



Iole Dielle de Carvalho

Qual o papel do alimento em sua vida?

Trabalho de Conclusão de Curso

CCE/PUC-Rio - Departamento de Psicologia

RIO DE JANEIRO

Abril de 2019



Iole Dielle de Carvalho

Qual o papel do alimento em sua vida?

Trabalho de Conclusão de Curso

CCE/PUC-Rio - Departamento de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Dirce de Sá Freire



Iole Dielle de Carvalho

Qual o papel do alimento em sua vida?

Trabalho de Conclusão de Curso

CCE/PUC-Rio - Departamento de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia CCE/PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade.

Banca examinadora:

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Dirce de Sá Freire
Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/RJ. Mestre em História pela Université de Paris VII – Jussieu – França. Psicanalista, membro efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro – CPRJ. Professora e coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares da CCE/PUC-RJ

CO-ORIENTADOR: Prof Dr Izidoro Hiroshi Flumignan

Médico com especialidade em Medicina Preventiva e Social titulado pela AMB – Associação Médica Brasileira com área de atuação em endocrinologia. Professor do Curso de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares da CCE/PUC-Rio.



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

Iole Dielle de Carvalho

Graduou-se em Psicologia na FFCL em 1987. Trabalha nas áreas de saúde mental, clínica, com pacientes vítimas de queimadura e cirurgia bariátrica.



Carvalho, Iole Dielle de.

Qual o papel do alimento em sua vida? Iole Dielle de Carvalho; orientadora: Dirce de Sá Freire. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, 2019.

v. 37 f.

1. Dissertação (especialização) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia- Teses. 2. Obesidade. 3. Clínica.



Aos meus pais Francisco e Elze (in memoriam) - ausências tão presentes, por sempre me incentivarem à busca do conhecimento.

Ao meu filho João Henrique - meu amado "Jotaga", luz da minha vida e à minha irmã Ilíada, pelo amor e pelo bem que me fazem.



Agradecimentos

Eu gostaria de agradecer primeiramente à Deus, que me permitiu não surtar e chegar a concluir este trabalho.

À PUC-Rio e ao Instituto Loyola pelos conhecimentos lá adquiridos e pela aprazível beleza dos locais.

À minha família pelo apoio, sustentação emocional, incentivo e carinhosa paciência.

À minha orientadora Dirce de Sá pela atenção, carinho, tempo e paciência.

Aos Mestres da Pós, pela valiosa transmissão.

Ao Serviço de Atenção e Tratamento da Obesidade Mórbida - SATOM, do Hospital Federal do Andaraí – RJ, me fornecendo subsídios para o trabalho.

Aos pacientes que com suas histórias de vida, enriqueceram um pouco mais a minha.

Ao Dr. Fernando de Barros, pela criação do SATOM em 2010, pela parceria e confiança.

Ao Dr. Guilherme Nahoum, chefe do SATOM pela confiança depositada em meu trabalho.

Aos demais membros do SATOM: Dra. Carolina Ribeiro, Dra. Paula Perriceli, Rosemere Valentim, Naiara Conceição, Loraine Ferraz, Andressa Gaudêncio e Judite pela parceria.

À Tania Aguiar pela parceria no início do trabalho.

À Luciana Lima, amiga dedicada que ganhei na Pós.

Aos amigos Alinne, Gisele, Guilherme, Mariane e Nanda pelo incentivo.



Resumo

Carvalho, Iole Dielle de. **Qual o papel do alimento em sua vida?** Rio de Janeiro, 2019, 35 p. Trabalho de Conclusão de Curso- Especialização em Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A escolha do tema desta monografia surgiu, a partir da minha experiência como psicóloga no Serviço de Atenção e Tratamento da Obesidade Mórbida - SATOM, do Hospital Federal do Andaraí na cidade do Rio de Janeiro. Mais especificamente, o tema de minhas reflexões aqui, será sobre o trabalho que desenvolvo com os pacientes no processo de avaliação psicológica para realização de cirurgia bariátrica, quando procuro levá-los a refletir sobre o papel que o alimento ocupa em suas vidas. O primeiro aspecto levantado é sobre os “tipos de fome” e o quanto é importante o paciente aprender a identificar "que tipo de fome ele está sentindo." Em seguida faremos uma breve reflexão sobre o início do desenvolvimento infantil e a alimentação. Continuando, falaremos sobre um transtorno alimentar específico: transtorno compulsivo alimentar - TCA. A partir do levantamento de dados durante as avaliações psicológicas, foi possível identificar que boa porcentagem dos pacientes apresentam um determinado grau de compulsão alimentar, bem como identificamos o quanto tal transtorno alimentar influencia no papel que o alimento tem na vida do sujeito. O direcionamento que darei ao trabalho será a reflexão sobre os diversos papéis atribuídos aos alimentos na vida do sujeito.

Palavras-chave: alimento, transtorno alimentar, compulsão alimentar



Abstract

Carvalho, Iole Dielle de. **What's the role food plays in your life?** Rio de Janeiro, 2019, 35 p. Trabalho de Conclusão de Curso- Especialização em Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The choice of the theme of this monograph emerged from my experience as a psychologist at the Service of Attention and Treatment of Morbid Obesity - SATOM, Federal Hospital of Andaraí in the city of Rio de Janeiro. More specifically, the theme of my reflections here will be about the work that I develop with patients in the process of psychological evaluation for bariatric surgery, when I try to get them to reflect on the role that food occupies in their lives. The first aspect raised is about "types of hunger" and how important it is for the patient to learn to identify "what kind of hunger he is feeling." Then we will briefly reflect on the beginning of child development and nutrition. Continuing, we will talk about a specific eating disorder: compulsive eating disorder - ACT. From the data collection during the psychological evaluations, it was possible to identify which good percentage of patients present a certain degree of binge eating, as well as identifying how much such eating disorder influences the role that food has in the subject's life. The focus I will give to the work will be the reflection on the various roles attributed to food in the subject's life.

Key words: food, eating disorder, binge eating



Sumário

INTRODUÇÃO.....	11
1. O ALIMENTO E SUA RELAÇÃO AFETIVA.....	14
2. QUAL O PAPEL DO ALIMENTO NA VIDA DE QUEM OFERECE E DE QUEM ACEITA O ALIMENTO.....	11
3. DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES	22
4. O PAPEL DO ALIMENTO EM SUA VIDA: QUESTIONÁRIO EM CLÍNICA.....	27
5. TRANSTORNOS ALIMENTARES E O PAPEL DO ALIMENTO	29
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXO I.....	36
ANEXO II.....	38



INTRODUÇÃO

Este trabalho está vinculado ao Trabalho de Conclusão do Curso de Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia – Puc-Rio, turma de 2017-01.

O tema surgiu durante as sessões de avaliação pré-operatória para cirurgia bariátrica, no Serviço de Atenção e Tratamento da Obesidade Mórbida - SATOM, do Hospital Federal do Andaraí, na cidade do Rio de Janeiro.

Dentre os vários objetivos da avaliação pré-operatória para cirurgia bariátrica, os principais são: saber o histórico familiar, início da obesidade, tratamentos anteriores, comorbidades físicas e psíquicas com ou sem tratamento anterior, qualidade do sono, assim como os hábitos alimentares e possíveis transtornos alimentares.

A partir destes últimos itens citados – hábitos alimentares e possíveis transtornos alimentares, faço a pergunta ao paciente: *Qual o papel do alimento em sua vida?*

O objetivo é levar os pacientes a refletirem sobre o papel que o alimento ocupa em suas vidas, visto que o alimento, o ato de comer, tem muitos significados que vão além do ato de nutrir. É importante destacar que não há direcionamento às respostas; estas são fornecidas espontaneamente.

Saber o papel que o alimento ocupa na vida dos pacientes, em sua maioria obesos mórbidos, com algum grau de compulsão alimentar (leve, moderado ou severo), com quadros de ansiedade e depressão entre outros, nos mostra os deslocamentos possíveis que são feitos com os alimentos, para se lidar com tais comorbidades associadas à obesidade mórbida, citadas acima.

As respostas foram as mais variadas possíveis, como apresentaremos posteriormente.

A pergunta é feita no momento final da avaliação pré-operatória, quando o paciente já se encontra mais à vontade com o psicólogo; com certo vínculo de confiabilidade.

A coleta de dados se iniciou em outubro/11, finalizando em 31 de janeiro de 2019.



Em 2016 apresentei um pôster sobre este tema, no congresso da IFSO – *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorder*, no Rio de Janeiro, com o título “O papel do alimento em minha vida¹”.

As respostas, como já disse, foram as mais variadas possíveis; mas, o que chamou a atenção, foi a presença significativa de compulsão alimentar, apresentada desde o levantamento inicial em outubro/11 até a data estabelecida como limite para este trabalho, que foi janeiro/19. A partir da constatação dessa presença significativa de compulsão alimentar entre os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, por mim avaliados no SATOM, entendi ser importante abordar também este tema, neste trabalho.

A metodologia escolhida partiu da composição da amostra por conveniência e foi realizada no Serviço de Atenção e Tratamento da Obesidade Mórbida - SATOM, do Hospital Federal do Andaraí – RJ, onde sou a psicóloga de referência do setor. Foram consultados 402 questionários do serviço de psicologia do setor, a saber: pacientes inscritos, candidatos à cirurgia bariátrica, já tendo realizado ou não a cirurgia, no

¹ THE ROLE FOOD PLAYS IN MY LIFE.

OBJECTIVE: Describe the role food plays in the life of morbid obese patients.

PATIENTS AND METHODS: Of 334 patients psychologically evaluated from October/ 2011 to May / 2016, 314 (94,01%) took part in this survey. Were held during the preoperative evaluation sessions for bariatric surgery, structured and / or semi-structured interviews, when patients were led to reflect on the role that food occupies in their lives. There was no direction to the responses; these were provided spontaneously. **RESULTS:** Through the analyzes mentioned above, it was possible to assess the food's role in the life of these patients: 80 (25.47%) decrease anxiety; 65 (20,70%) ease depression, 50 (15.92%) relieve sadness; 50 (15.92%) source of pleasure; 24 (7.64%) comfort; 13 (4.15%) socialize; 9 (2.86%) supply hunger; 7 (2.22%) fill out gaps; 3 (0.96%) feed; 3 (0.96%) company; and 1 (0.32%) "lifebuoy"; 1 (0.32%) "friend and executioner"; 1(0.32%) "pain flight"; 1 (0.32%) "anaesthetize problems"; 1(0.32%) "my mother. The mother who abandoned me. "; 1 (0.32%) "I killed myself with the food"; 1 (0.32%) "relieve guilt"; 1 (0.32%) "entitlement: I am angry; deserve a chocolate sunday! "; 1 (0.32%) "retreat that brought loss"; 1 (0.32%) "solution for everything; even though when I had nothing to solve."

CONCLUSION: From the data collected, it was possible to confirm that for this group of patients, away from taking up the role of nutrition food deserves, occupy different roles linked to lower emotional distress. Hunger supplied is the "emotional hunger". So what we have is an "emotional eating" which is the act of eating in the absence of hunger.



período de junho/11 a janeiro/19; faixa etária entre 22 e 73 anos de idade, sendo 335 pacientes do gênero feminino e 67 pacientes do gênero masculino.

Durante a avaliação realizei entrevistas fechada e aberta, de acordo com o momento, seguindo conceitos formulados por Bleger (1998). Entendemos que a entrevista é um instrumento que nos permite colher o maior número de informações a respeito de uma pessoa, seja qual for o objetivo. Para isto é preciso saber qual o tipo de entrevista usar, para que se possa chegar à informação desejada.

Optou-se pela realização de entrevistas abertas, já que esta dá ao entrevistador maior liberdade para perguntas e intervenções, permitindo a flexibilidade necessária para o melhor desenvolvimento da pesquisa, ao contrário do modelo de entrevista fechado, que detém um roteiro a ser seguido de forma objetiva.



1. O ALIMENTO E SUA RELAÇÃO AFETIVA

Nos primórdios o homem precisava se movimentar – andar, correr, para manter sua subsistência caçando, pescando, plantando, tendo sua atenção voltada para a busca de alimentos. Havia toda uma necessidade desse esforço e investimento físico, para o homem conseguir ter acesso aos alimentos. O homem precisava ser forte para conseguir obter o que comer.

Atualmente, basta ir ao supermercado, ao restaurante, sem falar nos pedidos através de telefone ou rede social para se ter acesso aos alimentos. E embora o homem tivesse um gasto de energia muito maior que na atualidade, visto que para sua sobrevivência precisava caçar, pescar, plantar, não se tem muita informação de como esses alimentos eram estocados. Talvez fosse um consumo imediato e sem controle.

A relação com a fome, era peculiar. Apesar da dificuldade em obter os alimentos, estes ficavam mais à vontade, na natureza. Interessante a relação entre oferta e demanda. Vamos às definições:

“Fome é certamente o problema cuja definição se mostra mais controversa. Haveria inicialmente que se distinguir a fome aguda, momentânea, da fome crônica. A fome aguda equivale à urgência de se alimentar, a um grande apetite. A fome crônica, permanente, ocorre quando a alimentação diária, habitual, não propicia ao indivíduo energia suficiente para a manutenção do seu organismo e para o desempenho de suas atividades cotidianas. Nesse sentido, a fome crônica resulta em uma das modalidades de desnutrição: a deficiência energética crônica.” (MONTEIRO, 2003, p. 7-20).

Mas... que fome é esta? De que fome estamos falando? Qual o papel do alimento na vida das pessoas?

É importante o paciente aprender a identificar "que fome ele está sentindo"; é preciso aprender a identificar as próprias necessidades. E quando falamos sobre isto, nos referimos, às vezes em que os pacientes traduzem “vontade de comer”, “fome emocional”, como fome fisiológica, e comem, sem chegar à saciedade.

Segundo Nóbrega, há 3 tipos de fome, a saber:



1- Fome psicológica que é a *vontade de comer* (referida por boa porcentagem dos pacientes), come-se com o nariz cheirando a comida, com os olhos vendo e se sentindo gratificado em ver as pessoas comendo; lembranças da gula. De forma geral, podemos dizer que é a vontade de diminuir a sensação do desconforto emocional por meio da comida. 2- Fome nutricional: por exemplo, a vontade de comer salada, desejo do corpo por nutrientes. 3- Fome física: fome do estômago; fisiológica; necessidade de abastecimento; ou seja, é da ordem da necessidade (NÓBREGA, 2006).

É sabido que os alimentos ocupam diversos lugares na vida do ser humano: vai desde o lugar da nutrição até “dar vazão ao olho gordo”; “acalmar a ansiedade”, etc...

Quando falamos do lugar do alimento enquanto "dar vazão ao olho gordo" ou "acalmar a ansiedade", "melhorar da depressão"(sic), estamos falando da fome psicológica ou emocional; ou seja, o ato de comer na ausência da fome orgânica, e na presença da fome emocional, que é a *fome das emoções*.

A *fome psicológica* ocorre quando a pessoa come não para alimentar o estômago, mas sim as emoções, criando um estado de bem-estar momentâneo no organismo. A fome psicológica leva à gula, que é o que engorda. De forma geral, podemos dizer que é a vontade de diminuir a sensação do vazio emocional através do alimento, enquanto que a fome fisiológica é a necessidade.

Nos referimos também como sendo um *apetite hedônico*, por estar associado à busca de prazer. Mas o que seria este *apetite hedônico*?

Termo comumente empregado em sentido moral para designar cada doutrina segundo a qual o prazer é o único ou principal bem da existência e sua busca, a finalidade ideal da conduta, embora com divergências no que concerne ao conteúdo desse prazer e aos caminhos para obtê-lo (MICHAELLIS on-line)

O *apetite hedônico* poderia ser descrito como o que proporciona prazer; aplaca a dor emocional. Há uma ligação entre prazer e recompensa. Essas sensações gravadas na nossa memória, nos trazem muito conforto, pois nos trazem à memória os sabores que ficaram em nossas lembranças, em várias fases de nossas vidas.

Em *Psicanálise do Sensível: fundamentos e clínica*, Ivanise Fontes cita Marcel Proust, que trata da memória sensível, de um tempo perdido: “o gosto do *madeleine*



lembrou ao personagem adulto, dos encontros com sua tia, em seu tempo de menino em Combray, na França”. O paladar possibilitou ao personagem viajar no tempo (FONTES, 2010).

E quem é que não se lembra com um ardor no coração, do *bolinho de chuva da vovó* ou do *frango assado com arroz branco e maionese, dos domingos em família*? O simples fato de pensar em um prato favorito remete às lembranças, muitas vezes alentadoras.

Segundo o professor Arthur Kaufman (2012),

“Somos habituados a pensar em comida boa parte do nosso tempo, todos os dias. Nos fins de semana, almoçar ou jantar fora é programa familiar quase obrigatório para as famílias de todas as classes sociais. Comer não é somente uma questão de subsistência, é um programa social, que revela costumes, posição sócio- econômica, psicologia, educação.

Desta forma, aquilo que se come e bebe é tão importante quanto certos detalhes tais como: quando e onde se come, como se come e com quem se come, além das emoções e sentimentos evocados em qualquer tipo de refeição.”

Entendemos que o alimento tem sido usado como um recurso momentâneo para se lidar com situações desconfortantes. Exemplificando, é comum ouvirmos frases do tipo: “preciso de um chocolate pois estou irritado”; “enquanto esperamos, vamos comer alguma coisa” e até mesmo sendo usado para evitar “o vazio das relações”.

Vou trazer o relato de um paciente jovem, 24 anos de idade, namorando há uns quatro anos a mesma namorada; mestrando, comedor de volume contumaz, que após a cirurgia bariátrica se deu conta que seu namoro, era mantido pelas -segundo ele- “*farras gastronômicas*” que tinha com a namorada. Após a cirurgia bariátrica, o paciente mudou seu estilo de vida; o que não foi acompanhado pela namorada. Em seu relato ele trouxe o vazio que era a relação, visto que só comiam. O tempo era gasto com o ato de comer. O relacionamento se desfez...

Muitas vezes o fato de comer por emoção causa sensações de culpa e frustração, enquanto que, em condições normais, a ingestão alimentar pela fome não costuma



causar essas sensações negativas. Assim vemos que o alimento, bem como o ato de comer, parece ser a principal forma dos indivíduos lidarem com seus sentimentos e emoções, até porque, representam fonte rápida, de baixo valor monetário (visto que psicoterapia, análise, etc, têm valor alto), e implicam em solução rápida para se obter prazer.

Mas ter este entendimento não é nada fácil.

Pode parecer meio contraditório, mas será realmente busca de prazer ou busca de dar conta do desprazer, quando o sujeito ingere sem se dar conta do sabor, da qualidade, da quantidade do que ingere? Em síntese: a fome não é o motivo principal de se comer. Poderíamos supor que a perda de controle em relação a ingestão dos alimentos, viria *deste comer guiado pelas emoções e não pela necessidade fisiológica?*



2. QUAL O PAPEL DO ALIMENTO NA VIDA DE QUEM OFERECE E DE QUEM ACEITA O ALIMENTO

Desde que somos bebês o alimento está conectado às nossas emoções. O mundo é vivenciado e experimentado pela boca, pelos seios, pelo polegar na boca. Nossa inserção no mundo é através da alimentação, quando nos é passado algo concreto, material. Fome é algo primitivo.

Nos Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade (1905c): “Freud relaciona as primeiras experiências de satisfação do bebê, à alimentação realizada pela mãe.” Para o bebê o que importa é a função alimentar exercida pela mãe. “Há uma absoluta impossibilidade de o bebê suprir sozinho suas necessidades de sobrevivência”. (*apud* FERNANDES, 2012).

O que importa ao bebê é a satisfação da necessidade aliada ao prazer. Como explicado ao longo desta pós-graduação: “A primeira vivência de prazer na vida do sujeito é *alívio do desprazer: respiração, fome*. A primeira ação é o deslocamento do

pulmão que estava colabado: a primeira respiração dói. O segundo momento de dor é a *fome*.”

A pulsão básica do bebê não é social ou interpessoal, é apenas receber alimento para atenuar as tensões de fome e sede. Enquanto é alimentada, a criança recebe um *holding* da figura materna, que exerce a função de paraexcitação, buscando identificar/decodificar, as necessidades do bebê.

Contudo, muitas vezes esta decodificação falha, por inúmeras razões. É muito comum vermos mães que ao mínimo choro de seu bebê, oferece o seio ou a mamadeira, numa aposta de que o bebê esteja com fome. Assim como também vemos crianças e adolescentes que são compensados/ premiados com alimentos, e vão se desenvolvendo sob este padrão alimentar. O alimento sai da sua função originária que é nutrir, passando



a outras funções. Na nossa prática clínica podemos ver inúmeras funções, inúmeros “papéis” que os alimentos têm na vida dos sujeitos.

O primeiro prazer na vida do bebê é *alívio do desprazer*. Se isto é constante na vida do sujeito, ele não está em busca de satisfação de prazer; está em busca de alívio de desprazer.

Poderíamos dizer que está aquém do princípio do prazer? Aqui novamente é bom trazer ao nosso estudo a lição dada em sala de aula, nesta pós-graduação, que afirmou: “Quando analisamos os quadros de compulsão alimentar, observamos que há sempre algo que o sujeito está buscando. Há sempre busca de alívio de desprazer, nesta busca. Aqui, a busca pelo alimento nutre a necessidade de prazer.” E eu diria, analisando as respostas à pergunta “Qual o papel do alimento em sua vida?” que o alimento é colocado no lugar de dar conta do desprazer. O vazio emocional é tão presente e gerador de angústia, que o sujeito precisa preencher este vazio, de alguma forma.

Um exemplo marcante, foi o da paciente que em resposta à pergunta, respondeu que o papel do alimento em sua vida era estar no lugar da mãe que a rejeitou. Seu aumento de peso, associado a compulsão alimentar, teve início segundo seu relato, após lhe ter sido revelada sua história de vida, na adolescência.

E esta busca é uma busca sem limites. Os transtornos alimentares têm origem nos primórdios da vida psíquica do sujeito, quando este ainda não tem estrutura egóica; ou seja, antes da fala. A origem da compulsão alimentar pode estar ligada às questões mais primitivas.

Vamos a seguir, refletir sobre os primórdios da vida psíquica do sujeito. Entendemos que desde antes da gestação, é necessário que haja um projeto para a chegada de um novo ser.

É preciso um projeto narcísico para que o outro viva. Existe uma necessidade humana de ser investido pelo outro, para que se sinta valoroso. Se me acho linda, é porque houve investimento libidinal em mim. Contudo, este investimento libidinal pode ter excesso de muito ou de pouco.



Quando o sujeito não teve este investimento, ele não tem filtro protetor suficiente para responder às exigências da vida. Adoece com facilidade.

É necessário todo um investimento afetivo, que podemos dizer, de “olhos nos olhos”. É a forma que o bebê se reconhece inicialmente: “através do olhar da mãe ou de quem exerce a função materna. É o seu espelho. É a experiência viva do “Quando olho, sou visto; logo, existo” (WINNICOTT, 1975). O ego só vai surgir em função de “um outro” = desde o início: mãe-bebê.

O ser humano “nasce num desamparo”; precisa ser investido afetivamente; precisa que alguém esteja pronto, aguardando, para responder ao seu grito de socorro. Este outro será fundamental na constituição do seu ser.

Sobre a compulsão, podemos refletir que o sujeito por não ter tido enquanto bebê, na fragilidade de sua constituição, um investimento libidinal adequado, uma mãe que exercesse sua função de paraexcitação adequada, suficiente para dar conta de traduzir suas necessidades; o sujeito que sentia na mais tenra infância uma ameaça sobre a continuidade de sua existência, pode vir a desenvolver quadro de adições, seja de que ordem for.

Segundo Ivanise Fontes (2010), “por não possuir um ego consolidado esse sujeito vai necessitar recorrer a “próteses psíquicas”, para sentir, assim, que tem uma existência”. As ditas próteses seriam as mais variadas formas de compulsão, a saber: comida, álcool, drogas, sexo, dinheiro, jogos, internet, trabalho. “Este sujeito tem a necessidade de forjar um ego, para se manter “envelopado”, na crença de que tem um ego”.

Na vivência da adição, o sujeito passa para o estágio de compulsão à repetição: “é compelido a repetir a ação referente à adição que tenha desenvolvido; não consegue evitar a ação pois isto aumentaria sua angústia. A pulsão exige descarga; ao sujeito é impossível não realizar a ação.

A repetição do ato, está presente em nós desde sempre. Vamos buscar as sensações prazerosas, como o ato de ser amamentado, por exemplo, sempre. Contudo, nos decepcionamos....



O objeto de satisfação pode ser qualquer um; é variável, como por exemplo, comida, compras, sexo, álcool, etc. Nunca se atinge o objeto ideal. Não existe satisfação plena. A repetição traz uma resistência que será contornada pela via da transferência, na análise.

A compulsão contemporânea se dá pela via da passagem ao ato; ou seja, o sujeito não dá conta de seu ato; é o ato puro; não há mediação. Não se permite parar para pensar. A busca na compulsão é preencher um vazio; vazio este, muitas vezes constituído já nos primeiros contatos mãe-bebê.

Em nossas experiências de satisfação, prazer, entendemos ser preciso repetir o ato; evocamos a lembrança que nos levou à satisfação. “É impossível não repetir.” Na compulsão, a repetição está implícita; “o sujeito é compelido a repetir um ato” que venha a organizar parte do ego já fragmentado. (Dificuldades narcísicas).

Consoante Sara Kislakov (2017): “Desde muito cedo o bebê vive sensações de prazer, e também de angústias corporais que lhe causam desconforto. “São angústias muito primitivas. A continência, o contorno oferecido pela mãe a cada vez que ampara o bebê em seu corpo, é o que faz com que o bebê confie em sua sobrevivência”.

Concluindo, enfatizo a extrema importância da função de paraexcitação de quem exerce a função materna: falar sobre o vazio, a falta, a necessidade de preenchimento destes, passa pela necessidade inicial de decodificar a necessidade do outro. As traduções iniciais desta necessidade, vão acompanhar o sujeito ao longo de sua vida. Se o bebê está aborrecido, queixoso por estar com sono, o que ele precisa é ser acalentado para dormir; sua necessidade não é o seio materno ou a mamadeira. Ou seja, os deslocamentos feitos com os alimentos para além da função nutricional, vêm muitas vezes da relação inicial do bebê com quem lhe oferece cuidados.



3. DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Analisando a forma como os pacientes se alimentam, pensando o papel que o alimento tem em suas vidas, chegamos à conclusão de que há um transtorno alimentar envolvido nesta forma de lidar com os alimentos. Mas, o que são transtornos alimentares? Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5:

“Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. São descritos critérios diagnósticos para pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar.” (DSM-5, 2013)

Observamos que além de alterações no comportamento alimentar, pacientes com transtorno alimentar apresentam também, dificuldades em lidar com seus corpos. Segundo Szmukler (1985): “Estes transtornos estão aumentando consideravelmente nos últimos anos, atingindo entre 1 e 4% da população”.

Além disso, conforme visto em sala de aula e também retratado em doutrina indicada: “Cerca de 90% dos casos atingem as mulheres jovens, e parece estar havendo um aumento no número de transtornos alimentares em homens”. (ABOTT DW, ACKERMAN SH, AGRAS, WS, BARNZHAF D, BARBER J, BARTLETT JC, et al. 1993)

Verificando os dados colhidos durante as entrevistas, concluímos que boa porcentagem dos pacientes que participaram da coleta de dados deste trabalho apresenta algum grau de compulsão alimentar (leve, moderado ou severo). É sabido que todo sujeito que tem sobrepeso ou obesidade tem alguma forma de compulsão alimentar. Contudo, apenas 30% têm compulsão alimentar severa, que nem se lembra no dia seguinte que esvaziou a geladeira na madrugada ou na véspera... por isto meu interesse em abordar este transtorno alimentar: TCA – Transtorno Compulsivo Alimentar.



Compulsão alimentar é um transtorno alimentar associado à obesidade. Contudo, também na anorexia pode-se apresentar episódios compulsivos temporários. Compulsão alimentar é o aumento episódico do consumo de alimentos. Frequentemente é a constatação clínica de um distúrbio de ansiedade e/ou afetivo. O termo compulsão se refere ao ato de compelir, que significa empurrar forçadamente, ou seja, o paciente come sem fome, se configurando um distúrbio de apetite.

Compulsão é a mola mestra dos transtornos alimentares. Um dos maiores problemas da atualidade, no que se refere a excessos; presente em todos os transtornos alimentares. Observamos que boa parte dos pacientes com quadro de compulsão alimentar, apresentam dificuldades em lidar com limites; algo da ordem da perda de controle.

Repetição de atos ou pensamentos vão na direção contrária às decisões e aos desejos conscientes dos sujeitos; ou seja, compulsão é da ordem do inconsciente. A repetição se deve a angústia. É uma tentativa de preencher vazios. Laplanche & Pontalis nos trazem a diferença entre *compulsão* e *impulso*, nos colocando que:

Clinicamente, tipo de comportamento que o indivíduo é levado a realizar por uma coação interna. Um pensamento (obsessão), uma ação, uma operação defensiva, mesmo uma sequência complexa de comportamentos, são qualificados de compulsivos quando a sua não-realização é sentida como tendo de acarretar um aumento de angústia“...pela sua raiz, compulsão se inscreve, em português como em francês, numa série, ao lado de pulsão e de impulso. ” “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, que se executa para além de qualquer controle e geralmente sob 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 fantasmática da compulsão à repetição (LAPLANCHE & PONTALIS, 1988).

Na nossa prática clínica, podemos evidenciar a diferença entre comer sob impulso e o comer compulsivo. O comer sob impulso remete a um estado de excitação, de tensão, frente ao estímulo. O objetivo é cessar esta excitação ou tensão, alcançando gratificação. Por exemplo: o sujeito vai a um rodízio de carnes e extrapola,



conscientemente, na ingesta de carnes e acompanhamentos ao se deparar com um suntuoso buffet. Nos dias que se seguem, volta a se alimentar de forma equilibrada. Ou seja, não havia uma perda de controle; um comer compulsivo. Havia uma excitação, uma tensão: *comer o quanto desejasse no rodízio*, que levou o sujeito à ação, cessando assim a excitação; a tensão. A partir da satisfação da necessidade – *comer o quanto desejava no rodízio*, o sujeito chegou à gratificação e cessou a ação. Eis uma diferença importante entre o comer sob impulso e o comer compulsivo: o impulso não pressupõe uma ação similar anterior, como ocorre na compulsão à repetição.

Já o comer compulsivo é ditado pela perda do controle. É um comer transtornado, sem ordem nem escolha. O sujeito só se dá conta da perda do controle, depois do ato de comer compulsivamente. Há uma busca em se livrar do desconforto, do vazio, da angústia. A partir do ponto que as questões geradoras de angústia, do vazio, não são realmente trabalhadas, mas apenas camufladas, elas se repetem; daí o sujeito é impelido à repetição do ato de comer sem controle. A gratificação que se segue ao ato, leva a repeti-lo. É preciso “não sentir”. É o que nominamos de uma “*passagem ao ato*”; ou seja, não pressupõe intermediação pelo pensamento, que é o maior aliado na retomada do controle.

Acerca da compulsão à repetição, prosseguem os autores afirmando que:

Ao nível da psicopatologia concreta, processo incoercível e de origem inconsciente, pelo qual o indivíduo se coloca ativamente em situações penosas, repetindo assim experiências antigas sem se recordar do protótipo e tendo pelo contrário a impressão muito viva de que se trata de algo plenamente motivado na atualidade. Na elaboração teórica que Freud lhe dá, a compulsão à repetição é considerada um fator autônomo, irreduzível em última análise a uma dinâmica conflitual onde não interviesse senão o funcionamento conjugado do princípio de prazer e do princípio de realidade. Ela é referida fundamentalmente ao caráter mais geral das pulsões: a sua característica conservadora (LAPLANCHE & PONTALIS, 1988).

Sensação de perda de controle sobre o ato de comer seguida de arrependimento por ter comido tal quantidade sem mesmo perceber. Esses episódios de hiperfagia são referidos na literatura internacional com o nome de *Binge Eating*. Daí ser possível



concluir que ansiedade e compulsão alimentar fazem um par perfeito.

Segundo FREIRE (2007), em seu livro “Guia do Gordo e do Magro. Aprenda A Conviver Com A Balança”, o horário em que esta desordem alimentar se faz mais presente é após às 18h, quando o sujeito retorna para sua casa, e de alguma forma, entra em contato com suas demandas internas. O grau de angústia muitas vezes leva o sujeito a crises de hiperfagia, não conseguindo esperar o horário de jantar. É um comer “desenfreado”, sem a menor seletividade e sem hora para acabar. Muitas das vezes, acaba quando a geladeira se encontra vazia.

Esse processo vem sempre carregado de muito sofrimento que a culpa traz. Preleciona Vianna (2016) que na compulsão alimentar subjetiva vemos um “comer rápido”, “sem mastigar”; “sem controle”. Não se trata de volume importante de comida.

Ouvimos pacientes nos relatarem que não deviam comer excessivamente, mas comem; e ficam se perguntando o porquê de terem comido. Daí vem o ato de se punirem: comer mais. Verdadeiro ciclo vicioso onde desenvolvem rituais que estão sempre presentes nas situações de compulsão à repetição. O compulsivo não se sente saciado, assim como também não apresenta uma relação prazerosa com a comida: come até mesmo o que não gosta; come até se sentir “cheio”, “empanzinado”; até sentir desconforto.

Tal comportamento me remete ao relato de um paciente, que comia frango cru, quando não encontrava outra coisa para comer. É um ato de botar para dentro qualquer coisa; não há critério. O que marca é o grande sofrimento que tal ato causa à pessoa.

O que está em jogo é a busca de prazer, tamponando a busca de alívio de desprazer; e nesta busca, evidencia-se o excesso que leva à perda de controle; o prazer é transformado em obrigação. Nas aulas ministradas nesta especialização enfatizou-se que não há quantidades de vezes que se come por semana, para definir um sujeito como compulsivo ou não. O que importa é o sofrimento que o ato causa ao sujeito.

Há uma busca por gratificação emocional, buscando alívio para a ansiedade e angústia. O que sustenta a compulsão é a angústia. A gratificação que se segue ao ato, leva a repeti-lo. A pessoa fica protegida da angústia neste ato compulsivo e depois



segue-se a culpa: uma sensação negativa por não ter resistido ao impulso.

O compulsivo quando procura comida, não está pensando. Está só na ação. Os atos vão acontecendo automaticamente, num padrão inconsciente; sem pensar.

Como falávamos no capítulo anterior, é constante ouvirmos paciente relatando sua perda de controle em relação à ingestão de alimentos. Esta perda de controle, caracterizada pela compulsão alimentar, geralmente tem início após decepções, perdas afetivas e de outra ordem; abuso sexual.... É como se o alimento funcionasse como uma proteção, conforto, segurança. Para lidar com a compulsão alimentar é preciso perceber o que precisa ser mudado, para que se tenha uma qualidade de vida mais saudável.

Sá Freire (2007) faz uma colocação muito relevante quando se refere à cirurgia bariátrica e à compulsão alimentar:

“Como a cirurgia de redução de estômago não é uma solução mágica, a compulsão alimentar continua mesmo após a intervenção cirúrgica. Não basta interferir no órgão responsável, no caso o estômago, para alterar o padrão alimentar; é preciso alterar o nível de satisfação, aumentando a produção de *Serotonina*, por meio de outros estímulos, que não mais o estímulo alimentar, e *last but not least* buscando as verdadeiras questões que levaram à compulsão e a repetição deste comportamento debruçando-se sobre o processo psíquico do paciente.”

E esta é a questão central: trabalhar as questões que levam à compulsão alimentar; os deslocamentos feitos com os alimentos para tamponar os reais motivos da busca de alívio de desprazer. É importante deixar claro ao paciente que a cirurgia é apenas uma ferramenta; como ele irá se utilizar dela, fará toda diferença. A contenção mecânica viabilizada pela cirurgia bariátrica, reduzindo o volume gástrico, não significa *cura* da compulsão alimentar.



4. O PAPEL DO ALIMENTO EM SUA VIDA: QUESTIONÁRIO EM CLÍNICA

Neste capítulo vou expor algumas das respostas à pergunta: “Qual o papel do alimento em sua vida?” Como esclareci na introdução deste trabalho, a pergunta é feita no momento final da avaliação pré-operatória, quando o paciente já se encontra mais à vontade com o psicólogo; com certo vínculo de confiabilidade. Os termos mais encontrados foram os seguintes:

-“Acalmar”	-“Acalma agitação”	-“Acalma ansiedade”
-“Acalmar nervosismo”	-“Afeto”	-“Afogar ansiedade”
-“Agregar”	-“Alimentar”	-“Alimento para mim é vida”
-“Amenizar ansiedade”	-“Aliviar a tristeza”	-“Aliviar culpas”
-“Aliviar stress”	-“Apaziguador da ansiedade”	-“Aplaca ociosidade”
-“Boia salva vidas”	-“Calmante”	-“Canalizador de frustrações
-“Comer demais”	-“Comemorar”	-“Como para tudo: viver, chorar...por qualquer coisa”
-“Compensação”	-“Compensar ansiedade”	-“Como para sobreviver”
-“Conforto”	-“Consolo”	-“Diminuir a ansiedade”
-“Energia”	-“Fonte de prazer”	-“Fuga”
-“Fuga da angústia”	-“Fuga da dor”	-“Fuga do medo”
-“Manter viva	-“Manter o corpo em pé”	-“Matar desejo”
-“Matar fome”	-“Me anestesia dos problemas”	-“Me manter de pé”
-“Me matava com a comida! ”	-“Merecimento: ”estou irritada, mereço um sundae de chocolate! ”	-“Me sentia refém da comida”
-“Meu sustento”	-“Minha amiga e carrasca	-“Minhas conquistas”
-“Minha mãe! A mãe que não me quis. ”	-“Necessidade diária. ”	-“Necessidade do corpo”
-“Nutrir”	-“Papel central em minha	-“Prazer! ”



	vida”	
-“Parte social”	-“Prazer. Adoro comer. ”	-“Prazer. Não tinha limites! ”
-“Prazer momentâneo”	-“Prazer” palestra	-“Preencher vazios”
-“Quanto mais, melhor!”	-“Quanto mais comida, melhor! ”	-“Razão de viver”
-“Refúgio que trouxe prejuízo”	-“Relaxar”	-“Resolvo tudo com comida. Vivo para comer
-“Saciar fome”	-“Satisfação”	-“Saúde”
-“Se alimentar”	-“Serve de conforto”	-“Sei que possivelmente, poderá me destruí; mas quando como, não penso nisto”
-“Sobrevivência”	-“Social”	-“Solução de tudo, até quando não tinha nada para solucionar”
-“Substituições das “faltas”	-“Suprir a fome” ”	-“Suprir carência”
-“Suprir falta de alegria”	-“Suprir falta de atenção”	-“Tem dias que é pelo olho”
-“Tenho respeito pelo que o alimento é em minha vida”	-“Tudo! Desde o trabalho até para me alimentar”	-“Uma coisa que não é prazerosa; como com indiferença, mas, em quantidade”
-“Vício”	-“Vilão”	-“Vivia para comer”

Como pudemos constatar através das respostas, o papel do alimento na vida dos sujeitos em questão, está totalmente fora do papel de origem, que é nutrir. Nutrir com prazer. Os deslocamentos feitos com os alimentos nos remetem literalmente à busca de alívio de desprazer.



5. TRANSTORNOS ALIMENTARES E O PAPEL DO ALIMENTO

Ouvimos constantemente pacientes relatando que quanto mais comem, mais sentem necessidade de comer; que não conseguem parar de comer. Não conseguem se controlar. E sofrem.

A palavra do próprio sujeito não dá conta quando este não consegue controlar seus impulsos (sejam eles sexuais, orais...). É preciso um filtro. Precisa de um limite que venha de fora e se interponha entre a necessidade de satisfação e a satisfação. Precisa de um suporte para conseguir desenvolver a capacidade de se oferecer e aceitar limites. É preciso desenvolver a consciência da possibilidade de dizer não à compulsão. E é na análise que há a possibilidade de construir este “não”; construir o “filtro”.

Pacientes portadores de transtornos alimentares são pacientes com certa dificuldade de estabelecer transferência com o analista. É importante a participação efetiva do analista. É preciso que o analista tenha clara a importância de “ser continente”; de estar disponível oferecendo suporte emocional ao paciente. É preciso estabelecer vínculo.

O analista deve ter a capacidade de entrar em contato com as sensibilidades do paciente, com a memória corporal deste, uma vez que as sensações prazerosas ou desprazerosas estão impressas no corpo.

São pacientes que apresentam certa fragilidade do “eu” e dos mecanismos de defesa. Há toda uma angústia de intrusão e ao mesmo tempo, de abandono. Apresentam dificuldade de simbolização.

A avaliação de pacientes com transtorno alimentar deve ser realizada por equipe multidisciplinar, contendo os seguintes profissionais: cirurgião, endocrinologista, psiquiatra, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo. Contudo, geralmente, a formação da equipe é composta por cirurgião, endocrinologista, psicólogo e nutricionista.

Só para esclarecer, a importância do fonoaudiólogo se refere a mastigação, visto que pacientes com compulsão alimentar, geralmente não mastigam os alimentos; engolem.



Retomando o conceito de entrevista fechada e aberta formulados por Bleger (1998):

“A entrevista pode ser de dois tipos fundamentais: aberta e fechada. Na segunda as perguntas já estão previstas, assim como a ordem e a maneira de formulá-las, e o entrevistador não pode alterar nenhuma destas disposições. Na entrevista aberta, pelo contrário, o entrevistador tem ampla liberdade para as perguntas ou para suas intervenções, permitindo-se toda a flexibilidade necessária em cada caso particular. A entrevista fechada é, na realidade, um questionário que passa a ter uma relação estreita com a entrevista, na medida em que uma manipulação de certos princípios e regras facilita e possibilita a aplicação do questionário.”

Procuro fazer de forma bem dinâmica para que o paciente se sinta à vontade. Quando através do relato do paciente acerca de seu comportamento alimentar, percebo haver quadro sugestivo de compulsão alimentar importante, utilizo a Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP (APPOLINARIO *et al*, 2001) que é a tradução e adaptação para a língua portuguesa da BES – *Binge Eating Scale*, que avalia a gravidade da compulsão alimentar, conforme anexo 2.

Nesta escala em anexo, segundo as orientações contidas na escala, há grupos de afirmações numeradas, onde o paciente deverá assinalar a resposta que melhor traduza o que ele sente em relação à problemática de controle de seu comportamento alimentar.

Observamos na prática clínica que em alguns momentos, faz-se necessário ter em mãos um instrumento de apoio. Esta escala é um deles.

Farei um breve relato de caso de uma paciente, em que o uso da Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP, contribuiu muito na avaliação.

Recebo paciente mulher, 35 anos de idade, obesa mórbida, tendo o seguinte perfil: peso: 124 kg, altura: 1,63 e IMC: 46,7. Paciente foi encaminhada pelo cirurgião bariátrico com quem trabalho, para avaliação psicológica pré-operatória para cirurgia bariátrica. É importante destacar que o cirurgião deixou claro para a paciente que ela só iniciaria o processo pré-operatório geral, após eu avaliá-la em relação à compulsão alimentar, que pela sua breve avaliação, lhe pareceu muito grave.



Paciente relatou ter feito tentativas anteriores de emagrecimento, sem sucesso. Apresenta comorbidades físicas associadas à obesidade e como comorbidade psíquica: depressão; ansiedade. Paciente já fez psicoterapia; uso de medicação desde 2013, até o momento. Em relação ao comportamento alimentar paciente apresenta como perfil principal, compulsão alimentar importante. Relato de tentativas de provocar vômito, pois sentia raiva por ter comido tanto. Teve contato com o que é bulimia e se apavorou. (*sic*) Já no primeiro contato abordei a necessidade da mudança de hábitos, da mastigação adequada e... da importância de entrar em contato com o motivo pelo qual comia em excesso, uma vez que ela relatou comer sem perceber, nem sentir sabor ou prazer com o que comia. E depois... se sentia muito mal e arrependida. Paciente relatou comer sem seletividade, até se sentir cheia, com dor; depois se sente culpada por ter comido em excesso e sofre: “se sente péssima; fracassada.” Não tem sensação de fome nem de saciedade; muita vontade de comer “muito”, à noite. Relata comer um bolo quase que sozinha, sem perceber. Importante quantidade de ingesta de alimentos altamente calóricos como bacon, frituras e excesso de doces. No atendimento seguinte a paciente se apresentou algo chorosa, queixosa, relatando se sentir muito mobilizada e fragilizada com toda proposta de mudança. Relatou muito emocionada, que vem se observando e sofrendo com isto. Relatou estar “abrindo mão de lanches” (*sic*). Todo relato carregado de pesar... Contudo, paciente fez boa adesão às propostas, iniciando mudanças em seus hábitos e acompanhamento com nutricionista.

Apesar de todo investimento da paciente, percebi ser necessário um instrumento que me desse suporte nesta avaliação. Utilizei a Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP, que me deu subsídios para dar continuidade ao preparo pré-operatório para a realização de cirurgia bariátrica. Junto a esta escala apliquei também escalas para avaliação do grau de depressão e ansiedade. Mas, estas não se aplicam ao objetivo deste trabalho. É importante sinalizar que esta paciente faz uso de ansiolítico e antidepressivo. Completando, paciente se encontra em processo psicoterápico desde o término da avaliação, tendo se submetido à cirurgia bariátrica em janeiro/19, vindo apresentando evolução positiva.



CONCLUSÃO

Neste trabalho abordamos o papel que o alimento tem na vida do sujeito.

O interesse pelo tema surgiu a partir da minha experiência profissional com avaliação pré e pós-operatória para realização de cirurgia bariátrica, no Serviço de Atenção e Tratamento da Obesidade Mórbida - SATOM, do Hospital Federal do Andaraí, na cidade do Rio de Janeiro.

A coleta de dados se iniciou em outubro/11, finalizando em 31/01/19.

Durante a avaliação uma das perguntas que faço para levar o paciente a refletir, é: “Qual o papel do alimento em sua vida? ”.

Vejo como importante esta pergunta, pois o candidato à cirurgia bariátrica precisa estar ciente que o “uso desta forma, do alimento”, literalmente, não terá – ou pelo menos não deveria ter lugar no pós-operatório.

Como a pergunta é feita num estágio em que já há um mínimo de contato e vínculo entre psicóloga e paciente candidato à cirurgia bariátrica, as respostas vêm de forma espontânea, e vão desde: “prazer”, “satisfação”, “muleta”, até “mãe que não me quis”; “fuga da dor” dentre outras definições.

Face aos desconfortos emocionais, o alimento ocupa os lugares mais inimagináveis. Parece que a função, o papel de nutrir, é praticamente nulo para boa porcentagem dos pacientes.

E estas respostas nos remetem à necessidade que estes pacientes têm das chamadas “próteses psíquicas”, descritas por FONTES (2017), para se sentirem “vivos”; preenchidos internamente.

O que mereceu destaque foi o número de pacientes portadores de algum grau de compulsão alimentar. Obter tais informações sobre os candidatos à cirurgia bariátrica foi possível através da realização de entrevistas abertas pela possibilidade de uma coleta maior e melhor de dados.

Foi possível estudarmos sobre o alimento e sua relação afetiva, fazendo diferenciação entre fome psicológica ou emocional e fome física.



A partir destes conceitos, iniciamos a caminhada ao *papel que o alimento ocupa na vida dos sujeitos* e os diversos deslocamentos feitos com o mesmo.

A relação mãe-bebê para um desenvolvimento psíquico saudável, que passa primordialmente pela alimentação e cuidados, é de extrema importância. Se sentir desejado, acolhido, cuidado; ter suas necessidades adequadamente decodificadas, é fundamental para o bebê, para seu desenvolvimento saudável. Interpretações equivocadas das necessidades do bebê, entre outros transtornos, podem levar a um transtorno alimentar.

O transtorno alimentar mais presente entre os pacientes avaliados foi a compulsão alimentar, que tem como características mais marcantes, o consumo desordenado de alimentos e a *perda de controle* na ingestão dos mesmos.

Destacamos conceitos importantes como compulsão alimentar; impulso e compulsão à repetição e o quanto a busca por gratificação emocional, alívio para a ansiedade e angústia, se faz presente.

Podemos reforçar a necessidade de o paciente portador de transtornos alimentares ser tratado por equipe multidisciplinar. No que se refere ao psicólogo, são pacientes com certa dificuldade em estabelecer e manter vínculos. É importante que se fazendo necessário o profissional possa fazer uso de outros suportes, como testes, escalas, para uma avaliação mais bem apurada em relação a transtornos alimentares.

Concluindo, a compulsão alimentar nos remete ao excesso, à perda de controle e é o transtorno alimentar mais presente entre pacientes obesos mórbidos.

É preciso tratar a compulsão alimentar. O excesso, a perda de controle em relação aos alimentos, nos remete a outros excessos presentes na vida dos sujeitos.

E “Qual o papel do alimento em sua vida?”

Diante de todas as respostas, diante de todo estudo realizado, pude concluir que talvez seja “preencher vazios”; ocupar lugares da ordem do desejo, da falta. Ocupar o lugar de “prótese psíquica”.



REFERÊNCIAS

- ABOTT DW, Ackerman SH, Agras WS, Banzhaf D, Barber J, Bartlett JC, et al. *Practice guideline for eating disorders*. Am J Psychiatry. 1993;150:212-24.
- APPOLINARIO JC, Coutinho W, Pova LC. **O Transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar**. J Bras Psiquiatr 1995;44(Supl 1): S46-S9.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. 2^a.ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- COUTINHO, W. **Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer** [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
- DSM-5 - **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (Português) por American Psychiatric Association (Autor), Aristides Volpato Cordioli (Tradutor), Cristiano Tschiedel Belem da Silva (Tradutor), Ives Cavalcante Passos (Tradutor), Christian Kieling (Tradutor), Mário Tregnago Barcellos (Tradutor) Capa dura – 12 mai 2014.
- FERNANDES, Maria Helena. **Transtornos Alimentares**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- FONTES, I. **Psicanálise do sensível: fundamentos e clínica**. São Paulo: Ideias & Letras, 2010.
- FREIRE, Dirce Sá. **Guia do Gordo (e do magro)**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2007.
- FREUD, S. **Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. Vol. VII, 1905.
- KAUFMAN, Arthur. **Alimento e Emoção**. Artigo revista da ABESO 60. Versão 11 dezembro 2012. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/revista60/alimento_emocao.pdf> Acesso em 13 mar. 2019.
- KISLANOV, Sara. **Ego Corporal e Compulsões**. Dissertação apresentada como requisito para aquisição de grau em especialista em transtornos alimentares. Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia PUC-Rio, 2017.



LAPLANCHE, Jean, PONTALIS, Jean- Bertrand. **Vocabulário da Psicanálise** *copyright by Presses Universitaires de France*, Paris, 1967. 10a edição brasileira: setembro de 1988. Tradução: Pedro Tamen. CIDADE: Livraria Martins Fontes Editora Ltda , ano.

MICHAELIS ON LINE. **Dicionário**. Disponível em: < <https://michaelis.uol.com.br/>> Acesso em 13 mar. 2019.

MONTEIRO, Carlos Augusto. **A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil**. Estud. av. [online]. 2003, vol.17, n.48 [cited 2019-02-17], pp.7-20. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142003000200002>. Disponível em 13 mar. 2019.

NÓBREGA, A. G.S. **Vivências e significados da obesidade e emagrecimento através da cirurgia bariátrica**. 2006. Dissertação (Metrado em Psicologia). Fundação Edson Queiroz universidade de Fortaleza - UNIFOR Centro de Ciências Humanas - CCH,2006.

SZMUKLER, G.I, SLADE, P. Harris. **Anorexia nervosa and bulimic disorders: current perspectives**. Nova York: Pergamon Press Inc, 1983.

VIANNA, Mônica. **Da geladeira ao Divã - Psicanalise da Compulsão Alimentar**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2016. v. 1. 165p.

WINNICOTT, Donald Woods. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora. 1975.

_____. **“O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional”**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.



ANEXO I

TÍTULO: “O Papel do Alimento em Minha Vida”

OBJETIVO: Descrever o papel que o alimento ocupa na vida de pacientes obesos mórbidos, visto que o alimento, o ato de comer tem muitos significados que vão além do ato de nutrir.

PACIENTES E MÉTODOS: Dos 334 pacientes avaliados ou sendo avaliados pela Psicologia num serviço de assistência ao tratamento da obesidade mórbida, no período de outubro/2011 a maio/2016, 314 participaram deste levantamento. Foram realizadas durante as sessões de avaliação pré-operatórias para cirurgia bariátrica, entrevistas estruturadas e/ou semidirigidas, quando os pacientes eram levados a refletir sobre o papel que o alimento ocupa em suas vidas. Não houve direcionamento às respostas; estas foram fornecidas espontaneamente.

RESULTADOS: Através das análises referidas acima, foi possível avaliar que o papel do alimento na vida dos referidos pacientes, é para: 80 (25,47%) diminuir a ansiedade; 65 (20,70%) amenizar depressão; 50 (15,92%) aliviar tristeza; 50 (15,92%) fonte de prazer; 24 (7,64%) conforto; 13 (4,15%) sociabilizar; 9 (2,86%) suprir fome; 7 (2,22%) preencher vazios; 3 (0,96%) nutrir; 3 (0,96%) companhia; e 1(0,32%) “bóia salva-vidas”; 1 (0,32%) “amigo e carrasco”; 1 (0,32%) “fuga da dor”; 1 (0,32%) “anestesia dos problemas”; 1 (0,32%) “minha mãe. A mãe que me abandonou. ”; 1 (0,32%) “me matava com a comida”; 1 (0,32%) “aliviar culpas”; 1 (0,32%) “merecimento: estou irritada; mereço um sundae de chocolate! ”; 1 (0,32%) “refúgio que trouxe prejuízo”; 1 (0,32%) “solução para tudo; até quando não tinha nada para solucionar. ”.

CONCLUSÃO: A partir dos dados levantados, foi possível confirmar que para este grupo de pacientes, o alimento longe de



ocupar o papel de nutrição que lhe cabe, ocupa diferentes papéis ligados a diminuir o desconforto emocional. A fome suprida é a “fome emocional”. Logo, o que temos, é uma “alimentação emocional”, que é o ato de comer na ausência da fome.



ANEXO II

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA BES
(BINGE EATING SCALE) Autores: Gormally J, Black S, Daston S,
Rardin D. (1982). Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).
Nome: _____

_____ Data: ___/___/___ Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções: 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, frequentemente, 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 mastiga-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, frequentemente, 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 quebrou 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 ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos. () 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão 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 “preocupados” 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 “preocupadas” 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 ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.