mesma o resultado da negação da vida natural" (Green 1988b, p.305).

As mensagens de uma sociedade imagética e imediatista, liofóbica e obesogênica, incitam constantemente a comer, desde que as pessoas se mantenham magras e dentro dos padrões de beleza vigente. Em concomitância,

²² GREEN, A. *O trabalho do negativo*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

aspectos psíquicos apontam para falhas narcísicas e dificuldades pulsionais que contribuem inegavelmente para os comportamentos aditivos, a fixação objetual, os atos impulsivos e compulsivos, que seguem se complementando e retroalimentando até que algum rearranjo psíquico seja construído.

No próximo capítulo, abordaremos o tratamento cirúrgico da obesidade, as peculiaridades dos TAs nesse contexto específico e apresentaremos os resultados e análises da nossa pesquisa de campo que envolveu a participação, por meio de entrevista e resposta de questionário, de sujeitos submetidos a cirurgia bariátrica e que apresentavam CA antes desse procedimento.

5. Cirurgia Bariátrica e Compulsão Alimentar

“arranca metade do meu corpo,
do meu coração, dos meus
sonhos. tira um pedaço de mim,
qualquer coisa que me desfaça.
me recrie, porque eu não
suporto mais pertencer a tudo,
mas não caber em lugar nenhum.”

(José Saramago)

O aumento do peso da população mundial é um fenômeno comprovado pela ciência, destacado pela mídia e temido pela sociedade. As tentativas de reverter a obesidade e as técnicas para controlar o peso corporal são incontáveis. Nos dois casos, insucesso e frustração são mais prementes do que o êxito, uma vez que a interação complexa e intrincada de um conjunto de fatores metabólicos, sociais, culturais, genéticos, psicológicos, familiares, entre outros, dificultam o declínio do ponteiro da balança.

Especialistas, clínicos e pesquisadores de diversas áreas concordam que os hábitos alimentares e atividades físicas são pontos imprescindíveis quando se busca uma alteração no peso e composição corporal. Para auxiliar ou reverter problemas específicos nesse processo, outros recursos podem ser utilizados concomitantemente, como medicações, grupos virtuais ou presenciais de emagrecimento, terapias alternativas, acompanhamento psicológico, balão intragástrico e intervenções cirúrgicas no aparelho digestivo.

Conforme relatado anteriormente no presente trabalho, compulsão alimentar e obesidade são problemas diferentes que podem coexistir, mas não invariavelmente. Contudo, uma intercessão entre os dois casos não é de todo incomum e, quando ela ocorre, é preciso tratar tanto a obesidade quanto a CA, a partir das especificidades de cada caso.

Neste capítulo, apresentaremos de forma sucinta o universo do tratamento bariátrico, para, em seguida, descrever as relações singulares entre ele e os TAs. Por fim, através de nossa pesquisa de campo, vamos analisar, sob um referencial teórico psicanalítico, os dados e relatos obtidos por meio de questionário e entrevista com sujeitos que tinham CA quando realizaram a cirurgia bariátrica.

5.1

Cirurgia Bariátrica – a obesidade na mesa de operação

Hipócrates, conhecido como o pai da medicina que viveu entre 460 a.C.- 370 a.C., já afirmava: “A corpulência não é apenas uma enfermidade em si, mas o prenúncio de outras. A morte súbita é mais comum naqueles que são naturalmente gordos do que nos magros”.²³

A obesidade é uma doença crônica, de etiologia multifatorial, com componentes genéticos e ambientais, e associada a elevados riscos de morbidade e mortalidade. Devido a sua crescente prevalência em todo o mundo, principalmente nos países ocidentais, é considerada atualmente um problema de saúde pública.

De acordo com o levantamento realizado em 2014 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade atinge cerca de 600 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, os dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 15 de abril de 2015²⁴ revelam que 17,9% da população apresenta obesidade, e o número sobe para 52,5% da população se incluirmos as pessoas com sobrepeso.

Existem algumas medidas que são utilizados para diagnosticar a obesidade. As mais empregadas atualmente são o índice de massa corporal (IMC), pregas cutâneas e a relação circunferência abdominal/quadril (RCQ). Dentre elas, a mais simples e prática é o IMC (também conhecido como índice de Quetelet), calculado por meio do peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado ($\text{peso}/\text{altura}^2$). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) classificou seu ponto de corte baseado na associação do IMC e doenças crônicas ou mortalidade, através de padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus.

²³ J. Chadwick, W.N. Mann. *Medical Works of Hippocrates*. Blackwell Scientific, Boston, MA (1950), p. 154.

²⁴ Os números são da pesquisa Vigitel 2014 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), que coletou informações nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Foram realizadas 41 mil entrevistas para o levantamento.

CLASSIFICAÇÃO	IMC (Kg/m²)
ABAIXO DO NORMAL	\leq a 18.4
NORMALIDADE	Entre 18.5 e 24.9 kg/m ²
SOBREPESO	25.0 e 29.9 kg/m ²
OBESIDADE GRAU I	Entre 30.0 e 34.9 kg/m ²
OBESIDADE GRAU II	Entre 35.0 e 39.9 kg/m ²
OBESIDADE GRAU III	\geq a 40.0 kg/m ²
SUPEROBESIDADE	> 50

Fonte: World Health Organization (WHO)

Apesar de prático, o IMC apresenta algumas limitações e imprecisões, por isso o ideal é que seja utilizado apenas como um primeiro método de referência, um guia. Afinal, diagnosticar a obesidade enquanto excesso de gordura corporal que provoca prejuízo à saúde é complexo e exige mais informações do que o peso e altura do indivíduo.

Mesmo sendo uma medida indireta, seu custo e acessibilidade fazem com que seja majoritariamente usado em pesquisas, na clínica e até mesmo pela mídia. Uma das suas limitações é não distinguir massa magra de tecido adiposo, assim como a distribuição da gordura, podendo levar a falsos positivos em pessoas muito musculosas, com IMC alto mesmo não sendo obesas. Também não é a medida mais indicada para definir a obesidade infantil.

O tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar. O principal objetivo desse tratamento é melhorar as comorbidades a ela associadas e/ou reduzir o risco de desenvolvê-las no futuro. Porém, a aderência e os resultados dos tratamentos convencionais muitas vezes não são satisfatórios. Mesmo em casos de êxito, a manutenção do peso perdido a longo prazo é um desafio (Müller et. al. 2013).

Um problema visto em praticamente todos os estudos de terapia dietética para obesidade é o reganho de peso depois do período de perda. Isso indica a importância de pensar as mudanças de hábitos alimentares não apenas como um problema individual, mas, sim, como um problema da sociedade, que demanda

abordagem multisetorial, multidisciplinar e culturalmente relevante (Kramer et. al., 1989).

Por ser considerada uma condição médica crônica, os tratamentos convencionais envolvem alterações do estilo de vida relacionadas a alimentação e atividade física, podendo ainda incluir farmacoterapia e cirurgia dependendo de cada caso. Alguns pacientes procuram apoio psicológico para ajudá-los no processo.

Um problema peculiar que dificulta ainda mais o tratamento da obesidade é a apresentação, por parte de alguns profissionais de saúde, de atitudes e estereótipos negativos em relação aos pacientes obesos, que são descritos como pessoas com pouca força de vontade e preguiçosas. Wadden e Stunkard, (1993) citam um estudo no qual 80% dos pacientes de cirurgia bariátrica relataram ter sido sempre ou quase sempre tratados desrespeitosamente pela classe médica devido ao excesso de peso.

A cirurgia bariátrica surgiu nos anos 1950 nos Estados Unidos da América (EUA) e no Brasil se iniciou a partir de 1970²⁵. Sua indicação deve ser criteriosa e cuidadosa, e só ocorrer quando as outras opções de tratamento falharam. Dá-se o nome de cirurgia bariátrica às intervenções realizadas no aparelho digestivo para o tratamento da obesidade, que tem como objetivo promover a redução de peso e a melhora das comorbidades clínicas associadas a esta condição. Elas são indicadas em alguns casos específicos, ou seja, existem critérios fixos para indicação da cirurgia²⁶.

O principal critério de seleção para esse procedimento é o peso: o paciente deve apresentar o IMC acima de 40 kg/m² e ter realizado tratamento prévio para obesidade, de no mínimo dois anos, sem sucesso (tratamento integrado com mudanças de hábitos, apoio nutricional, psicológico e atividades físicas).

Aqueles com IMC maior que 35 kg/m² que apresentam comorbidades (diabetes, doenças articulares, apneia do sono, hipertensão arterial, etc.) e fizeram

²⁵ Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – História da cirurgia bariátrica no Brasil. Disponível em: <http://www.scbcb.org.br/>.

²⁶ Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. Retirado de <https://www.scbcbm.org.br/obesidade-no-brasil/>

²⁶ http://www.scbcb.org.br/membros_consenso_bariatrico.php

tratamento prévio de, no mínimo dois anos para obesidade, sem resultados satisfatórios, também são candidatos à cirurgia bariátrica.

Outro critério de inclusão é a idade: o paciente deve ter entre 18 e 65 anos. No caso dos pacientes com idade entre 16 e 18 anos, que preenchem todos os outros critérios e já tenham consolidado o seu crescimento ósseo, é recomendada uma avaliação minuciosa, considerando o risco-benefício do tratamento em cada caso. Já os pacientes acima de 65 anos devem ser avaliados criteriosamente por equipe multidisciplinar, também levando em consideração o risco-benefício, comorbidades, risco cirúrgico, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

Os candidatos ao tratamento cirúrgico devem passar pelo tempo mínimo de cinco anos de evolução da obesidade e apresentar histórico de falência dos tratamentos convencionais.

Com relação aos atuais critérios de contraindicação para a cirurgia bariátrica, a Portaria 424 (Ministério da Saúde, 2013)²⁷ cita os seguintes:

- (1) limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- (2) quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas (no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia);
- (3) doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco/benefício;
- (4) hipertensão portal, com varizes esofagogástricas;
- (5) doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco; e
- (6) síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

Além disso, entende-se que são contraindicados os candidatos que tenham dificuldade em compreender riscos, benefícios, resultados esperados, alternativas

²⁷ Ministério da Saúde (2013). Portaria do Ministério da Saúde nº 424. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

de tratamento e mudanças no estilo de vida requeridas pela cirurgia ao longo de toda vida.

Mostra-se fundamental que o paciente compreenda o procedimento e as mudanças impostas a curto, médio e longo prazo. Expectativas errôneas precedem frustrações difíceis de contornar no pós-operatório. O engajamento do paciente nas mudanças alimentares e de estilo de vida são imprescindíveis para atingir os resultados que a cirurgia se propõe.

Existem três técnicas usadas nas CB: a restritiva, que limita a quantidade de comida que o estômago suporta e diminui a taxa de esvaziamento gástrico; a disabsortiva, em que o emagrecimento ocorre principalmente pela não absorção dos alimentos por parte do intestino; e aquela chamada mista que envolve restrição gástrica e limitação da absorção dos nutrientes.

As cirurgias restritivas mais conhecidas são a banda gástrica de silicone ajustável laparoscopicamente (LASGB) e a gastroplastia com banda vertical (VBG). As cirurgias disabsortiva como derivação biliopancreática (BPD) e derivação biliopancreática com duodenal switch (BPDDS) (Nammi et. al., 2004) ficaram obsoletas e são proibidas em alguns países devido às graves complicações relacionadas à carência nutricional.

As cirurgias mistas também são chamadas de bypasses restritivos e de má absorção seletiva, e a mais utilizada é o bypass gástrico Y em Roux (RYGB) (Kaila et. al. 2008), que resulta em perda de peso por restrição gástrica causando saciedade precoce junto com a má absorção, bem como redução da fome devido à queda dos níveis de grelina²⁸ e aumento do PYY²⁹ (Anthony et. al. 2008).

A perda de peso aproximada esperada com esta última técnica é de 60% até 70% do excesso de peso (Korner et. al. 2006). As complicações mais frequentemente a ela associadas são deficiência de ferro, cálcio, vitamina B12, vitaminas lipossolúveis, ácido fólico e eletrólitos (Kaila et. al. 2008).

²⁸ A Grelina, também conhecida como o "hormônio da fome", é um hormônio peptídeo produzida principalmente pelas células épsilon do estômago e do pâncreas quando o estômago está vazio e atuam no hipotálamo lateral e no núcleo arqueado gerando a sensação de fome.

²⁹ O peptídeo YY é um hormônio secretado por células da mucosa intestinal (células L) em resposta à ingestão alimentar. E sua função está relacionada à diminuição da ingestão alimentar da adiposidade e também da redução das taxas glicêmicas em indivíduos diabéticos, ou seja, induz basicamente à sensação de saciedade pós-prandial, portanto tem ação semelhante a do hormônio leptina no quesito diminuição de ingestão.

O bypass gástrico tem grandes efeitos benéficos na mortalidade com redução de 92% nas mortes por diabetes e 60% nas mortes decorrentes de câncer. O tratamento cirúrgico para a obesidade resolve a maioria das comorbidades físicas da obesidade severa, como a hipertensão, níveis séricos de lípidos e diabetes mellitus (Bessesen, 2008). A mortalidade cirúrgica é <1%. Contudo, todas as técnicas usadas acarretam risco de complicações graves (complicações intra-operatórias, riscos da anestesia e problemas pós-operatórios) (Anthony et. al. 2008).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM:

“A cirurgia bariátrica vem crescendo expressivamente no Brasil, que é o segundo país com mais cirurgias realizadas. Em 2012, foram feitas 72 mil cirurgias no país; em 2013, 80 mil procedimentos; em 2014, cerca de 88 mil; em 2015, foram realizados cerca de 93,5 mil procedimentos e, em 2016, 100 mil cirurgias. Do número total de cirurgias feitas no Brasil, estima-se que 10% sejam feitas pelo SUS.”³⁰

O controle das doenças metabólicas e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, são os desfechos esperados com a cirurgia. A redução do peso é o principal parâmetro médico adotado para avaliação do sucesso da cirurgia. Como critérios de sucesso ou insucesso, a SBCBM³¹ utiliza as seguintes referências:

- a. Obesidade controlada: pacientes que atingiram uma Perda do Peso Total > 20% em 6 meses;
- b. Obesidade parcialmente controlada: Perda do Peso Total entre 10 e 20% em 6 meses;
- c. Obesidade não controlada: Perda do Peso Total < 10% em 6 meses.

Assim, observa-se que o objetivo do tratamento cirúrgico é o de favorecer a perda ponderal de peso em magnitude, dificilmente alcançada com tratamentos convencionais (Abreu-Rodrigues, 2014).

³⁰ Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016). Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. Retirado de <https://www.scbm.org.br/obesidade-no-brasil/>

³¹ http://www.scbm.org.br/membros_consenso_bariatrico.php

Todavia, esses números que refletem a expectativa médica apontam que o objetivo esperado não é perder 100% do excesso de peso, muito menos alcançar uma meta estética. Esse fato deve ser explicado para os candidatos ao procedimento de forma clara, assim como devem ser exploradas as expectativas de cada um e elucidadas eventuais dúvidas e fantasias irrealistas, que podem gerar frustração e arrependimento no pós-operatório.

O trabalho do psicólogo no pré-operatório, além de buscar entender a dinâmica psíquica do paciente, explorar sua relação histórica, familiar e afetiva com o corpo e alimentação, deve tentar construir pontes representacionais e implicar o paciente em seu discurso; deve também ser um trabalho psicoeducativo, elucidativo (Hout e Van Heck, 2009) e principalmente uma proposta de abertura para um vínculo transferencial sensível e acolhedor.

Não se pode negar que a demanda desses pacientes, no encontro com o psicólogo ou analista, é a de obter um laudo psicológico para realização da cirurgia. Não existe, na grande maioria das vezes, uma demanda por análise, mas esse laudo só pode ser elaborado a partir desse encontro que abarca algo de imprevisível e incalculável, no qual apostamos e investimos mostrando que estamos presente e também somos afetados pelas transformações, surpresas e perturbações advindas da delicadeza da relação analítica.

Existe um sofrimento presente acompanhado pela busca de uma solução por meio da cirurgia. Não podemos nos furtar de trazer o sujeito para cena, não nos cabe predizer quem vai ter bons ou maus resultados, mas como bem ilustra Mendes e Vilhena (2016):

“Prescindir da obesidade e subjetivar a escolha pela cirurgia bariátrica implicam, desta forma, na reflexão sobre o porquê e para que o psiquismo organizou-se em torno do corpo pesado, na simbolização deste corpo e na reflexão de como aquele sujeito específico que busca a cirurgia bariátrica tem se servido dele até então. Tarefa clínica ímpar e de grande monta que possui coadjuvância para o êxito do procedimento” (p.11).

Voltando para os parâmetros médicos, o reganho de peso e a recidiva são preocupações para os pacientes, assim como para toda equipe. As pesquisas encontram variações em seus resultados sobre o tema. Weineland, Arvidsson,

Kakoulidis e Dahl (2012) relatam, que após 24 meses de cirurgia, em média 20 a 30% dos pacientes começam a reganhar peso.

Magro e cols. (2008) afirmam que a maior perda de peso dos pacientes ocorre nos dois primeiros anos, chegando a cerca de 70% do excesso de peso. No entanto, após cinco anos da cirurgia, metade dos pacientes operados ganham 20% do peso perdido, enquanto um follow up de 10 anos revela que apenas um terço dos pacientes mantém o total de peso perdido nos primeiros dois anos de cirurgia.

Odom et. al. (2010) encontraram resultados mais expressivos em relação ao reganho de peso, com prevalência de reganho de peso autorreferido por 79% dos pacientes aos 28 meses. Na mesma direção, Kofman, Lent e Swencionis (2010) relatam 87% de ganho de peso num período mais longo, entre três a dez anos de cirurgia.

No intuito de criar uma normatização sobre o que seria um reganho de peso esperado e o que indicaria uma recidiva após a cirurgia bariátrica, a SBCBM promoveu um fórum de discussão envolvendo cirurgiões, endocrinologistas, cardiologistas, nutrólogos, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e profissionais de educação física, em que foram definidos critérios objetivos para a classificação de alguns termos:

- 1- Recidiva: Recuperação de 50% do peso perdido atingido em longo prazo ou recuperação de 20% do peso associado ao reaparecimento de comorbidades.
- 2- Recidiva Controlada: Recuperação entre 20 e 50% do peso perdido em longo prazo.
- 3- Ganho de peso esperado: Recuperação < 20% do peso perdido em longo prazo

Essa mesma sociedade considera que as causas para o reganho de peso e recidivas estão relacionadas a fatores ligados ao paciente (comportamentais e biológicas) e às técnicas cirúrgicas.

A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz para o controle da obesidade grau II e III proporcionando aos pacientes redução nos índices de mortalidade e controle de doenças crônicas relacionadas (Buchwald et. al. 2004). Contudo, alguns pacientes não perdem ou mesmo reganham boa parte do seu peso.

Estudos apontam que o CA e TCA estão vinculados com uma pior perda ponderal (Colles, Dixon & O'brien, 2008), além de reganho de peso (Bond, Phelan, Leahey, Hill & Win g, 2009; Kalarchian et. al., 2002; Kofman, Lent & Swencionis, 2010; Odom et.al., 2010). Buscando uma maior compreensão desses casos, veremos a seguir as implicações e particularidades da CA e outros TAs no contexto da cirurgia bariátrica.

5.2

Transtornos Alimentares e Cirurgia Bariátrica

Segundo as diretrizes médicas (descrita no capítulo II), a CA se manifesta na clínica como um espectro amplo, desde um sintoma único com episódios esporádicos, até um quadro completo de TCA, com pronunciamento intenso e episódios sucessivos.

Começo esse tópico apresentando os resultados de um interessante estudo de Machado et al. (2008) sobre CA antes e depois da cirurgia de redução do estômago. Nesse estudo, foram pesquisados os índices de CA em obesos grau III submetidos à cirurgia bariátrica em seguimento de pelo menos dois anos com resultados que referiam indícios de CA antes e após a operação.

Os autores afirmam que pacientes que apresentam CA quando comparados com obesos sem CA manifestam maior frequência de recaídas após a intervenção para a perda de peso, mais comorbidades como depressão, abuso de álcool e drogas, transtornos de personalidade e insatisfação com a imagem corporal (p.185). A CA se encontra relacionada a aspectos psicológicos, como dificuldade em organizar emoções, ansiedade, depressão e estrutura emocional prejudicada. Some-se a isso características de impulsividade, controle, rigidez e instabilidade emocional.

O estudo chama atenção para a restrição imposta pela cirurgia de redução do estômago, como um fator de risco acentuado aos pacientes compulsivos, justamente pela incompatibilidade do novo estômago diminuto com as crises de CA. A operação como recurso de tratamento para estes pacientes influenciaria diferentemente na sua evolução, sendo observada uma modificação nos hábitos e preferências alimentares após a cirurgia, entre as quais se destaca a substituição de

alimentos visando a uma digestão facilitada nos episódios de CA. Entretanto, não foi observada troca de compulsão nesse grupo.

Os autores concluem que o comportamento alimentar inadequado persiste ou é agravado após a operação. Sublinhando a ligação entre a CA e a dificuldade em lidar com os conflitos de maneira simbólica, os autores alertam que, nesses casos, a CA pode ser necessária para manutenção do equilíbrio emocional, sendo sua ruptura um potencial precipitante para transtornos psiquiátricos graves.

Aproximadamente 30% da população bariátrica apresentam diagnóstico de TCA antes do procedimento, enquanto a prevalência na população em geral é de aproximadamente 2,0% (Sptizer et al.1993). Entretanto, existe muita controvérsia referente à prevalência desta patologia em candidatos à cirurgia bariátrica.

Uma questão diz respeito à veracidade dos relatos dos pacientes sobre seus hábitos alimentares no pré-operatório. Os pacientes podem minimizar ou ocultar a CA, por vergonha, medo de julgamento ou de ter a cirurgia contraindicada pela equipe. Outro ponto são as diferentes definições e instrumentos diagnósticos utilizados nos estudos que, consequentemente, encontram resultados com alta variabilidade, que vão de 4,2% (Allison et. al. 2006) até 48% (Latner et. al. 2004), discrepância tão acentuada que evidencia imprecisão.

As tentativas de verificar se a presença do TCA e da CA são fatores preditivos de perda de peso após o tratamento cirúrgico da obesidade também encontram resultados controversos. Alguns estudos apontam para melhora da CA, outros para continuidade da CA e outros relatam a mudança para outros comportamentos alimentares disfuncionais (Meany, Conceição e Mitchell, 2014). Nesse caso, mais uma vez a dificuldade em comparar os resultados das pesquisas devido à variabilidade na maneira de se diagnosticar e quantificar a CA é relevante, dado o grande desalinho nos resultados encontrados.

Ainda assim, existem alguns consensos. São eles: após o procedimento cirúrgico, a presença do TCA tende a interferir negativamente na perda do excesso de peso; pacientes com CA perdem menos peso e possuem um pior resultado quando comparados a pacientes sem sintomas de CA (Bocchieri-Ricciardi et. al. 2006; Beck, Mehlsen e Støvning, 2012).

Definir compulsão alimentar é um grande desafio, ainda mais em pacientes bariátricos. Como a cirurgia impõe uma restrição física na ingesta de alimentos, o

sentimento de perda de controle alimentar tem sido estudado como um elemento isolado da compulsão alimentar nesta população. Enfatiza-se a qualidade deste comer como um “ataque”, fazendo o indivíduo sentir-se sem liberdade para optar entre comer ou não, e/ou parar de comer, como se fosse refém de algo que lhe é incontrolável (Wadden et. al. 2011).

Entretanto, outras características, como comer muito rapidamente, mesmo quando não está com fome, sentimentos de culpa, vergonha ou desprezo por si mesmo após a compulsão, além de ingerir estes alimentos em segredo para ocultar o comportamento, são também bons indicadores do quadro e não devem ser negligenciadas no estudo da CA, mesmo em indivíduos operados.

No caso da CA subjetiva, estariam presentes todos os comportamentos presentes na versão objetiva, menos a grande quantidade de alimentos ingerida no episódio. Porém, é importante salientar que, na CA subjetiva, existe uma percepção sentida pelo sujeito de que ingeriu uma grande quantidade de comida (Palavras et al. 2013).

Nos relatos de pacientes após a cirurgia bariátrica, encontramos essa percepção retratada de forma bastante nítida, quando eles afirmam que, nos episódios de CA subjetiva, o volume de comida é grande para uma pessoa operada, apesar de ser muito menor do que comiam antes da cirurgia. Ou quando dizem que nesses episódios só conseguem parar de comer quando começam a passar mal, porque o estômago reduzido não comporta mais alimento.

A “perda de controle sobre o episódio de consumo alimentar” é uma característica extremamente importante para CA, enquanto “grandes quantidades de alimento” é tema de divergências entre especialistas. Apesar dessas divergências, os responsáveis pelo DSM-V optaram por continuar incluindo “grandes quantidades de comida” como parte da definição de CA.

No caso dos pacientes bariátricos, essa definição tem uma importância significativa, tendo em vista a redução do reservatório gástrico que leva a uma limitação física da ingesta alimentar irrefutável, principalmente nos primeiros anos após o procedimento.

Após a cirurgia, não é incomum o paciente apresentar vômito espontâneo ou provocado como consequência de hábitos, como comer rápido, mastigar pouco

ou como alívio de desconforto físico. Podem mesmo considerar o vômito um facilitador do controle e perda de peso.

Intencionalmente ou não, vomitar é um comportamento disfuncional, associado a sequelas negativas, podendo inclusive representar um TA grave ou agravar a “síndrome de dumping”³². Deve, portanto, ser avaliado e cuidado com a atenção necessária em cada caso.

Aqueles que vivenciam experiências de sufocamento, dumping ou de estar “entalado com o alimento” de forma muito negativa podem desenvolver grande rigidez em relação à alimentação, assim qualquer desvio do plano alimentar prescrito pelo nutricionista pode ser considerado uma infração grave, procedida de medo, culpa e angústia. Tamanha rigidez acompanhada de sofrimento emocional pode configurar um risco para desenvolver um TA.

Em alguns casos, quando a dificuldade em estabelecer uma mediação entre o tudo ou nada com a comida é dominante, vemos o ciclo bulímico se instalar e os vômitos que, antes eram involuntários, passam a ser usados como método compensatório.

Existem pacientes que começam a restringir a alimentação, cortando grupos inteiros de alimentos relacionados com desconforto e mal-estar físico ou dificuldade de digestão. Em outros casos, são estabelecidos jejuns, renúncia alimentar que, na confluência com fatores predisponentes, podem levar a um quadro de AN. Dependendo da gravidade e dos riscos envolvidos, a cirurgia pode chegar a ser revertida.

Essas descrições acima abarcam dois pontos importantes para nosso estudo. Primeiro o fato de que o TA pode ser precipitado ou modificado em virtude das alterações impetradas diretamente pela cirurgia. O segundo é um problema que vem sendo muito discutido, a saber, a constatação de que alguns TAs em pacientes bariátricos possuem características distintas que podem refletir questões psíquicas relevantes que precisam ser estudadas.

Os estudos sobre a relação dos TAs e a cirurgia bariátrica começaram a ser publicados na década de 1980. Na década seguinte, surgem publicações sobre a

³² A síndrome de dumping é ocasionada pela passagem rápida do estômago para o intestino, de alimentos com grandes concentrações de gordura e/ou açúcares, pode ocorrer depois da cirurgia bariátrica, mas também acontece em pacientes diabéticos ou com Síndrome de Zollinger-Ellison, por exemplo.

CA em candidatos a cirurgia bariátrica, assim como o interesse por sua evolução; e a partir de 2000, temos avaliações específicas dos TAs em pacientes bariátricos descritas internacionalmente. Na última década, vêm aumentando o número de trabalhos sobre as especificidades desses transtornos após a cirurgia.

Grande parte dos pesquisadores e clínicos reivindicam a elaboração de novas definições e de critérios diagnósticos particulares para os TAs nesse grupo, além de instrumentos adaptados para essa nova realidade (Novelle e Alvarenga, 2016). Recomenda-se determinar com precisão os níveis e formas de TA na população bariátrica, em nome de avanços na pesquisa e prática clínica.

A incidência das questões referentes ao TA e à cirurgia bariátrica, abordadas em pesquisas e vivenciadas na clínica, vem crescendo a cada ano. São frequentes as vinculações da presença do TCA no pré-/pós-cirúrgico com a menor perda de peso e pior qualidade de vida, além da persistência de sentimentos de perda do controle relacionados à alimentação.

O consumo constante de pequenas quantidades de alimento durante períodos extensos de tempo, denominado comportamento beliscador (*grazing*), também é relatado com frequência significativa e vem acompanhado por evidências de que os pacientes que apresentam CA antes da cirurgia têm alto risco de apresentar esse comportamento após a intervenção³³.

O comportamento beliscador (*grazing*) é frequente em pacientes com TA e também na população bariátrica, mas não se pode precisar se ele possui características psicopatológicas. Contudo, ele é apontado como um fator de impacto negativo no peso após a cirurgia.

Os resultados controversos que citamos no início desse tópico em relação ao TCA e CA, também se aplicam a BN. Alguns estudos indicaram redução e/ou eliminação da BN após a cirurgia (Tae et. al. 2014; Hayden et. al. 2014), outros apontaram a persistência dos sintomas bulímicos que já existiam no pré-operatório (Lier et. al. 2013; Hsu, Sullivan e Benotti, 1997) ou o aumento deles no pós (Morseth et. al., 2015); outros ainda apontaram para o desenvolvimento da BN após o procedimento cirúrgico (Conceição et. al. 2013; Zwaan et. al. 2010).

Um transtorno que aparece pouco nesses estudos é a AN, uma revisão bibliográfica recente encontrou apenas alguns relatos de caso:

“Quanto a AN, há descrição de dois casos de restrição extrema em Israel: um com vômitos associados, levando à perda de peso intensa; e dois casos na Austrália com restrição severa, vômitos autoinduzidos e uso de laxantes levando à perda de peso extrema. Ainda há também descrição de caso diagnosticado como TA não especificado (AN subclínica) na Espanha em paciente que apresentou importante restrição alimentar, vômitos, uso de diuréticos e amenorreia cinco meses após CB; e outro caso na Itália com perda de peso significativa oito meses após CB, chegando a fazer cirurgia de restauração aos 30 meses pela má absorção”(Novelle e Alvarenga, 2016).

Nessa mesma revisão, foi encontrado um caso de paciente com histórico de AN antes da cirurgia. A paciente desenvolveu a AN quando tinha 34 anos e após tratamento passou a apresentar CA, chegando a obesidade grau III, foi quando procurou a cirurgia bariátrica. Após o procedimento, passou a restringir a alimentação, fazer exercício em excesso e uso de laxantes e vômitos, atingindo IMC 17,6 kg/m².

Devido às peculiaridades dos TAs nos pacientes bariátricos, grande parte deles acaba sendo vinculado ao OTAE, mais uma indicação que os comportamentos alimentares disfuncionais podem ter marcadores específicos nesses pacientes.

Pensando nesses casos, Segal et. al.(2004) chegaram a propor o “Post-Surgical Eating Avoidance Disorder, PSEAD” ou “Transtorno Alimentar de Evitação Pós-Cirúrgica”. Com os seguintes critérios diagnósticos:

- 1- história de obesidade com cirurgia bariátrica realizada há menos de dois anos;
- 2- perda de peso muito rápida;
- 3- uso de estratégias purgativas/redução da ingestão alimentar (com ou sem compulsão);
- 4- reação de ansiedade e/ou atitude negativa diante da introdução da correção nutricional por medo do reganho de peso.

Apesar das divergências numéricas provenientes das pesquisas quantitativas, da referendada necessidade de compreender melhor os aspectos psíquicos e comportamentais dos TAs na população bariátrica e de novas definições e instrumentos específicos para esse grupo, somos convocados a

refletir sobre alguns pontos convergentes entre as pesquisas quantitativas e qualitativas desenvolvidas nas últimas décadas:

- o peso mais baixo alcançado costuma ocorrer aproximadamente um ano após a cirurgia;

- os sintomas do TA surgem em média entre 12 e 24 meses após a intervenção bariátrica, podendo comprometer as melhoras conquistadas anteriormente.

- os pacientes com TCA antes da CB podem mostrar uma perda de peso inicial mais alta do que o usual nos primeiros meses, mas a CA tende a ser reassumida parcialmente após 12 meses de cirurgia (Conceição, Utzinger e Pisetsky, 2015).

Cordás (2004) reforça que, mesmo levando a uma exitosa redução de peso, a cirurgia bariátrica não garante a remissão da CA e de outros comportamentos alimentares inadequados prévios. Apesar de uma evidenciada melhora do comportamento alimentar logo após a cirurgia, o retorno dos TAs a médio prazo levam a um reganho de peso geralmente 2 anos após o procedimento.

O autor conclui que a identificação de um TA no pré-operatório demanda um acompanhamento acurado da sua evolução no pós-operatório. Mesmo que não se possa prever a ocorrência dos TAs no pós-operatório, sua presença antes do procedimento deve servir como indicador de maior atenção posteriormente.

Não há consenso em relação aos fatores que favorecem ou evitam o reganho de peso. Há apenas o acordo de que eles “evidenciam uma ampla variação individual”. Em outras palavras, mais uma vez a obesidade, que é uma doença crônica, se apresenta de forma multifatorial intrincada e complexa.

Não podemos negar que, além das alterações fisiológicas e hormonais gerados pela restrição gástrica, aspectos psíquicos e subjetivos também são convocados nesse processo. Isso pode ser um tanto desestabilizante, pois tira o sujeito de uma situação que, por mais que não fosse apreciada, ao menos lhe era familiar.

Como bem colocado por Mendes e Vilhena (2016):

“As notáveis alterações no corpo proporcionadas pela cirurgia bariátrica tornam lícito supor alterações também psíquicas. Se ao tomarmos o eixo da medicina como paradigmático são incontestáveis os resultados positivos dessa cirurgia, sob o referencial da psicanálise o cenário não é tão auspicioso. O exame da fase pós-

operatória é profícuo em exemplos de vivências imersas em angústia e questionamentos. O desmoronamento da frequente crença inicial de que a cirurgia seria uma solução para além da perda de peso, também resolução de conflitos da esfera existencial, produz um rastro que conduz à imperativa necessidade de empreender pesquisas sobre o tema da cirurgia bariátrica e seus efeitos sobre o psiquismo.” (p.11).

Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica podem apresentar TAs, pois a alteração exigida do comportamento alimentar após o ato cirúrgico interfere diretamente nos aspectos psicológicos do paciente (Peixoto e Ganen 2010).

Em um momento de tantas transformações e demandas emocionais, físicas e sociais, mesmo sabendo que a cirurgia bariátrica não é um tratamento para CA, quais seriam as suas repercussões no comportamento compulsivo desses sujeitos? Quais seriam as peculiaridades da CA após as limitações físicas impostas pela cirurgia bariátrica? Existiria a possibilidade de troca após a cirurgia, da compulsão alimentar para outras compulsões? Ou ainda sua substituição para outros comportamentos alimentares inadequados e até mesmo outros transtornos alimentares? Se as dietas restritivas são contra indicadas para pacientes com CA, como esses sujeitos reagem às restrições alimentares impostas pela cirurgia?

Foram essas e outras perguntas que nos instigaram a pesquisar e entrevistar os pacientes com CA antes da cirurgia bariátrica. O processo e desdobramento dessas entrevistas serão apresentados nos próximos tópicos com o intuito de agregar mais um elemento na construção do nosso percurso.

5.3

Pesquisa de Campo

A interação e o diálogo entre os profissionais das equipes multidisciplinares tanto de TA quanto de cirurgia bariátrica são fundamentais para a compreensão perspicaz e profunda de questões complexas e multifacetadas que demandam um investimento profissional para além da técnica.

Durante todo o percurso do atual estudo, propomos uma conversa entre áreas diversas de conhecimento, deixando claro nosso referencial teórico psicanalítico. O respeito, interesse e curiosidade por outras formas de

compreensão do mesmo fenômeno, somados a uma base teórica psicanalítica, vem sendo nossa aposta tanto clínica quanto acadêmica.

O atual tópico traz uma combinação entre as noções teóricas abordadas até aqui e as entrevistas e questionários utilizados em nossa pesquisa de campo, visando a refletir sobre questões pertinentes para a clínica da CA concomitante a cirurgia bariátrica.

5.3.1

Questionários

Congregar ciências diversas impõe desafios práticos na costura dos elementos para não criar um Frankenstein. Em outras palavras: construir uma tese que se pretende multidisciplinar, calcada no diálogo entre áreas distintas, mas também na utilização dos conhecimentos delas provenientes como saberes complementares, exige atenção para que ela não se apresente como um amontoado de informações que não constroem uma compreensão ampla e enriquecida sobre o tema.

Na etapa da pesquisa de campo, escolhemos utilizar o método qualitativo aplicado a uma configuração específica da área de saúde que nos propicia investigar as experiências de vida vinculadas ao sofrimento dos indivíduos em relação a um problema determinado no processo saúde-doença.

Com isso, buscamos refletir sobre os significados que as experiências de vida adquirem para os indivíduos, ou seja, adotamos uma abordagem do tema em suas configurações naturais, na tentativa de pensar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas atribuem a eles.

Apesar de não almejar ser definida pelo viés do método quantitativo, nossa pesquisa possui uma pequena parte de dados numéricos que foi elaborada a partir de um questionário desenvolvido pela autora, com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV e V, respondido durante as entrevistas semiestruturadas.

Selecionamos como entrevistados pacientes que fizeram as avaliações pré-operatórias e realizaram a cirurgia bariátrica com a equipe do Dr. Antônio Augusto Peixoto de Souza, na qual a pesquisadora trabalha atualmente como psicóloga. Os membros da equipe são parceiros no atual estudo, tendo aprovado o

projeto de pesquisa, disponibilizado material coletado no pré-operatório e facilitado o contato com os pacientes.

Os critérios de inclusão no grupo dos que realizaram a cirurgia com a equipe mencionada acima foram: ter mais de 18 anos; possuir entre 2 (um) e 4 (quatro) anos de operado; ter participado de todas as etapas da avaliação psicológica realizada pela equipe e ter respondido o instrumento de avaliação – Binge Eating Scale – BES (ANEXO I); apresentar score acima de 18 como resultado do BES, que indica presença de CA moderada ou grave antes da cirurgia bariátrica.

Já os critérios de exclusão foram: não ter realizado todos os procedimentos preparatórios para cirurgia com a equipe; ausência do instrumento de avaliação – *Binge Eating Scale* – BES no prontuário; falta de disponibilidade e/ou interesse para participar da pesquisa e impossibilidade de localização através dos contatos fornecidos no prontuário.

Para realização da pesquisa, desenvolvemos um questionário (ANEXO II) com o objetivo de detectar a presença de TAs e comportamentos compulsivos após a cirurgia bariátrica. A elaboração do questionário foi baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV e V³⁴ para Transtornos Alimentares, Transtornos relacionados ao uso de substância e Transtornos Aditivos.

Os quadros contemplados por esse questionário são: anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar, outros transtornos alimentares não especificados, além de compulsões por sexo, compras, jogos e uso abusivo de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas.

A decisão de elaborar um questionário para investigação no pós-operatório, ao invés de aplicar algum instrumento de avaliação já existente, foi referendada por estudos que identificaram imprecisão dos instrumentos existentes para detectar CA após a cirurgia bariátrica. Conforme relatado no tópico anterior, os autores dessas pesquisas recomendam mais clareza na definição dos comportamentos alimentares inadequados após a operação e a elaboração de novos métodos mais confiáveis para identificá-los (Reichborn-Kjennerud T, Bulik

³⁴ Os critérios diagnóstico de Transtornos Alimentares foram retirados do DSM-V, e os critérios diagnósticos dos Transtornos relacionados ao uso de substâncias e Transtornos Aditivos do DSM-IV. Essa escolha ocorreu devido à mudança nos critérios diagnósticos do DSM-V que tornariam a avaliação demasiadamente extensa, podendo inviabilizá-la.

CM, Sullivan PF, Tambs K, Harris JR. 2004; Latner JD, Clyne C. 2008; Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE, 2008; White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM, 2006). Diante dessas colocações, optamos por uma abordagem direta dos critérios diagnósticos do DSM-V.

O questionário também contemplou perguntas abertas, oferecendo aos participantes a oportunidade de expressar livremente opiniões pessoais, sentimentos e percepções sobre o tema. Através dessas perguntas, alcançamos aspectos subjetivos e aprofundamos conteúdos.

Os procedimentos ocorreram da seguinte forma. Em uma primeira etapa, estudamos os prontuários dos sujeitos que realizaram a cirurgia bariátrica nos anos de 2012, 2013 e 2014 com a equipe do Dr. Antônio Augusto Peixoto de Souza e selecionamos os que apresentavam CA no momento da preparação para a cirurgia. Essa informação foi validada através das anotações da psicóloga Helen Silva dos Reis Pereira, que conduziu os atendimentos no pré-operatório, e do resultado do teste BES. A pontuação acima de 18 no BES, representa presença de CA moderada ou grave.

Foram realizadas 99 avaliações pela equipe nos anos de 2012, 2013 e 2014. Os prontuários de quatro pacientes foram desprezados devido a falhas no preenchimento do instrumento de avaliação BES. Dos 95 sujeitos restantes, 67 não apresentavam CA antes da cirurgia bariátrica e 28 sujeitos apresentavam CA no mesmo período. Desses 28 sujeitos, 21 preencheram os critérios do BES para CA moderada e 7, para CA grave.

Tentamos contatar os 28 sujeitos por telefone e e-mail convidando para participar da pesquisa. Um total de 12 sujeitos não quiseram participar da pesquisa ou não foram encontrados. Os outros 16 sujeitos se dispuseram a participar da pesquisa, mas 11 deles não tinham disponibilidade para fazer uma entrevista presencial devido a dificuldades na agenda, trabalho, meio de transporte dentre outros fatores. Optamos por realizar a entrevista por meio audiovisual virtualmente com todos os participantes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio. Ao longo da entrevista, o questionário foi sendo lido pela pesquisadora sem rigidez, na forma de uma conversa, deixando os participantes livres para fazer colocações e se

estender nos temas que lhes causavam interesse; sem julgamentos e com poucas intervenções da pesquisadora.

Para facilitar a análise e comparação das respostas, optou-se por dividir o questionário em três partes. A primeira parte era composta dos dados pessoais referentes ao peso, altura, tempo de cirurgia e etc. A segunda parte, com os indicadores de Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtornos da Compulsão Alimentar e Outro Transtorno Alimentar Especificado.

A terceira parte com os comportamentos compulsivos por compras, sexo, jogos e uso abusivo de álcool, e outras drogas. Nessa parte, as perguntas foram subdivididas em dois grupos. O primeiro grupo foi composto por 10 perguntas, que tinham como base os critérios diagnósticos do DSM-IV para Transtornos Relacionados ao Uso de Substância, como o uso abusivo de álcool e outras drogas.

O segundo grupo teve como foco os seguintes comportamentos compulsivos: compras, sexo e jogos. Compunham o grupo 8 perguntas repetidas para os três comportamentos, com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno aditivo. O marcador para transtorno aditivo do manual são quatro ou mais respostas afirmativas para as perguntas referentes ao comportamento investigado.

O número de entrevistas realizadas parece bastante limitado se comparado ao das pesquisas quantitativas na área, mas o nosso objetivo é também diferente. Nossa proposta é a de utilizar esse questionário de uma forma qualitativa e aproveitar a possibilidade do referencial numérico dessa pequena amostra para integrar saberes e ampliar nossa discussão sobre o tema.

Os resultados obtidos nessa etapa foram os seguintes:

Dos 16 participantes, 10 mulheres e 6 homens, com média de idade de 41 anos, 7 apresentavam os critério para transtornos aditivos em algum período após a cirurgia (6 compras e 1 sexo); 3 para uso de substancia (álcool) sendo que dois afirmam que já tinham esse comportamento antes da cirurgia; 1 bulimia nervosa, 1 Outro Transtorno Alimentar Especificado.

Em relação aos episódios de CA, 13 apresentavam compulsão alimentar subjetiva, com a mesma sensação de descontrole acompanhada de sentimentos negativos, mas em menor quantidade devido à restrição física ou mudança dos

alimentos (de sólidos para pastosos ou “de comida para besteira”) e aumento de consumo de doces. 8 relataram comportamento beliscador (grazing) e 1 comportamento de mastigar e cuspir. Além disso, todos os 16 participantes relataram uma influência indevida do peso na autoavaliação e medo excessivo de engordar após a cirurgia.

Esses resultados são mais um elemento na composição da nossa reflexão sobre as complexas questões que abarcam a CA articulada à cirurgia bariátrica. Nenhum dos elementos pretende-se restrito ou excludente; pelo contrário, a intenção da articulação dos saberes e referências proposta pela tese baseia-se na ideia de que inexiste uma resposta única para o problema e que a coalisão das perspectivas são úteis em diferentes aspectos, conjugando-se de madeiras diferentes dependendo da singularidade de cada caso.

Diante disso, podemos observar que os resultados acima apontam para certa aderência de boa parte dos sujeitos aos comportamentos compulsivos, principalmente a própria CA com outras roupagens, corroborando os resultados encontrados em muitas das pesquisas descritas no tópico anterior. No próximo tópico, iremos explorar mais esses dados juntamente com o relato de alguns sujeitos entrevistados na tentativa de articulá-los à leitura psicanalítica e à visão sociocultural apresentadas nos capítulos anteriores.

5.3.2

Fragmentos e percepções das experiências pessoais

A intenção deste último tópico é ilustrar todo o caminho que percorremos até aqui com fragmentos dos relatos e as falas despretensiosas e informais da intimidade daqueles que dispuseram compartilhar suas vivências para contribuir com uma reflexão sobre a CA no âmbito da cirurgia bariátrica, algo que na maioria dos casos eles vivenciam, repudiam e não compreendem.

A proposta de abordar uma parte do processo bariátrico, não por acaso encoberta por outras tantas, como os elogios ao emagrecimento rápido, as mudanças no guarda roupa, as novas possibilidades sociais, os encontros amorosos, a recuperação da saúde física, entre outros assuntos obviamente muito

mais palatáveis, propulsores de sentimentos agradáveis, seria compreensivelmente recusável por muitos.

Levando isso em conta, provemo-nos de um olhar respeitoso e cuidadoso sob as falas, resultantes de perguntas que por vezes provocaram desconforto e silêncios, obtidos através de um único encontro virtual com uma desconhecida. Pretendemos agora utilizar essas experiências singulares para tentar expor sob outra perspectiva o conteúdo exposto ao longo dos capítulos anteriores.

Foram escolhidos fragmentos de histórias retratados por trechos, frases e momentos do discurso dos entrevistados estabelecendo alguns princípios a fim de nortear o conteúdo aqui apresentado, como: omitir sempre que possível os dados biográficos (embora nem sempre seja possível); criar ficções a partir dos relatos; e trabalhar com fragmentos das entrevistas, frases, impressões e anotações, para, a partir desse material, erguer um hipotético mundo interior desses sujeitos.

Abandonamos a ideia inicial de discutir pormenores das entrevistas e concentramos a atenção em alguns conteúdos e colocações considerados significativos. As falas e pontuações expostas ao longo do texto têm por objetivo utilizar esse vasto material de maneira auspiciosa, aprazível e pertinente para o leitor.

Procuramos resgatar as emoções expressas nas entrevistas, marcando os pontos das narrativas que nos conectaram de alguma forma com as vivências precoces dos entrevistados, sua dor, os sofrimentos experimentados no corpo e o desejo transformado em necessidade, tentando contornar as informações concedidas com possíveis sentidos e colori-las com reservas imagéticas.

Para tanto, dividimos as falas e nossas considerações em quatro categorias que nos nortearam: A) Como tudo começou? – CA, obesidade e relações familiares; B) O que mudou? - CA antes e depois da cirurgia bariátrica; C) Algo de novo no reino das compulsões? - outros TAs e comportamentos compulsivos. D) Agora que emagreceu ... satisfeito ? – emagrecimento em uma sociedade de aparências.

Diante dessas premissas, deixo claro que escolhemos trabalhar com ficções inspiradas no encontro assegurado pela pesquisa de campo, preservando ao máximo a identidade e a confiança daqueles que investiram e enriqueceram com suas singularidades esse estudo.

A) Como tudo começou? – CA, obesidade e relações familiares.

Ao refletir sobre os episódios de CA a partir do referencial teórico psicanalítico, apontamos suas manifestações sintomáticas de etiologia complexa, componentes aditivo, impulsivos e as dificuldades em lidar com as carências e excessos pulsionais. Sublinhamos a importância de pensar no arcaico, nas fases mais primitivas da libido e nas relações objetais, ou seja, em conflitos caracterizados por falhas nas bases de constituição da subjetividade.

Apesar das limitações em obter e aprofundar um conteúdo tão complexo e primitivo por meio de uma única entrevista, destacamos algumas falas que apontam nessa direção e podem representar indícios dessas marcas deixadas nos primórdios das relações.

Os relatos sobre o início dos episódios de CA se misturavam com o histórico de obesidade e dietas dos entrevistados. Veremos na concretude das falas pigmentos das deficiências do processo de simbolização e nos discursos, especialmente o feminino, uma constante vinculação feita do sobrepeso e CA, iniciados na infância e adolescências, com conflitos e ambivalências na relação mãe e filha.

A figura da mãe aparece como preocupada, exercendo as funções de zelar pela alimentação e o corpo da criança, mas as falas reforçam um caráter invasivo e excessivo dessas preocupações. As filhas se dizem traumatizadas pelas dietas impostas, impossibilitadas de corresponder ao desejo materno de emagrecer, marcadas pela CA e o corpo pesado que lhes imputava um sentimento de fracasso.

Como podemos pensar através de algumas partes retiradas das entrevistas:

“Desde pequena sempre fui gordinha, aos 12 anos já pesava 75kg acho que já tinha compulsão nessa época, todo mundo comentava do meu peso, me chamavam de Maria Bujãozinho. Para minha mãe era um martírio, ela fazia de tudo para eu emagrecer, mas eu nunca consegui fazer dieta. Ai com 14 anos ela me levou ao endocrinologista e comecei com anfetamina. Eu emagreci, mas passava muito mal, tinha taquicardia, suava. Parava e engordava tudo e mais um pouco. Voltava a tomar emagrecia, parava engordava, era uma luta minha com a minha mãe, com a balança, com o remédio. Com 21 anos tive uma arritmia cardíaca por causa da anfetamina e tive que parar de vez” (Rosa³⁵, 35 anos).

“Minha mãe me pressionava para emagrecer, fiquei traumatizada, dieta me deprime, eu surto mesmo, tenho trauma de infância, minha mãe queria me colocar na dieta e eu sempre descontei tudo na comida” (Ana, 30 anos).

³⁵ Todos os nomes são fictícios.

“Não lembro de ter vivido sem compulsão, esse desespero sempre fez parte de mim. Minha mãe proibia, mas eu comia escondida desde pequena. Lá em casa era tudo meio natureba, ela se preocupava com isso numa época que não fazia sentido para mim. Não tinha doce, refrigerante essas coisas. Quando eu ia em alguma festinha não queria brincar como as outras crianças, só comer, doce, brigadeiro (...) ela tentava me explicar, falava que era feio, ficava com tanta vergonha que começou a me fazer comer antes de ir para as festas, até brigadeiro ela me dava. Mas não adiantava porque eu continuava comendo quando chegava lá (...) talvez comesse menos, mas não do jeito certo” (Milena, 33 anos).

As narrativas acima remetem à experiência clínica com a CA, onde amiúde a transferência reedita o protótipo dessas relações invasivas com as mães tornando difícil a recepção do que oferecemos, mesmo diante da avidez que se apresenta no desejo de nos tirar a solução dos acúmulos de tensão e desprazer provenientes da compulsão.

O trabalho do negativo tem uma função psíquica estruturante pela criação de um vazio, de um espaço no psiquismo, no qual os limites intrapsíquicos, as representações, o pensamento e as relações de objeto podem adquirir forma. A introjeção canibal do objeto/mãe pode levar a experiências de fusão primária que indicam uma indistinção sujeito-objeto, com nebulosidade dos limites do eu; um modo particular de simbolização e organização dual (GREEN, 1982).

Esses pacientes apresentam múltiplos mecanismos de defesa, podendo variar entre os extremos da normalidade e da regressão fusional. Ocorre uma oscilação paradoxal entre angústia de separação e angústia de intrusão, que domina as relações com o objeto e indica uma fragilidade na constituição dos limites psíquicos que afeta a formação do pensamento e elaborações. (GREEN, 1982).

Nas análises dos casos de TA, a contratransferência é um indicador importante do vazio afetivo e da incapacidade de representar. Na clínica, encena-se a oscilação entre o excesso e a falta do objeto no espaço psíquico. A relação com o objeto nesses pacientes alterna entre uma onipresença intrusiva e falta do objeto idealizado, prejudicando diretamente as representações e favorecendo as ações impulsivas e compulsivas (GARCIA, 2007).

Essa repetição do modo relacional pode ocorrer também em outras relações afetivas. Na fala de Mirna, 37 anos, casada e mãe de uma filha de 8 anos, percebemos recorrentemente momentos em que são atribuídos responsabilidades

por suas atitudes para filha, buscando nela alguma forma de contenção para sua intensidade pulsional.

“Fui uma criança gorda, com 9 anos já era gorda. Com 12 minha mãe me colocou numa dieta, acho que já não tinha controle, mas não lembro bem dessa época. Na minha infância e adolescência quem ficava incomodada era minha mãe. Colocava na dieta, no remédio, nutricionista, até na psicóloga me levou quando eu tinha 20 anos, falou que era para emagrecer.(...) Nunca me vi magra, no máximo menos gorda. (...) Fez tanto, mas deu no contrário, cada vez eu comia mais” (Mirna, 37 anos).

“Resolvi operar por causa da minha filha, tinha medo de não vê-la crescer” (Mirna, 37 anos).

“Hoje não aguento beber nada, antes bebia muito mais, agora a bebida sobe rápido, penso logo na minha filha não quero dar vexame na frente dela. Acho que bebo menos por causa dela e não da operação” (Mirna, 37 anos).

“Depois da operação descambei de comprar, me endividei. Fugia dos cobradores, as pessoas batiam na minha porta para cobrar, meu marido quase separou de mim. Cheguei a deixar de pagar o colégio da minha filha por causa das dividas, aí pedi ajuda” (Mirna, 37 anos).

Em todos os relatos, o medo de engordar novamente é muito marcante, com Mirna não foi diferente, mas, no seu caso, a filha é a principal razão deste sentimento. Sua fala nos fez pensar em uma transmissão geracional das questões psíquicas relacionadas ao corpo e à alimentação.

“Tenho muito medo de voltar a engordar porque fiz a cirurgia, aí seria uma vergonha. Também minha filha ficou traumatizada depois da operação, sem dormir dois dias depois que me viu no hospital, achando que eu ia morrer. Agora ela me pede sempre para não engordar e tem medo de engordar também. Tem hora que não quer comer, fica me perguntando se esta gorda toda hora. Eu fico preocupada porque ela só tem 8 anos e já está desse jeito” (Mirna, 37 anos).

Em Introdução ao Narcisismo, Freud (1976) mostra que o psiquismo da geração posterior é influenciado pelo narcisismo parental que leva a continuidade da vida psíquica entre gerações. O investimento dos pais pode abarcar seus desejos insatisfeitos e projetos não realizados, dessa forma temos uma transmissão geracional advinda de uma herança psíquica de conteúdos que não foram elaborados podendo comprometer a integração psíquica.

Os fenômenos de transmissão psíquica são comuns a todos, fazendo parte do desenvolvimento psíquico quando as disposições herdadas são estimuladas pelos vínculos intersubjetivos que se estabelecem entre a criança e o meio

familiar. Eles só se tornam deletérios quando vedados ao esforço de representá-los, pensá-los e trabalhá-los.

Para Kaës et. at. (2001), a problemática da transmissão psíquica envolve quatro áreas significativas: o intrapsíquico, o intersubjetivo, o transpsíquico e a formação do ego. Na clínica dos TAs, esses materiais são especialmente comuns, apesar de nem sempre facilmente acessíveis. Esse material demanda elaboração através de uma escuta atenta e cuidadosa dos sujeitos e seus familiares pelo analista.

No discurso masculino, as referências à mãe não eram frequentes como no feminino. Na maioria das vezes, eles colocavam o início da obesidade ligada à entrada na vida adulta utilizando a tríade: casamento, trabalho e sedentarismo. Podemos pensar esse período de mudanças na posição familiar, novas responsabilidades, desafios, incertezas e abandono de estruturas e funções conhecidas como um possível catalizador de movimentos regressivos que devido à introjeção canibal do objeto primário, que falhou em sua função psíquica estruturante, levaria a um deslocamento na realidade externa, à dependência do objeto externo comida.

“Foi tudo mais ou menos ao mesmo tempo, parei de fazer exercício, casei e comecei a trabalhar e ganhar bem. A vida de adulto com suas obrigações me deixou sedentário, tinha muitos compromissos e pouco tempo. Em casa sempre teve muita fartura, minha ex- mulher cozinhava muito bem. A comida foi se tornando meu único prazer no meio de tantas obrigações, não pensava nisso, mas fui buscando nela alívio para tudo” (Plínio, 45 anos).

“Comecei a trabalhar muito e descontava na comida, esqueci de mim, parei de fazer ginástica, casei, tive filho e não percebi que estava engordando tanto. Eu achava que estava gordinho, mas não obeso” (Jair 35 anos).

“Fui magro até os 20 anos, depois comecei a engordar. A vida muda, a gente casa não vai mais na pelada, tem outras prioridades. Fiz minha primeira dieta com 23 anos. A cada três meses inventava uma nova dieta, mas nunca conseguia manter muito tempo, não emagrecia e me desmotivava, comia mais ainda, tomava remédio, as vezes funcionava mas não durava, voltava a comer demais” (Rui, 48 anos).

A falha na função de contingência da pulsão que proporcionaria a busca de outros objetos substitutos alternáveis dá lugar ao imperativo do sempre mais do mesmo, sem abertura para outros objetos substitutos possíveis.

“Eu já estava gordo e para homem é mais aceito comer muito, mas as pessoas não sabiam a ansiedade que eu sentia com aquilo. Na frente dos outros era só brincadeira, mas chegava em casa depois do rodizio e continuava comendo” (Plínio, 33 anos)

“Depois que fiquei obeso meu único programa era comer, sempre priorizava a quantidade, não tinha limite depois que começava não conseguia parar. Acordava bastante de noite para comer” (Jair, 35 anos).

Nesse momento de entrada na vida adulta, mencionado pelos homens entrevistados, a existência de uma fragilidade narcísica parece evocar medidas defensivas calcadas na realidade externa, ao invés de defesas pela elaboração psíquica.

Uma exceção no discurso masculinos emergiu no relato de Souza, 56 anos. Sua homossexualidade nunca foi abordada com os pais, na juventude mudou da cidade onde morava e manteve um acordo tácito de não tocar nesse assunto. Souza narrou a CA e o sobrepeso na infância, trazendo muitas falas maternas com teor negativo e regulatório, além de enfatizar sua persistente insatisfação com a imagem corporal:

“Sempre fui o único gordo lá em casa e não gostava de meu corpo desde sempre. Minha mãe e meu pai eram magros. Fiz dieta a vida inteira, até sair de casa minha mãe controlava minha alimentação e me repreendia quando comia demais, falava: Por que essa ansiedade toda de comer? Você está com algum problema?” (Souza, 56 anos).

“Me formei saí de casa, mudei de cidade e no primeiro ano engordei 20kg, tomei anfetamina e emagreci, fiquei tomando por três anos, quando parei voltei a engordar. Mesmo me sacrificando não conseguia emagrecer, me achava um monstro de gordo, comia como um monstro” (Souza, 56 anos).

A identidade coesa da imagem corporal da criança é fundada nas experiências precoces que abarcam as áreas sensoriais e motoras, vivenciadas na relação fusional com a mãe. É uma fase simbiótica natural do desenvolvimento, em que o Self é formado com base na imagem da mãe. Winnicott (1967) afirma que, neste momento arcaico, a criança se reconhece no rosto da mãe e dessa forma pode se iniciar o processo de formação da sua identidade. No entanto, ainda segundo Winnicott, as falhas nesses momentos iniciais da formação do Self levam o bebê a se defender, comprometendo estruturas da psique e da representação.

Faimberg (2001) conceitua “identificação alienada ou clivada”, para retratar uma função de apropriação e intrusão do narcisismo parental em relação

aos filhos. Na função de apropriação, teríamos uma identificação dos pais internos com as positivities em seus filhos levando-os a apropriarem-se de sua identidade. Enquanto na função de intrusão, seria descarregado nos filhos as partes que rejeitam em si mesmos. A autora sublinha que o ódio inerente à ambivalência afetiva materna permeia não apenas o que é diferente, mas sobretudo o que lhe é comum e inaceitável em sua regulação narcísica.

As circunstâncias falhas no processo de diferenciação e formação de identidade, que aludem aos primórdios do desenvolvimento infantil, desencadeiam empecilhos relevantes não apenas quanto às referências de identidade, mas também quanto à discriminação do que é próprio do mundo interno ou externo.

“Tenho pavor de ser gordo, meu olhar é muito apurado para estética, sou muito crítico, para mim gordo é igual a monstro. Aqui no Brasil tem muito preconceito com gordo. E a coisa que tenho mais preconceito é com gordo. Pra mim gordo é igual a sujo, desequilibrado, suado. Minha mãe falava que gordo passa a imagem de boçalidade. Ela valorizava muito a magreza e chamava muito minha atenção” (Souza, 56 anos).

“Antes da cirurgia estava tendo compulsão todos os dias, sempre tive, mas era espaçado, demorei a perceber e depois não conseguia controlar mesmo. Depois da cirurgia fiz tudo certinho, mantive o peso, mas agora a compulsão voltou e engordei. A última vez que me pesei já tinha engordado 10kg, fiquei desesperado e não me pesei mais porque não tenho coragem, sei que já engordei mais, preciso fazer alguma coisa” (Souza, 56 anos).

Além da falta de recursos para lidar com os excessos pulsionais advindos da introjeção canibal do objeto absolutamente necessário, levando à busca do alimento como substituto dos objetos faltantes em seu mundo interno, também chamamos atenção para a dificuldade que percebemos dos entrevistados darem significado para aquilo que estavam dizendo, como se falassem de algo que lhes acomete, mas não faz parte deles. Essa falta de representação interna para CA os torna mais vulneráveis às descargas pulsionais.

Como vimos no terceiro capítulo, quando as palavras faltam, as ações e o corpo são acionados. O trabalho com o não simbolizado exige alternativas à interpretação, muitas vezes incapaz de ser praticada com esses pacientes. Buscamos mover, afetar e transformar registros e inscrições que estão aquém das palavras, por meio das experiências e do manejo dos afetos no plano do sensível, para viabilizar a produção de sentido pelo compartilhamento das emoções, da

presença na construção de estruturas psíquicas básicas para o sujeito. Mas sempre fazemos isso imbuídos do cuidado de não repetir o mesmo modo relacional de excessos e faltas ao qual eles estão referendados e que podem insistir em se reapresentar na clínica, causando grandes obstáculos ao tratamento.

B) O que mudou? - CA antes e depois da cirurgia bariátrica

A etiologia multifatorial da CA, com acentuada prevalência de componentes psíquicos, poderia ser vista como um indicador de que a restrição física gerada pela cirurgia bariátrica, apesar de interferir causando efeitos e desdobramentos, não seria um imperativo suficiente para eliminar como um todo o ímpeto voraz e ingerenciado que caracteriza a compulsão.

Além das mudanças físicas, a cirurgia também é promotora de alterações emocionais, umas vinculadas e retroalimentadas pelas outras, formando novas configurações com manifestações que, por mais que sejam estereotipadas, ainda assim são produtos de arranjos singulares de cada sujeito.

Desfazer a sobreposição que existe entre vazio e compulsão alimentar; distinguir a fome psíquica da fome fisiológica; contrapor saciedade e satisfação não são atribuições que competem à intervenção bariátrica, mas são fundamentais para uma mudança do sujeito em sua relação com a comida e o corpo.

Vimos nas pesquisas apresentadas até aqui que a CA pode se modificar após o procedimento cirúrgico passando a se manifestar na forma de outros comportamentos alimentares disfuncionais que teriam em comum o sentimento de falta de controle sobre a ação. Os comportamentos alimentares inapropriados substitutivos da CA mais relatados nas entrevistas foram o comportamento beliscador, a CA subjetiva, assim como a mudança dos alimentos consumidos nos episódios compulsivos visando a uma maior ingestão de comida e favorecimento na digestão.

“Comia tudo que tinha em casa, só parava quando acabava a comida ou quando ia dormir. Era muito grave, acabava de almoçar e ia para o McDonald. Não me sentia saciada nunca. (...)Agora não é igual como era antes, a compulsão era todo dia, hoje são umas três vezes por semana e a quantidade é bem menor. Vou beliscando de pouquinho em pouquinho o dia todo. É por causa da ansiedade, por causa dos problemas financeiros. Não sei como não engordei mais” (Mirna 37 anos)

“Não fico mais de três horas sem comer, mas como pouco, não consigo comer muito de uma vez. Desde o ano passado que eu voltei a exagerar, acho que foi o estresse emocional porque fiquei sem trabalho, com problemas financeiros. Exagero toda noite com chocolate e doces, igual antes” (Souza, 56 anos).

“As vezes eu já estou cheio, mas como quero comer mais e não quero passar mal ai mastigo e depois cuspo, principalmente carne que eu não consigo comer muito mesmo. Mas isso foi mais no inicio” (Jair, 35 anos).

“Não consigo comer tanto quanto comia antes, mas sinto fome toda hora, tenho que estar sempre mastigando. (...) Tenho descontrole com bala, doce, salgadinho vou comendo até acabar, mesmo já estando cheia, depois que acaba que me dou conta e fico puta” (Livia, 31 anos).

Apesar das mudanças na forma do comportamento, os sujeitos descrevem recorrentemente que se sentem igual em relação à CA, impotentes diante do impulso de comer e sem controle para interromper o ato. Na maioria dos casos, o que mudou e faz diferença na prática é a limitação imposta pelo novo estômago diminuto, que impõe uma interrupção antecipada, um limite alheio à própria escolha do sujeito.

Com o tempo, esses limites vão sendo esgarçados, o estômago vai comportando mais quantidade, eles descobrem alimentos que ocupam menos volume. Assim, entre estratégias pensadas para conseguir comer mais e as próprias adaptações do organismo, muitas vezes as compulsões voltam a aumentar, tanto em quantidade quanto em frequência.

“Para você vê, tem uma coisa que ninguém entende, já falei até com a nutricionista, nem eu entendo. Comida, comida, eu como muito pouco, carne eu nem consigo comer, mas se vou numa festa consigo comer 100 salgadinhos, sério mesmo, não me sacia.(...) Salgadinho, besteira não me sacia. Comida eu não consigo comer muito, mas se pedir uma pizza consigo comer seis fatias” (Rosa, 35 anos).

“Não consigo jogar comida fora, nem deixar no prato. Como de tudo um pouco, a única coisa que não consigo mais é refrigerante, antes tomava 2 litros por dia. Às vezes exagero, por exemplo dois espetinhos de carne para mim é muito, mas um é pouco, ai eu peço dois e não consigo parar nem jogar fora, acabo passando mal” (Jair, 35 anos).

“Meu olho de gordo continua igual, sempre com chocolate que consigo comer muito e não passo mal. Tenho horror de passar mal. Sempre soube o quanto conseguia comer, nunca passei mal, mas chocolate consigo comer bastante. No inicio não, comia pouco e pronto, mas agora só paro quando acaba, todo dia isso” (Souza, 56 anos).

A leitura psicanalítica que propusemos sobre a CA traz a relação com o objeto para cena, partindo do objeto primário que passou pela introjeção canibal, dificultando a simbolização e a regulação pulsional. As marcas do fracasso do trabalho do negativo nessa leitura da CA levam o ego a estabelecer uma relação com o objeto no âmbito do devorar e ser devorado, ou seja, o sujeito não consegue se conter diante da comida, nem estabelecer limites. Mas, ao mesmo tempo, o desejo de comer não se reverte em prazer, pois vem acompanhado quase imediatamente de sofrimento e vergonha.

O ego busca, mas não consegue estabelecer um distanciamento do objeto intrusivo, tendo em vista que a distância lhe remete à perda intolerável do objeto. Diante dessa dinâmica psíquica, a impossibilidade impetrada pelo novo reservatório gástrico vai sendo subvertida de diversas formas enquanto o cerne da questão permanece imaculado.

“Antes eu tinha compulsão sempre que voltava do trabalho, perdia o controle, mas ao mesmo tempo era uma fonte de prazer e relaxamento. Hoje a compulsão continua sendo de noite, quase todo dia, mas como mais doces. Antes eu nem gostava muito de doce, agora não consigo comer comida salgada direito, como muito pouco porque não me desce bem(...)De noite como mais doce, paro quando não aguento mais ou quando acaba, é triste. (...) Vou no mercado e compro refrigerante, chocolate, biscoito recheado que antes eu nem comia, dou a desculpa que é para as minhas filhas, mas acabo comendo tudo antes delas me visitarem” (Rui, 46 anos).

“Depois da cirurgia não tem jeito você não consegue comer e pronto, diminui porque não consegue, passava mal direto. Minha alimentação continuou errada, fui aumentando as porções aos poucos, nem se compara ao que era antes, mas para quem operou é muito. (...) Eu só paro porque fico cheia, se não continuaria comendo. Não presto atenção quando estou comendo, parece que gosto de passar mal” (Livia, 31 anos).

“Antes de operar tinha várias compulsões, só parava de comer quando não aguentava mais, eu aguentava bastante, muito sanduiche, coisas que não consigo comer agora. Hoje é queijo, amendoim, essas coisinhas (...) começo depois do trabalho e só paro quando vou dormir, mas antes era muito mais (...) Comida para mim é paladar, é recompensa imediata, mas não dura, é bom na hora e depois é pior ainda” (Plinio, 45 anos).

A CA no final do dia, quando se está invariavelmente sozinho, evidencia um intencional isolamento social, que inviabiliza a possibilidade de trocas interpessoais justamente em um momento em que se busca refúgio ou consolo para problemas financeiros, matrimoniais e de trabalho, conforme citado pelos entrevistados. Esse padrão nos faz pensar mais uma vez no comprometimento dos

recursos simbólicos para encontrar outras formas de elaborar os sentimentos de frustração, impotência, fracasso e desamparo, que parecem se desviar para o caminho já conhecido da busca de prazer fugaz e solitário pelo empanturramento.

Um dos poucos relatos em que o abandono da CA foi descrito de forma veemente foi o de Denise, 35 anos. Apesar de ter passado por um pós-operatório muito difícil chegando a correr risco de morte, ela não se arrependeu de ter-se submetido à cirurgia.

Fiz a cirurgia pesando 103kg e tive complicações gravíssimas (...) fiquei entre a vida e a morte, teve que operar mais duas vezes por causa das complicações (...) fiquei mais de dois meses internada. Foi muito sofrido. Senti muito medo de morrer, mas se tivesse que voltar no tempo faria novamente (Denise, 35 anos).

“Agora eu tenho vontade e fico triste porque não posso comer tudo que eu quero, mas depois fico tranquila. Antes era justamente o contrário” (Denise, 35 anos).

A obesidade e a CA de Denise haviam-se instalado justamente quando ela aos 23 anos teve uma gestação indesejada que gerou muita frustração e mudança nos seus planos de vida. Durante a gravidez, as compulsões começaram resultando num ganho de 30kg e perda da vontade de viver, o que a levou a uma depressão pós-parto. Podemos imaginar que de certa forma a experiência com a proximidade real da morte vislumbrada no pós-operatório teve efeitos psíquicos inversos ao da gestação indesejada, restituindo sua vontade de viver e possibilitando a renúncia da CA e dos quilos a mais.

“O doce, o bombom eram meus antidepressivos, meu comprimido. Estava triste e comia, aí sentia culpa e ficava triste de novo e precisava comer mais, aí vinha a culpa. Não era fome, era a única coisa que me dava prazer” (Denise, 35 anos).

“O que mudou mesmo é que hoje tenho vida social e antes tinha fobia social por causa da gordura” (Denise, 35 anos).

Diversos estudos e nossa experiência clínica com TAs evidenciam que o excesso de controle é um fator de risco para CA, ilustrado com a máxima “restrição leva à compulsão”. O termo restrição alimentar foi definido como uma tendência a restringir o consumo alimentar conscientemente, a fim de prevenir o ganho de peso ou promover sua perda. No caso da cirurgia bariátrica, essa restrição é induzida pela diminuição gástrica, mas também poderia colaborar para desencadear episódios de CA (Bernardi, Cichelero e Vitolo, 2015), tendo em vista que o problema da restrição não é apenas a privação nutricional, mas

também a privação psicológica. A renúncia de determinados alimentos ou a limitação do aporte energético pode estar ligada a outras renúncias, o que pode colaborar para um efeito rebote, um comportamento de tudo ou nada, de vivências de excessos e faltas, comumente observadas nesses sujeitos.

Também pode ser pensado como uma tentativa de lidar com o objeto externo ao qual o ego ficou fixado, em virtude da impossibilidade do objeto primário introjetado de forma canibal ser negado e posto à distancia. Diante da não constituição da presença-ausente do primeiro objeto de amor, a base da tolerância a todas as distâncias e ausências do objetos externo são falhas, fazendo com que o movimento de restrição alimentar convoque a busca pela CA para apaziguar os sentimento de vazio por ele gerado.

Polivy (1996) de forma descritiva explica que a restrição alimentar aumenta as chances de CA, além de levar a uma preocupação exagerada com a comida, em comer, sensibilidade emocional, mudanças de humor e distração.

“Eu consigo me controlar o dia todo, quase não como no trabalho, mas quando chego em casa também não paro mais (...) como de pouquinho em pouquinho, mas a noite toda e as vezes ainda acordo de madrugada para comer” (Edson, 33 anos).

“Minha alimentação depois da cirurgia ficou direito, mas com doce não, doce é droga pesada, a dieta vai por água abaixo. (...) Não sei comer só um pedaço, quando vejo já foi o pudim inteiro” (Souza, 56 anos).

Se pensarmos CA conforme o modelo das adições proposto por McDougall (2001), podemos dizer que, diante da restrição imposta pela cirurgia, os sujeitos permanecem fixados na busca do objeto externo comida, apenas modificando os tipos de comportamentos alimentares disfuncionais, seja a beliscando ou comendo alimentos de mais fácil digestão. Assim como ocorre nas dietas restritivas, na cirurgia bariátrica com seu componente restritivo, a comida frequentemente continua sendo o objeto externo eleito para prover alívio ao sujeito, mesmo que seja um alívio temporário e inadequado, que reforça o ciclo restrição/ compulsão.

“Comia para compensar qualquer insatisfação. Parecia uma dependência química” (Ana, 30 anos).

C) Algo de novo no reino das compulsões? - outros TAs e comportamentos compulsivos.

Estudos apontam que, após a realização da cirurgia bariátrica, costuma ocorrer uma significativa redução dos níveis de ansiedade e de depressão (Langaro et al., 2011; Almeida, Zanatta & Rezende, 2012; Tae et al., 2014). Todavia, a eminência de comportamentos compulsivos novos ou que não foram previamente diagnosticado também é um tema que permeia as investigações sobre a gastroplastia restritiva, (Vargas et. al. 2003; Oliveira, 2006, Segal et. al. 2002).

Na nossa leitura psicanalítica sobre a questão, utilizamos a teoria de Green sobre o trabalho do negativo em relação ao objeto absolutamente necessário enfatizando sua função intrínseca e paradoxal de estimular e despertar a pulsão e, ao mesmo tempo, de contê-la. Ou seja, a função pulsionalizante desse objeto é responsável pelo despertar dos movimentos pulsionais, mas ao mesmo tempo esse objeto também acumula a função de conter as pulsões excessivas. São essas as suas funções intrínsecas que devem ser internalizadas, para o objeto deixar-se negativar.

Como vimos anteriormente, na CA a introjeção canibal desse objeto compromete o processo, fazendo com que essas funções fiquem prejudicadas e que o sujeito tenha dificuldade de lidar com as forças pulsionais procurando saídas por meio das ações compulsivas. O objeto externo ao qual eles estão fixados nesse caso é a comida, mas isso não impede que essas dificuldades diante das tensões pulsionais também se manifestem através de outras ações compulsivas.

A escolha pelo alimento no contexto da compulsão faz pensar no arcaico, nas primeiras experiências de satisfação, na relação dual mãe-bebê. Como já descrito, trata-se de um período de fantasias de objetos concretos, da experiência apaziguadora da incorporação do objeto benevolente que extirpa o objeto mau responsável pela fome e o desconforto do bebê. A cisão ainda é muito acentuada, e a ação pela busca de objetos externos é convocada para apaziguar a angústia e o mal-estar interno. O que permanece, para além do objeto externo eleito, é o modo de defesa psíquica primitiva.

No caso dos sujeitos com CA, evidências apontam para uma incidência de comorbidades com outros transtornos compulsivos e dificuldade de controle dos

impulsos. (Yanovski, et. al., 1993; Papelbaum e Appolinario, 2001; Palavras et. al. 2011) Quando submetidos à cirurgia bariátrica, esses quadros podem-se agravar ou sofrer rearranjos, estimulados tanto pela restrição física imposta à ingestão alimentar quanto pelas variadas mudanças nas mais diversas áreas da vida e pelas intensidades emocionais produzidas ao longo do processo de emagrecimento.

Especificamente em relação à bebida alcoólica, os sujeitos submetidos à cirurgia bariátrica apresentam uma particularidade. Após o bypass gástrico, desenvolve-se uma maior vulnerabilidade aos efeitos do álcool, com absorção mais rápida e níveis séricos mais elevados, o que teoricamente os torna mais suscetíveis tanto às propriedades sistêmicas lesivas quanto aos efeitos psicotrópicos associados com acidentes por imprudência/impulsividade, sintomas depressivos e suicídio (Klockhoff, Näslund e Jones, 2002). O abuso de álcool após as intervenções é particularmente preocupante e, por isso, o consenso é recomendar a abstinência alcoólica após o procedimento.

De acordo com um estudo realizado por Wendling et al. (2011), indivíduos com CA, impossibilitados de consumir alimentos em excesso, poderiam depois da cirurgia substituir comida por álcool. Todavia, um estudo de Amorim et. al. (2015) apresentou um resultado diferente. Ao invés da substituição, foi observada uma associação de álcool e alimentos, o que segundo os autores seria benéfico por provocar redução significativa na absorção alcoólica. Neste mesmo estudo com pacientes bariátricos em períodos pré e pós-operatórios, foi encontrada uma prevalência do uso alcoólico superior àquela detectada na população brasileira, no entanto não foi evidenciado consumo de alto risco/provável dependência, nem aumento do consumo no pós-operatório.

A primeira revisão sobre uso de substâncias após a cirurgia bariátrica, incluindo álcool, tabaco, drogas lícitas e ilícitas, foi realizada por Linlin Li e Li-Tzy Wu (2016). Analisando mais de 40 artigos publicados entre 1990 e 2015, os autores apontaram que o histórico de uso de substâncias no pré-operatório estava relacionado a uma maior probabilidade de uso de substâncias no pós-operatório, assim como a prevalência de uso de álcool após a cirurgia era maior entre aqueles que tinham histórico de uso antes da cirurgia.

Sujeitos sem histórico de abuso de substância no pré-operatório, mas que desenvolveram abuso no pós, mostraram-se mais suscetíveis ao uso de opioides e

benzodiazepínicos. Por sua vez, sujeitos com histórico de abuso de substância que tiveram recaída no pós-operatório costumavam usar vários tipos de substâncias ao mesmo tempo, podendo, inclusive, começar alguma não usada antes da operação.

A prevalência de abuso de álcool no pós-operatório variou entre 7.6% e 11.8%; não houve mudança significativa na prevalência de consumo de cigarro entre o pré e o pós operatório. Não foram observadas mudanças com o tempo na prevalência de consumo de cigarro e drogas, enquanto o aumento no consumo de álcool ao longo do tempo foi inconsistente entre os estudos.

Os autores da revisão chamam atenção para as limitações das pesquisas analisadas, evidenciando a presença de dados controversos e a falta de conhecimento sobre a dinâmica psíquica que pode levar a recaídas e a novos casos de uso de álcool e outras substâncias após o procedimento bariátrico.

No nosso estudo, encontramos grande variação quanto ao uso de álcool e tabaco. Alguns diminuíram a ingestão ou cessaram o consumo de álcool ou ; permaneceram iguais. Já outros mudaram o tipo de bebida e dois tiveram um acentuado aumento de consumo em algum momento após a cirurgia.

“Bebo menos hoje do que antes da cirurgia, mas também nunca fui de beber” (Plínio, 45 anos).

“Bebo muito pouco, só em festa uma ou duas taças de vinho. Tenho um bar aqui em casa e fica tudo lá, nem me interessa, se fosse um bar de chocolate eu comeria tudo de uma vez” (Souza, 56 anos).

“Beber é uma forma de ter mais prazer, uma recompensa pelo que estou passando. Já não consigo comer, beber eu consigo” (Rui, 46 anos).

“Eu fumo por ansiedade e por que eu gosto muito. Me sinto prejudicada porque realmente gosto de fumar mas sou repreendida, a mesma coisa da comida” (Rosa, 31 anos).

“Antes eu bebia umas três vezes por semana, agora bebo todo dia. Só não consigo beber cerveja nem nada com gás. Mas tomo umas duas caipivodkas e uma garrafa de vinho por noite” (Rui, 46 anos).

Quanto aos outros comportamentos compulsivos (compras, sexo e jogo), o mais citado foi o de comprar. Alguns relataram que já apresentavam esse comportamento antes da cirurgia, mas a maioria relacionou os excessos com as mudanças no guarda roupa, no estilo de vida, uma inabilidade de lidar com as oportunidades estimuladas socialmente aos corpos emagrecidos.

Mais uma vez somos convocados a pensar a relação do sujeito com o objeto, na capacidade de diferenciação entre interno e externo, no equilíbrio entre os impulsos de dentro e os estímulos de fora. O investimento e o valor depositados nos objetos externos apontam para uma falha no mundo interno. As roupas passam a caber no corpo emagrecido e não o contrário; logo não basta comprar uma camisa, tem que comprar todas as que cabem. A busca pela satisfação, pelo valor, por preencher o vazio, continua na busca de objetos externos e na ação compulsiva.

“Sempre gastei demais. Isso não mudou. Gosto muito de comprar, mas sempre foi assim, ganho R\$1000,00 e gasto R\$1.5000,00” (Rosa, 35 anos).

“Passei a comprar muita roupa. Fiquei igual mulher, comprava escondido e muita coisa que não precisava, mas nunca me endividei. Deixei de gastar com outras coisas e exagerei nas roupas” (Jair, 35 anos).

“No início virou um exagero. Roupas que não podia comprar antes e tinha desejo passei a comprar muito. No primeiro ano perdi o controle e cheguei a me sentir mal, porque comprava muito mais do que precisava. Cheguei a me endividar. Uma vez gastei 3 mil reais em uma loja de camisa sem nenhuma necessidade. Só comprava roupa, era só roupa mesmo. Hoje voltei ao normal” (Plínio, 45 anos).

Uma das entrevistadas merece ter algumas falas destacadas nesse subtópico, devido à recorrência e à diversidade que a ação compulsiva apresenta: Livia, casada, engravidou aproximadamente dois anos depois da cirurgia e tem um bebê de 8 meses. Contou sua história com riqueza de detalhes em relação aos seus comportamentos e hábitos, mesmo os que poderiam ser considerados inadequados ou constrangedores. Mas sem fazer nenhuma elaboração sobre eles, apenas descrevia seus excessos, atos repetitivos, sem motivação específica ou fantasias associadas.

“Eu fiquei muito beberona, saía todo dia para beber, antes eu quase não bebia, mas depois era todo dia. Não precisava beber muito e já ficava bêbada, por uns dois anos todas as vezes que eu bebia eu vomitava e voltava a beber. Eu não aguentava beber muito, aí vomitava ficava nova e bebia tudo de novo. Mas foi só uma fase. Minha mãe ficava horrorizada” (Livia, 31 anos).

“Essa fase foi complicada, eu saía toda noite e ia de ressaca para o trabalho, não tinha foco porque vivia virando noite. Acabei sendo mandada embora por causa disso. Na época fiquei muito puta, mas hoje eu entendo a minha chefe, eu também me mandaria embora” (Livia, 31 anos).

“Comecei a fumar cigarro depois da cirurgia, fumava compulsivamente, só parei quando engravidei, mas depois voltei e parei de novo faz dois meses” (Livia, 31 anos).

“Já estava toda endividada antes de fazer a cirurgia, agora só tenho um cartão de débito bem básico para conseguir me controlar. Não faço mais dívida, não sobra nada, mas também não falta” (Livia, 31 anos).

“Uma coisa que vem aumentando é minha compulsão pelo trabalho. Penso em trabalho o tempo todo, não desligo, durmo a metade do tempo que dormia antes, não consigo desligar de segunda a segunda. Para você ter uma ideia cheguei a adiar as vacinas da minha filha por causa do trabalho. Depois fico com muita raiva, mas não consigo dosar” (Livia, 31 anos).

“Depois da cirurgia quase não conseguia tomar 100ml de leite de manhã, hoje acordo e tomo um copão de toddy de meio litro, nem passo mal, coloco muito toddy, metade do copo é toddy, fica cheio de bolota de chocolate porque nem dá para dissolver tudo. Tenho até vergonha de tomar na frente dos outros, eu já fazia isso antes da cirurgia. Deve ter umas 1000 calorias naquele copo. O pior é que eu lembro de pensar antes da cirurgia que esse foi um dos motivos de eu ter engordado e agora estou fazendo igual.”(Livia, 31 anos).

Joseph (1992) no artigo “A Inveja na vida cotidiana”, apresenta a inveja como ligada ao conceito de voracidade. A autora afirma que a inveja é tida como um sentimento destrutivo, pois o desejo do bebê é de espoliar, roubar, da mãe aquilo que imagina que ela possui, já que teme depender dela. Dessa forma, temos a voracidade em relação ao objeto como um desdobramento do medo da dependência com a qual o ego não sabe lidar sem se sentir invadido e impotente. “A inveja frequentemente parece ligada à voracidade, no entanto, é diferente dela. A pessoa que é voraz, quer obter algo e reconhece que há algo de bom a ser obtido, desconsiderando inteiramente o custo para o outro”(1992, p.2).

Segundo Abraham (1970), a tendência à fixação oral origina um traço maior de voracidade, que leva a um acréscimo a frustração, que está sempre presente, desencadeando o ressentimento e o ataque ao objeto que o frustrou. Podemos pensar a voracidade presente nos diversos segmentos descritos por Livia como uma dificuldade na relação com o objeto que nos aponta para frustração, desamparo e dependência.

Melanie Klein aponta que o processo analítico para lidar com os traços de voracidade envolve a liberação e a superação dessa forma de amar o objeto tão exclusivista, possessiva, que não aceita a autonomia e a independência do objeto.

E que para tanto é preciso desenvolver a capacidade simbólica e o amadurecimento emocional.

“Não tenho essa coisa toda com sexo, tenho ânsia pela presença da pessoa, não por sexo, quero fazer tudo junto, sou daquelas que sufocam” (Livia, 31 anos).

Em relação à presença de quadros de TAs após a cirurgia, foram relatados dois casos entre os entrevistados, sendo um de BN purgativa e um de OTAE. Nesse último, o entrevistado passou a apresentar características de rigidez e controle com a alimentação e restrição alimentar acompanhada de períodos de jejuns, devido ao medo mórbido de engordar, insatisfação com imagem corporal e associação dos alimentos com mal-estar físico.

Carmem, 32 anos, poderia ser diagnosticada com um OTAE devido a sua grande inflexibilidade alimentar que a levava a período de jejuns. A entrevistada apresentou um relato concreto, quase impessoal de seus comportamentos e hábitos, não havendo reflexão em sua fala sobre os extremos entre a voracidade e recusa total do alimento que vinha praticando em um intervalo de poucos anos.

Toda sua atenção estava voltada para o corpo, o domínio das sensações corporais e a checagem constante da qualquer manifestação advinda dele, que, na maioria das vezes, era representada como algo estranho que devia ser controlado rapidamente para que não se tornasse uma ameaça, especialmente apoiada no fantasma da morte e da volta do corpo obeso de antes.

“Até hoje estou sempre querendo perder 2kg. Tenho muito medo de engordar, mas tenho mais medo de passar mal, entalar e morrer” (Carmem, 32 anos).

“Quando saio, prefiro não comer para não correr o risco de passar mal, prefiro comer o que eu já estou acostumada mesmo, porque eu sinto muito depois a digestão toda” (Carmem 32 anos).

“Tem coisa que só com o cheiro já passo mal, já começo a ter uma salivação gosmenta. Doce eu não posso nem mais olhar que parece que baixa minha pressão” (Carmem, 32 anos).

“Eu estou repensando meus hábitos alimentares, porque não posso engordar tudo de novo. Às vezes depois do final de semana faço uma dieta forte, fico até sem comer mesmo para compensar, mas não é toda semana não”... “Só uma ou duas vezes por mês” (Carmem, 32 anos).

A fala da paciente nos fez lembrar o conceito cunhado por Maria Helena Fernandes de “hipocondria da imagem”, que se refere à preocupação excessiva

com a imagem como meio de expressar o sentimento de mal-estar que, na impossibilidade de ser descrito como mal-estar psíquico, acaba sendo expresso por um relato sobre insatisfações, preocupações e atenção constante ao próprio corpo.

Segundo a autora, na tentativa de se proteger do vazio interno e do risco de perda do objeto, esses sujeitos “fabricam” faltas indefinidamente. Mas a insatisfação estará sempre presente, pois é, na impossibilidade de elaboração da angústia de castração, que esse mecanismo parece incidir sobre o próprio corpo.

A entrevistada que descreveu comportamentos bulímicos, Gema, 32 anos, relembrou a presença de outros comportamentos compensatórios na juventude, que não foram relatados na avaliação psicológica pré-operatória. Segundo ela, esses comportamentos não lhe pareciam relacionados a um TA e, como não estavam presentes na época da cirurgia, ela esqueceu de comentar.

A insurgência dos vômitos como método compensatório nos leva a pensar que essa estrutura do tudo ou nada, subjacente a sua relação objetual, apenas havia mudado de roupagem, assim como acontece com algumas mudanças que se dão nos quadros de CA após a cirurgia.

Os vômitos, facilitados pela nova conjectura gástrica, entraram no mesmo lugar dos laxantes, diuréticos e remédios para emagrecer, formando uma aliança entre a CA que permanecia como forma de aliviar as tensões advindas do objeto interno destroçado e a idealização da magreza calcada nos ideais externos dos quais ela dependia e se apoiava para dar conta de sua frágil constituição narcísica.

“Quando eu era mais nova fazia todas essas dietas malucas, e tomava laxante, diurético, remédio para tirar a fome, mas não adiantava nada, só engordava. (...) Eu comia muito, com muita ansiedade, quanto mais gorda eu ia ficando mais ansiosa e triste também ficava, aí comia mais, sempre escondido, acabava com a comida da casa e ainda tinha que ouvir piada porque sempre dizia que estava de dieta” (Gema, 32 anos).

“Fui me fechando para os outros, já não tinha mais esperança, só a comida me fazia companhia” (Gema, 32 anos).

“Depois da cirurgia tive muita dificuldade de me adaptar, porque ainda buscava muita coisa na comida, era muito sozinha. (...) Eu só vomito mesmo quando exagero, porque essa coisa da hora de parar é muito difícil, parar é difícil porque você está acostumada a comer mais, quando vê a comida já tá voltando, é meio inevitável” (Gema, 32 anos).

“Eu sei que não é certo, mas por um lado é bom porque não fico com aquilo tudo dentro de mim, aquele peso na barriga, arrotando, coloco para fora e fica tudo bem. (...) A última coisa que eu quero é voltar a ser gorda, não ia aguentar viver aquilo tudo de novo” (Gema, 32 anos).

Gema culpava a obesidade pelos sentimentos de vazio e de solidão que a afastavam de seus vínculos, e parecia querer demonstrar em sua fala que não via os sinais e limites apresentados por seu corpo, apenas armadilhas que poderiam enviá-la novamente para um temido estado de desamparo. As vivências de solidão e vazio vinculadas à falta ou excesso de alimento eram inscritas diretamente no corpo.

De acordo com o pensamento kleiniano, seria necessário que Gema conseguisse perceber que o mundo não funciona em preto e branco, ou seja que é possível amar e odiar o mesmo objeto, sem medo de destruí-lo. Para tanto, além de trabalhar os comportamentos bulímicos seria fundamental trabalhar as ansiedades persecutória e depressiva, envolvidas na sua síntese.

D) E agora que emagreceu... satisfeito? – emagrecimento em uma sociedade de aparências.

Os sujeitos entrevistados tinham entre 2 e 4 anos de operados. A escolha desse intervalo de tempo foi intencional, uma vez que todos os estudos anteriormente apresentados afirmam tratar-se de uma fase crítica para o reganho de peso e o retorno da CA.

Não podemos negligenciar o fato de os entrevistados se encontrarem nessa fase quando analisamos a unanimidade nos discursos quanto ao aumento de suas preocupações com o peso e a grave intensificação do medo de engordar, mesmo naqueles que tinham engordado apenas 3 ou 5 kg. Tal preocupação mostra como a vinculação das referências de autoestima e auto avaliação estão fincadas ao peso e à imagem.

Obviamente, os fatores socioculturais debatidos no primeiro capítulo, assim como o incremento da saúde física, não são negados; pelo contrário, foram citados para justificar a intensificação e marcante constância do medo de engordar.

O narcisismo desses pacientes é amplamente sustentado por objetos externos e sua autoestima fica refém do suporte externo. Atitudes de

desvalorização constante em relação a si mesmo, vivências de vazio e insignificância geram uma dependência exagerada em relação a fontes de valorização externa que também estão vinculadas a uma falha da organização narcísica da personalidade, assim como a uma falta na constituição do objeto interno.

“Na fase depois da cirurgia você se sente vitoriosa porque emagreceu e depois não quer que ninguém diga que você não é vitoriosa” (Ana, 30 anos).

“Gosto de sair, me divertir e fiquei muito mais feliz depois da cirurgia. Mas agora que engordei não sou mais feliz. Esse é meu pior pesadelo” (Souza, 56 anos).

“Foi uma mudança muito grande na minha vida, todo mundo me tratava diferente e eu adorei. Agora minha autoestima está totalmente ligada ao meu peso sim, morro de medo de engordar” (Livia, 31 anos).

“Quando emagreci voltei a viver, tinha interrompido a vida e voltei a ser jovem. Comecei a sair, ir à praia, conversar com amigos, surfar. Tenho muito medo de engordar e voltar aquele estado de antes da cirurgia” (Jair, 35 anos).

“Não posso continuar engordando, não é só a coisa estética é o bem estar físico e mental. Estou muito preocupada, acho que não vou conseguir parar de engordar” (Milena, 33 anos).

“Eu não engordei muito, mas parece que me sinto pior em relação a isso do que quando era obesa. Não sei explicar. Acho que todos estão me olhando e falando que engordei” (Ana, 30 anos).

O corpo, para psicanálise, é objeto para o psiquismo, representação inconsciente, investido numa relação de significação e construído em sua história. As mudanças são inerentes ao seu desenvolvimento e deterioração, podendo engordar ou emagrecer sem perder sua capacidade de transmitir significados simbólicos.

A redução da experiência do corpo subjetivo ao corpo objetivo, portanto quantificável e mensurável, corresponde a uma relação objetificada com o corpo, na qual ele perde sua capacidade de transmitir sentidos. Isso é insuflado quando o corpo é alçado à categoria de mercadoria pela sociedade de consumo, da mesma forma que o bem-estar é concebido como algo que pode ser produzido por medicamentos e intervenções nesse corpo, visando a promover o apagamento das limitações do sujeito.

Rocha, Vilhena e Novaes (2009) enfatizam a importância do trabalho analítico dos elementos subjetivos na ressignificação do próprio corpo após o procedimento bariátrico. Ao passar do corpo obeso, marcado pelo desprezo, discriminação e olhares de hostilidade, para um corpo que desperta o olhar do outro, que se insere socialmente e provoca admiração, também é preciso que esse corpo emagrecido seja ressignificado enquanto corpo pulsional.

“Sempre fui gorda, não tinha uma visão que poderia ser uma mulher magra, ainda não consigo achar que estou magra, as pessoas falam, mas tem vezes que eu acho que não vou caber nas roupas, nos lugares, ainda não me sinto com esse corpo de agora” (Mirna, 33 anos).

“Não ia a praia antes da cirurgia e continuo não indo porque não fiquei com o corpo que eu gostaria. Convivo com muita gente jovem e não quero envelhecer, isso é uma meta para mim” (Souza, 56 anos).

Os relatos desse incremento na repulsa pela obesidade e idealização da magreza fazem lembrar uma pesquisa realizada com pacientes bariátricos por Rand & Macgregor (1991), na qual os entrevistados fizeram cirurgia bariátrica e haviam perdido pelo menos 45 kg em um período de 3 anos. Os participantes foram questionados sobre quais doenças ou deficiências preferiam ter ao invés de voltarem a ser obesos: todos responderam que preferiam ser surdos ou disléxicos ou diabéticos ou terem doenças cardiovasculares a voltarem a ser obesos; 9 de cada 10 pacientes responderam que preferiam amputar uma perna e 8 de cada 10 preferiam ser totalmente cegos a serem obesos.

A ideia de voltar a engordar passa a ser temida com uma magnitude desproporcional. Podem estar aí entranhados elementos psíquicos atrelados aos fatores socioculturais, potencializados ou acionados no processo de emagrecimento intenso provocado pelo procedimento cirúrgico, como se o sujeito tivesse um vislumbre de algo do ideal que o torna ainda mais almejado. Consequentemente, o corpo se torna mais ameaçador, sendo preciso vigiá-lo e domá-lo de forma mais intensa, levando a um conflito permanente nos casos em que a CA volta a se anunciar.

Conforme aponta Fortes (2008), diante da imposição da performance, o sujeito pode se sentir impossibilitado de responder às demandas suscitadas pela liberdade, ficando atormentado por não conseguir alcançar seu ideal de ser, criando, assim, um vazio permanente engendrado entre o que é e o que aspira ser.

Na sociedade contemporânea em que a aparência física assumiu um valor moral e o culto ao corpo ocupa lugar de destaque no âmbito dos ideais da cultura, o discurso social que tem poder e produz efeitos sobre os corpos individuais deixa suas marcas e pode ser sentido como opressor. Ao emergir na esfera social, através do emagrecimento que convoca novos olhares, elogios e papéis sociais, também crescem as exigências com os cuidados, os sacrifícios e preocupações com a aparência, podendo tornar o ideal estético uma nova forma de ameaça.

“Depois que eu já estava magro um médico me disse que todo gordo é mentiroso, mente para si mesmo e para os outros. Fui vendo que tinha mais preconceito do que eu já sabia, ele não falava isso para mim quando eu era gordo. A gente começa a ver um lado ainda pior da gordura” (Jair, 35 anos).

“Tenho muito medo de engordar, tenho dois amigos que fizeram a cirurgia e engordaram tudo de novo. Semana passada um deles tentou se matar³⁶, acho que não foi só por causa do peso, mas deve ter influenciado” (Rui, 46 anos).

Quando a cirurgia é utilizada como solução mágica, e a magreza é fantasiada como a resposta para todos os problemas, pensamento reforçado por uma cultura que hostiliza a falta e valoriza o imediatismo para extirpar qualquer tipo de mal-estar, o sujeito não é convidado a se implicar no processo, não se compromete com as transformações para além da imagem, que demandam a observação reflexiva do que há de subjetivo no laço com CA, com seu desejo e sua falta essencial.

Nesses casos, a sombra da CA permanece e carrega consigo uma interação entre as marcas do sofrimento emocional herdeiro dos estigmas da obesidade e da experiência de emagrecimento rápido que aproxima do ideal cultural. Some-se a isso as dificuldades pulsionais que comprometem sua mediação com a comida, do que resulta um sentimento de eminência de fracasso que contribuiu para que o corpo e a comida continuem nesse lugar de objeto perseguido e perseguidor.

³⁶ Adams et al. utilizaram uma corte retrospectiva para investigar a taxa de mortalidade em 9.628 pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica, no período de 1984 a 2002, com um seguimento médio de 7,1 anos. Os resultados mostraram que pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico apresentaram uma redução de 40% na mortalidade por qualquer causa, quando comparados ao grupo-controle. Houve também um decréscimo da mortalidade específica por causas clínicas. Todavia, foi evidenciado aumento da mortalidade no grupo-intervenção na categoria considerada “não doença”, que inclui acidentes não relacionados a drogas, envenenamento por intenção indeterminada, suicídio e outras causas não clínicas. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med.* 2007;357(8):753-61.

“Passo mal em varias situações, não tem um padrão definido. Um dia como bolo e tudo bem outro dia como e passo mal. Já sei que não posso comer quando estou agitada, se não passo mal com certeza. Mas quando estou agitada esqueço” (Rosa, 35 anos).

“Não deixei de comer nada, só como menos. Mas carne eu não como porque tenho medo de entalar. Não tenho mais compulsão porque tenho medo de entalar, de passar mal e morrer. Minha cabeça não mudou o que mudou foi o medo” (Carmem, 32 anos).

Para além do tratamento cirúrgico da obesidade, o tratamento psicológico da CA é crucial à medida que a cirurgia renova e cria outras demandas emocionais para o paciente. Nenhum dos entrevistados fez referência a um arrependimento por ter realizado a cirurgia, mas a grande maioria enfatizou que, mesmo com todas as mudanças e melhorias dela provenientes, algo para além da fome física permanecia desregulado em relação à alimentação.

“A comida não é mais o meu refugio. Eu comia com prazer, agora até como com vontade, mas é diferente. Continuo muito desregrada (...) o pão é o crack da minha vida” (Ana 30 anos).

“Não me arrependo de jeito nenhum, faria de novo mil vezes, mas ainda não consigo me controlar” (Milena, 33 anos).

“Como pode?! Mesmo tendo operado, conseguido emagrecer tanto, não conseguir me livrar dessa compulsão?” (Livia, 31 anos).

“Ainda preciso melhorar em muitas coisas, a cirurgia foi fundamental, mas ela resolve a fome não a vontade, aquilo da compulsão que você faz sem querer fazer” (Rui, 46 anos).

“Tenho dificuldade para comer algumas coisas, ainda não consigo lidar com meus limites, mas isso não tira o mérito da cirurgia. Ao contrário, estou precisando lidar de outra forma com meus problemas” (Gema, 32 anos).

Diante do conteúdo teórico pesquisado e da escuta das vivências pessoais dos entrevistados, os benefícios médicos propiciados pelo procedimento bariátrico, inclusive em pacientes com CA, são inegáveis. Porém, quando nos deparamos com o que está para além da fome, com o vazio ou o incontrolável, testemunhamos que o inconsciente escapa às tentativas de racionalização, às mudanças de comportamento sem significação, aos medicamentos que tentam conter o excesso pulsional e às intervenções cirúrgicas que restringem o estômago sem ampliar os recursos para que o sujeito possa experimentar um vazio necessário, uma angústia que possa ser relativizada em palavras e se confronte

com suas questões subjetivas, reposicionando- se e fazendo uma nova aliança com a pulsão.

“Tem que tratar a cabeça, a operação não resolve problema da cabeça de ninguém” (Rosa, 35 anos).

“No fundo, o psicológico é o mais importante, hoje eu vejo isso. Deveria ter feito todo o acompanhamento com a psicóloga” (Rui, 46 anos).

“Minha cabeça não mudou, o que mudou foi o estômago e o medo” (Carmem, 32 anos).

“O problema é que você opera o estômago, mas a cabeça continua a mesma” (Ana, 30 anos).

A CA extrapola o campo terapêutico da cirurgia bariátrica e convoca a equipe multidisciplinar para um trabalho que se inicia antes da entrada no centro cirúrgico e não termina com a alta hospitalar, nem com a retirada dos pontos. Um trabalho difícil, longo que demanda envolvimento dos profissionais, implicação do paciente e sensibilidade de todos.

Fernandes (2006) coloca que, no tratamento dos TAs, a psicanálise propõe ao sujeito uma transformação com ele mesmo. Para tanto, será necessário flexibilizar sua forma de conduzir a vida psíquica, visando a um desvio no caminho pulsional para promover o corte com a repetição.

A análise está engajada nesse trabalhoso processo, sem respostas rápidas, nem soluções mágicas, tão valorizadas pela cultura da performance, na sociedade do espetáculo. A proposta de diálogo e de atuação que integra distintos conhecimentos e visões, exposta ao longo dessa pesquisa, tem por intuito privilegiar e assegurar o lugar do sujeito emudecido pela voracidade alimentar, na reconstrução de seus laços com a comida e com o corpo, na ressignificação de seu vazio e nos rearranjos pulsionais.

Pacientes bariátricos experimentam uma transformação em aspectos relacionados a fome após a cirurgia, com a saciedade física sendo rapidamente alcançada, mas não a sensação de saciedade emocional, o alívio apaziguador. A insatisfação e o vazio que levam ao impulso de comer determinados alimentos e não conseguir parar uma vez que a compulsão se anuncia, permanecem com a angústia persistindo naquilo que o bisturi não alcança.

6. Conclusão

A elaboração e o desenvolvimento da atual pesquisa traduzem um caminho de reflexão, aprendizado e construção de um olhar aberto e integrado a diferentes áreas de saber que se propõem estudar e tratar os TAs e a obesidade.

Dentro desse grande universo teórico e clínico, estreitamos nosso foco circunscrevendo como objeto de análise a CA no contexto da cirurgia bariátrica, pensada a partir de um referencial teórico psicanalítico. Nessa proposta, porém, não deixamos de valorizar os aspectos multifatoriais que permeiam o tema e a importância da diversidade de conhecimento decorrente do tratamento realizado em equipe multidisciplinar.

Dessa congregação de experiências e perspectivas conceituais, tentamos apresentar uma visão ampla e aprofundada que pudesse interessar os profissionais de saúde envolvidos nessa temática tão atual e cada vez mais frequente em nossa sociedade e nossos consultórios.

O aumento dos estudos e da busca por tratamento para a CA e a obesidade é um reflexo do vertiginoso incremento desses casos nos nossos dias. Freud (1921) observou que não existe constituição solipsista do psiquismo, mostrando que a psicologia individual é simultaneamente psicologia social, pois a subjetividade se constitui a partir do outro, ou seja, a existência do outro é fundamental como eixo constitutivo do psíquico.

Logo, Freud (1921) explica que as formações psicopatológicas falam da cultura, por isso começamos nosso percurso abordando os aspectos socioculturais impregnados na predisposição, precipitação e manutenção desses quadros.

Destacamos a atual ênfase dada à exterioridade, com predomínio das patologias da ação e do corporal que evidenciam uma migração progressiva das problemáticas internas para o corpo. Esse acento na corporeidade parece sugerir uma mudança de eixo dos conflitos internos para o exterior do sujeito.

Ao levar em conta a forma como o sofrimento do indivíduo aparece na contemporaneidade, em relação ao mal-estar desse momento, autores como Lash, Debord e Lipovetsky apontam que estaríamos diante dos imperativos da exaltação do ego e da estetização da existência. Nesse sentido, as patologias contemporâneas revelam, por um lado, os fracassos diante desses imperativos,

como na depressão e na síndrome do pânico e, por outro lado, uma fixação aos imperativos, por meio de um apego excessivo ao corpo na exteriorização do sofrimento, como no caso dos TAs, das automutilações e das adições em geral.

O declínio da interioridade e o enaltecimento da exterioridade apontam para uma cultura em que se evita a dor, em que o espaço para reflexão sobre o sofrimento não encontra possibilidade de elaboração. Não podendo mais encontrar uma inscrição psíquica, as marcas do sofrimento ficam condenadas à inscrição corporal.

Segundo Lasch (1987), o declínio institucionalizado da autoridade em nossa sociedade não leva a um “declínio do superego” dos indivíduos; pelo contrário, esse declínio encoraja o desenvolvimento de um superego severo e punitivo (arcaico). Com isso, a instância superegoica “clássica” se esvazia de sua função de manter a lei, de lidar com o princípio da realidade e de construir ideais. No lugar desse superego clássico, instala-se um superego arcaico e, no lugar do ideal do ego, um ego ideal tirânico e inalcançável.

As aspirações desse ego ideal encontram terreno fértil nas novas práticas de controle corporal. Novaes (2010) sublinha que o controle da aparência vem-se traduzindo na atribuição de julgamentos morais para características estéticas, de modo que o culto ao corpo se torna ainda mais inexorável, e o peso aparece como critério fundamental de beleza e saúde.

O controle exercido através da fiscalização e de um olhar minucioso acerca da aparência, legitimado pelo discurso médico e científico, regulamenta as diferenças e, principalmente, determina padrões estéticos em termos do que é considerado como próprio ou impróprio, adequado ou inadequado, normal ou anormal.

Nesse contexto, a obesidade, além de um desvio em relação ao padrão de beleza, também se apresenta como uma depreciação moral. O gordo carrega a dor e o fardo da exclusão social, já que a gordura é considerada uma característica de inferioridade, feiura, incapacidade, falta de controle e amor próprio.

O corpo magro vem sendo totalmente vinculado ao sentido de corpo ideal, uma realidade que remete a um caráter maníaco da magreza em nossos dias. Por outro lado, o corpo gordo para existir precisa estar em busca de emagrecimento, ou seja, tentando tornar-se magro e belo. É somente nesse processo de

aprimoramento que o corpo encontra legitimidade para ocupar um lugar social no qual sua identidade possa ser exercida adequadamente.

Segundo Birman (2012), o corpo se transformou “na caixa de ressonância privilegiada do mal-estar na cultura” (p.69). Esse mal-estar é fruto da crescente valorização do corpo que transforma as pessoas em escravos da própria aparência. Negligenciar a aparência física ou não se enquadrar no padrão de beleza vigente se tornou uma falha grave na sociedade contemporânea. Diante da lipofobia dominante, ser gordo chega a ser considerado por muitos (inclusive pelos profissionais de saúde) como uma perturbação psíquica.

Para evitar esse tipo de distorção, enfatizamos em nosso estudo a diferença entre obesidade e CA, marcando que a primeira trata de uma doença metabólica, enquanto a segunda é de fato um transtorno psiquiátrico. Enfatizamos também que, apesar de coexistirem, com certa frequência, uma não determina a outra, podendo as duas condições ocorrerem independentemente.

Em uma sociedade obesogênica e ao mesmo tempo lipofóbica, a exploração constante da experiência alimentar e corporal vem sendo impregnada por repercussões deletérias tanto físicas quanto mentais e socioculturais. Sozinhas, as mudanças contemporâneas não são suficientes para determinar os TAs e outros comportamentos compulsivos, contudo não se pode negligenciar seu papel na subjetivação e na constituição de um ideal de ego tirânico e de um projeto identificador.

Portanto, os aspectos socioculturais contemporâneos são parte relevante das questões apresentadas pelos pacientes com CA submetidos à cirurgia bariátrica e precisam ser trabalhados pelos profissionais das equipes multidisciplinares em seus segmentos específicos. Essas questões aparecem quase inevitavelmente nos conteúdos trazidos para análise, podendo ser relativizadas e trabalhadas de acordo com suas repercussões singulares.

A oportunidade do diálogo com outras áreas de conhecimento ao longo da pesquisa mostrou-se valiosa para evidenciar que a complexidade subjacente ao nosso tema de investigação não comporta reducionismo, nem soluções unilaterais. O esforço conjunto é fundamental para lidar com as várias facetas que se desdobram e se entrelaçam no tratamento da obesidade e dos TAs, doenças tão difíceis de entender e tratar.

As trocas permitidas a partir do tratamento em equipe das psicopatologias alimentares e também do procedimento cirúrgico estudado são enriquecedoras tanto no campo teórico quanto nos atendimentos propriamente ditos. O compartilhamento de fundamentos e preceitos norteadores de determinadas especialidades favorece a compreensão e um posicionamento coerente entre os membros da equipe, facilitando o reconhecimento dos limites nas atuações de cada profissional, além da cooperação constante e da intercessão, quando necessária.

Apresentamos a visão psiquiátrica e os critérios diagnósticos do DSM-V acerca dos TAs, assim como a abordagem médica da obesidade e da cirurgia bariátrica visando a uma imersão em conceitos que devem ser analisados de forma criteriosa, mas sem desconsiderar seu potencial de referência para a compreensão e o tratamento.

Propomos que cada profissional, seguindo seu referencial teórico, possa também acompanhar o desenvolvimento e as descobertas de outros campos de conhecimento. Cada caso apresenta uma configuração diferente de fatores biológicos, psíquicos, comportamentais, familiares e sociais, o que exige a convocação da organização e do arranjo desses saberes em formas e graus diferentes, inclusive em momentos diferentes do mesmo tratamento.

Da mesma forma, as pesquisas quantitativas sobre a confluência dos TAs e da cirurgia bariátrica foram importantes guias para pensar o todo antes de nos atermos às particularidades. Tentamos enfatizar a importância de não supervalorizar os comportamentos estereotipados em detrimento da singularidade de cada sujeito. Sem negá-los, propomos estudá-los e refletir igualmente sobre eles dentro do contexto sociocultural, psicanalítico e das particularidades do caso a caso.

Através das pesquisas, entendemos que as definições dos TAs clássicos, descritos no DSM-V, muitas vezes não são apropriadas à população bariátrica. Essa população apresenta mudança no comportamento alimentar devido à restrição física propiciada pelo procedimento cirúrgico, mas mantém uma psicodinâmica equivalente no que diz respeito ao medo mórbido de engordar, à idealização da magreza e a uma autoavaliação centrada no peso e na forma corporal.

A CA, especificamente, não pode mais ser definida como a ingestão de uma grande quantidade de comida em um curto intervalo de tempo, acompanhada de sensação de falta de controle. Ela é melhor classificada como CA subjetiva, em que o elemento valorizado é a falta de controle em detrimento da grande quantidade de alimento.

O comportamento beliscador em alguns casos também passa a ser uma alternativa para os episódios de CA, assim como a troca de alimentos consumidos durante a compulsão, com o objetivo de ingerir uma maior quantidade de alimento e evitar o mal-estar físico decorrente da digestão lenta de certas comidas.

Um paciente bariátrico com todos os indicadores de AN pode não apresentar um peso considerado perigosamente baixo, não fechando diagnóstico. Do mesmo modo, episódios de vômitos podem ser métodos compensatórios típicos da BN ou decorrentes de dificuldades de adaptação ao novo recipiente gástrico. Muitos casos são diagnosticados como OTAE devido à falta de critérios específicos para essa população. Essa incompatibilidade reforça ainda mais a necessidade de escuta dos sujeitos e a importância de se tentar entender o que está por trás dos elementos manifestos.

Com esse intuito, buscamos sublinhar que cada caso possui uma construção única e intrincada dos muitos elementos abordados ao longo da tese. A escuta do sujeito, para além do sintoma, do corpo pesado e da voracidade alimentar, descortina histórias costuradas pela singularidade dos detalhes que muitas vezes ficam encobertos pelas ações repetitivas e pela dificuldade de simbolização que convoca o comportamento compulsivo e o corpo como formas de expressão.

Propusemos, então, a possibilidade de uma leitura psicanalítica sobre a CA, na qual a falha precoce da função materna estaria relacionada ao processo de introjeção canibal do objeto primário, que, ao ser interiorizado dessa forma, é destruído, não podendo ser representado no mundo psíquico da criança. Assim, a mãe cuidadora não é sentida como presente no psiquismo e não se cria um substituto para sua presença que assegure ao bebê a possibilidade de lidar com a sua ausência concreta, garantindo um apaziguamento diante dos excessos pulsionais.

Para os kleinianos, uma introjeção normal seria a capacidade de incorporar os aspectos bons do objeto, ao passo que uma introjeção canibal é a assimilação do objeto destroçado, destituído de valor, com o qual ocorre a identificação. Na impossibilidade de se absorver os aspectos bons do objeto, a introjeção passa a ter apenas o “devorar e ser devorado” como horizonte possível na relação com o outro.

Essa introjeção canibal do primeiro objeto de amor reflete o desamparo do sujeito diante das pulsões, deixando-o desprotegido diante da perda do objeto. Consequentemente, o sujeito passa a buscar nos objetos externos uma ilusão de preenchimento do sentimento de vazio com o qual não consegue lidar. A ação compulsiva repetida liga-se à busca imperativa de determinado objeto, nesse caso a comida, vivido como agente exclusivo de alívio.

Utilizamos o conceito de objeto absolutamente necessário, formulado por Green, para falar da necessidade do objeto primário deixar-se negatizar. Quando isso não ocorre, ele produz com seu excesso uma invasão intolerável, sem dar espaço para a representação e o pensamento, visto que, nesses processos, o objeto deve estar ausente. Na presença maciça e contínua do objeto primário, não ocorrem os processos de simbolização; em seu lugar, aparecem as saídas não representacionais, como as compulsões.

Nesses casos, em que se extravia o trabalho do negativo, em vez de prestar-se aos processos de constituição psíquica, o objeto não pode despertar as pulsões e/ou não pode contê-las; não pode modulá-las, comprometendo a capacidade do sujeito de lidar com a dinâmica pulsional.

Essa dificuldade diante das forças pulsionais pode nos ajudar a pensar a impulsividade que leva a ações não premeditadas e inconsequentes, assim como a ausência de freios da CA que só consegue ser interrompida por elementos externos ao sujeito ou pelo mal-estar físico decorrente do empanturramento.

Comparando a CA com o modelo das adições, chamamos atenção para a fixação no objeto comida e para a vulnerabilidade egoica presente nesses casos. Como afirma McDougall (2000), estas seriam consequências do relativo fracasso das internalizações precoces que deveriam estabelecer as bases narcísicas suficientemente estáveis para assegurar um sentimento de segurança e continuidade mantidos prioritariamente pelos recursos do próprio sujeito.

Por fim, ilustramos nossa pesquisa com dados obtidos por meio de questionários e entrevistas com sujeitos com CA submetidos à cirurgia bariátrica. Por meio de seus relatos, por vezes dolorosos, eles enriqueceram nossa visão sobre o tema, ajudando-nos a refletir sobre algo que eles vivenciam, mas que, na maioria das vezes, não conseguem entender.

Os conteúdos revelados vislumbraram as dificuldades que permearam as relações precoces entre mãe, filha, peso e CA, assim como a repetição desse modo de excessos e faltas em outras relações. Os homens pontuaram com frequência uma ligação dos problemas alimentares com a entrada na vida adulta e as dificuldades de lidar com as mudanças exigidas nesse momento específico.

Os comportamentos compulsivos, principalmente os relacionados à alimentação, permaneceram, em grande parte, apenas com alterações em seu padrão. Já a dinâmica psíquica, os sentimentos e sensações relacionados aos comportamentos compulsivos se mantiveram praticamente inalterados. As maiores mudanças foram desencadeadas pela restrição física imposta pelo estômago diminuto, mas, muitas vezes, não afetaram significativamente a relação com a comida e a compulsão.

Alguns novos comportamentos compulsivos surgiram pontualmente, mas, na maioria das vezes, foram temporários ou já estavam presentes. Eles só adquiriram maior relevância para os sujeitos e seu entorno, após o processo de emagrecimento.

A relação com o corpo, principalmente a supervalorização da magreza, acentuou-se com o adelgaçamento. O impacto social teve grande repercussão na autoavaliação dos sujeitos entrevistados, que passaram a temer a volta ao corpo obeso, reforçando, assim, uma relação de anseio e ameaça com a comida e de cuidado e punição com o corpo. A fragilidade narcísica e a dependência dos recursos externos parecem ter aumentado, enquanto as dificuldades de lidar com os processos intrapsíquicos permaneceram.

O corpo emagrecido e aceito pelo olhar social se consolidou como meta concreta, reforçando a clivagem entre a idealização da magreza, como fonte de felicidade, sucesso e solução dos problemas, e a CA, que, diante das dificuldades de simbolização, permaneceu não elaborada, pensada ou trabalhada.

Não pretendemos terminar essa reflexão com um olhar negativo sob o tratamento cirúrgico da obesidade. Entendemos que a cirurgia bariátrica se propõe tratar a obesidade e não a CA. O que pretendemos é chamar a atenção para o fato de que, quando os dois quadros se apresentam juntos, os dois precisam ser abordados e podem ser tratados concomitantemente.

Levando-se em conta que o atendimento desses casos é realizado por equipe multidisciplinar, cabe ao cirurgião operar o bisturi, o nutricionista gerir as mudanças nutricionais e suas eventuais carências, enquanto cabe ao psicanalista ou ao psicólogo acompanhar os aspectos psíquicos e emocionais.

O trabalho analítico com os pacientes bariátricos com CA visa a um reposicionamento pulsional, salientando a importância de se escutar o sujeito, com sua singularidade, responsável por uma dinâmica própria intrapsíquica e intersubjetiva. Lembramos aqui que os resultados rápidos em relação ao emagrecimento físico após a cirurgia bariátrica não são equivalentes à proposta analítica de um engajamento no aumento dos recursos para lidar com a experiência de vazio, mergulhar nas questões subjetivas, fazer uma nova aliança com a pulsão e buscar novas formas de simbolização e relativização da angústia. Esse caminho será construído progressivamente e numa parceria que exige investimento, implicação e disponibilidade emocional tanto do analisando quanto do analista.

Referências Bibliográficas

ABRAHAM, K. O primeiro estágio pré-genital da libido. In: Abraham, K. Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ABREU-RODRIGUES, M.A. Apoio social e reganho de peso pós cirurgia bariátrica: efeitos de intervenção comportamental com cuidadores (Tese de doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

ADAMS, T.D.; GRESS, R.E.; SMITH, S.C.; HALVERSON, R.C.; SIMPER, S.C.; ROSAMOND, W.D. et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med.*, 357(8): 753-61, 2007.

ARENDT, H. A condição humana. Rio/São Paulo: Forense Universitária, 2000. apud. M.H. Fernandes. *Transtornos Alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ALLISON, K.C.; WADDEN, T.A.; SARWER, D.B.; FABRICATORE, A.N.; CRERAND, C.E.; GIBBONS, L.M. et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Surg Obes Relat Dis.*, 2(2): 153-8, 2006.

ALMEIDA, S.S.; ZANATTA, D.P. & REZENDE, F.F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 17, 153-60, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: *American Psychiatric Association*, 2013.

AMORIM, A.C.R.; SOUZA, A.F.O.; NASCIMENTO, A.L.V.; MAIO, R. & BURGOS, M.G.P.A. Uso de bebida alcoólica em períodos pré e pós- operatório de cirurgia bariátrica. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 42(1): 003-008, 2015.

ANDERSEN, A.; BOWERS, W.; WATSON, T. A slimming program for eating disorders not otherwise specified. Reconceptualizing a confusing, residual diagnostic category. *Psychiatr Clin North Am.*, 24: 271-80, 2001.

ANTHONY, S.; FAUCI, E.B.; DENNIS, L.; KASPER, S.L.; HAUSER, D.L.; LONGO, J.L. & JAMESON, J.L. Harrison's Principles of Internal Medicine. Seventeenth ed.: The McGraw-Hill Companies, Inc.; 2008.

APPOLINÁRIO, J.C. & COUTINHO, W. O transtorno do comer compulsivo: revisão de literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 44, no 1, 1995.

AZEVEDO, A.P.; SANTOS, C.C.; FONSECA, D.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Psiquiatr Clin.*, 31(4): 170-2, 2004.

BAUDRILLARD, J. A sociedade de consumo. Portugal: Edições 70, 2008.

———. Para uma crítica da economia política do signo. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 5ª edição. Lisboa: Ed. 70, 2010.

BASDEVANT, A.; POUILLON, M.; LAHLOU, N.; LE BARZIC, M.; BRILLANT, M. & GUY-GRAND, B. Prevalence of Binge Eating Disorder in different populations of french women. *Int J Eating Disord.*, 18(4): 309-15, 1995.

BATISTA FILHO, M. & RISSIN, A. S182. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1): S181-S191, 2003.

BAUMAN, Z. Ética pós-moderna. São Paulo: Paulus, 1997.

———. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BECK, N.N.; MEHLSSEN, M. & STØVING, R.K. Psychological characteristics and associations with weight outcomes two years after gastric bypass surgery: Postoperative eating disorder symptoms are associated with weight loss outcomes. *Eat Behav. Elsevier Ltd.*; 13(4): 394-7, 2012 Dec.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C. & VITOLO, M.R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1): 85-93, 2005.

BESSESEN, D.H. Update on obesity. *J Clin Endocrinol Metab.*, 93(6): 2027-34, 2008 Jun.

BIRMAN, J. O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

———. BIRMAN, J. Mal-estar na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BIRKETVEDT, G. et al., Behavioral and neuroendocrine characteristics of night eating syndrome. *JAMA*, 1999.

BLAINE, B. & RODMAN, J. Responses to weight loss treatment among obese individuals with and without BED: a matched-study meta-analysis. *Eat Weight Disord.*, 12(2): 54-60, 2007 Jun.

BOCCHIERI-RICCIARDI, L.E.; CHEN, E.Y.; MUNOZ, D.; FISCHER, S.; DYMEK-VALENTINE, M.; ALVERDY, J.C.; et al. Pre-surgery binge eating status: effect on eating behavior and weight outcome after gastric bypass. *Obes Surg.*, 16(9): 1198-204, 2006 Sep..

BOND, D.S.; PHELAN, S.; LEAHEY, T.M.; HILL, J.O. & WING, R.R. Weight loss maintenance in successful weight losers: Surgical versus non-surgical methods. *International Journal of Obesity*, 33, 173-180, 2009.

BOTTINO, S.M.B.; JUNQUEIRA, C.; BAIRRÃO, J.F.M.H.; HANNS, L.A.; ROSA, M.D. & ANDRADE, L.H.S.G. Transtornos da compulsão alimentar periódica e psicoterapia: é possível sistematizar a formulação psicodinâmica de caso? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(3): 166-70, 2003

BORGES, M.B.F. & JORGE, M.R. Evolução Histórica do Conceito de Compulsão Alimentar. *Psiquiatria na Prática Médica*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 20-26, 2000.

BRUSSET, B.; COUVREUR, C. & FINE, A. Org. A Bulimia. São Paulo: Escuta, 2003.

BRUCH, H. Eating Disorders, Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. London: Routledge and Kegan Paul, 1974.

BUCCI, E. & KEHL, M.R. Videologias: ensaio sobre televisão. São Paulo: Boitempo, 2004.

BUCHWALD, H.; AVIDOR, Y.; BRAUNWALD, E.; JENSEN, M.D.; PORIES, W.; FAHRBACH, K. et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, Oct 13; 292(14): 1724-37, 2004 Oct 13.

BYUNG-CHUL HAN. Sociedade Do Cansaço, Petrópolis-RJ, Vozes, 2016.

CECCARELLI, P.R. Mal-estar na identificação. In: Boletim de Novidades da Livraria Pulsional, 93: 37-46, 1997.

———. Uma breve história do corpo, in *Corpo, Alteridade e Sintoma: diversidade e compreensão*, Lange & Tardivo (org.). São Paulo: Vetor, p. 15-34, 2011

CHADWICK, J. & MANN, W.N. Medical Works of Hippocrates. *Blackwell Scientific*, Boston, MA, p. 154, 1950.

CHEMIN, C. & MILITO, F. Transtornos alimentares em adolescentes. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 1 (2): 84-88, 2007.

CLAUDINO, D.A. Síndrome do comer noturno. In: Claudino, A.M. e Zanella, M.T. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. São Paulo: Manole, 2005.

COLLES, S.L.; DIXON, J.B. & O'BRIEN, P.E. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity* (Silver Spring), 16(3): 615-22, 2008 Mar..

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S. & DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

CONCEIÇÃO, E.; VAZ, A.; BASTOS, A.P.; RAMOS, A. & MACHADO, P. The development of eating disorders after bariatric surgery. *Eat Disord.*, 21: 275-82, 2013.

CONCEIÇÃO, E.M.; UTZINGER, L.M. & PISETSKY, E.M. Eating disorders and problematic eating behaviors before and after bariatric surgery: characterization, assessment and association with treatment outcomes. *Eur Eat Disord Rev.*, 23: 417-25, 2015.

CORDÁS, T.A. Transtornos Alimentares: Classificação e diagnóstico. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(4): 154-157, 2004.

CORDÁS, T. Fome de cão: Quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia, obesidade. Maltese: São Paulo, 1993.

COSTA, J.F. O vestígio e a aura – corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

COUTINHO, W. Obesidade: conceitos e classificação. In: NUNES, M.A. et al. Transtornos alimentares e obesidade. Porto alegre: Artmed, p. 197-202, 1998.

CUNHA, A.G. Dicionário etimológico da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2007.

DE CICCIO, M.F. Que conversa é essa? Sobre o lugar das palavras e do corpo no diálogo analítico. In: WEINBERG, C. *Psicanálise de transtornos alimentares*, Ed. Primavera. São Paulo, vol. 2.

DEBORD, G. A sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER. Third Edition (DSM-III), American Psychiatric Association, Washington D.C., 1980.

DI GIULIO, G. Dietas e revistas não-especializadas: uma combinação perigosa. *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 57, n. 1, Mar. 2005

DUCHESNE, M.; APPOLINÁRIO, J.C.; RANGÉ, B.P.; FREITAS, S.; PAPELBAUM, M. & COUTINHO, W. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria*, 29(1): 80-92, 2007.

ESPÍNDOLA, C.R. & BLAY, S.L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria*, 28(3): 265-275, 2006.

FABER, R.J.; O'GUINN, T.C. & KRYCH, R. Compulsive consumption. *Advances in consumer research*, 14(1): 132-135, 1987.

FAIMBERG, H. A telescopagem das gerações a propósito da genealogia de certas identificações. In: KAES, R. et. al. Transmissão da vida psíquica entre gerações. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 71-93, 2001.

FAIRBURN, C.G. Overcoming binge eating. New York: Guilford Press; 1995.

FANDIÑO, J. et al. Bariatric surgery: clinical, surgical and psychiatric aspects. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004.

FELIPPE, F.M.L. et al. O peso social da obesidade. Comunicação e Saúde: *Revista Digital*, v. 1, n. 1, 2004.

FELIPPE, F. M. L. et al. Obesidade e mídia: o lado sutil da informação. *Revista acadêmica do grupo comunicacional de São Bernardo: publicação digital*, v. 1, n. 2, 2004. Disponível em: Acesso em: dez. 2007. [obesidade_mídia.pdf](#).

FÉDIDA, P. Corpo do vazio e espaço da sessão. Paris: J.P. Delarge, p. 297, 1977.

FERNANDES, M.H. Corpo. São Paulo: Casa do. Psicólogo, 2005.

———. A construção do corpo na anorexia das meninas. In: Novaes, J.N.; Vilhena, J.(org). Que corpo é este que anda sempre comigo? *Corpo, Imagem e Sofrimento Psíquico*, Ed: Appris: Curitiba, 2016.

———. Transtornos alimentares, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2006.

FERNANDES, L.E.O. Gula: entre vícios e virtudes, uma história da relação da humanidade com sua alimentação. Disponível em: <<http://www.cpflcultura.com.br/wp/evento/cafe-filosofico-cpfl-gula-entre-vicios-e-virtudes-umahistoria-da-relacao-da-humanidade-com-sua-alimentacao-com-luiz-estevam-deoliveira-fernandes>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

FENICHEL, O. Teoria psicanalítica das neuroses. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1981.

FIGUEIREDO, L.C. Psicanálise: elementos para clínica contemporânea. São Paulo: Escuta, 2003.

FIGUEIREDO, L.C. & CINTRA, E. Lendo André Green: O trabalho do negativo e o paciente limite. In: CARDOSO, M. (org.) Limites. São Paulo: Escuta, 2004.

FISCHLER, C. L'Homnivore. Paris: Odile Jacob, 2001.

FORTES, I. A anatomia fantasmática: o lugar do corpo em psicanálise. *Revista Epos*, v. 3, p. 16-24, 2012.

———. A obstinação na anorexia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 14, p. 83-95, 2011.

———. A dimensão do excesso no sofrimento contemporâneo. *Pulsional. Revista de Psicanálise* (São Paulo), v. 21, p. 63-74, 2008.

———. A psicanálise face ao hedonismo contemporâneo. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. 9, p. 29-40, 2009.

FORTUNA, et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FOXCROFT, L. A tirania das dietas. São Paulo: Ed. Três Estrelas, 2013.

FRANCIS, S. Greenspan DGG. Endocrinologia Básica e Clínica. Sétima ed.: Mc Graw-Hill; 2006.

FREEDMAN, D.H. Como Solucionar a Crise da Obesidade. *Scientific American*, n. 106, p. 28-35, 2011.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C. & APPOLINÁRIO, J.C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 34-38, 2002.

FREITAS, S. & APPOLINARIO, J.C. Tradução da “Binge Eating Scale”. *Rev Bras Psiquiatr.*, 2001; 23(4): 215-20, 2001.

FREUD, S. (1895). Estudos sobre a histeria. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, v. II.

———. (1933). Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise. Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XXII.

———. (1914). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, Obras completas de Sigmund Freud, Buenos Aires: Amorrortu, v. 14, pp. 65-98.

———. (1915). Luto e Melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV. p. 281.

———. (1926). Inibição. Sintoma e ansiedade. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, v. XX.

———. (1897). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, v. I.

———. (1920). Além do princípio do prazer. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 18, 1996.

———. (1921), Psicologia de Grupo e Análise do ego. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII

———. (1927) ‘O humor’. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, v. XXI.

———. (1977) Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, vol. IX.

GARCIA, C. Os estados limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de André Green para a clínica contemporânea. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 123-35, 2007.

GIDDENS, A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GONZAGA A.P. & WEINBERG, C. Psicanálise de transtornos alimentares. São Paulo: Primavera, 2010.

GORMALLY, J.; BLACK, S.; DASTON, S. & RARDIN, D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav.*, 7: 47-55, 1982.

GREEN, A. O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico. In: ———. Sobre a loucura pessoal. Trad. Carlos Alberto Pavanelli. Rio de Janeiro: Imago, p. 36-65, 1988.

———. (1977a). O conceito de fronteiroço. In: Sobre a Loucura Pessoal. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

———. (1977b). A alucinação negativa. In: O trabalho do negativo, Porto Alegre: Artmed, 2010.

———. (1982). La Double Limite. In: Nouvelle Revue de Psychanalyse, 25. 267-283.

———. (1986). Conferências Brasileiras de André Green. Metapsicologia dos Limites. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

GREEN, A. Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo: Escuta, 1988a.

———. Pulsão de morte, negativo, função desobjetalizante. In: Pulsão de morte. São Paulo: Escuta, 1988b.

———. O trabalho do negativo. Porto Alegre: Artmed, 2009.

———. Orientação para uma psicanálise contemporânea. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

GUISADO MACIAS, J.A. & VAZ LEAL, F.J. Psychopathological differences between morbidly obese binge eaters and non-binge eaters after bariatric surgery. *Eat Weight Disord.*, 8(4): 315-8, 2003.

GURFINKEL, D. Adicções: da perversão da pulsão à patologia dos objetos transicionais. *Psychê*, Ano XI, n. 20, São Paulo, p. 13-28, jan-jun/2007.

GURFINKEL, D. A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania. Petrópolis: Vozes, 1996.

HABERMAS, T. The Psychiatric History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Weight Concerns and Bulimic Symptoms in early case Reports. *International Journal of Eating Disorders*, 8: 259-73, 1989.

HALPERN, A. Obesidade: considerações terapêuticas. In: MEDEIROS-NETO, G. (Org.). Obesidade: uma nova fronteira metabólica. São Paulo: Ache, p. 160-165, 1998.

HALPERN, A. & MANCINI, M.C. Como diagnosticar e tratar a obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 56, p. 131-140, 1999.

———. Manual de obesidade para o clínico. São Paulo: Roca, 2002.

———. O tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 7, n. 2, p. 166-171, 2000.

HAYDEN, M.J.; MURPHY, K.D.; BROWN, W.A. & O'BRIEN, P.E. Axis I disorders in adjustable gastric band patients: the relationship between psychopathology and weight loss. *Obes Surg.*, 24: 1469-75, 2014.

HERSCOVICI, C.R. A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares. Porto Alegre: Artmed, 1997.

HERZOG, D.B.; HOPKINS, J.D. & BURNS, C.D. A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *Int J Eat Dis.*, 14: 261-7, 1993.

HIRSCHMAN, E.C. & STERN, B.B. The Roles of Emotion in Consumer. *Research Advances in Consumer Research*, 26: 4-11, 1999.

HOLLANDER E. The obsessive-compulsive spectrum disorders. *Int Rev Psych.*, 9: 99-109, 1997.

HSU, L.K.G.; BETANCOURT, S. & SULLIVAN, S. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disord.*, 19: 23-34, 1996.

HSU, L.K.G.; BENOTTI, P.N.; DWYER, J.; ROBERTS, S.B.; SALTZMAN, E.; SHIKORA, S. et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med.*, 60(3): 338-46, 1998.

HSU, L.K.G.; SULLIVAN, S.P. & BENOTTI, P.N. Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery: a pilot study. *Int J Eat Disord.*, 21: 385-90, 1997.

ISSACS, S. Natureza e a função da fantasia. In: KLEIN, M; HEIMANN, P.; ISSACS & RIVIÈRE, J. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 82, 1986.

JEAMMET, P. Abordagem psicanalítica dos transtornos da conduta alimentar, In: URRIBARRI, R. *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999.

———. Desregulações narcísicas. In: BRUSSET, B.C. & COUVREUR, E.A. FINE. *A Bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003.

JOSEPH, B. A inveja na vida cotidiana. In: FELDMAN, M. & SPILLIUS, E.B. *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica*. Rio de Janeiro: Imago, p. 185-194, 1992.

NOVELLE1, J.M. & MARLE, S. Alvarenga. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. *J Bras Psiquiatr.*, 65(3): 262-85, 2016.

KAES, R. et. al. Transmissão da vida psíquica entre gerações. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

KAËS, R. Os espaços psíquicos compartilhados: transmissão e negatividade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KAILA, B. & RAMAN, M. Obesity: a review of pathogenesis and management strategies. *Can J Gastroenterol.*, 22(1): 61-8, 2008 jan.

KALARCHIAN, M.A.; MARCUS, M.D.; WILSON, G.T.; LABOUVIE, E.W.; BROLIN, R.E. & LAMARCA, L.B. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery*, 12, 270-275, 2002.

KEHL, M.R. As máquinas falantes. In: NOVAES, A. (org.). *O homem máquina. A ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

KESTEMBERG, E. & DECOBERT, S. La faim et le corps. Paris: PUF, p. 144, 1972.

KLEIN, M. (Org.). Os progressos da psicanálise (4a. ed.). Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

———. (1932). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

———. (1933). O desenvolvimento inicial da consciência na criança. In: _____. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. Inveja e gratidão (1957). In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. v. III. *Obras completas de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.

———. (1952). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: _____. *Inveja e gratidão e outros trabalhos, 1946-1963*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

———. O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos (1940). In: _____. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

———. (1935). Uma contribuição para a psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: _____. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos, 1921-1945*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLOCKHOFF, H.; NÄSLUND, I. & JONES, A.W. Faster absorption of ethanol and higher peak concentration in women after gastric bypass surgery. *Br J Clin Pharmacol.*, 54(6): 587-91, 2002.

KOFMAN, M.D.; LENT, M.R. & SWENCIONIS, C. Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: Results of an internet survey. *Obesity*, 18(10): 1938-1943, 2010.

KORNER, J.; INABNET, W.; CONWELL, I.M.; TAVERAS, C.; DAUD, A.; OLIVERO-RIVERA, L. et al. Differential effects of gastric bypass and banding on circulating gut hormone and leptin levels. *Obesity* (Silver Spring), 14(9): 1553-61, 2006 Sep.

KRAMER, F.M.; JEFFERY, R.W.; FORSTER, J.L. & SNELL, M.K. Long-term follow-up of behavioral treatment for obesity: patterns of weight regain among men and women. *Int J Obes.*, 13(2): 123-36, 1989.

KUPERMANN, D. Princípios para uma ética do cuidado. Memória da psicanálise 3. *Sándor Ferenczi e a ética do cuidado*. São Paulo: Duetto, p. 44-51, 2009.

KUPERMANN, D. Ousar rir: humor, criação e psicanálise. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

LAKE, A. & TOWNSHEND, T. Obesogenic environments: Exploring the built and food environments. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6): 262-267, 2006.

LANGARO, F.; VIEIRA, A.P.K.; POGGERE, L.C. & TRENTINI, C.M. Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. *Avaliação Psicológica*, 10(1): 71-9, 2011.

LANGE, E.S.N. & TARDIVO, L.S.L.P. (Org.). Corpo, alteridade e sintoma: diversidade e compreensão. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2011.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LASCH, C.A. O mínimo eu – Sobrevivência psíquica em tempos difíceis. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LATNER, J.D. & CLYNE, C. The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *Int J Eat Disord.*, 41(1): 1-14, 2008 Jan.

Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Glinski J. Gastric bypass in a low-income, innercity population: eating disturbances and weight loss. *Obes Res.* 12(6): 956-61, 2004 Jun.

LE BRETON, D. Adeus ao Corpo. Antropologia e Sociedade. Campinas: Papirus, 2003.

LEO, A. & VILHENA, J.. A dimensão psíquica da experiência corporal. Tempo psicanalítico, Rio de Janeiro. v. 42. n. 1, p.151-170, 2010.

LEVINOVITZ, A. A Mentira do Gluten - E outros mitos sobre o que você come CDG Editora, 2015.

LIER, H.O.; BIRINGER, E.; STUBHAUG, B. & TANGEN, T. Prevalence of psychiatric disorders before and 1 year after bariatric surgery: the role of shame in maintenance of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery. *Nord J Psychiatry*, 67: 89-96, 2013.

LI .LINLIN & WU LI-TZY. Substance Use after Bariatric Surgery: A Review. *J Psychiatr Res.*, 76: 16-29, 2016 May.

LIMA, M.A.D.S. & ALMEIDA, M.C.P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 86-101, 1999.

LIPOVETSKY, G. A era do vazio – Ensaio sobre o individualismo contemporâneo. Lisboa: Relógio D'Água, 1983.

LLUCH, A.; HERBETH, B.; MÉJEAN, L. & SIEST, G. Dietary intakes, eating style and overweight in the Stanislas Family Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 24(11): 1493-9, 2000 Nov.

MACHADO, P.; MACHADO, B.; GONÇALVES, S. & HOEK, H. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord.*, 40(3): 212-7, 2007.

MACHADO, C.E.; ZILBERSTEIN, B.; CECCONELLO, I. & MONTEIRO, M. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig.*, 21(4): 185-91, 2008.

MADUREIRA, B.; NOVAES, J.V. & VILHENA, J. As Barbies do varejo. Um estudo sobre os padrões estéticos do processo de seleção do comércio da moda carioca. *Polêm!ca*, v. 15, p. 29-46, 2015.

MAGRO, D.O.; GELONEZE, B.; DELFINI, R.; PAREJA, B.C.; CALLEJAS, F. & PAREJA, J.C. Long-term weight regain after gastric bypass: A 5-year prospective study. *Obesity Surgery*, 18, 648-651, 2008.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - DSM-IV. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MARCUS, M.D.; WING, R.R. & LAMPARSKI, D.M. Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addict Behav.*, 10: 163-8, 1985

MAROUN, K. & VIEIRA, V. Corpo: uma mercadoria na pós-modernidade. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 171-186, dez 2008.

MAUSS, M. Sociologia e antropologia. São Paulo: EPU, 1974, v. II.

McDOUGALL, J. et al. *Corpo e Historia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

———. *Teatro dos corpos: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

———. Sobre a bulimia. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C. & FINE, A. A *Bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003.

MEANY, G.; CONCEIÇÃO, E. & MITCHELL, J.E. Binge Eating, Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating: Effects on Weight Outcomes after Bariatric Surgery. *Eur Eat Disord Rev.*, 22(2): 87-91, 2014 Mar.

MENDES, N. & DE VILHENA, J. *Corpo de Consumo, Corpo Consumido: uma Experiência Ambulatorial no Atendimento a Pacientes de Cirurgia Bariátrica*. *Polêm!Ca*, 16, ago. 2016.

MEZAN, R. *Escrevendo a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

———. *Psicanálise e cultura, psicanálise na cultura*. In: _____. *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das letras, 2002.

———. O Mal-Estar na Modernidade. *Revista Veja*, São Paulo, p. 68-70, 26 dez 2000.

MIRANDA, M.R. *Anorexia nervosa e bulimia à luz da Psicanálise – a complexidade da relação mãe-filha*. Tese de doutorado defendida na PUC-SP em Maio de 2003.

———. Entrevista: internet
<http://psicanaliseblog.com.br/2015/07/13/transtornos-alimentares/>

MORSETH, M.S.; HANVOLD, S.E.; RO, O.; RISSTAD, H.; MALA, T.; BENTH, J.S. et al. Self-reported eating disorder symptoms before and after gastric bypass and duodenal switch for super obesity-a 5-year follow-up study. *Obes Surg.*, 1-7, 2015.

MÜLLER, A.; MITCHELL, J.E.; SONDAG, C. & DE ZWANN, M. Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Curr Psychiatry Rep.*, 15(10): 397, 2013.

NAMMI, S.; KOKA, S.; CHINNALA, K.M. & BOINI, K.M. Obesity: an overview on its current perspectives and treatment options. *Nutr J.*, 14; 3: 3, 2004 apr.

NEUMARK-SZTAINER, D. & HAINES, J. Psychosocial and Behavioral Consequences of Obesity. In: THOMPSON, J.K. (ed.), *Handbook of Eating Disorders and Obesity* (pp.349-71) Harvard: Harvard Pilgrim Healthcare, 2004.

NIEGO, S.H.; KOFMAN, M.D.; WEISS, J.J. & GELIEBTER, A. Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int J Eat Disord.*, 40(4): 349-59, 2007.

NOVAES, J.V. O intolerável peso da feiúra. Sobre as mulheres e seus corpos. Ed. PUC/Garammond, 2006.

———. Com que corpo eu vou? Sociabilidades e usos do corpo nas mulheres das camadas altas e populares. Ed. PUC/Pallas, 2010.

———. Perdidas no espelho? Sobre o culto ao corpo na sociedade de consumo. Dissertação de Mestrado, PUC-Rio, 2001.

———. Sobre a tirania da beleza. *Revista Polêmica*, v. 18, p. 18, 2007.

O'DEA, J.A. & CAPUTI, P. Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6- to 19-year-old children and adolescents. *Health Education Research*, 16: 521-532, 2001.

ODOM, J.; ZALESIN, K.C.; WASHINGTON, T.L.; MILLER, W.W.; HAKMEH, B.; ZAREMBA, D.L. & MCCULLOUGH, P.A. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20: 349-356, 2010.

OGDEN, J. The psychology of eating: From healthy to disordered behavior. United Kingdom: Blackwell Publishing, 2010.

OLIVEIRA, J.H.A. de. Aspectos psicológicos de obesos grau III antes e depois da cirurgia bariátrica, Tese de doutorado, Campinas, SP, 2006.

OLIVEIRA, T.U.V. & AMARAL, T.V.F. O Complexo de Édipo: Uma comparação entre Melanie Klein e Sigmund Freud. *Mosaico Estudos em Psicologia*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 1-8, 2009.

ORTEGA, F. O corpo incerto. Rio de Janeiro: Garammond, 1998.

PALAVRAS, M.A.; KAIO, G.H.; MARI, J.J. & CLAUDINO, A.M. Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2011, v. 33, suppl.1 [cited 2018-02-04], pp.s81-s94. Palavras et al. *Journal of Eating Disorders*, 1: 26, 2013 <http://www.jeatdisord.com/content/1/1/26>.

PALAVRAS, M.; MORGAN, C.; BORGES, M.; CLAUDINO, A. & HAY, P. An investigation of objective and subjective types of binge eating episodes in a clinical sample of people with co-morbid obesity. *International Journal of Eating Disorders*. August 2013 DOI: 10.1186/2050-2974-1-26.

PAPELBAUM, M. & APPOLINARIO, J.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro? *Rev Bras Psiquiatr.*, 23(1): 38-40, 2001.

PATTON, G.C.; SELZER, R.; COFFEY, C.; CARLIN, J.B. & WOLFE, R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*, 318(7186): 765-8. 50, 1999.

PEIXOTO, J.S. & GANEN, K.M.G. Prevalência de Transtornos Alimentares Pós-Cirurgia Bariátrica. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 3, n. 3, p. 353-358, set./dez. 2010 - ISSN 1983-1870.

PETTRIBU, K.; SÁ, E.R.; OLIVEIRA, F.M.F.; BRAZ, I.A.; GOMES, I.M.G.; ARAÚJO, D.E.; ALMEIDA, N.C. N.; ALBUQUERQUE, P.C. & FERREIRA, M.T.C.A.P. em uma População de obesos mórbidos candidatos à Cirurgia Bariátrica do Hospital Oswaldo Cruz em Recife, PE. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 50, n. 5, 2006.

PEKKARINEN, T.; KOSKELA, K.; HUIKURI, K. & MUSTAJOKI, P. Long-term results of gastropasty for morbid obesity: binge-eating as a predictor of poor outcome. *Obes Surg.*, 1994; 4(3): 248-55.

PINHEIRO, A.P. & GIUGLIANI, E.R.J. Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado? *Jornal de Pediatria*, 82(3), 13-17, 2006.

PHILIPPI, S.T. & ALVARENGA, M. Transtornos Alimentares – Uma visão nutricional. São Paulo: Manole, 2004.

POLIVY, J. Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Assoc.*, 96(6): 589-92, 1996.

POWER, P.S.; PEREZ, A.; BODY, F. & ROSEMURGY, A. Eating Pathology before and after bariatric surgery patients. *Int J Eat Disord.*, 23: 89-92, 1999.

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

RAND, C.S. & MACGREGOR, A.M. Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. *Int J Obes.*, 15(9): 577-9, 1991 Sep.

REICHBORN-KJENNERUD, T.; BULIK, C.M.; SULLIVAN, P.F.; TAMBS, K. & HARRIS, J.R. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obes Res.*, 12(9): 1445-54, 2004 Sep.

RIBEIRO, M. & ZORZETTO, R. O avesso de Narciso. *Revista Pesquisa FAPESP*, v. 103, 2004.

ROCHA, L.; VILHENA, J. & NOVAES, J. Obesidade mórbida: quando comer vai muito além do alimento. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, v. 15, n. 2, p. 77-96, ago 2009.

RUSSEL, G.F.M. Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 9: 429-48, 1979.

SALLET, P.C.; SALLET, J.A.; DIXON, J.; COLLIS, E.; PISANI, C.A. & LEVY, A. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obes Surg.*, 17(4): 445-51, 2007.

SALMON, C. Kate Moss machine. Paris: La Découverte, 2010.

SANT'AANA, D.B. de. É possível realizar uma história do corpo? In: SOARES, C.L. (org). Corpo e História. 3 ed. São Paulo: Autores Associados, 2006.

———. (org). Políticas do Corpo. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

———. Gordos, magros e obesos: Uma história do peso no Brasil. Ed. Estação Liberdade: São Paulo, 2017.

SAPOZNIK, A. Bulimia Nervosa: Manifestação clínica, curso e prognóstico. In: CLAUDINO, A. & ZANELLA, M. Transtornos Alimentares e obesidade. São Paulo: Ed. Manolo, 2005.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SEGAL, H. Introdução à obra de Melanie Klein, Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SEGAL, A. & FANDIÑO, J. Indicações e Contra-indicações para Realização das Operações Bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol.24. Supl.III. p. 68-72, 2002.

SEGAL, A.; CARDEAL, M.V. & CORDÁS, T.A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Rev. psiquiatria clínica*, São Paulo, 29(2): 81-89, 2002.

SEGAL, A.; KUSSUNOKI, D.K. & LARINO, M.A. Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. *Obes Surg.*, 14: 353-60, 2004.

SPITZER, R.I.; DEVLIN, M.; WALSH, B.T.; HASIN, D.; WING, R. & MARCUS, M. Binge Eating Disorder: a Multisite Field Trial of Diagnostic Criteria. *International Journal Eating Disorder*, v. 11, p. 191-203, 1992.

———. Binge eating disorder: its further validation in multisite study. *International Journal of Eating Disorders*. n. 13, 1993.

SOTANG, S. Doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

STUNKARD, A.J. et al. The night-eating syndrome. In: FAIRBURN, C.G. Eating disorders and obesity. New York, Guilford Press, 2002.

STUNKARD, A.; BERKOWITZ, R.; TANRIKUT, C.; REISS, E. & YOUNG, L. d-fenfluramine treatment of binge eating disorder. *Am J Psychiatry.*, 153: 1455-9, 1996.

STUNKARD, A.J. A history of binge eating. In: FAIRBURN, C.G. Binge eating and its nature, assessment and treatment. The Guilford Press, London, 1993.

TAE, B.; PELAGGI, E.R.; MOREIRA, J.G.; WAISBERG, J.; MATOS, L.L. & D'ELIA, G. O impacto da cirurgia bariátrica nos sintomas depressivos e ansiosos, comportamento bulímico e na qualidade de vida. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 41(3): 155-60, 2014.

TAVARES, H. Jogo patológico e suas relações com o espectro impulsivo-compulsivo. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000.

TURNER, H. & BRYANT-WAUGH, R. Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): profiles of clients presenting at a community eating disorder service. *Eur Eat Disord Rev.*, 12: 18-26, 2004.

URRIBARRI, R. (org.). Anorexia e bulimia. São Paulo: Escuta, 1999.

VAN HOUT, G. & VAN HECK, G. Psychological aspects of weightloss surgery. *Obesity Facts*, v. 13, n. 2, p. 10-15, 2009.

VANDEREYCKEN, W. Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: review of the literature from 1960 to 1979. *International Journal of Eating Disorder*, v. 16, 1994.

VAUGHAN, S.C. & SALZMAN, L. Antianxiety function of impulsivity and compulsivity. In: OLDHAM, J.M.; HOLLANDER, E. & SKODOL, A.E. (Eds) Impulsivity and compulsivity. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc., 1996.

VARGAS, A.; ROJAS-RUIZ, M.T.; ROMÁN, S.S. & SALÍN-RASCUAL, R.J. Development of Bulimia Nervosa After Bariatric Surgery in Morbid Obesity Patients. *Salud Mental*, v. 26, n. 5, pp. 28-32, oct 2003.

VERZTMAN, J.; HERZOG, R. & PINHEIRO, T. Os psicanalistas podem desprezar inteiramente as categorias diagnósticas da psiquiatria? In: Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade. Org: BIRMAN, J.; FORTES, I. & PERELSON, S. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2010.

VIANNA, M. Da geladeira ao divã: psicanálise da compulsão alimentar. Curitiba: Ed. Appris, 2016.

VILHENA, J. & NOVAES, J. (orgs.) Corpo pra que te quero? Usos, abusos e desusos. Ed. Appris/PUC, 2012.

VILHENA, J.; NOVAES, J.V. & ROSA, C.M. A sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* (Impresso), v. 17, p. 251-264, 2014.

VILHENA, J.; NOVAES, J.V. & ROCHA, L. 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*, v. 8, p. 379-406, 2008.

VILHENA, J.; MEDEIROS, S. & NOVAES, J.V. A violência da imagem. A estética, o feminino e a contemporaneidade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 111-146, 2006.

VOLICH, R. Hipocondria. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002

WADDEN, T.A.; FAULCONBRIDGE, L.F.; JONES-CORNEILLE, L.R.; SARWER, D.B.; FABRICATORE, A.N.; THOMAS, J.G. et al. Binge eating disorder and the outcome of bariatric surgery at one year: a prospective, observational study. *Obesity* (Silver Spring), 19(6):1220-8, 2011 jun.

WADDEN, T.A. & STUNKARD, A. Psychosocial Consequences of Obesity and Dieting: Research and Clinical Findings. In: STUNKARD, A.J. & WADDEN, T.A. (eds.): *Obesity: Theory and Therapy*, 2 ed. Raven, New York, pp. 163-77, 1993.

WEINBERG, C. Sob o olhar da Santa Madre: articulações entre a vida de Santa Veronica Giuliani e a clínica da anorexia, 2015.

WEINBERG, C. & CORDÁS, T. Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa. São Paulo: Annablume, 2006.

WENDLING, A. & WUDYKA, A. Narcotic addiction following gastric bypass surgery-a case study. *Obes Surg.*, 21(5): 680-3, 2011.

WEINELAND, S.; ARVIDSSON, D.; KAKOULIDIS, T. & DAHL, J. Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice*, 6, 21-30, 2012.

WHITE, M.A.; MASHEB, R.M.; ROTHSCILD, B.S.; BURKE-MARTINDALE, C.H. & GRILO, C.M. The prognostic significance of regular binge eating in extremely obese gastric bypass patients: 12-month postoperative outcomes. *J Clin Psychiatry*, 67(12): 1928-35, 2006 dec..

WINNICOTT, D.W. (1958). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: Da pediatria à psicanálise - Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

———. (1958). A tendência anti-social. In: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

———. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

———. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.

———. (1967). “A localização da experiência cultural”. In: WINNICOTT, D. (1975). O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

———. (1967). “O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”. In: WINNICOTT, D. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

———. (1958). Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. In: Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

———. La crainte de l’effondrement. Nouvelle Revue de Psychanalyse, Paris: Gallimard, n. 11, p. 42, 1974.

WOLF, N. Fire With Fire, The New Female Power and How It Will Change the 21st Century. New York, Random House, 1993.

———. The Beauty Myth. New York, Harper Perennial, 1991.

YANOVSKI, S.Z.; NELSON, J.E.; DUBBERT, B.K. & SPITZER, R.L. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*, 150(10): 1472-9, 1993.

ZWAAN, M.; HILBERT, A.; SWAN-KREMEIER, L.; SIMONICH, H.; LANCASTER, K.; HOWELL, L.M. et al. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18-35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis.*, 6: 79-87, 2010.

ZWAAN, M.; MITCHELL, J.E.; SEIM, H.C.; SPECKER, S.M.; PYLE, R.L.; RAYMOND, N.C. et al. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.*, 15(1): 43-52, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA - SBCBM. Disponível em < <http://www.sbcm.org.br/wordpress/> > Acesso em: 13/03/2015.

BLOG DA SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Obesidade estabiliza no Brasil, mas excesso de peso aumenta. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/gp12y9>> Acesso em 15/04/2015.

PORTAL DA SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mais da metade da população brasileira tem excesso de peso. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/12926/162/mais-da-metade-da-populacao-brasileira-tem-excesso-de-peso.html>> Acesso em: 29/07/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2012. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_980411.pdf.> Acesso em: 13/03/2015.

ANEXO I

O instrumento de avaliação de compulsão alimentar *Binge Eating Scale* - BES foi respondido no período anterior à cirurgia bariátrica durante as consultas de avaliação psicológica realizadas pela equipe do Dr. Antônio Augusto Peixoto de Souza.

Esse instrumento possui versão em português além de estudos de validação. É, segundo o protocolo psicométrico para transtornos alimentares desenvolvido por Freitas, Gorenstein e Appolinario (2002), o instrumento mais confiável para o rastreamento da CA.

O *Binge Eating Scale* - BES foi desenvolvido por Gormally et al. (1982), amplamente utilizado em pesquisas e na clínica. Construído para avaliar a compulsão alimentar especificamente em obesos, utilizando uma abordagem dimensional do fenômeno, é composto por 16 itens fornecendo o resultado em três categorias: CA grave (escore ≥ 27), moderada (escore entre 18 e 26) e ausência de CA (escore ≤ 17).

Possui uma escala Likert constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. A cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência ("0") até a gravidade máxima ("3") da CA. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item e os pacientes são classificados de acordo com os seguintes escores: indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem CA; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com CA moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com CA grave. Quanto às suas propriedades psicométricas, o BES apresentou consistência interna moderadamente alta: alfa de Cronbach = 0,85. Na atual pesquisa, foram selecionados os 28 sujeitos que tiveram pontuação maior ou igual a 18 (CA moderado e grave).

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR BES (BINGE EATING SCALE)

Autores:

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).

Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Tradução da “Binge Eating Scale”

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1

- () 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- () 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- () 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- () 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- () 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- () 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- () 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- () 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- () 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- () 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- () 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.

() 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

() 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.

() 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.

() 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

() 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

() 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

() 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.

() 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).

() 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

() 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

() 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

() 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.

() 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

() 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.

() 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.

() 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.

() 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

() 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).

() 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).

() 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.

() 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

() 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).

() 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.

() 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.

() 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

() 1 Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.

() 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.

() 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.

() 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

() 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.

() 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.

() 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.

() 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

() 1. Eu não penso muito sobre comida.

() 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.

() 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.

() 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

() 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.

() 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.

() 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

ANEXO II

Questionário Dados Pessoais

Nome completo:
Data de nascimento:
Profissão:
Escolaridade:
Telefones:
E-mail:
Data da cirurgia bariátrica:
Peso e altura na época da cirurgia:
Peso e altura atual:
IMC:
Menor peso que teve depois da cirurgia e quanto tempo de cirurgia tinha na ocasião?
Maior peso que teve depois da cirurgia e quanto tempo de cirurgia tinha na ocasião?

Transtornos Alimentares

Anorexia Nervosa

1. Você insiste em manter o peso abaixo do IMC 17,5?	S/N
2. Mesmo estando abaixo do peso considerado apropriado para a sua altura e idade, você ainda se considera gordo ou acha que partes do seu corpo estão gordas?	S/N
3. Você tem pavor/medo intenso de engordar, de ganho de peso ou de se tornar gordo novamente?	S/N
4. Você tem algum comportamento persistente que interfere no ganho de peso mesmo com baixo peso, como por exemplo: fazer dietas muito rigorosas, jejuns, restrição de grupos alimentos?	S/N
5. O seu peso ou forma corporal tem uma grande influência sobre o que você pensa de si mesmo (sua autoestima, auto avaliação e valor estão diretamente ligados ao corpo e peso)?	S/N
6. Apresentava algum desses comportamentos antes da cirurgia bariátrica?	S/N
7. Se a resposta for sim, quais?	

Bulimia Nervosa

1. Você costuma ter episódios recorrentes nos quais come uma grande quantidade de comida em um período de tempo limitado, acompanhado de uma sensação de falta de controle e/ou sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo?	S/N
2. Após esses episódios você já teve algum desses comportamentos para evitar o ganho de peso:	
- Vomitar	S/N
- Tomar Laxante	S/N
- Tomar Diurético	S/N
- Tomar outras medicações	S/N
- Fazer exercícios físicos excessivos	S/N
- Fazer jejum ou dietas restritivas	S/N
- Mastigar e cuspir	S/N
3. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorreram, em média, pelo menos uma vez por semana nos últimos três meses?	S/N
4. O seu peso ou forma corporal tem uma grande influência sobre o que você pensa de si mesmo (sua autoestima, auto avaliação e valor estão diretamente ligados ao seu peso)?	S/N
5. Apresentava algum desses comportamentos antes da cirurgia bariátrica?	S/N
6. Se a resposta for sim, quais?	

Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

1. Você costuma ter episódios recorrentes, nos quais come uma grande quantidade de comida em um período de tempo limitado, acompanhado de uma sensação de falta de controle, e/ou sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo?	S/N
2. Durante esses episódios você:	S/N
- Come mais rápido que o habitual	S/N
- Come até se sentir desconfortavelmente cheio	S/N
- Come muito mesmo sem estar fisicamente com fome	S/N
- Come sozinho por ter vergonha da quantidade e da forma que está comendo	S/N
3. Depois desses episódios você:	
- Sente raiva ou nojo de si mesmo	S/N
- Se sente deprimido, culpado ou angustiado	S/N
4. A compulsão alimentar ocorre, em média, pelo menos uma vez por semana nos últimos três meses?	S/N
5. Apresentava algum desses comportamentos antes da cirurgia bariátrica?	S/N
6. Se a resposta for sim, quais?	

Transtorno Alimentar Não Especificado

1. Anorexia nervosa atípica: preenche todos os critérios para anorexia nervosa exceto que mesmo com a significativa perda de peso o IMC do indivíduo está acima de 17,5?	S/N
2. Bulimia nervosa (de baixa frequência e/ ou duração limitada): preenche todos os critérios para bulimia nervosa exceto que a compulsão e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, menos do que uma vez por semana e/ou menos do que 3 meses?	S/N
3. Transtorno da compulsão alimentar periódica (de baixa frequência e/ou duração limitada): preenche todos os critérios para TCAP, exceto que a compulsão ocorre, em média, menos do que uma vez por semana e/ou menos do que 3 meses?	S/N
4. Transtorno da purgação: apresenta comportamento purgativo recorrente para influenciar peso ou forma corporais (ex. vômito auto induzido; abuso de laxantes, diuréticos ou de outras medicações) sem ter compulsão alimentar?	S/N
5. Síndrome da alimentação noturna (SAN):	
- Você tem recorrentes episódios de comer noturno, nos quais acorda durante a noite para comer ou come excessivamente após a última refeição do dia?	S/N
- Quando esses episódios ocorrem você tem consciência e lembrança do que comeu?	S/N
- Esses episódios de comer noturno causam significativo sofrimento e/ou danos ao seu funcionamento?	S/N
6. Apresentava algum desses comportamentos antes da cirurgia bariátrica?	S/N
7. Se a resposta for sim, quais?	

Caso exista presença de compulsão alimentar atual:
1. Você poderia descrever as principais características da sua compulsão alimentar atual?
2. Quando foi seu último episódio de compulsão alimentar? Você poderia descrever com detalhes os alimentos e as quantidades que você consumiu nesse episódio?
3. Quanto tempo durou esse episódio?
4. Você poderia citar quais são as diferenças que percebe entre as suas compulsões alimentares antes e após a cirurgia bariátrica?

**Transtornos Relacionados ao Uso de Substancia e Transtornos
Aditivos
Álcool e Drogas**

1. Você apresenta um padrão problemático de uso de álcool ou drogas que leva ao comprometimento ou sofrimento significativo, manifestado por algum dos seguintes critérios:	
O consumo é frequentemente em maiores quantidades ou por um tempo mais longo do que você pretendia?	S/N
Existe um desejo persistente ou esforço malsucedido no sentido de reduzir ou controlar o consumo?	S/N
Você gasta muito tempo em atividades necessárias para a obtenção de álcool ou drogas, em sua utilização ou na recuperação dos efeitos causados pelo seu uso?	
Apresenta fissura ou forte desejo ou necessidade de consumir álcool ou drogas?	
O uso recorrente da substância já resultou em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa?	S/N
Você continua usando a substância apesar de problemas sociais ou interpessoais causados ou exacerbados pelo seu efeito?	S/N
Importantes atividades sociais, profissionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância?	S/N
Você faz uso recorrente da substância em situações nas quais isso represente perigo para sua integridade física?	S/N
Você continua usando a substância apesar de saber que ela é responsável por causar ou exacerbar algum problema físico ou psicológico?	S/N
Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: Você necessita de quantidades cada vez maiores da substância para alcançar o efeito desejado?	S/N
Você percebe que o efeito é acentuadamente menor com o uso contínuo da mesma quantidade da substância?	S/N
2. Você já apresentava esse mesmo padrão problemático de uso de álcool e drogas antes da cirurgia bariátrica?	S/N
3. Ocorreu alguma mudança no padrão ou na substância utilizada?	S/N
4. Qual?	

Comportamentos Compulsivos
Compras, Sexo e Jogos

	SEXO	COMPRAS	JOGOS
1. Você apresenta comportamento recorrente relacionado a compras, sexo, ou jogos que poderia ser descrito como problemático, levando ao comprometimento ou sofrimento significativo, conforme indicado pela apresentação das seguintes situações:	S/N	S/N	S/N
Necessidade cada vez maior de realizar o comportamento?	S/N	S/N	S/N
Inquietude ou irritação quando tenta interromper o comportamento?	S/N	S/N	S/N
Já fez esforços repetidos e malsucedidos no sentido de controlar, reduzir ou interromper o comportamento?	S/N	S/N	S/N
Você tem pensamentos e preocupação frequentes com o comportamento?	S/N	S/N	S/N
Frequentemente recorre a esse comportamento quando se sente angustiado (sentimento de impotência, culpa, ansiedade, depressão)?	S/N	S/N	S/N
Mente para esconder o seu comportamento?	S/N	S/N	S/N
Prejudicou ou perdeu um relacionamento, emprego ou oportunidade educacional ou profissional em razão desse comportamento?	S/N	S/N	S/N
Já prejudicou outras pessoas em virtude do seu comportamento?	S/N	S/N	S/N
1. Apresentava esses comportamentos antes da cirurgia bariátrica?	S/N	S/N	S/N
2. Se a resposta for sim, houve alguma mudança no comportamento depois da cirurgia?			
3. Você gostaria de acrescentar mais alguma informação que eu não tenha perguntado?			