

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SILVANA MARIA DE BARROS SANTOS

A OBESIDADE E O SOBREPESO DE ADOLESCENTES MULHERES
NA ATUALIDADE: UM OLHAR PSICANALÍTICO

RECIFE

2013

SILVANA MARIA DE BARROS SANTOS

**A OBESIDADE E O SOBREPESO DE ADOLESCENTES MULHERES
NA ATUALIDADE: UM OLHAR PSICANALÍTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, linha de pesquisa em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

Orientadora: Profa. Dra. Maria Consuelo Passos

RECIFE

2013

SILVANA MARIA DE BARROS SANTOS

**A OBESIDADE E O SOBREPESO DE ADOLESCENTES MULHERES
NA ATUALIDADE: UM OLHAR PSICANALÍTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, linha de pesquisa em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Consuêlo Passos (UNICAP)

Orientadora

Prof. Dr. Zeferino Rocha

1º Examinador

Profa. Dra. Júlia Coutinho Costa Lima

2ª Examinadora

Recife, 16 de outubro de 2013.

Aos meus pais,
Esperidião e Theonice
(*In memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Deve-se escrever da mesma maneira como as lavadeiras lá de Alagoas fazem seu ofício. Elas começam com uma primeira lavada, molham a roupa suja na beira da lagoa ou do riacho, torcem o pano, molham-no novamente, voltam a torcer. Colocam o anil, ensaboam e torcem uma, duas vezes. Depois enxáguam, dão mais uma molhada, agora jogando a água com a mão. Batem o pano na laje ou na pedra limpa, e dão mais uma torcida e mais outra, torcem até não pingar do pano uma só gota. Somente depois de feito tudo isso é que elas dependuram a roupa lavada na corda ou no varal, para secar. Pois quem se mete a escrever devia fazer a mesma coisa. A palavra não foi feita para enfeitar, brilhar como ouro falso; a palavra foi feita para dizer.

Graciliano Ramos (mestre Graça)

Aos meus pais Theonice e Esperidião (*In memoriam*) por tudo que fizeram por mim, fazendo-me acreditar que os obstáculos são passageiros.

Ao meu irmão Zeca e aos meus sobrinhos Pedro Ivo, Beatriz e Marília pelo aconchego em momentos difíceis e significativos para mim.

Às minhas tias Teomirte de Barros Malta e Teônia de Barros por estarem comigo nos momentos importantes da minha vida.

Às amigas Adenize Acioli, Antonieta Oliveira, Lídia Ramires e Lígia Ferreira pelo incentivo, carinho e paciência que me proporcionaram nesse período.

Aos colegas de mestrado: Luís Felipe, Deborah, Vívian, Juliane, Rebecca e Jacqueline que me proporcionaram momentos de afeto durante o estudo acadêmico.

Aos professores do programa do mestrado em psicologia que com competência ajudaram alunos a refletir.

Ao Dr. Austragésilo de Castro que, com sua paciência, mostrou-me o outro lado da vida, podendo perceber que minha trajetória pode ter diversos caminhos.

À Profa. Ma. Valéria Dantas e à Profa. Ma. Maria Elena que me acolheram com carinho no estágio materno-infantil da Clínica-Escola de Nutrição do Centro Universitário (Cesmac), em Maceió, capital de Alagoas.

À minha orientadora, Profa. Dra. Consuelo Passos, que me fez refletir sobre a escrita acadêmica, por um processo, muitas vezes, lento, mas significativo para a aprendizagem.

A Psicanálise encara atualmente uma crise de sua psicopatologia, como também a psiquiatria. Ao longo do século findo, nossa psicopatologia foi tributária da distinção polar entre neurose e psicose. A proliferação de novas patologias parece corresponder a uma série de remendos nesse tecido teórico que se esgarça a olhos vistos. Nossa Psicopatologia vem de um tempo em que se concebia a doença individual como oposição à sociedade; hoje, é forçoso pensá-la como expressão pontual dessa mesma sociedade, como sintoma de campos culturais inconscientes.

Fábio Hermann (2004)

RESUMO

Nos dias de hoje, a obesidade se caracteriza como uma doença de causas múltiplas, sendo uma enfermidade grave e com alta incidência em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dessa maneira, é possível considerar que a obesidade pode ser analisada por vários aspectos multifatoriais como os genéticos, sociais e afetivos. Nesse sentido, esta dissertação aborda alguns aspectos afetivos presentes na problemática da obesidade e sobrepeso em adolescentes mulheres, procurando verificar possíveis falhas na relação afetiva mãe e filha, nos estágios precoces do desenvolvimento da menina. Este estudo está fundamentado em concepções teóricas de Winnicott (1983; 2000; 2005; 2006), Levisky (1995), Barbosa Silva (2005), Bruno (2011) e Cardoso (2008). Foi utilizada como procedimento metodológico a abordagem qualitativa da História Oral de Vida que privilegia as narrativas do sujeito como compreensão de suas vivências afetivas. Desse modo, foram feitas entrevistas gravadas com as adolescentes obesas ou com sobrepeso de 13 a 18 anos que fazem parte da triagem ou estão em tratamento nutricional na Clínica-Escola de Nutrição da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde do Centro Universitário (Cesmac) em Maceió, Alagoas. Diante disso, as narrativas das adolescentes entrevistadas teceram sua história de vida, apresentando dados significativos como a relação com a mãe, o contexto familiar, o próprio ato de adolecer e o lidar com os conflitos existentes no dia a dia como aspectos importantes e como hipóteses possíveis de ocasionar o aparecimento da obesidade e do sobrepeso nessas adolescentes mulheres. Cada contexto estudado, revela singularidades da relação mãe e filha e se destaca como fundamental para o desenvolvimento e a construção do amadurecimento da menina na infância e, principalmente, na adolescência.

Palavras-chave: Psicanálise. Afetividade. Adolescentes Mulheres. Obesidade. Sobrepeso.

ABSTRACT

Nowadays, obesity is characterized as a disease of multiple causes, it's a serious illness and with high incidence in developed and developing countries. This way, it is possible to consider that obesity can be analyzed by various multifactorial features as genetic, social, and affective. In this sense, this dissertation says some affective aspects in obesity and overweight's problematic in adolescent women, seeking to verify possible failures in affective relation mother and daughter, in the early stages of development of the girl. This study, is based on theoretical conceptions of Winnicott (1983, 2000, 2005, 2006), Levinsky (1995), Barbosa Silva (2005), Bruno (2011) and Cardoso (2008). It was used as methodological procedure the qualitative approach of Oral Life History that privileges the narratives of the subject as knowledge their affective experiences. Thus, they have been recorded interviews with obese adolescents or overweight 13 to 18 years who are part of the screening or are in the nutritional treatment Clinic-School of Nutrition of Biological Sciences and Health College (Cesmac) in Maceió, Alagoas. In this way, the narratives of the interviewed adolescents wove their life story, they are presenting significant data such as the relationship with the mother, the family context, the own act of adolescent and the dealing with conflicts in daily life as important aspects and as possible hypotheses to bring on the onset of obesity and overweight in these adolescent women. Each studied context, reveals singularities mother and daughter relationship and it stands as fundamental to the development and the construction girl's maturing in childhood, and mainly, in youth.

Keywords: Psychoanalysis. Affection. Women Adolescents. Obesity. Overweight.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Índices antropométricos para crianças e adolescentes	28
Tabela 2 – Índices antropométricos para adolescentes.....	28

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	O PROCESSO DE ADOLESCER NA ATUALIDADE.....	12
1.1	Um breve histórico sobre a adolescência	13
1.2	Puberdade e as transformações corporais.....	16
1.3	Adolescência e as transformações biopsicossociais.....	18
2	OS DISTÚRBIOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA.....	22
2.1	A afetividade, alimento e compulsão.....	24
2.2	A adolescente mulher e a obesidade.....	27
3	O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO.....	35
3.1	O desenvolvimento primitivo da criança	36
3.2	A mãe como ambiente facilitador.....	37
3.3	As possíveis falhas na relação primária e as repercussões na vida afetiva.....	41
4	A METODOLOGIA ADOTADA: HISTÓRIA ORAL DE VIDA	44
4.1	Sobre a história oral	44
4.2	Caracterização do campo da pesquisa	46
4.3	As narrativas das adolescentes e de suas mães	48
4.3.1	As narrativas de Clara, a adolescente Babette	49
4.3.2	Narrativas de Érica, a garota invisível.....	55
4.3.3	Flávia, a garota interrompida	60
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS.....	68
	ANEXOS.....	72

INTRODUÇÃO

Pretendemos, nesta dissertação, contribuir para uma melhor compreensão da obesidade ou sobrepeso na adolescente mulher, analisando, dessa forma, aspectos afetivos como a relação da adolescente com sua mãe desde os estágios precoces do seu desenvolvimento, a busca da feminilidade no ato de adolecer e os próprios conflitos vividos pela adolescente nesta etapa de vida, que podem ocasionar o aparecimento dos transtornos alimentares, em destaque, a obesidade na contemporaneidade.

Nesse sentido, o meu interesse pela clínica dos transtornos alimentares, especialmente, a obesidade e o sobrepeso em adolescentes mulheres, surgiu da escuta analítica no consultório, ao me deparar com a problemática de adolescentes obesas e com sobrepeso, que se caracterizava por uma compulsão alimentar incomensurável, fazendo-as engordar de dez a trinta quilos, ou mais, acima do peso normal.

Isso me fez refletir sobre o assunto e perceber que a obesidade e o sobrepeso podem estar relacionados a diversos fatores como: o genético, que se caracteriza pela marca da hereditariedade no indivíduo; o social, pela influência da mídia e das próprias transformações sociais ocorridas na contemporaneidade que oferta, por um lado, guloseimas diversificadas e, por outro, exige um corpo magro e sarado como referência de saúde e beleza; além do afetivo que não se restringe só à relação mãe e filho nos estágios precoces do desenvolvimento, mas ao próprio ato de adolecer nos nossos dias, pois, muitas vezes, a dor, o sofrimento, a frustração, enfim, a dificuldade em lidar com a vida adulta pode contribuir para o adoecimento do adolescente.

Dessa forma, a pesquisa realizada se direcionou para o estudo dos aspectos afetivos – sob uma óptica psicanalítica – que podem ocasionar o aparecimento da obesidade e sobrepeso em adolescentes mulheres. Assim, o trabalho contemplou uma parte teórica e outra prática, sendo a teoria embasada na psicanálise, destacando as concepções winnicottianas e a sua construção metodológica sedimentada na abordagem qualitativa da História Oral de Vida, que analisa as narrativas dos sujeitos como uma compreensão de suas vivências afetivas.

Nesses termos, esta dissertação está organizada da seguinte forma: na 1ª seção, aborda um breve histórico da adolescência, focalizando com maior evidência as transformações do corpo na puberdade e a sexualidade como também a volta dos conflitos edipianos, enfim, a análise do ato de adolecer nos tempos atuais a partir de pressupostos da psicanálise; a seção seguinte (seção 2) descreve os distúrbios alimentares na adolescência,

com destaque à obesidade, defendendo que, na contemporaneidade, há uma interação entre alimento, afetividade e compulsão que pode ser uma referência interligada ao aparecimento da obesidade ou do sobrepeso; a seção 3 trata do ambiente facilitador no processo de desenvolvimento do indivíduo, descrevendo as concepções winnicotianas da mãe como ambiente facilitador e da relação entre as possíveis falhas ambientes na relação mãe e bebê que possam ocasionar a obesidade como também informando que há questões como as genéticas e socioculturais que podem ocasionar sobrepeso e obesidade; a seção 4 apresenta a análise das entrevistas, que procura revelar as conexões feitas entre as falas das entrevistadas e as discussões teóricas apresentadas ao longo do trabalho; e, nas considerações finais são apresentados os pontos de reflexão que orientaram o trabalho e permitem sugerir novos encaminhamentos.

Nessa pesquisa, foram entrevistadas três adolescentes de 13 a 18 anos que estão em triagem ou em tratamento na Clínica-Escola de Nutrição da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde do Centro Universitário (Cesmac), em Maceió, capital de Alagoas, e suas mães, dentro de uma construção metodológica embasada na História Oral de Vida.

Nesse sentido, pode-se observar que nas entrevistas das adolescentes e de suas mães há mais pontos convergentes do que divergentes, com destaque aos pontos relevantes como a superproteção ou indiferença da mãe para a filha, ocasionando, muitas vezes, oscilação de afeto e humor das jovens desde a infância, como também uma dificuldade das mães entrevistadas para compreender esse sentimento apresentado pelas adolescentes em suas vivências.

Consideramos que, a partir dessas narrativas, foi possível organizar elementos significativos nas entrevistas tanto das adolescentes quanto das mães no seu contexto social e afetivo, que pudessem evidenciar algum indício para associar a obesidade e o sobrepeso às questões do ato de adolecer.

1 O PROCESSO DE ADOLESCER NA ATUALIDADE

Pode-se dizer que os fatos históricos e sociais se revelam tão imprevisíveis e intempestivos devido ao progresso tecnológico ocorrido na atualidade, principalmente, por proporcionar, além de muitas facilidades, o acesso à informação, fato que pode causar uma reviravolta no cotidiano do ser humano, fazendo-o, muitas vezes, vivenciar experiências diversas e completamente diferentes de tempos atrás.

Com isso, é perceptível a mudança dos valores sociais e morais, a qual provoca um aumento compulsivo em “ter mais do que ser”, em superestimar a aparência, isto quer dizer, dar destaque imensurável ao consumismo, ao poder da mídia e ao culto narcisista, atribuindo a isso valor superior e significativo para a existência do ser humano.

Em decorrência dessa constatação, esclarecemos que, muitas vezes, o jovem não consegue corresponder aos ditames morais e sociais impostos por essa “sociedade do espetáculo”¹. Desse modo, é provável que passe a negar ou esconder seus conflitos emocionais, sentindo dificuldades para cuidar de si mesmo, o que ocasiona, na maioria das vezes, o aparecimento de sintomas que retratam um sentimento de vazio, angústia, irritabilidade e agressividade.

Diante disso, pode-se dizer que a adolescência não passa ilesa a essas modificações históricas e sociais, mas sabe-se que cada vez mais ela ocupa um espaço de pesquisa significativo na área da psicologia, entre outras áreas de conhecimento, devido à necessidade de compreender melhor esse período de vida na contemporaneidade, que se constitui como um período de crise de vida, caracterizado por perdas que encaminham mudanças e por medos que se confrontam, tornando-se experiências de vida.

No tocante às questões sobre o corpo e a sexualidade, pode-se dizer que algumas delas tenham sido desmistificadas pela mídia ou por orientações dos pais, outras ainda continuam persistentes, arraigadas e insolúveis acarretando, muitas vezes, uma dificuldade em se reconhecer como pessoa, experimentar seus desejos e tentar, dessa maneira, ter suas próprias experiências pessoais que não são as do mundo e nem as dos pais.

O que evidencia que a adolescência se constitui como um lugar de conflitos em que o adolescente tenta conciliar as exigências internas e as da realidade, tentando, desse modo, adaptar-se à nova rotina de vida a fim de melhor compreender suas transformações fisiológicas e psíquicas.

¹ Expressão que intitula o livro escrito pelo francês Guy Debord (1931-1994), publicado em 1967.

1.1 Um breve histórico sobre a adolescência

Refletir sobre o fenômeno adolescência sugere a retomada, mesmo de forma sucinta, das contribuições teóricas sobre o assunto ao longo dos anos, pois não é fácil para os estudiosos descreverem e, até mesmo, compreenderem a complexidade do processo de adolecer.

Como um processo de desenvolvimento evolutivo do ser humano, a adolescência se constitui em uma fase de transição entre a infância e a vida adulta. Pode-se dizer que o adolescente vive uma revolução biopsicossocial que se caracteriza por transformações corporais e comportamentais dentro do contexto social em que está inserido.

Campos (1996) comenta o quanto é oportuno destacar que a preocupação em compreender esta fase da vida não é algo recente. A literatura aponta que, na Antiguidade, os filósofos Platão e Aristóteles procuravam descrevê-la como de natureza imprevisível, impulsiva, apaixonada e com dificuldade de tolerar a crítica e adiar gratificações.

No entanto, Levisky (1995) destaca que a Antiguidade e a Idade Média não são mencionadas contribuições significativas a respeito da adolescência. Observa-se, no entanto, que no século XVI, surgem preocupações relacionadas às etapas de vida, que se configuram apenas como: infância e juventude, sendo que a última compreendia a juventude propriamente dita e a vida adulta, não havendo, portanto, um lugar ainda definido para a adolescência como vivência humana.

É com a chegada do século XIX, que a adolescência passa a ser uma temática relevante, sendo reconhecida como um momento crítico e complexo da existência humana, em que o indivíduo passa a viver uma zona de turbulência pelas mudanças de comportamento, resultante das alterações físicas e comportamentais.

É no decorrer da segunda metade do século XIX, e no século seguinte, que começam a surgir diferentes interesses e formulações teóricas, voltados para a explicação do fenômeno da adolescência, como um estudo sistematizado, pautado em parâmetros científicos e experimentais, sendo publicada uma vasta literatura sobre o assunto. Não esquecendo que a partir da segunda metade do século XX, ocorreram transformações intensas na sociedade referentes aos aspectos morais, políticos e sociais, delineando um caráter de maior liberalidade das pessoas em relação aos costumes e, notadamente, à sexualidade.

Portanto, na sociedade atual, o período da adolescência é marcado pelos aspectos provenientes dessas transformações sociais, culturais e familiares que ocorreram nas décadas

de 1960 a 1970, em que se sedimentou um verdadeiro movimento revolucionário, pontuado por um desenvolvimento científico-tecnológico bastante significativo.

Nessas duas décadas, ocorreu uma revolução de costumes, denominada de contracultura, na qual foram estabelecidos novos estilos de vida, maneiras de pensar através das mobilizações e contestações sociais como: os movimentos feministas e civis em favor dos negros, homossexuais, a revolução sexual dos jovens com o aparecimento dos contraceptivos e o uso de drogas como forma de contestar os padrões sociais vigentes na época.

Diante disso, é possível afirmar que as consequências do movimento de contracultura, principalmente nos Estados Unidos, repercutiram de modo significativo na vida das pessoas através do aumento de divórcios, da entrada em grande escala das mulheres no mercado de trabalho, e do surgimento das novas configurações familiares.

Portanto, essas transformações ocorridas na sociedade levaram, também, à construção de novos valores, ideais imediatistas e individualistas tão presentes na atualidade que, de um lado, trouxeram um melhor conforto para a família pelos avanços tecnológicos e sociais, mas, por outro, houve o aumento da violência urbana devido aos problemas sociais resultantes de uma sociedade economicamente desigual, que chega ao extremo do consumismo de bens materiais e do uso de drogas como forma de entorpecimento da realidade que nem sempre lhe é favorável.

Notadamente, todas essas questões influenciam a adolescência atual porque os conflitos vivenciados pelos jovens estão interligados, de certa forma, a um processo de fragilidade dos aspectos morais e sociais ocorridos nos últimos tempos e faz com que o jovem passe a ter dificuldades em lidar com o que sente, pensa e experimenta.

Outro ponto a considerar é a influência da família no acompanhamento dessa fase de transição que define a adolescência. Com o conjunto de transformações corporais, emocionais e sociais que vivencia o adolescente, há confrontos na vida relacional com os pais, acrescidos pelas ansiedades tanto do adolescente como dos pais ao viver este período tão conturbado e crítico.

Para o adolescente se conscientizar de uma identidade mais madura, é necessária a elaboração de lutos, adversidades e conflitos. Evidentemente, isso nem sempre acontece nos dias de hoje, porque alguns jovens têm dificuldade em sentir a dor do crescimento e tentam evitá-la a todo custo. Desta forma, muitas vezes, refugia-se num universo influenciado pela mídia e pelo consumo desenfreado, ou ainda, pela transgressão de regras e valores impostos pela sociedade.

Ferrari (1996, p. 34) estabelece uma relação significativa entre adolescência e dor, ao afirmar que:

Viver a adolescência, atravessá-la, inevitavelmente, gera dor. O “ser” do adolescente é doloroso. Ele poderá procurar evitar a dor, refugiando-se na negação e na sublimação, ou, em alguns casos, encontrá-la sendo atraído por ela, vivendo-a com diversidade e singularidade.

Ao se referir à adolescência enquanto fase de transição, Levisky (1995) considera que alguns não conseguem lidar com as demandas e obrigações do mundo exterior, tornando-se problemático e assustador o ato de crescer, de desligar-se dos objetos infantis e descobrir novas situações extrafamiliares. O que faz com que o processo de individuação passe a ser visto como um obstáculo.

Entretanto, para outros jovens, a individuação no processo de adolecer constitui-se como um intervalo, uma transição para um estágio mais amadurecido, fazendo com que se conscientizem da realidade vivida, podendo lidar melhor com seus impulsos e frustrações, inclusive com os sentimentos de destrutividade, através de condutas criativas e construtivas.

Diante disso, Peter Blos (1996) destaca que há dois processos de individuação que ocorrem na vida do ser humano: o primeiro se completa ao final do terceiro ano de vida e simboliza a separação simbiótica da mãe; o segundo, na adolescência, quando prepara o adolescente para se desprender da dependência familiar, dos objetos infantis e para o ingresso no mundo adulto. Caso ocorram falhas nesses processos de individuação e separação, há uma regressão no seu desenvolvimento.

Outra perspectiva relacionada ao jovem atual é descrita por Pessanha (2001, p. 19), que enfatiza o seguinte:

Nos dias de hoje a sociedade se modifica a cada instante com grande velocidade. As mudanças sócio-culturais são feitas pelos adolescentes ou através deles, razão pela qual são usados pela mídia, se transformando em presas fáceis de “grifes” e tecnologias, (vídeo-game, aparelhos de som e computadores, etc), que os fazem escravos do consumo desenfreado.

Nesse sentido, os teóricos da adolescência são enfáticos ao descrever o período da adolescência como uma fase de crise devido às mudanças afetivas, constitutivas de uma etapa de reorganização estrutural da identidade em direção à vida adulta.

Portanto, independente de qual seja o contexto sociocultural que o adolescente esteja inserido, o ato de adolecer será sempre uma fase de crise devido às mudanças físicas e as alterações afetivas, constituindo uma etapa de reorganização estrutural da identidade em

direção à vida adulta. Os momentos de instabilidade e conflitos, muitas vezes, fazem parte dessa adolescência dita “normal”. Com o tempo, o adolescente passa a se conscientizar que suas perdas e os ideais infantis vão sendo substituídos por novos ideais decorrentes das vivências reais a partir das novas descobertas, conquistas e fracassos na vida real e emocional, passando a integrar, assim, responsabilidades e obrigações no seu dia a dia, bem como busca estabilizar sua vida afetiva e profissional.

1.2 Puberdade e as transformações corporais

Compreender as transformações corporais ocorridas entre a puberdade e a adolescência exige, primeiramente, analisar o conceito de corpo, seus significados dentro de um processo histórico, social e afetivo que vem se modificando rapidamente desde a modernidade, passando pela mudança de valores e comportamentos determinados pelo movimento de contracultura da segunda metade do século XX e que chega até os tempos atuais.

No caminhar do tempo, o conceito de corpo se transformou de uma visão restrita, dominante na Idade Média e ligada aos dogmas católicos, para uma visão organicista e científicista que priorizou, por muito tempo, o corpo como organismo que se estrutura através das primeiras impressões e sensações experimentadas na vida, provenientes dos órgãos de sentido. Também, com um conjunto de ossos, músculos e células que se organizavam através de processos fisiológicos e bioquímicos, fazendo com que a observação *in loco* fosse um método essencial para localizar as doenças ocasionadas por males externos, influências ambientais e predisposições genéticas.

A medicina tornava-se a ciência dos diagnósticos que se sedimentava como meio de investigação e prevenção das doenças, podendo controlar a educação corporal e a criação de hábitos higiênicos, tanto no plano individual como no coletivo. É o olhar sobre o homem em sociedade que se inscreve na modernidade, regido pelos pressupostos das ciências naturais.

Diante desse contexto, o surgimento da psicanálise veio confirmar o estudo sobre os afetos e a premissa que o corpo não é meramente um organismo biológico, mas um espaço entre o psíquico e o somático, resultante do processo da relação em que se encontram as funções orgânicas e o inconsciente. Para a psicanálise, a histeria se constitui como um dos exemplos clássicos dessa relação entre corpo psíquico e somático, porque o aparecimento dos sintomas histéricos não se origina de uma realidade biológica e sim, da expressão de um sofrimento psíquico marcado no corpo.

Portanto, o corpo que interessa a psicanálise é o relacional, representado pelos investimentos do outro sobre o indivíduo, regendo assim o corpo pulsional, a vida psíquica. Essa relação de investimento é primitiva, inicia-se na estreita ligação entre o bebê e o corpo da mãe como fonte de alimento e amor, tornando-se importante para a constituição psíquica do sujeito.

França apud Bruno (2011) considera que ninguém nasce humano, torna-se humano pelo contato e conhecimento de seu corpo físico com a presença do outro, sendo de fundamental importância as sensações e as emoções corporais para a constituição da individualidade.

É interessante constatar que, segundo Freud (1926), o bebê, nos primeiros tempos de vida, não está equipado para dominar psiquicamente as grandes quantidades de excitação, por isso a necessidade do outro como referência. Nessa perspectiva, a psicanálise freudiana desenvolveu uma clínica que busca permitir a compreensão de diferentes fenômenos e a relação entre o psíquico e o corporal.

Desse modo, Freud (1923, p. 270) ressalta que “o ego é antes de tudo um ego corporal”, pois ele não é visto como uma noção psicológica, mas topográfica e somática, devido à interação entre excitações externas e internas que podem ser prazerosas ou não, escolhendo, dessa maneira, o corpo como possibilidade de projeções resultantes da realidade do sujeito.

Na nossa sociedade atual, o corpo ganhou relevância enquanto valor. Saiu do espaço privado de manifestação do individual, das instituições e conquistou o espaço público, influenciado pela mídia que o expõe em *outdoors* e meios de comunicação; cultua padrões de formas físicas perfeitas, estéticas e midiáticas em detrimento de comportamentos afetivos e relacionais. Nesses termos, o homem teme sofrer perdas e frustrações, não se permitindo ter espaço e tempo para pensar.

É evidente que há um período na vida do ser humano em que essas questões corporais se tornam significativas pela transformação do corpo da criança para o corpo do adulto, é a fase da puberdade, que se caracteriza por uma fase de alterações físicas e metabólicas que levam ao amadurecimento das funções reprodutivas e ao desenvolvimento somático do indivíduo. Seu início não tem uma idade cronológica definida. Antes, se constituía entre os 9 e 11 anos, hoje é visto que cada pessoa tem seu tempo e desenvolve as diversas partes do corpo de acordo com seu ritmo.

Nesse sentido, o processo de mudança física na puberdade é desencadeado pela glândula da hipófise que começa a fabricar hormônios sexuais que colocam em atividade os

ovários e os testículos, causando modificações físicas que resultam no aparecimento, primeiramente, dos caracteres sexuais que são: os pelos pubianos e axilares e o crescimento do seio para, posteriormente, surgir a menarca (primeira menstruação) na menina e a primeira ejaculação no menino, marcando assim o início da adolescência.

Levisky (1995) enfatiza que com a chegada da puberdade, o organismo do indivíduo sofre transformações, mas também é invadido por impulsos sexuais e agressivos e a reedição dos conflitos edipianos. Dessa maneira, a própria dinâmica psíquica do indivíduo na puberdade começa a sofrer profundas alterações na construção de sua identidade.

Pode-se dizer que o autor também ressalta que na fase da puberdade pode aparecer mecanismos reativos de vergonha, nojo, medo, limpeza exagerada, simbolizando uma defesa contra os impulsos sexuais que fazem parte do contexto das mudanças físicas e emocionais que o indivíduo vivencia nessa etapa de vida como também são frequentes as práticas masturbatórias devido à sexualização das fantasias.

Diante desse contexto, Levisky (1995) afirma que a puberdade é um processo em que ocorrem as transformações corporais, enquanto a adolescência se constitui como etapa biopsicossocial, desencadeada pelas alterações corporais iniciadas na puberdade que intervêm nos aspectos afetivos e sociais vividos pelo adolescente, o qual, ao experimentar esse turbilhão de transformações, não consegue compreender os processos que ocorrem com ele, pois os impulsos sexuais e agressivos podem, por vezes, causar sensações novas e incontroláveis que fazem das suas experiências um jogo sempre erotizado.

Não esquecendo que, os impactos desse corpo em modificação para alguns adolescentes são vividos com muita intensidade e conflito, talvez pela própria configuração da sociedade atual que faz com que a angústia, ansiedade e frustração vividas por esses jovens, muitas vezes, sejam projetadas ou inscritas no corpo como forma de adoecimento por não encontrarem um espaço interior para a elaboração de suas situações psíquicas.

1.3 Adolescência e as transformações biopsicossociais

É importante considerar que as discussões teóricas sobre a adolescência contribuem para o entendimento de que se trata de uma fase de transição, marcada por transformações corporais, mudanças nas atividades sociais, conflitos de identidade e perturbações afetivas, pois essas alterações físicas e comportamentais são consideradas como modos de adaptação e estruturação do processo de desenvolvimento típico desse período de transição.

Nessa perspectiva, Levisky (1995) afirma que o indivíduo, dentro de um processo normal de adolescência, passa por uma desconstrução de seus objetos e valores infantis como também a desmistificação da família, principalmente das figuras parentais a fim de se identificar com novos grupos sociais. Ainda, segundo esse autor (1995, p. 19):

Qualquer que seja o contexto sócio-cultural, a adolescência será sempre um período de crise e desequilíbrio. Estas características são devidas tanto às mudanças fisiológicas que se realizam quanto às repercussões psicológicas de inserção do jovem à comunidade adulta.

É provável que todo o processo de amadurecimento do adolescente se configure na busca de uma identidade adulta que se caracteriza pelo desejo de conquistar a sua emancipação em diferentes níveis: sexual, psicológico e social. Mas nem sempre isso ocorre normalmente, pois há um conjunto de fatores biológicos, psíquicos e sociais em transformações nessa fase, gerando ansiedades e angústias ao indivíduo.

No decorrer desse processo crítico do desenvolvimento humano, é observado que o adolescente revive por tempos curtos ou longos movimentos regressivos de fusão, simbiose, crises psicóticas ou autísticas que simbolizam a intensidade das vivências infantis em confronto com sua realidade, mas podem trazer intensos transtornos adaptativos e dificuldade de amadurecimento do indivíduo.

Nesse contexto, Emmanuelli (2008, p. 22) completa a visão teórica de Levisky, considerando que:

O efeito das transformações psíquicas no adolescente, separações e modificações põem em jogo uma problemática de perda, de renúncia que se movimentam em diversos planos: narcísico e objetal, na realidade e no psiquismo. Perda do corpo infantil, de suas referências e de sua quietude, e perda da estabilidade da imagem do corpo; perda da ilusão de completude bissexual e do sentimento de onipotência que o acompanha; renúncia ao laço estabelecido com os pais na infância e à segurança que esse laço proporciona, renúncia às imagens parentais infantis. A confrontação com a posição depressiva, por essa razão, está em primeiro lugar.

Pode-se afirmar assim que a adolescência se constitui em uma etapa de luto, uma revivência do conflito edipiano que vai repercutir sobre o narcisismo do indivíduo, configurando assim o processo de amadurecimento até chegar à conquista de sua emancipação em diferentes níveis de experiência, assim como novas elaborações psíquicas passam a ocorrer e permitir que o indivíduo possa apropriar-se do corpo sexuado e de sua individualidade.

No tocante à sexualidade na adolescência, ela se constitui como um aspecto importante do indivíduo, não só pelo desenvolvimento endócrino e dos órgãos genitais, mas também pelo aparecimento do desejo sexual que constitui, segundo Laplanche (1973), “toda série de excitações e de atividades presentes desde a infância e que procuram prazer irreduzível na satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental”. É uma função que tem como finalidade, de um lado, o prazer, do outro, a procriação. .

Sem esquecer que as inquietações vividas na adolescência estão relacionadas à formação da imagem corporal ocorrida ainda na infância. Diante disso, o adolescente continua sensível à sua imagem corporal e reage com ansiedade frente à imagem idealizada, sofrendo assim uma sensação de desproporcionalidade e estranhamento pelas modificações orgânicas e pelo crescimento repentino.

É bem provável que essa vivência do adolescente lhe cause dificuldades pelas perdas físicas e emocionais inerentes a essa fase de transição, em contrapartida, as transformações físicas aproximam o jovem do adulto, fazendo-o consciente de sua capacidade de reproduzir e amar.

É também interessante constatar que, no início da adolescência, qualquer estímulo se torna sexual, passando, evidentemente, pelo processo de erotização corporal devido às situações geradas de ansiedade ou prazer, cuja tensão conduz às descargas da pulsão sexual como uma catarse, um alívio. Nesse período, o adolescente se afasta dos objetos amorosos da infância (pai e mãe) e vai em busca de novos objetos de investimento amoroso e sexual que são os amigos fiéis, com os quais mantêm as mais íntimas relações de amizade, sendo esses companheiros imbuídos de um valor narcísico significativo que representa o objeto idealizado que é o próprio adolescente projetado no outro.

Nessa perspectiva, é importante considerar que as orientações sexuais são traçadas, de certa forma, pelas experiências infantis, focalizando a importância das referências parentais para a construção dessa identidade adulta. Freud (1905) enfatiza bem ao considerar que os objetos de desejo sexual na criança não são inatos, mas têm que ser encontrados dentro de um contexto familiar, social e cultural.

Dessa forma, Freud (1905) no livro *Os Três Ensaios sobre a Sexualidade* apresenta e organiza as fases psicosexuais a partir da prevalência da noção do falo e das questões das diferenças sexuais. Na crise edipiana da infância, as crianças apresentam, primeiramente, uma bissexualidade, desejando encarnar os dois sexos e possuir ambos genitores, mas o contexto ambiental contribui para que as identificações possam ser masculinas ou femininas. Depois, nota-se que a formação da identidade sexual e afetiva da criança faz com que ela estabeleça um acordo e assuma uma das referências masculina ou feminina nessa fase, sem esquecer que

essa crise edipiana é reativada anos depois na adolescência, na relação do adolescente com seu corpo, sexualidade e escolha do objeto amoroso.

É bom salientar que, nesse período da adolescência, surgem ansiedades em relação à identidade sexual, talvez decorrentes dos restos da bissexualidade ainda presente, que levam moças e rapazes a certo exibicionismo dos dotes masculinos e dos femininos como forma de defesa, autoafirmação e reassuramento de sua identidade.

Dessa maneira, é possível salientar que o processo de adolecer é de autoconhecimento, de descobrimento da sensualidade, sexualidade e reações defensivas pelo medo da homossexualidade, tanto para as garotas quanto para os garotos, pois todo esse movimento pulsional resultará no desenvolvimento de uma identidade sexual adulta. Entretanto, até que se alcance esse intuito, o adolescente atravessará um conturbado período de reestruturação de si mesmo.

2 OS DISTÚRBIOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA

O alimento na história da civilização não só constitui um valor nutritivo, de sobrevivência do corpo físico, mas uma função significativa nas relações culturais e sociais, passando a ser um modo de vida relacionado à quantidade e qualidade, aos aspectos estéticos da sociedade contemporânea e também revela a forma de interação da pessoa consigo própria e com o mundo.

A mudança dos hábitos alimentares deve-se às transformações econômicas que atingiram a produção e a comercialização agrícola nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Como decorrência, intensificou-se uma migração do campo para a cidade, acentuando um estilo de vida sedentário que teve como efeito a melhoria dos transportes urbanos e a aquisição dos bens de consumo próprios da contemporaneidade. Além disso, esse novo cenário econômico proporciona o aparecimento e a oferta de alimentos rápidos e de baixo valor nutritivo, a exemplo do consumo de gorduras e refinados, além da escassa quantidade de fibras na alimentação.

Portanto, tornam-se cada vez mais significativas as discussões a respeito dos distúrbios alimentares e a cultura da magreza nos tempos atuais, especialmente para as mulheres. Claro que nem sempre foi assim, muito pelo contrário, pois na história da civilização, principalmente na Renascença, a mulher era valorizada por possuir o corpo e seios fartos e quadris largos. As modificações no corpo e a valorização do corpo magro surgiram em meados do século XX que coincide com os movimentos de liberação feminina, passando a ser valorizada a imagem ideal da mulher magra com formas menos arredondadas. E nos anos 1970, esse padrão de magreza foi acentuado, surgindo assim toda a problemática referente aos distúrbios alimentares.

Diante disso, pode-se afirmar que as consequências desses acontecimentos na sociedade atual são significativas para a formação do indivíduo. Nesse sentido, Kristeva (1995) chama a atenção para a interação entre cultura e homem na contemporaneidade, ao considerar que o ser humano está perdendo a alma, sua identidade subjetiva e moral, constituindo-se, dessa maneira, um ser que não vivencia a dor e a frustração como culpa, mas como sofrimento no corpo. São as queixas somáticas e os distúrbios alimentares que se constituem como conflitos humanos marcados e inscritos no corpo como sentimento de dor e sofrimento.

Fernandes (2006) observa a distinção entre os tipos de distúrbios alimentares, começando pela anorexia que se configura como uma inscrição da imagem do corpo distorcida de si mesma, fazendo a jovem se submeter a uma dieta rigorosa de restrição alimentar, podendo levá-la à inanição ou à morte. A bulimia constitui uma imagem psíquica de efeito sanfona (emagrecer e engordar) com quantidades de alimento que ingere de maneira voraz e impulsiva acompanhado de vômitos que são voluntários no princípio e depois involuntários, que ocasiona gastrites e esofagites. Desse modo, a obesidade passa a se caracterizar como uma compulsão em ingerir uma grande quantidade de alimento em intervalos pequenos como uma forma de preencher um vazio, um buraco que não tem fim.

Nesse sentido, pode-se considerar, nos dias de hoje, uma visão mais ampla dos problemas alimentares, provavelmente sabendo que suas causas não estão só relacionadas com a herança genética ou com as transformações sociais, econômicas e culturais dos últimos tempos, mas também com as relações pessoais que o indivíduo mantém com a família, os amigos e o trabalho.

Sendo assim, também é possível pensar que o aparecimento da obesidade, bulimia e anorexia em adolescentes mulheres, pode estar relacionado às situações arcaicas do desenvolvimento da menina com sua mãe que podem ocasionar dor, frustração, angústia e que são projetadas no corpo e na relação com o alimento através da recusa, vômito e compulsão, pontuando também a própria vivência da adolescente, enfim, o próprio processo de adolecer.

Portanto, pode-se dizer que é possível que os aspectos afetivos contribuam para a formação de padrões alimentares, por evidenciar como um indivíduo lida com a preferência, a quantidade e a ingestão de alimentos, relacionando tudo isso à sua percepção de mundo. Diante dessa perspectiva, damos ênfase à obesidade como distúrbio alimentar na adolescente mulher, com o propósito de alertar que as jovens obesas ou com sobrepeso podem encarnar uma espécie de desgosto à forma corporal, pois o corpo mostra o excesso, o que provoca a compulsão e ocasiona o sentir-se estufado, cheio, e uma inadequação por esse corpo fugir dos padrões de magreza². Contudo, pode revelar sentimentos de vazio, dor e frustração em lidar com essa fase de transição para a vida adulta.

² Ainda em 2007 – e permanece no Brasil com grande sucesso –, a empresa Mattel Corporate desenvolveu e promoveu a franquia *Monster High* (<monster>, monstro, anormalidade; <high>, grande, forte) com o objetivo de vender bonecas cadavéricas e roupas minúsculas, para meninas com idade entre 8 e 12 anos, que perdiam o interesse pela *Barbie* e não tinham outra boneca que a substituísse. Essa franquia está explorando todos os recursos de venda dessas bonecas, criticadas por impor um modelo de corpo impossível às meninas e por estimular o uso de roupas minúsculas. Em destaque, a boneca Skelita Calaveras, que tem 15 anos e se alimenta de crânio de açúcar (Cf. WIKIPÉDIA, 2013).

2.1 A afetividade, alimento e compulsão

Quando se fala sobre os afetos, é possível descrevê-los como estados psicológicos que permitem o indivíduo expressar sentimentos e emoções, sendo relevante sua interferência no comportamento e aprendizado dos seres humanos.

Laplanche (1967) destaca a palavra afeto como proveniente da psicologia alemã e que a psicanálise utiliza para exprimir qualquer estado emocional bom ou ruim que se apresenta sob a forma de uma descarga psíquica. Nos estudos sobre a histeria, Freud (1895) descreveu, primeiramente, a palavra afeto em suas diversas manifestações de considerações sobre a histeria, enfatizando que a noção de afeto é utilizada de duas maneiras: a primeira, como um valor descritivo e representativo, e a segunda, como uma teoria quantitativa dos investimentos.

A partir desse entendimento, pode-se dizer que o processo de amamentação é o primeiro ato afetivo do indivíduo ao integrar-se com a mãe. Nesse contexto, a amamentação não só insere a criança no mundo dos sabores, na formação do paladar nas primeiras horas de vida, pois além do leite, a criança recebe o calor, o toque e o cheiro de quem a alimenta, e depois das primeiras mamadas a fome jamais será só de alimento e sim, de uma relação afetiva do indivíduo consigo próprio e com o mundo.

Entretanto, à medida que o indivíduo cresce, o alimento passa a ser essencial nas relações pessoais, cumprindo um papel de compartilhamento das experiências afetivas nos campos familiar, social ou de trabalho e, conseqüentemente, o alimento passa a representar uma expressão dos valores culturais, afetivos, socioeconômicos e religiosos de uma sociedade, além de se tornar um estilo de vida.

Nos dias de hoje, é evidente que os rituais alimentares perderam o sentido das trocas sociais e afetivas, principalmente nas reuniões familiares, pois o ato de comer atualmente é solitário e autônomo. É o que diz Fichler (1998 apud FERNANDES, 2006, p. 67):

As condutas dos indivíduos diante da alimentação se individualizaram ao mesmo tempo em que se automatizaram, enquanto que, há pouco tempo atrás (sic), elas eram quase que inteiramente determinados pelos costumes sociais e pelas tradições. As condutas alimentares se desestruturaram.

É possível que essa mudança nas condutas alimentares nos dias atuais contribua para o aparecimento de disfunções em que o papel do alimento se constitui como uma forma de defesa de ansiedades e angústias do indivíduo.

Portanto, é interessante considerar, primeiramente, as concepções freudianas sobre as patologias alimentares, embora estas sejam escassas. Há em sua obra, registros de alguns episódios de anorexia que seguem um padrão histérico, destacando a importância dessas patologias na organização da sexualidade. Em contrapartida, Freud questiona a indicação de análise para esses casos por estarem relacionados aos estágios pré-edípicos, criando, dessa forma, um paradoxo.

Pode-se considerar que os primeiros registros escritos sobre os problemas alimentares, especialmente a anorexia, foram datados de 1893, quando Freud tratou de uma paciente que desenvolveu um processo anoréxico depois do nascimento de cada um dos três filhos. Depois de cada parto, a paciente ficava impossibilitada de amamentá-las devido aos vômitos, distúrbios gastrointestinais e depressão. Freud denominou esse caso de “Histeria de Ocasião”, enfatizando, dessa maneira, a dimensão melancólica. A ilustração desse caso clínico evidencia a relação entre as questões da feminilidade, maternidade e função alimentar desempenhada pelo corpo da mulher.

Quanto à bulimia, Freud (1895) analisa essa problemática alimentar como uma neurose de angústia e também pertencente às neuroses atuais, diferentemente da anorexia que aparece ora identificada com a histeria ora com a melancolia.

Com o tempo, as transformações na teoria freudiana foram acontecendo, tanto que Freud, mais tarde, introduziu nos estudos sobre os problemas alimentares, a importância da retração da libido³ e as adições como formas de defesa contra o sofrimento, representando assim esses distúrbios como perturbações narcísicas. Posteriormente, outras contribuições psicanalíticas foram importantes como a dos pós-freudianos para a compreensão dos problemas alimentares.

Destaque para uma das teorias mais abordadas sobre esse assunto atualmente, a teoria do desenvolvimento primitivo infantil de Donald Winnicott. Suas concepções se referem às trocas afetivas na primeira infância, sendo a mãe o ambiente facilitador do desenvolvimento e da maturação do indivíduo, e o alimento um dos pontos de interligação nessa relação primária.

Winnicott, em seu artigo “Apetite e os problemas emocionais” (1936), enfatiza a relação entre alimento, função oral, fantasia oral e mundo interno da criança, considerando que a função oral se caracteriza como instinto oral que se resume na pulsão em comer. Já a

³ Retração da libido – a libido é retirada de seus investimentos objetivos e retorna ao ego.

fantasia oral é propriamente o imaginário funcionando no ato de comer. Ele (2000, p. 93) afirma que “o indivíduo tenta colocar os acontecimentos da fantasia no seu interior e a identificá-la com as coisas que ocorrem dentro do seu corpo”.

No entanto, é compreensível a necessidade de uma mãe suficientemente boa possibilitar adequados cuidados físicos e psíquicos ao bebê. A ausência desses cuidados pode gerar possíveis falhas nessa relação primária, criando um colapso ambiental⁴, passando o bebê a sofrer sentimentos de forte ansiedade, sensações de aniquilamento e insegurança, muitas vezes responsáveis por diferentes formas de adoecimento.

Nesse sentido, é possível que as concepções winnicottianas sobre o ambiente primário, a relação mãe e bebê, podem ter uma relevância significativa no estudo dos distúrbios alimentares, pois as possíveis falhas decorrentes desse processo primário podem acarretar nas adolescentes possíveis dificuldades de percepção da imagem corporal, sinalizando que essas meninas-moças podem estar presas aos estágios precoces do seu desenvolvimento e ligadas à mãe, escondendo, dessa forma, seus desejos e sexualidade e burlando o sentir e o pensar a dor, sem encarar o seu desenvolvimento.

Outro ponto importante a ressaltar é o registro da compulsão, não só por objetos como roupas, sapatos, carros, viagens, entretenimentos ou drogas, mas, principalmente por comida, no qual se destaca das compulsões atuais. Na compulsão em comer, o indivíduo apresenta uma relação ambígua de satisfação e prazer por um lado e, por outro de culpa.

Diante disso, torna-se evidente que a condição como o indivíduo lida com seu corpo e sua alimentação se configura como uma forma de expressão da sua maneira de pensar e sentir, podendo ocorrer, alguma vez, perturbações pertinentes a esses aspectos comuns na contemporaneidade como o sentimento de vazio, impulsividade e ansiedade.

Birman (2012) enfatiza que o papel e o aumento da compulsão na relação do indivíduo com o alimento pode proporcionar uma sensação de prazer aparente e se constituir, também, como uma forma de aplacar as angústias internas.

Dessa maneira, Miranda (2011) observa que a dinâmica da compulsão em relação aos distúrbios alimentares, em grande parte é feminina, devido à relação sociocultural da mulher com a alimentação, o corpo, a reprodução, a sexualidade, a relação mãe e filha, que configuram elementos significativos para a clínica compreender esse fenômeno, observando

⁴ Colapso ambiental – fracasso de uma organização da defesa em estágios precoces do desenvolvimento (WINNICOTT, 1963).

também que a mulher contemporânea é mais exposta às representações culturais da mídia e da publicidade no tocante à juventude, beleza e saúde.

2.2 A adolescente mulher e a obesidade

Hoje, sabe-se muito mais sobre a obesidade do que antes, pois se constitui como uma doença crônica que tem diversos fatores como causa e acomete todas as idades. No entanto, o que torna a situação mais difícil é o fato de que a obesidade não aparece sozinha no indivíduo, há uma comorbidade, quer dizer, esse distúrbio alimentar vem acompanhado por outras doenças adquiridas ao longo do tempo como diabetes, hipertensão, apneia do sono, artrite, artrose e outras.

É provável que nas questões relacionadas à obesidade na adolescente mulher, o excesso de peso não só acarreta o aparecimento de doenças crônicas, mas também situações de rejeição de amigos, de si própria, por não corresponder às expectativas estéticas do momento, apresentando baixa autoestima, ansiedade, sentimento de culpa, depressão e insegurança.

Barbosa Silva (2005) acrescenta que para as mulheres, o excesso de gordura no corpo deve ser entre 30% ou mais e nos homens mais de 20%. Não deixando de citar que há uma avaliação da composição corporal para definir se o indivíduo pode ser obeso ou não, denominado IMC (Índice de Massa Corpórea), calculado ao dividir peso (kg) pela altura (m) da pessoa ao quadrado ($IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m}^2\text{)}$ para o adulto).

No que diz respeito à criança e ao adolescente, há outro tipo de procedimento, descrito pelo Manual de Nutrição da Sociedade de Pediatria (2009) que sugere além do cálculo do IMC, uma avaliação nutricional para saber a quantidade e qualidade de alimentos ingeridos pela criança ou adolescente como também uma investigação dos índices antropométricos⁵, através de uma amostragem da população infantil e adolescente sadia e normal dentro de um parâmetro sistematizado e mensurado, sendo esses dados coletados e estimados em cálculos matemáticos. Dessa maneira, os valores encontrados são reunidos em tabelas e gráficos organizados sobre a forma de percentil ou de escore Z como referência na avaliação nutricional de crianças e adolescentes. Segue abaixo duas dessas tabelas:

⁵ Índices Antropométricos – instrumentos de avaliação da normalidade e anormalidade de medidas corpóreas como estatura, comprimento, peso, circunferência do braço e pregas cutâneas.

Tabela 1 – Índices antropométricos para crianças e adolescentes

Índices	Faixa Etária		
	Crianças (de 0 a 5 anos incompletos)	Crianças (de 5 a 10 anos incompletos)	Adolescentes (10 a 19 anos)
Índice Antropométrico	Peso por idade	Peso para idade	_____
Índice Antropométrico	Peso pela estatura	_____	_____
Índice Antropométrico	IMC para idade	IMC para idade	IMC para idade
Índice Antropométrico	Estatura para idade	Estatura para idade	Estatura para idade

Fonte: Avaliação nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009.

Tabela 2 – Índices antropométricos para adolescentes

Valores Críticos	Escore	IMC para Idade	Estatura para idade
<Percentil 0,1	Escore Z-3	Magreza Acentuada	Muito baixa
>Percentil 0,1 e <Percentil 3	≥Escore Z-3 e <Escore Z-2	Magreza	Baixa
≥Percentil 3 e <Percentil 5	≥Escore Z-2 e <Escore Z-1	Eutrofia	Estado nutritivo normal
>Percentil 15 e ≤Percentil 85	≥Escore Z-1 e ≤Escore Z+ 1	Eutrofia	Estado nutritivo normal
≥Percentil 85 e ≤Percentil 97	>Escore Z+1 e ≤Escore Z+2	Sobrepeso	Adequada
>Percentil 97 e ≤Percentil 99,9	>Escore Z+2 e ≤Escore Z+ 3	Obesidade	
>Percentil 99,9	>Escore Z+3	Obesidade grave	

Fonte: Avaliação nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009.

Diante desses índices e outros estudos sobre os problemas alimentares, considera-se também a obesidade com a classificação psiquiátrica de distúrbios em razão dos fatores genéticos e orgânicos, enquanto a bulimia e a anorexia são pertencentes ao núcleo dos transtornos alimentares, enfatizados pelo aspecto afetivo.

Salientando que, na obesidade, a energia psíquica é quase toda investida no ato de comer, gerando um ciclo perverso para o próprio obeso que se configura em comer como uma satisfação oral, depois há o aparecimento da angústia, o indivíduo se sente insatisfeito e pela falta e vazios de sentidos, ele começa a comer novamente em excesso e sem controle,

escondendo assim a frustração, mas com pressa constante e querendo a satisfação imediata dos desejos que resultam na impossibilidade do obeso em pensar e digerir suas emoções.

Um dado interessante a considerar é que nessa situação típica do indivíduo obeso em não controlar a compulsão em comer em excesso, pode ter como influência dois fortes mecanismos de defesa utilizados por ele, que são a projeção e a negação.

O mecanismo de defesa projeção no obeso se constitui como um mecanismo psíquico pelo qual o indivíduo projeta para fora todos os sentimentos agradáveis e desagradáveis no objeto, nesse caso, o objeto é o alimento.

Projeção, no sentido psicanalítico, é uma operação pela qual o indivíduo expulsa de si e localiza no outro, pessoas ou coisas, qualidades, sentimentos, desejos e mesmo objetos que ele desdenha ou recusa em si. Trata-se de uma defesa de origem muito arcaica (LAPLANCHE, 1967, p. 478).

Quanto à negação como mecanismo de defesa, ela depende dos vários graus da gravidade da obesidade, sendo difícil perceber seu estado emocional e físico. “Negação é o processo pelo qual o indivíduo, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos, até aí recalcado, continua a defender-se dele, negando que lhe pertence” (LAPLANCHE, p. 373).

Nessa perspectiva, França apud Bruno (2011, p. 247) acrescenta que no obeso, o prazer da satisfação ou desejo em comer não se desenvolveu, pois a ingestão de alimentos é uma forma de acalmar angústias primitivas e impedir o aparecimento do vazio existencial. A autora menciona Grimberg (1956, p. 247) que afirma que “a obesidade é uma tentativa de elaboração da agressão no plano da oralidade. Ele salienta a questão da negação da ausência, perda e destruição do objeto mediante o ato de incorporar repetida e continuamente o alimento”.

No entanto, o corpo na obesidade é investido narcisicamente como um lugar em que as emoções podem se exprimir, pois ser obeso é a única forma do indivíduo se relacionar com o mundo. Esse modo de ser do obeso cristaliza a impossibilidade de mudanças, fazendo o indivíduo não identificar seu estado emocional, defendendo-se ou negando suas experiências emocionais.

Desse modo, desde o nascimento, o indivíduo reage às experiências emocionais tanto positivas como negativas, e isso determinará como será sua qualidade de vida psíquica e corporal. É evidente que o ambiente facilitará ou não para que isso ocorra.

No que diz respeito ao aparecimento da obesidade em adolescentes mulheres, é importante considerar, primeiramente, a mulher na história da civilização, tornando-se imprescindível a menção a algumas das representações acerca da figura feminina.

Uma dessas representações inicia-se por Eva como primeira mulher, segundo a tradição judaico-cristã, que fez com que Adão pecasse e fossem os dois expulsos do paraíso; depois a mulher encarna a figura da bruxa na Idade Média com seus encantos e feitiços; mais tarde na Modernidade, a mulher é representada pela esposa recatada e a boa mãe; até chegar à mulher dos tempos atuais com sua dupla jornada de trabalho e, ainda assim, tentando se manter impecável com sua silhueta magra, o rosto sempre jovem, em constante repúdio às gordurinhas em excesso e ao envelhecimento.

Não se pode esquecer que a imagem da mulher como mãe bondosa ou até executiva se caracterizam como descrições positivas sobre o sexo feminino, porque durante muito tempo ainda persistiu a ideia conservadora de considerar a mulher uma mercadoria e, dessa forma, inferior ao homem.

Birman (2002) afirma que no começo dos tempos modernos, os anatomistas desenhavam o corpo da mulher diferente do homem, descrevendo-a como possuidora de um crânio pequeno, o que simbolizava ser ela menos capaz intelectualmente do que o homem, no entanto, possuidora de uma pelve larga, sinal de sua natural capacidade de reprodução. Nesse caso, a mulher ainda continua como uma figura reprodutora e de perpetuação da espécie, não um ser humano com desejos e vontades.

Na Europa do século XIX, muitas transformações ocorreram e proporcionaram os progressos científicos, tecnológicos e sociais que possibilitassem a mulher mudar seu destino através de suas conquistas políticas, sociais e econômicas, sedimentadas em uma formação educacional mais aprimorada que a habilitou profissionalmente e a fez integrar o mercado de trabalho. Dessa forma, a partir da transformação do papel feminino, começou a ser construída a noção de feminilidade que configura a mulher em sua dimensão psíquica, social e biológica.

Pode-se dizer que diante das conquistas femininas, a feminilidade passa então a ser melhor assimilada, inclusive pelos estudos psicanalíticos, notando que o discurso sobre a mulher não estava mais restrito a um comportamento materno, infantil e passivo socialmente aceito na época. Começava a surgir a histeria como patologia feminina que representava, segundo as concepções freudianas, um papel de rebeldia que renegava ou transgredia essa posição passiva e materna, apresentando ser uma pessoa singular e com desejos, mas que inscrevia suas dores e frustrações no corpo. Porém, os diagnósticos da época consideravam a histeria como uma figura que se revigorava no contexto burguês, constituindo uma mulher que somatizava, ao apresentar paralisias no corpo como inscrições de um comportamento sexual em excesso, resultante da degeneração psíquica e patológica.

No entanto, Freud (1908) considera que a mulher é a principal vítima da moral sexual civilizada e estabeleceu uma ligação entre os sintomas histéricos e a repressão sexual da época. Kehl (1998) completa enfatizando que, na modernidade, a histeria se caracterizou como um sintoma de um protesto desesperado por liberdade, de escapar de uma prisão que considerava a mulher com o estereótipo de reprodutora e intelectualmente incapaz. Em resumo, Birman (2002) descreve que a feminilidade nada mais é do que uma experiência constitutiva da mulher, na forma singular e subjetiva de ser, não ligada mais à figura da mulher como inferior ou enferma.

Enfim, a constituição da feminilidade se sedimenta, segundo as concepções psicanalíticas, através do envolvimento da menina com sua mãe desde os estágios precoces do seu desenvolvimento infantil, que passa pela fase edipiana e ressurgem com toda força os sentimentos de identificação, amor e raiva dos genitores na puberdade e com mais intensidade na adolescência. Notando que na puberdade, não há só as transformações físicas chamadas de caracteres sexuais secundários, mas a garota começa a ter atitudes mais sedutoras, mais vaidosas, achando-se bonita. Ao desenvolver suas qualidades femininas, ela tenta conferir aos olhos do pai a segurança do êxito do seu investimento.

Diante disso, pode-se dizer que a puberdade e a adolescência são marcas significativas no desenvolvimento da mulher por constituir modificações estruturais de personalidade e corporais para que haja maior amadurecimento sexual e afetivo. Todavia, nem sempre isso ocorre de forma satisfatória, porque a ruptura com os pais e o luto pelo corpo e identidade infantil constituem um processo de transição para uns, e para outros uma regressão às situações arcaicas do desenvolvimento.

Em seu artigo “A Sexualidade Feminina” (1931), Freud sustenta que o desligamento entre mãe e filha é fundamental para que a menina se torne mulher, conquistando sua independência e não mais se sentindo fusionada com a genitora. Essa separação é essencial como as referências parentais para a construção da identidade sexual e afetiva feminina e a complementação do ciclo edipiano.

Dessa maneira, a adolescente transita na busca de sua feminilidade dentro da complicada trama de afetos em que vive, pois a aceitação da própria identidade pela adolescente implica na elaboração da dor da perda da sexualidade e identidade infantil como também dos pais idealizados. Tentando construir nessa fase de transição, uma sexualidade e afetividade mais madura para a idade adulta.

Atualmente, entretanto, observa-se o quanto algumas adolescentes têm medo de crescer, ser adultas e mulheres, pois desde a infância essas garotas encontram dificuldades em separarem-se de seus objetos infantis, permanecendo fusionadas e dependentes da mãe.

Miranda (2011) enfatiza que as adolescentes traumatizadas pelas reações com seus objetos primários, muitas vezes, investem no alimento como forma narcísica de reeditar a relação primária com seus objetos infantis, tendo em vista que o alimento (leite materno) se constitui como o primeiro elemento de interligação entre mãe e bebê.

Nesse sentido, os distúrbios alimentares são bem característicos da adolescência, pois podem representar, por um lado, o ressurgimento de afetos não resolvidos provenientes das possíveis falhas de maternagem no desenvolvimento primitivo da criança, dificultando o processo de individuação e separação entre mãe e filha – tais falhas não elaboradas pelo indivíduo nos estágios precoces podem ser caracterizadas como inscrições no corpo, simbolizando a dor, a frustração e o vazio existencial –, e por outro, é possível salientar que o contexto social cobra com o incentivo da mídia que, principalmente a mulher, não envelheça e tenha sempre um corpo magro e perfeito como modelo de beleza contemporâneo, causando, muitas vezes, conflitos em relação ao corpo nas adolescentes, podendo assim ocasionar o aparecimento dos transtornos alimentares.

Portanto, é possível considerar que a obesidade possui múltiplas determinações, como a genética, os maus hábitos alimentares, sedentarismo, o contexto social que o indivíduo está inserido, como também a relação primária mãe e bebê, com suas sutilezas psíquicas e complexidade. Desta forma, a construção desse vínculo não tem como base só a satisfação oral, mas a troca de experiências positivas e negativas vividas pelo indivíduo em relação aos cuidados maternos nos estágios precoces do desenvolvimento.

Spada (2009) evidencia que há dois dados significativos que interferem no processo de uma boa maternagem, causando, de certa forma, a obesidade ou sobrepeso no indivíduo. O primeiro se caracteriza quando a mãe utiliza o alimento como forma de expressar afeto pelo filho e o segundo se constitui no processo dessa relação mãe e criança obesa em que a genitora não ensina o filho a identificar o que ele está sentindo e nem buscar soluções adequadas para isso.

Diante dessa perspectiva a psicanálise, desde os tempos de Freud, interessa-se por essas patologias alimentares na apresentação de casos clínicos de regressão às pulsões orais. Com os neo-freudianos é possível verificar novos olhares sobre essa problemática, destacando-se aí os estudos de Winnicott sobre o ambiente facilitador nos estágios precoces do desenvolvimento infantil.

Nesse sentido, as concepções winnicottianas enfatizam que nem sempre o suporte ambiental é adequado ou facilitador à integração do bebê ao mundo e ao seu desenvolvimento, podendo ocorrer falhas ambientais que serão corrigidas pelo próprio ambiente facilitador como há outras mais sérias que dificultam o desenvolvimento da criança, resultantes dos investimentos maternos precários ou excessivos.

Nessa perspectiva, Fernandes (2006) enfatiza o quanto a relação entre mãe e filha é delicada nos primeiros anos de vida da menina e na formação de sua identidade, pois o processo de maternagem faz a menina se sentir amada pela mãe, desenvolvendo um sentimento básico de segurança e confiança desde os estágios primários do desenvolvimento até a vida adulta.

Sendo possível compreender assim que essa relação delicada entre mãe e filha representa também as idealizações, as frustrações e atitudes da mãe, muitas vezes, projetadas na filha para que ela possa dar um significado a esse caminho traçado pela mãe em suas fantasias.

Dessa maneira, no tocante à obesidade, Fernandes (2006) considera o papel da mãe como peça-chave nos transtornos alimentares da adolescente, caracterizando assim a função materna como “mãe de extremos”, que se caracteriza pelo excesso ou precariedade de investimento materno que pode perturbar a percepção, a representação de afetos e o desenvolvimento da criança.

Spada (2009) completa a perspectiva teórica de Fernandez (2006) ao afirmar que a maioria das adolescentes obesas apresenta perturbações reais com sua mãe e pai na vivência edípica e na busca de sua feminilidade, sendo isso constatado porque seu conflito se instala entre o amor e o desejo pelo pai e a dificuldade em se separar da mãe. Portanto, não é fácil na fase edípica ou na adolescência o que essas garotas vivenciam. O que se revela na tríade mãe, pai e filha é a relevância do genitor assumir o papel de mediador na diferenciação entre mãe e filha.

Spada (2009) acrescenta, ainda, que:

Outrossim, a obesidade pode ser considerada como um processo de somatização. Mc Dougall (1987) lembra os pacientes com forte tendência a este distúrbio e coloca não haver distinção entre o próprio corpo do sujeito e o corpo do outro. Mostra a falência da função paterna, que tem papel preponderante nos processos de simbolização da criança.

Sendo possível constatar que a relação mãe e filha, nesses casos, constitui um fusionamento, sendo difícil o pai ter um espaço nessa relação e assumir um papel de mediador

assim como proporcionar a filha uma visão mais ampla do mundo e de se inscrever como ser social nesse contexto contemporâneo.

Provavelmente, as possíveis falhas ambientais ocorridas nos primeiros estágios do desenvolvimento precoce da garota obesa podem acarretar dor e sofrimento psíquicos não só pelo imediatismo, a impulsividade e a compulsão em comer, mas pela possível dificuldade em separar-se da mãe, em assim permitir que o pai entre na sua vida como uma pessoa mediadora de afetos na tríade edipiana.

Diante disso, pode-se dizer o quanto é importante refletir sobre a construção da identidade afetiva e sexual feminina que passa com o tempo por mudanças e transformações corporais. Nesse sentido, a garota se desapega dos objetos infantis rumo ao encontro de uma feminilidade que delinea o seu jeito de ser mulher.

Mas hoje, entretanto, algumas adolescentes incorporam personagens patológicos que utilizam o alimento não como gratificação, e sim, como defesa das angústias primitivas. Não há prazer em crescer ou amadurecer, pois se sentem seguras ao permanecer ligadas às situações arcaicas do desenvolvimento infantil. Tal fenômeno se reflete nas experiências das adolescentes obesas, pois elas não vivenciam suas transformações corporais próprias da idade e tentam negar a todo tempo o corpo sexuado e adulto, inscrevendo nele suas angústias e utilizando a ingestão de alimentos para controlar ou diminuir a ausência de perda ou vazio existencial.

3 O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL PRIMITIVO

É importante considerar que a história do desenvolvimento infantil se constitui como uma fase de dependência da criança em relação a seus pais e ao ambiente. Nesse sentido, a infância passa a ser uma etapa de vida do indivíduo relacionada ao seu amadurecimento físico, cognitivo, social e afetivo, dependendo da sua constituição genética, orgânica, social, cultural e relacional.

No entanto, nos seus primeiros anos de vida a criança necessita de alguém para dar suporte às suas necessidades físicas e afetivas, destacando assim a figura da mãe como facilitadora do processo de adaptação da criança ao meio.

Dessa forma, os estudos de Winnicott sobre a relação primária mãe e bebê fornecem concepções teóricas relevantes para a compreensão do funcionamento psíquico do ser humano, pontuando sua relação de dependência com o ambiente, seu processo de desenvolvimento psíquico, sua conexão entre a psique e o soma, seu reconhecimento como indivíduo.

Nos dias de hoje, pressupõe-se que a saúde psíquica da criança e do adolescente está relacionada a vários fatores como a constituição orgânica, o contexto social, inclusive as trocas afetivas na primeira infância até a adolescência em que o indivíduo começa a construir vínculos significativos para o seu desenvolvimento. Se, por acaso, nesse período ocorrer falhas ambientais, principalmente nos primeiros anos de vida da criança, é possível que haja o adoecimento do indivíduo.

Diante disso, inferimos que o aparecimento da obesidade em adolescentes mulheres, possivelmente seja resultante do conjunto desses fatores juntamente com a vivência singular de cada adolescente nessa fase de transição. Salientando que as transformações sociais e tecnológicas ocorridas contribuíram para essa sociedade individualista, que influencia os padrões de comportamento de crianças, jovens e adultos através da mídia. Sendo assim, resulta-se na definição do homem contemporâneo que marca sua individualidade entre os excessos (comida, drogas, consumo) e a angústia.

Portanto, neste trabalho, são enfatizados os aspectos afetivos, as possíveis falhas ambientais que podem ocasionar a obesidade ou sobrepeso em adolescentes mulheres na sua relação com a mãe e no seu processo de adolecer, sendo, meramente informativa, a descrição da importância dos aspectos socioambientais e genéticos.

3.1 O desenvolvimento primitivo da criança

A teoria winnicottiana trata dos estágios mais primitivos do ser humano, e destaca que na relação mãe e bebê, a função materna se constitui como ambiente facilitador das trocas afetivas, o que possibilita a saúde mental e física do bebê.

Winnicott (2005a) considera que a influência do ambiente é determinante na constituição do psiquismo infantil precoce, dá ênfase à capacidade da mãe em ter empatia com seu filho desde a concepção, do nascimento até seu amadurecimento. Pode-se considerar que no começo da vida do bebê, há uma dependência absoluta da mãe e dos cuidados físicos e afetivos que ela pode proporcionar. Nesse caso, a mãe tenta compreender as sensações vividas pelo filho, colocando-se, muitas vezes, no seu lugar para sentir o que ele sente. Trata-se assim de uma empatia e identificação entre mãe e bebê que contribui para a construção de um vínculo que vai além dos cuidados cotidianos.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que:

Atos de confiabilidade humana estabelecem uma comunicação muito antes que o discurso signifique algo – modo como a mãe olha quando se dirige à criança, o tom e o som da voz, tudo isso, é comunicado muito antes que se compreenda o discurso (WINNICOTT, 2005a, p. 142).

Frente à afirmativa de Winnicott (2005a), vale salientar que o bebê ao nascer está em um estágio do não-eu, quer dizer, não está integrado, não há um vínculo entre o corpo e a psique, frisando, dessa forma, que nos estágios precoces do desenvolvimento do indivíduo, as ameaças e sensações de aniquilamento são constantes e sentidas por ele, pois são provenientes dos impulsos do ‘id’ que acometem ansiedades primitivas. Desse modo, o bebê necessita de um ambiente acolhedor para que ele possa lidar com essas tensões e contê-las.

Nesse período, pode-se dizer que a mãe encontra-se em um estado psicológico especial chamado de “preocupação materna”. Tal estado faz com que a mãe esteja preparada para proteger o bebê e compreender suas necessidades tanto físicas como afetivas. Salientando que esse estado em particular corresponde às possibilidades espontâneas da mãe, e não do seu nível intelectual ou social.

Pode-se afirmar que a fase de dependência total se constitui como um processo de adaptação entre mãe e bebê que ocorre, primeiramente, pela amamentação como uma experiência rica e significativa na comunicação e relação entre eles. Esta fase corresponde aos primeiros cinco meses de vida do indivíduo.

No entanto, à medida que o bebê começa a se desenvolver, ele passa de um estágio de dependência total para um estágio de dependência relativa, que se caracteriza quando o bebê toma consciência de sua dependência e dos cuidados maternos e que, gradativamente, sente a necessidade de se diferenciar de sua mãe, estando assim mais propenso e apto a uma relação objetal. Essa fase se inicia do sexto mês até o primeiro ano de vida da criança.

Quanto ao rumo da independência, é fato a criança evoluir, gradualmente, para a independência, tentando desenvolver meios para suprir o cuidado materno. Nesse sentido, considera-se que, mesmo experimentando essa possível autonomia, ela eventualmente retrocede a estágios de dependência, dado o caráter dinâmico inerente ao processo de amadurecimento. Um exemplo típico são os fatores externos como o nascimento de outro irmão, ir para escolinha, enfim, alguma mudança que possa ocorrer na realidade externa do indivíduo.

Portanto, é possível ressaltar diante desses fatos, que há duas situações importantes na abordagem winnicotiana, a primeira está relacionada à compreensão que o crescer e o amadurecer não dependem só das tendências herdadas geneticamente, e sim de uma relação entre o ambiente facilitador e o indivíduo; a segunda, considera que a relação mãe-bebê é sujeita a falhas, pois há uma mãe e um bebê submetidos às potencialidades, aos limites e ao imponderável da vida.

Torna-se importante destacar que, o bebê ao lidar com um ambiente não adequado ao seu desenvolvimento pode adoecer, caso essas falhas sejam sérias, ou pode lidar bem com essas falhas, percebendo ter uma capacidade de fantasiar ou se sentir com flexibilidade psíquica para lidar com elas, sem consequências nocivas para o seu desenvolvimento.

3.2 A mãe como ambiente facilitador

Pode-se considerar que os bebês são criaturas frágeis cuja dependência é extrema no início da vida, pois ficam afetados com tudo o que ocorre ao seu redor. Considera-se natural que a mãe seja a facilitadora na adaptação do seu filho ao meio para que ele possa existir, ter experiências e constituir um ego pessoal para tentar dominar as ansiedades arcaicas e enfrentar as dificuldades inerentes à vida humana.

A saúde mental do indivíduo está sendo construída desde o início pela mãe, que oferece o que chamei de ambiente facilitador, isto é, um ambiente em que os processos evolutivos e as interações naturais do bebê com o meio podem desenvolver-se de acordo com o padrão hereditário do indivíduo. A mãe está assentando, sem que o saiba, as bases da saúde mental do indivíduo (WINNICOTT, 2006, p. 20).

Nesse sentido, a partir de uma boa maternagem, o indivíduo se desenvolve, lança-se no mundo de forma criativa e desfruta o que o mundo tem a lhe oferecer. Portanto, desde a concepção até os primeiros meses de vida da criança, é provável que toda a mãe pode desempenhar uma função especial, uma condição de compreender o que se passa com seu filho, assegurando assim condições necessárias físicas e psíquicas.

Dessa forma, Winnicott (2000) afirma que essa capacidade de empatia e investimento no filho faz com que a mãe se adapte bem ao bebê. Portanto, os cuidados prestados ao bebê, nos primeiros tempos de vida, como o ato de segurá-lo, manipulá-lo ou a experiência da amamentação são vitais para o seu desenvolvimento, pois pontuam a boa comunicabilidade entre mãe e bebê.

Um ponto importante a ressaltar sobre a relação primária é o processo de amamentação. No início, esse processo se torna difícil, sendo necessária uma sintonia entre mãe e filho para que a amamentação seja ajustada. Algumas vezes, a ansiedade materna é intensa, tornando difícil esse encaixe do peito na boca do bebê. Outras vezes, não ocorre a amamentação por questões de conflitos internos da mãe, utilizando como substituta a mamadeira. Mas, pode-se afirmar que há outras riquezas no processo de amamentação do que o ato de mamar no peito ou utilizar a mamadeira, é o acolhimento ao colo, o olhar da mãe em direção ao bebê, o toque e o manuseio da mãe no contato com o filho.

É importante salientar o quanto a amamentação para o bebê vai além de um ato de nutrição, torna-se uma relação íntima e de afeto, pois é através dela que se pode predizer se esse vínculo é satisfatório ou não.

Nesse contexto, as concepções winnicottianas consideram a importância vital da mãe ao exercer sua função de suporte das necessidades físicas e emocionais do bebê, fornecendo condições adequadas para o seu desenvolvimento. Assim, nos primeiros tempos de vida da criança, “a mãe suficientemente boa” tem três funções relevantes descritas por Winnicott (2005a): *holding* (sustentação), *handling* (manejo) e a apresentação de objetos.

Nesse sentido, o *holding*⁶ passa a se caracterizar como um asseguramento confiável e de suma importância para a criança se adaptar bem ao ambiente. Sendo isso representado pelos cuidados da mãe ao pegá-lo no colo com firmeza, acalentando-o, aquecendo-o, amamentando-o e com essa repetição, esses cuidados maternos ajudam o bebê a se desenvolver.

⁶ *Holding* – o suporte físico e emocional que a mãe possibilita à criança. Asseguramento.

A etapa seguinte é o *handling*⁷ que se traduz no manejo para cuidar do bebê. Winnicott (2005) assegura que o *handling* se constitui como um fator essencial no processo de maturação do indivíduo. E por último, a apresentação de objeto que se configura quando a mãe pode se mostrar substituível, proporcionando assim o encontro com novos objetos.

Essas etapas são consideradas as três funções da “mãe suficientemente boa” que facilitam o processo de maturação do indivíduo, mas abrange três tarefas importantes que são: a integração, a personalização e a relação de objeto.

No começo da vida da criança, inicia-se uma unidade mãe e bebê, porque é necessária uma pessoa que dê suporte físico e emocional ao lactente, realizando assim um bom *holding* em que o bebê é capaz de diferenciar o que é ele mesmo e o que existe fora dele. Pode-se dizer que a integração mãe e bebê pode ser facilitada pelo *holding* na fase de dependência absoluta, porque a mãe e o bebê estão fusionados, tornando-se uma unidade, sendo isso imprescindível para a sobrevivência física e psíquica do indivíduo nos precoces estados do seu desenvolvimento.

Mas, na medida em que o bebê se desenvolve e passa a ser uma pessoa, é possível falar sobre a personalização que se constitui uma diferenciação entre a psique e o soma, caracterizada por sensações e experiências vividas por ele no manuseio do seu corpo pela mãe, conscientizando-se assim que o bebê possui uma realidade interna e um esquema corporal como também passa a ter um sentimento de habitar o corpo ao compreender a conexão entre psique e o soma nessa fase.

Diante desse contexto, a mãe passa a ter a função de apresentar o mundo ao bebê em pequenas doses, pois essa apresentação gradual é uma forma de preservar uma porção de ilusão na criança e que contribui para que sua criatividade seja vivida integralmente. A partir disso, a mãe tenta ajudar o bebê a aceitar momentos de desilusão e de transição de uma etapa de dependência total para uma dependência relativa, fazendo com que a criança comece a perceber a existência de outros objetos ao seu redor, estabelecendo assim a relação de objeto.

Percebe-se, também nessa fase, um padrão comum aos bebês, iniciado aos quatro meses, são os chamados objetos transicionais, caracterizados pelo apego do bebê aos travesseiros, ursinhos de pelúcia, fralda, chupeta ou dedo, traduzindo assim a relação da criança com sua mãe, projetada nesses objetos. Winnicott (2005a) considera que os objetos transicionais permitem ao bebê encontrar um suporte na realidade para as suas vivências,

⁷ *Handling* – rotina de cuidados maternos relacionados à criança, o manejo e a apresentação dos objetos.

tendo em vista que o indivíduo experimenta a realidade externa através da experiência de onipotência e de ilusão tão presente nos estágios primários da infância.

Dessa maneira, os objetos transicionais se configuram como zona intermediária entre a realidade interna e externa do bebê. No entanto, a internalização da lembrança da mãe como objeto bom deve permanecer viva por um período significativo para o bebê, pois caso haja ausências constantes da mãe, essa lembrança pode começar a desaparecer, fazendo com que os objetos transicionais percam o sentido.

Outro conceito significativo é o ato de brincar que se define como um espaço de vivências que interliga a experiência psíquica pessoal à situação externa, fazendo a criança viver uma experiência criativa consigo mesma e com o mundo que vivencia.

Nesses termos, Winnicott (1982) assegura que a criança não só brinca por prazer, ela brinca também para dominar suas angústias. Isso é um fato considerável porque o excesso de angústia torna as brincadeiras repetitivas ou compulsivas, não uma atitude prazerosa e feliz para a criança. Notadamente, o brincar é uma experiência vivida desde o nascimento do bebê, pois a mãe inicia o brincar com o filho ao ampará-lo ou mostrar-lhe partes do corpo, nos sorrisos do bebê em comunicação com sua mãe.

A partir desses fatos, salientamos que os investimentos maternos passam a proporcionar ao indivíduo uma boa autoestima, tornando essa criança independente, confiável, socializando-se com o meio e, principalmente, criativo, quer dizer, ser capaz de viver a vida e lidar com a realidade de maneira pessoal. “O tema espontaneidade naturalmente nos leva a considerar o impulso criativo, o qual dá à criança a prova de que ela está viva” (WINNICOTT, 2005a, p. 16).

Nesse sentido, os estudos de Winnicott (1983) revelam a importância de examinar com acuidade o papel da mãe, pois por um lado ela pode se apresentar como uma mãe “suficientemente boa”, e por outro, uma mãe “não suficientemente boa”.

A mãe “suficientemente boa” alimenta a onipotência do lactente repetidamente, contribuindo assim para o seu *self* verdadeiro, que depende de uma boa maternagem investida no ego frágil do bebê. Tudo isso proporciona o desenvolvimento da criança, através da construção de sentimentos positivos como a confiabilidade no ambiente, a espontaneidade e a criatividade. Nesse sentido, Winnicott destaca que o ambiente é o responsável pelo desenvolvimento do potencial humano e seu processo de maturação.

No entanto, Winnicott (1983) ao descrever a mãe que não é “suficientemente boa”, enfatiza que ela não é capaz de satisfazer as necessidades do bebê, ocorrendo assim falhas repetidas pela sua incapacidade de sentir e cuidar do lactente. Dessa forma, a criança começa a ter um falso *self* que pode ser apresentado de duas maneiras. A primeira se caracteriza pela

vivência e dificuldade do indivíduo em criar seu verdadeiro *self*, que continua ligado ao ambiente primário (mãe), tendo assim dificuldades em lidar com a realidade, vivendo uma ilusão onipotente em que os objetos são continuações dele mesmo, sem haver uma distinção entre eles e os objetos que o cercam. Esse falso *self*, muitas vezes, pode vir acompanhado de sensações de vazio e de irrealidade. A segunda forma considera um indivíduo que utiliza o falso *self* como uma situação para proteger o verdadeiro *self*, a fim de promover uma conciliação ou cordialidade ao se relacionar com as pessoas, interagindo nos meios sociais e lidando com a fantasia e a realidade de uma maneira mais objetiva.

Winnicott (2003) destaca que a polidez e educação relacionadas à segunda forma do falso *self* evidenciam a capacidade do indivíduo de deixar de lado a onipotência e o processo primário que leva às situações ao extremo para atitudes mais sociáveis, conquistadas pela maneira pessoal do indivíduo em ser criativo na organização de sua vivência em grupo. Nessa perspectiva, Winnicott (1983) defende que o falso *self* está sempre presente e considera que há graduações diferentes e nem sempre patológicas a ser apresentadas sobre ele.

Nesses termos, a relação entre mãe e bebê possibilita o crescimento e a maturação do indivíduo e o faz se sentir vivo, espontâneo e criativo, podendo lidar e organizar seu mundo interno e externo de maneira pessoal. Mesmo que ocorram adversidades e a sociedade ou a educação dos pais imponham obrigações e cobranças severas, o indivíduo que consegue se desenvolver em um ambiente acolhedor, pode lidar com esses transtornos de uma melhor maneira. Isso não acontece em investimentos maternos precários ou em excesso em relação ao indivíduo, porque essas crianças em seu desenvolvimento primário não tiveram um ambiente adequado que possibilitasse um bom desenvolvimento e amadurecimento, o que os faz continuar dependentes do objeto primário (mãe) e viver assim em um mundo irreal.

3.3 As possíveis falhas na relação primária e as repercussões na vida afetiva

É primordial refletir sobre a saúde mental e o desenvolvimento emocional do indivíduo pois se sabe o quanto as dificuldades afetivas provocam o adoecer na criança, jovem e adulto, dificultando o bom relacionamento no contexto familiar e social. Logo, a possibilidade da existência de um ambiente adequado é fundamental.

É importante considerar também a relevância da família nesse processo, sobretudo pontuando a figura materna como um ambiente facilitador e integrador para adaptação do bebê à realidade externa, a fim de favorecer que ele amadureça e possa construir um espaço

seu para a elaboração dos seus pensamentos e digerir seus afetos como também se diferenciar da figura materna, gradativamente.

Contudo, em determinadas situações não há uma boa adequação do vínculo mãe e filho nas relações precoces do indivíduo devido à precariedade ou ao excesso de investimentos maternos que podem perturbar a percepção, a representação de afetos e o desenvolvimento do indivíduo, causando-lhe um vazio existencial que interdita as simbolizações e a expressão de sentimentos.

Nesse caso, é importante constatar que desde o início de sua clínica, Winnicott (1983) verificou que o adoecimento do indivíduo decorria das dificuldades próprias da vida, sejam elas relacionadas às tendências herdadas geneticamente, à influência do ambiente ou à interação entre ambas, mas o teórico destaca que a compreensão e os cuidados maternos aos aspectos físicos e psíquicos do bebê como também uma boa adequação na construção desse vínculo afetivo primário é de extrema importância para a vida saudável do indivíduo.

É importante considerar nas fases precoces do desenvolvimento e relacionadas às falhas ambientais, o sentido do colapso ambiental, um termo estudado por Winnicott desde os anos 1960, que caracteriza um medo significativo em certas pessoas em ter um colapso, quer dizer, o aumento das angústias arcaicas, levando o bebê a ter medo de se desintegrar em pedaços, cair para sempre, não ter relação alguma com o corpo e não ter orientação, ocorrendo essas situações entre essa fase de integração e não integração do lactente ao ambiente.

Winnicott (1983) enfatiza que as falhas ambientais nas fases precoces do desenvolvimento infantil, no período entre a dependência total rumo à independência, podem provocar o adoecimento do indivíduo, ocasionando assim os transtornos afetivos, alimentares, depressão ou psicoses.

Diante disso, pode-se dizer que no estágio de dependência total, além da construção do vínculo afetivo mãe-bebê e tendo um *holding* como um asseguramento eficaz para lidar com as necessidades do bebê, pode ocorrer falhas significativas, ou seja, falhas sérias que ocasionam uma interrupção no processo de amadurecimento.

Nesse contexto, é importante ressaltar que a integração se inicia após o início da vida, mas se por acaso em algumas situações o ambiente falhar, pode ocorrer uma ameaça que se constitui na falha dos cuidados maternos em relação ao bebê, podendo levar a um processo de desintegração.

Winnicott (2000, p. 224) define o processo de desintegração da seguinte maneira:

A desintegração da personalidade é um fenômeno psiquiátrico bem conhecido, e sua psicopatologia é muitíssimo complexa. O exame desse

fenômeno na análise, todavia, mostra que o estado não-integrado forma a base da desintegração, e que o atraso ou falha de integração predispõe à desintegração quando a regressão se dá, ou quando fracassa algum tipo de defesa.

Como exemplo desse fenômeno de desintegração, é possível citar situações em que o bebê não teve uma única pessoa para lhe dar asseguramento confiável ou o ajudasse a se reconhecer como pessoa, tendo dificuldade a criança de se autointegrar. Winnicott (1983) considera a desintegração como uma defesa sofisticada contra as ansiedades arcaicas resultantes da falta de segurança no estágio de dependência total.

No estágio de dependência relativa, a mãe se propõe a ter a função de auxiliar o bebê a integrar essas partes desconectadas através do manejo (*handling*) para cuidar e tocar partes do corpo do bebê, nomeando-os para que ele possa reconhecer como suas. Nesse período, é possível constatar o quanto é relevante o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do corpo, enfatizando a necessidade de um bom suporte físico e afetivo ao bebê, para que, gradualmente, ele possa construir um sentimento satisfatório e prazeroso na relação com esse corpo.

Nesse caso, quando há falhas ambientais significativas, há um processo de despersonalização que se constitui como uma dificuldade do bebê em fazer uma conexão entre o soma e a psique. A despersonalização é um fenômeno comum que acomete crianças e adultos quando relacionado ao sono profundo, estado de prostração ou desligamento, mas há casos como as doenças psicossomáticas e distúrbios alimentares que requerem um olhar mais minucioso para a compreensão dessas doenças.

Quando a criança torna-se capaz de cuidar de si mesma, entende-se que ela internalizou o ambiente, com isso, a falha ambiental pode não ser tão danosa, pois o indivíduo nessa fase começa a se socializar e se identificar com outras figuras do seu grupo social. Mesmo tentando preservar sua maneira pessoal de agir, os próprios processos sociais e educacionais da sociedade auxiliam o indivíduo a se civilizar, tornar-se um cidadão, tentando encontrar, desse modo, formas satisfatórias de canalizar seus impulsos agressivos e destrutivos.

Diante do que foi exposto sobre as falhas ambientais sérias que ocorrem nos estágios primitivos do bebê, é importante considerar que uma boa saúde mental da criança vai depender também do funcionamento da família, principalmente da mãe em transmitir um afeto confiável e durável ao filho, mesmo que ele enfrente algumas adversidades, saberá se recuperar e ir adiante.

4 A METODOLOGIA ADOTADA: HISTÓRIA ORAL DE VIDA

Este capítulo tem como objetivo apresentar o percurso metodológico dessa pesquisa, explicitando os cenários, sujeitos envolvidos, investimentos e procedimentos teóricos.

A metodologia adotada foi a História Oral de Vida, cujo instrumento utilizado é a entrevista elaborada no presente, que são as gravações e que registram não só o que é falado, mas também os gestos, lágrimas, risos, silêncios, pausas etc., a fim de construir a memória viva do indivíduo. No entanto, é importante salientar e definir na utilização da metodologia da História Oral de Vida, o papel do entrevistador e do entrevistado, a transcrição do oral para o escrito, autorização para o uso e o compromisso na devolução dos resultados aos sujeitos envolvidos na pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com três adolescentes obesas e com sobrepeso na faixa etária de 13 a 19 anos, obedecendo ao critério de idade estipulado para avaliação nutricional de crianças e adolescentes do Manual de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria (2009) e suas mães. O local foi a Clínica-Escola de Nutrição do Centro Universitário (CESMAC), Maceió, capital de Alagoas. Dessa forma, foram coletados e analisados dados referentes às narrativas das adolescentes e suas mães no que diz respeito à relação primária mãe-bebê, às possíveis falhas primárias, à influência dos fatores genéticos e dos aspectos socioculturais como também ao próprio ato de adolecer dessas jovens para compreender as causas possíveis da sua obesidade.

4.1 Sobre a história oral

A história oral de vida constitui um conjunto de fontes orais e sua manifestação mais conhecida é a entrevista. Nesse contexto, a entrevista constitui fontes que apresentam critérios para objetivar a pesquisa e cujos resultados dos sujeitos se enquadram dentro de um determinado tempo e espaço.

Fato de suma importância para o êxito da pesquisa é a interação entre entrevistador e entrevistado, pois o entrevistador desempenha o papel de coordenador da entrevista, é o sujeito que escuta a história de vida do outro sem interferir, mas está atento aos detalhes das narrativas assim como pontua situações significativas nas entrevistas. Enquanto o entrevistado é a pessoa ouvida em gravação, a qual se constitui narradora de sua história de vida e que a faz de maneira fluente e livre.

No momento em que uma entrevista é realizada, a figura do entrevistador passa a ser a de uma pessoa com quem o entrevistado pode relatar suas lembranças, transmitir emoções e vivências que podem ser partilhadas, transformando-as em experiências.

Nesse sentido, a entrevista passa a ter uma conotação de uma comunicação articulada por associações mais ou menos livres, pois o entrevistado é estimulado à memorização, lembrando-se de acontecimentos e de pessoas de outros tempos e lugares. No entanto, entrevistar, tecnicamente, é estabelecer uma relação comunicativa que está presente em todas as formas de coleta dos relatos orais, mas tendo como matéria prima as lembranças. Sendo importante considerar que as lembranças não vivem do passado, pois precisam de um tempo presente para ter sentido e não se apresentam isoladas, mas são relacionais, porque sempre envolvem outros indivíduos.

Diante disso, Meihy (2007) considera que a História Oral de Vida é como um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto que contém fatores importantes para objetivar a pesquisa, tais como: o tipo de população a ser entrevistado; a definição de tempo e espaço para entrevista; transcrição do oral para o escrito; os cuidados éticos; e a autorização do entrevistado para o uso e arquivamento.

Primeiramente, é fundamental considerar que as entrevistas em História Oral de Vida devem ser dialógicas, em uma situação de interação entre entrevistador e entrevistado, definindo o local e a organização do tempo. Outro ponto a ressaltar, e um dos mais importantes na História Oral de Vida, é a transição do oral para o escrito referente à entrevista que requer cuidados, principalmente éticos, ao transcrever textos que servirão de registro, arquivamento ou uso analítico do pesquisador. É importante destacar que nesse contexto de transição, não interessa como cada palavra é dita, mas o seu significado no conjunto da entrevista. Isso quer dizer que a passagem do oral para o escrito compreende, antes de tudo, um bom entendimento do que foi falado, considerando que a passagem para o escrito deve ocorrer sem perder de vista o referencial, o universo vocabular do entrevistado.

Meihy (2007) denomina a passagem do oral para o escrito de “transcrição”, que se constitui como um aspecto importante para a História Oral, pois enfatiza as dimensões subjetivas, quer dizer, a noção de “transcrição” sugere um ato de recriação para comunicar melhor o sentido e a intenção do que foi registrado.

No entanto, com o advento da tecnologia, a moderna história oral começou a utilizar os recursos eletrônicos para auxiliar as gravações e, principalmente, a transposição do oral para o escrito.

Talvez, em termos de produção de material documental, uma das virtudes da História Oral seja colocar em prática a possibilidade de aproveitamento de aparelhos que, comumente, são usados para entretenimento, informação de notícias, registros ou reprodução mecânica (MEIHY, 2007, p. 22).

É inegável a relevância do uso desses aparelhos eletrônicos como recurso de trabalho para a coleta e análise das entrevistas, assim como a valorização dessa nova tecnologia que superou os procedimentos antigos como as anotações escritas e a memorização.

E no que diz respeito à análise dos dados das entrevistas em História Oral, pode-se dizer que é um procedimento premeditado que depende da condução das entrevistas como finalidade da pesquisa. A análise dos dados das entrevistas deve integrar o processo de desenvolvimento da História Oral e relacionar os documentos derivados das entrevistas com os critérios estabelecidos para a compreensão do problema a ser pesquisado.

Isoladas, as entrevistas não falam por si, logicamente. Alinhá-las, contudo, é um procedimento capaz de sugerir, mais do que a condução do projeto, possíveis análises. Sozinhas, também as entrevistas não se sustentam enquanto história oral; seriam apenas textos estabelecidos. A dimensão social é feita na medida em que são indicados os pontos de intercessão das diversas entrevistas (MEIHY, 2007, p. 130).

O procedimento analítico das entrevistas consiste em costurar, alinhar essas histórias contadas oralmente, tentando organizar esses fatos e compreendê-los, sem deixar de considerar que os elementos constituintes do entrevistador como opiniões, impressões, acontecimentos, sonhos, mentiras fazem parte da memória do indivíduo que, por muitas vezes, falha, erra, desvia, distorce e inventa.

Além disso, há o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo entrevistado para a sua participação na pesquisa, que autoriza o uso do texto transcrito como materialidade do procedimento metodológico (ver Anexo A).

4.2 Caracterização do campo da pesquisa

Como visto anteriormente, a pesquisa teve como objetivo a abordagem de aspectos afetivos envolvidos na obesidade de adolescentes mulheres, destacando os elementos que aparecem na relação da adolescente com a mãe desde os primeiros estágios do seu desenvolvimento.

No desenrolar da pesquisa, foram entrevistadas três adolescentes obesas e com sobrepeso, na idade de 13 a 19 anos, e suas mães, utilizando como metodologia a História Oral de Vida.

Um dado importante a ressaltar é a utilização de índices antropométricos para avaliar a normalidade ou a anormalidade das medidas corpóreas de crianças e adolescentes que se modificam em função do crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Evidenciando que, na puberdade entre 10 e 12 anos, o indivíduo começa suas transformações corporais, principalmente as meninas nos dias de hoje, pois algumas delas entram na adolescência antes dos doze anos. Devido a essas transformações corporais do indivíduo, é possível a utilização da faixa etária entre 10 e 19 anos para avaliação nutricional do adolescente como um dos critérios significativos e adotado pelo Manual de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria (2009).

Essa pesquisa foi realizada na Clínica-Escola de Nutrição da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde do Centro Universitário (CESMAC), Maceió, Alagoas. Nesse recinto, é possível verificar que todos os procedimentos de avaliação e atendimento nutricional são realizados pelos alunos do curso de nutrição dos últimos anos no atendimento à comunidade do estado. Esse trabalho dos estagiários consiste em fazer triagem, calcular os índices antropométricos juntamente com a anamnese e a entrevista com os pais para o atendimento de grávidas, crianças e adolescentes com algum distúrbio alimentar e que serão acompanhadas por esses alunos no estágio materno-infantil, coordenado pelas professoras Valéria Dantas e Maria Elena.

Na Clínica-Escola, foram observadas instalações físicas adequadas e boa organização no atendimento às crianças e adolescentes com distúrbios alimentares. Há um acompanhamento nutricional e familiar pelos estagiários, ocorrendo mensalmente atividades científicas para os professores e alunos com os grupos de estudo, seminários e estudos de caso sobre problemas alimentares. Sendo interessante salientar que na Clínica-Escola não há um atendimento psicológico à criança e adolescente portador de distúrbio alimentar e nem familiar, como também falta uma assistente social para fazer a triagem das condições econômicas dos pacientes, tendo em vista que é uma Clínica-Escola aberta à comunidade.

Segundo as coordenadoras, é de extrema necessidade a existência desses dois profissionais e já foram requisitados há algum tempo, mas até agora não obtiveram resposta. Pontuando que a instituição de ensino superior possui os cursos de Psicologia, Serviço Social e seus setores de estágio. Nesse sentido, devido à carência desses profissionais, o trabalho fica incompleto, restringindo-se apenas a um atendimento nutricional.

Caso houvesse uma melhor interação entre as faculdades de Nutrição, Psicologia e Serviço Social, desse estabelecimento de ensino superior, seria possível realizar um trabalho de prevenção dos problemas alimentares além de um acompanhamento multidisciplinar dos pacientes com distúrbios alimentares e seus familiares.

Para compor a amostra dessa pesquisa, houve um momento em que foram encontradas poucas adolescentes obesas ou com sobrepeso para ser entrevistadas tanto na triagem como no acompanhamento nutricional. Ainda assim, foi possível selecionar as adolescentes, apesar de algumas terem desistido e outras terem apresentado resistência em se submeter à pesquisa. Frente a esse fato, a pesquisadora lança como hipótese que um dos aspectos dessa resistência e desistência em procurar atendimento ou se submeter à pesquisa está relacionado às dificuldades emocionais da adolescente obesa, por se sentir constrangida ao se expor, devido a sua baixa autoestima.

As entrevistas foram realizadas no período de outubro de 2012 a abril de 2013, considerando que na metade do mês de dezembro de 2012 e o mês todo de janeiro de 2013 a clínica ficou fechada devido às férias coletivas dos professores e funcionários da instituição de ensino. Mas, no prosseguimento da pesquisa, foram selecionadas doze adolescentes na idade de 10 a 19 anos, com obesidade ou sobrepeso, que estavam em triagem ou em atendimento nutricional na Clínica-Escola e suas mães para ser entrevistadas. Só compareceram seis adolescentes para os primeiros contatos, depois três desistiram por motivos diversos como: dificuldade em se expor nas entrevistas, negação da obesidade ou não comparecimento da mãe à entrevista. No final, foram coletados e analisados dados de três adolescentes e suas mães para realização da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente tanto com as adolescentes quanto com as mães. O tempo de duração de cada entrevista ficou estipulado entre trinta e quarenta minutos, sem seguir um roteiro determinado pela entrevistadora, mas foram pontuadas situações relevantes narradas pelas entrevistadas no que diz respeito às relações mãe e filha, à convivência com os quilos a mais, à compulsão alimentar e à visão das mães ou cuidadoras sobre a obesidade da filha.

4.3 As narrativas das adolescentes e de suas mães

Como fora mencionado anteriormente, para esta pesquisa foram entrevistadas três adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos que estão em triagem ou em tratamento

nutricional e suas mães na Clínica-Escola de Nutrição do Cesmac. As adolescentes entrevistadas têm como nível de escolaridade o ensino fundamental, médio e superior, e apresentam características socioeconômicas diferentes.

As entrevistas abordaram, inicialmente, como cada adolescente entrevistada pode lidar com os quilos em excesso e a imagem corporal. Em seguida, pontuaram situações importantes com a mãe, a família e o contexto social desde a infância até o momento presente e, por último, os desabafos de raiva, mágoa, sentimentos de rejeição e vazio por se sentirem obesas ou com sobrepeso.

Nesse sentido, foi importante analisar as narrativas das adolescentes e das mães, observando mais pontos convergentes do que divergentes. É possível que esses pontos convergentes nas narrativas das adolescentes e suas mães estejam relacionados, principalmente, com relatos tanto da adolescente como de sua mãe sobre superproteção ou indiferença da mãe para filha, ocasionando oscilações de afeto e humor da filha desde a infância e uma dificuldade própria da mãe em compreender esses sentimentos.

Quanto ao desenrolar das entrevistas tudo ocorreu tranquilamente, pois as adolescentes e suas mães não ficaram intimidadas com entrevistadas e desenvolveram boa relação com a entrevistadora.

4.3.1 As narrativas de Clara, a adolescente Babette⁸

Clara é uma adolescente mulher de 18 anos, negra, classe média e universitária. Tem 1,70 de altura e 90 quilos. É considerada obesa pelos resultados de seu peso e dos índices antropométricos realizados pelos estagiários de nutrição da Clínica-Escola. A adolescente continua na lista de espera para ser atendida pela Clínica para redução do peso e melhora na qualidade de vida.

É uma jovem perspicaz, inteligente, reservada, preferindo, muitas vezes, ficar sozinha em seu quarto, escutando seus cantores e bandas prediletas ou lendo um bom livro, sendo esses seus *hobbies* favoritos. Ultimamente, está mais extrovertida, fazendo mais amigos e acredita que a entrada na universidade lhe proporcionou isso. Não aparenta ser uma jovem universitária, pois seu jeito de ser parece mais com uma jovem do ensino médio como

⁸ *A Festa de Babette* – produção franco-dinamarquesa de 1987. O filme, pela ótica da gastronomia, apresenta o pecado da Gula realizado pelo banquete de Madame Babette a uma comunidade religiosa do século XIX que se caracterizava pelo jejum e abstinência sexual.

também suas vestimentas são mais despojadas, usando roupas básicas como jeans e camiseta para esconder o excesso de peso.

No primeiro momento da entrevista, Clara se mostrou receptiva, mas ficou mais resguardada ao falar em pontos mais significativos da sua vida, mas mesmo assim nas suas primeiras narrativas, a adolescente faz uma relação significativa entre familiares, perda da mãe e estar acima do peso. Assim ela diz:

Clara – *Mas sabe, eu sinto falta da minha mãe. Eu penso nela todos os dias e fico pensando como seria estar com ela. Fico muito alegre no dia do meu aniversário 31 de janeiro, já no dia 7 de fevereiro, começo a me sentir triste e desento essas mágoas no chocolate. Hoje, tá melhor, mas antes eram barras e barras de chocolate.*

Clara – *Fui criada pela minha avó e minha tia, porque minha mãe morreu depois de sete dias que tinha nascido. Meu pai ficou tão abalado com a perda da minha mãe que só foi casar quando eu tinha dez anos e ter filho quando fiz onze anos. Mas, minha avó e tia cuidaram de mim, mas meu pai participou pouco da minha educação. Tenho duas mães desde pequena.*

Entrevistadora – Como assim duas mães?

Clara – *Elas são minhas mães. Eu fui criada com todo o carinho e tendo as coisas materiais na medida do possível. As duas iam para as festinhas de colégio e reunião de pais e mestres. Minha avó é uma mãe mais rígida, me cobra o tempo todo, mas minha tia é light, é mãe amiga que me dá muita liberdade. Minha avó pega muito no meu pé até hoje para estudar, para não comer muito e com quem saio. Fico chateada, às vezes eu agrido, mas gosto de saber que ela liga para mim. Ela sente orgulho de mim por ser estudiosa e já avisei a ela quando terminar Letras, irei fazer Direito. Quero ser Delegada. Chamo minha avó de mãe e dormi com ela até os nove anos, depois abusei e fui para o meu quarto. Foi tão bom. Foi até bom, porque comecei a ler muito, me interessei por literatura. E quanto ao meu peso, estou tentando me controlar, mas não é fácil. No final de semana, saio com meus amigos e vou ao cinema e festas. Como muito. Quando lancho vou ao Mc Donald's ou ao Burguer King. Agora vou ao Subway, como saladas e evito refrigerante. Mas é complicado pela tentação, porque gosto de comer e sei fazer tudo na cozinha. Quando há festa lá em casa, sou eu que faço tudo, vou para a cozinha e preparo tudo para sair perfeito. Na minha casa, as pessoas comem muito e aprendi a comer muito com elas.⁹*

É importante salientar, primeiramente, o quanto a mãe morta ainda é idealizada pela adolescente, fazendo parte dos seus pensamentos diários, mesmo tendo duas mães substitutas que, ao mesmo tempo, são tão diferentes, mas que a criaram com todo o amor e carinho. Essas mães substitutas são representadas pela avó-mãe que se configura como uma mãe mais rígida e a mãe-tia que se constitui como a mãe *light*. Mesmo havendo empenho dessas figuras na

⁹ Optamos por apresentar a transcrição das falas das entrevistadas com grifo em itálico.

maternagem de Clara, não foi possível aplacar a angústia e o vazio que sente, pois continua idealizando sua mãe biológica.

Segundo Grimberg (1965 apud BRUNO, 2011, p. 148), é possível considerar que a representação da compulsão em comer teria o significado básico de recuperar o objeto que se perdeu, o afeto que não foi incorporado e vivenciado, permanecendo a falta de algo que não é nunca preenchido, mas ocorrendo tentativas, no caso de Clara, em comer barras e barras de chocolate para preencher esse vazio existente. Sem esquecer que o chocolate representa uma sensação de prazer e harmonia, mesmo que por instantes.

Observa-se, também, que no contexto familiar, o “comer bastante” é um hábito, e a adolescente participa tanto do preparo como da degustação desse hábito. Nesse sentido, o ambiente familiar de Clara se constitui em um espaço onde o “comer bastante” se mistura com o preparo, a degustação e a compulsão como forma de aplacar as angústias, tornando-se sempre uma festa, em que a adolescente assume o comando da cozinha para tudo sair perfeito.

Spada (2009) argumenta que alguns fatores contribuem para a criança e adolescente satisfazer suas frustrações por meio da comida, sendo um deles o modelo dos pais ou família em relação à própria ingestão de alimentos. Essa situação pode ser comparada com o filme *A Festa de Babette*, em que a protagonista Babette sabia os segredos de produzir alegria pela comida e toda a comunidade aderiu ao seu banquete, mesmo tendo medo dos prazeres do paladar como se eles fossem um pecado.

Nesse sentido, Edwald Filho (2007, p. 100) descreve com maestria o significado do filme:

Babette conhece os segredos de produzir alegria pela comida. Sabia também que, depois de comer seus pratos, as pessoas não seriam as mesmas. Os convidados para o banquete também intuíram isso, mas tinham medo de sucumbir aos prazeres do palato, como se eles fossem impuros, demoníacos até, na festa de Babette, a “bruxaria tem efeito pacificador: os sabores amaciam velhas rixas, a dureza do corpo e até das rugas se desfaz, alisadas pelo paladar. As máscaras caem e os rostos, endurecidos, ganham expressão, cor, sorrisos, simpatias. Ganham humanidade. O céu estava ali, naquela mesa, e era possível perceber isso sem morrer. Conclusão? O paraíso terreal existe nos raros momentos de magia e encantamento, aqueles em que nos tornamos crianças outra vez”.

É interessante porque os encontros sociais nos dias atuais são regados à comida e a bebida em restaurantes, festas de família ou encontro na casa de amigos que apresentam um significado de comunhão e celebração, mas também de descontração e brincadeira e que, às vezes, tenta preencher o vazio e a angústia existentes dentro do indivíduo.

Quanto à Clara, é possível considerar que a comida não é só uma forma de aplacar as angústias pelas dores sentidas, mas uma forma de brincar, de aproximação e comunhão com o mundo adulto, preparando ou degustando o alimento. E no filme *A festa de Babette* é apresentada uma semelhança com a história de vida de Clara ao observar que há um lado rígido e controlador no filme representado pela religião, mas por outro há a alegria, a festa, o comer em excesso, o pecado da gula em um clima de simpatia e descontração e que ninguém morre por isso, aliás, isso é o paraíso. Essa comparação com o filme, no caso de Clara, remete às suas mães substitutas, uma rígida e outra *light*, quer dizer, ao seu convívio familiar.

Miranda (2011) reconhece que a menina ao se empanturrar de comida, preenche seu estômago, mas a mente continua faminta, pois o alimento certo não foi encontrado. Para Clara, a comida no preparo e na degustação tem toda uma simbologia de aplacar a falta de algo, impedindo de sentir dor e pensar sobre isso.

Outro aspecto interessante para a compreensão do funcionamento psíquico de Clara é o significado da dedicação das duas mães substitutas que tentaram suprir as necessidades da jovem desde o nascimento até o momento presente. Isso é descrito por Judith (a tia), da seguinte maneira:

Judith – *Ela gostava de brincar, era muito ativa e esperta quando criança. Basicamente, foi criada na escolinha que minha mãe montou logo após minha cunhada morrer. Na época, não tínhamos babá, levávamos ela para a nossa escola. Clara fazia amigos e brincava muito lá, quase não tem até hoje, amizades feitas no bairro, só nas escolas. Com o tempo, minha mãe achou que ela se sentia o centro das atenções e aí minha mãe tirou ela da escola e colocou em outra. Ela teve várias mudanças de escola, porque não se adaptava bem nos colégios. O temperamento de Clara é forte, ela é dominadora e agressiva.*

Há outra narrativa de Clara que completa a narrativa acima. É a seguinte:

Clara – *Mas, acho que continuo fechada no meu mundo, não divido minhas coisas com ninguém. Às vezes, acho que só falaria para a minha mãe. Muita gente me diz que tenho que ser igual a minha mãe e há outras pessoas, por exemplo: a minha avó que me diz que eu deveria ser como minha tia que é a filha perfeita e bem educada. Mas, eu não sou minha mãe e nem minha tia, sou eu, ninguém me entende e fico irritada com isso.*

É interessante constatar que o significado da dedicação das mães substitutas nas narrativas tanto de Clara quanto de sua Tia Judith tenta mostrar um pouco do cenário da história de vida da adolescente no seu cotidiano. Mesmo com pouco subsídio, é possível assinalar assim dados significativos em relação à convivência com a avó, a tia paterna, ao pontuar sua dificuldade em crescer e amadurecer, ao estabelecer em muitas situações que as

coisas têm que acontecer conforme as suas expectativas, sem tolerar as frustrações e, possivelmente, utilizando o alimento e a lembrança da mãe para não pensar sobre si mesma.

Nota-se, também, o quanto a avó a superprotegeu, sem deixá-la socializar-se com os coleguinhas da escola e como a jovem teve várias mudanças de escola por não se adaptar bem e por seu temperamento forte e agressivo que, possivelmente, impediram-lhe de formar vínculos e fazer trocas afetivas significativas com crianças de sua idade, tornando-se uma jovem mais fechada em si mesma, não dividindo seus pensamentos e emoções com ninguém.

No entanto, há outra narrativa feita por Judith, tia paterna de Clara, em que a tia descreve e analisa mais nitidamente o funcionamento psíquico da jovem. É a seguinte:

Judith – *Olha! Ela tem opinião própria, quer dizer, quer as coisas de qualquer jeito, briga e usa argumentos para nos convencer. Acho que ela vai até o fim quando quer uma coisa. Por um lado, isso é positivo, ela é perseverante, mas por outro é negativo, ela se torna agressiva e exigente. Acho que ela foi superprotegida por mim e pela minha mãe. Ela foi a primeira filha, neta e única criança da família até sete anos atrás, agora que meus irmãos estão tendo filhos. Comigo, ela consegue chegar a um consenso, mas com minha mãe, ela bate de frente. As duas brigam muito e minha mãe já tem uma certa idade, há choques de gerações. Mesmo que minha mãe tenha a cabeça boa para os seus sessenta e quatro anos, ela é professora, trabalhou muito em educação, é independente financeiramente, mas não conseguimos eu e ela dar limites a Clara. Acho que fizemos isso devido ao nascimento dela, ser órfã e falamos isso para ela. Eu até acho que ela sente falta da mãe, mas não reparte isso com ninguém. E olha! A gente superprotege muito ela que não a deixamos ir para qualquer lugar só, eu ou minha mãe vamos acompanhando. Ela fica com tanta raiva que agora, estamos pensando em deixá-la ir sozinha, pois ela já está na universidade.*

Para finalizar, outra narrativa de Clara que completa o que a tia Judith mencionou:

Clara – *Minha avó não me deixa muito livre com meus amigos. Por exemplo: Ainda hoje, vou aos shows com minha tia e mais os amigos e não sozinha. De um lado é bom, eu acho legal, mas por outro lado minha tia fica me vigiando.*

Consequentemente, as questões afetivas em relação a Clara são significativas. Primeiro, porque é fato o envolvimento e a proteção da tia e avó paternas em relação a ela, o que fez com que suas expressões continuassem infantis, pela possível falta de limite que a família não conseguiu dar a adolescente, resultando assim em embates, brigas e radicalismo em situações que teriam que acontecer conforme às expectativas da adolescente. Gera-se um mal-estar quando ela não consegue o que quer e, talvez por isso, a irritação que ela sente ao ser comparada com a tia ou a mãe, sem possuir uma identidade definida e ao sentir dificuldade em se expressar como é, buscar seu jeito de ser mulher e ser adulta.

Diante disso, é importante considerar que a obesidade para a Clara trouxe problemas reais quanto ao lidar com seu peso, imagem corporal ou em crescer, além de possibilitar um significado de alívio, proteção ou consolo diante das dificuldades em lidar com situações de perda, autoridade e superproteção ocorridas no seu contexto familiar.

E, por último, destaque ao relato da adolescente sobre a relação com o pai, a ausência dele na sua educação, assim como com qualquer outra figura masculina. Essa narrativa também mostra a dificuldade em aceitar a atual mulher dele, só aceitando o casal quando se torna família e nasce sua irmã.

Clara – *Não aceitei muito o casamento dele. Ele ser de outra. Meu pai é meu. Agora a relação com minha madrasta está legal, só aceitei ela quando ela engravidou da minha irmã. Eu fiquei louca pela menina, mas hoje minha irmã é uma pestinha, sabe meu ponto fraco e me irrita bastante. Às vezes, meu pai quer se meter na minha vida e eu não deixo e digo para ele se calar porque ele quase não participou da minha educação.*

Eu tenho o gênio forte. Nunca quis morar com ele, ele tentou, mas ele mora muito longe e tudo é muito difícil no bairro que ele mora. Lá não tem internet direito, só tem um computador, fico longe dos meus amigos e dos meus avós e tia. Não me sinto em casa na casa do meu pai.

Ao analisar essa narrativa, principalmente a relação de Clara com seu pai, a madrasta e a irmã, pode-se dizer que não há uma convivência contínua entre eles, até porque o pai refez a vida, formou uma nova família. Mas, é interessante observar os sentimentos de Clara por seu pai, pois é possível analisá-los como afetos típicos de um bebê que vê no outro uma extensão sua quando fala que o pai é dela. No entanto, há outra análise importante que se pode fazer também dessa narrativa, é o fato de como se configurou a aceitação da madrasta pela jovem que se constituiu como fato consumado quando a esposa do pai engravidou de uma menina. Nesse sentido, é possível pensar que essa situação pode ter significado, para Clara, uma reedição de sua própria história.

Emmanuelli (2008, p. 28) considera que os adolescentes que apresentam as chamadas patologias como bulimia, anorexia, obesidade e toxicomania estão sujeitos a um ego frágil, sofrendo as exigências reforçadas do superego, mecanismos de defesa como idealização, clivagem, recusa, flutuação de identidade e fragilidade narcísica, podendo se transformar em manifestações sintomáticas da problemática da dependência.

Enfim, nas narrativas de Clara, pode-se observar que o ambiente em que ela convive, sua relação com o alimento e seus traumas infantis se caracterizam como elementos possíveis e significativos no aparecimento de sua obesidade e que podem ter como suporte uma dificuldade de crescer e amadurecer.

4.3.2 Narrativas de Érica, a garota invisível¹⁰

A adolescente Érica tem 17 anos, cursa o terceiro ano do ensino médio. Na época da entrevista, ela estava com dez quilos acima do peso, mas com o acompanhamento nutricional emagreceu dois quilos. Atualmente, Érica pesa 73 quilos e mede 1,65 de altura. Continua com sobrepeso, sendo isso confirmado pelos índices antropométricos medidos pelos estagiários de nutrição da Clínica-Escola.

Durante a entrevista com Érica, pode-se notar o seu desembaraço ao falar com muita objetividade sobre o seu transtorno alimentar, pontuando sua dificuldade e oscilação de peso, acompanhados de episódios depressivos desde o começo de sua adolescência. Só que no momento atual prevalece o ganho de peso e como ela se sente mal com isso, alega que os distúrbios alimentares em sua trajetória de vida foram devidos às mudanças constantes de cidade, pois o pai é militar e é transferido constantemente a trabalho para qualquer cidade do Brasil. Por isso, ela ainda se sente muito vulnerável com essas mudanças.

Érica relata isso, da seguinte maneira:

Érica – *Eu sempre fui acima do peso, tenho dificuldade em lidar com a gordura. Acho que esse problema com o peso está ligado ao meu pai ser militar e a gente ter que morar em várias cidades. Quando eu me apegava a um lugar, eu tinha que mudar. Isso atrapalhava minha vida, quase não fazia amigos e ficava triste com isso. Então, eu tinha que chamar a atenção dos outros para eles serem meus amigos, porque eu ficava pouco tempo num lugar e as pessoas já estavam enturmadas.*

Há outro relato de Érica que complementa o anterior, ela se descreve com autodepreciação, apresentando uma baixa autoestima e desqualificando o obeso:

Érica – *Foi muito difícil essa época, eu colocava a culpa que nada dava certo na comida. Tive depressão, anorexia com quatorze anos, mas me tratei. E ainda fico achando que sou gorda, todo mundo fica te olhando, censurando e que gordo é ser um pobre coitado.*

É importante pontuar nessas duas narrativas de Érica que a baixa autoestima é uma característica peculiar do portador de distúrbios alimentares, pois ao se depreciar como pessoa, o indivíduo lida com suas angústias, projetando-as na comida pela compulsão, vômito e inapetência, configurando assim um mecanismo de defesa chamado ‘projeção’ que se

¹⁰ Este título remete ao filme *Vantagens de ser invisível* (2012), dirigido por Stephen Chbosky, que retrata a vida de um adolescente chamado Charlie que vive entre o desejo de viver a própria vida e, ao mesmo tempo, fugir dela.

constitui, inclusive no obeso ou no indivíduo com sobrepeso, em uma operação pela qual o indivíduo expulsa de si e localiza no outro, pessoas ou coisas, qualidades, sentimentos ou desejos que ele desdenha ou recusa em si. E tudo isso parece uma defesa de origem arcaica.

No caso de Érica, essa baixa autoestima lhe é peculiar, pois quando se sente gorda, deprecia-se, comendo por compulsão, afasta-se dos amigos e, principalmente desqualifica o obeso como um “pobre coitado”.

No entanto, a história do ganho e da perda não está só relacionada às mudanças de cidade ocorridas, mas, possivelmente à dificuldade em separar-se dos objetos infantis, da mãe na infância e agora dos amigos na adolescência. Irene, a mãe de Érica, enfatiza o quanto mãe e filha eram ligadas na infância e o quanto Irene a superprotegeu devido à família estar longe dos parentes e o marido trabalhar praticamente o dia todo, ficando a família restrita à ela e aos dois filhos.

A narrativa seguinte descreve essa situação:

Irene – *Olha! Acredito que foram as mudanças de cidade, a superproteção que causou esses problemas de engordar e emagrecer, porque a Érica fazia amigos e, depois tinha que largá-los, pois o pai tinha sido transferido. Eu ficava preocupada e superprotegia minha filha. Na adolescência, isso piorou, porque ela teve depressão e anorexia e nunca pensei que isso pudesse acontecer com um filho meu. Ela fez tratamento, tomou remédio, foi para o psicólogo, mas ainda acho que ela é instável emocionalmente, não termina nada, começa as coisas e deixa pela metade dietas e academia.*

Nesse sentido, indica-se que a dependência de Érica com a mãe se estabeleceu desde o nascimento devido à amamentação prolongada, ao apego exagerado à mãe e à dificuldade em separar-se dela. Diante disso, Irene descreve em sua narrativa dados significativos da vida da adolescente que podem comprovar isso:

Irene – *A Érica nasceu e não pegou o peito logo. Ela, com seis meses, continuava mamando e foi complicado deixar a mama, porque não pegava chupeta, mamadeira e não queria comer comida pastosa ou sólida, só queria mamar. Então, ela mamou dois anos. Meu marido é militar, a gente mudava muito de lugar. Quando Érica tinha quatro anos, o irmão era pequeno, ela teve uma crise nervosa, começava a chorar quando se afastava de mim, precisava sempre me ver. Ela sempre foi apegada a mim, porque a gente morava longe dos parentes, então a família só eram quatro.*

Érica completa as narrativas da mãe, descrevendo assim sua infância e adolescência:

Érica – *Olha, na minha infância eu sempre fui a apegada a minha mãe até porque éramos os três (eu, minha mãe e meu irmão), meu pai vivia com a gente nas cidades, mas trabalhava no interior e morávamos longe dos nossos familiares. Acho que por ser criança, minha mãe se tornou a pessoa*

mais importante para mim. É engraçado que hoje, estamos mais afastadas e a gente briga mais, ela me entende e diz que eu não entendo ela [ri].

Quando eu era criança, eu não estava nem aí se era gorda ou magra, eu não ligava para isso, colocava meu biquíni e era feliz. Eu comecei a me sentir diferente com quatorze anos, eu morava em São Luís e eu adorava o lugar, tinha um grupo de amigos super legais, mas tinha que mudar para Santarém no Pará e eu não queria ir por achar a cidade pequena, longe e atrasada. Eu era ligada aos meus amigos demais e também estava comendo muito, coisas diferentes, acho que por se adolescente e também ter que ir embora de São Luís. Fiquei gorda, não malhava. Mas o que me tocou, foi uma amiga que me tirou como amiga oculta num dos últimos encontros que tive com meus amigos. Na brincadeira de amigo oculto a pessoa tem que dizer uma característica contrária do que era o amigo secreto e aí minha amiga disse que a amiga dela era bem magrinha. Era eu e estava bem gordinha. Isso me arrasou e me feriu bastante. Todo mundo dizia na época que eu era uma gordinha com o rosto lindo, mas que estava feia porque estava engordando. E essa coisa 'inha' eu acho que é uma ofensa, ser bonitinha e gordinha.

Nas concepções de Winnicott (1983) sobre o desenvolvimento precoce da criança, ele considera que as falhas repetitivas ocorridas na relação primária mãe-bebê podem ser resultantes de cuidados escassos ou em excesso no trato das necessidades físicas e emocionais do lactente, podendo configurar ou evidenciar a formação de dificuldades na vida da criança.

Diante disso, é bom salientar que a mãe de Érica dá ênfase à palavra “superproteção” na relação dela com a filha, argumentando que essa situação de superproteção tem uma conotação de apego exagerado, mas também de mimo e de atenção voltada para essa adolescente que foi primeira filha, neta e sobrinha mulher, talvez seja muita responsabilidade para uma criança carregar.

Nesse sentido, as narrativas da mãe de Érica são sutis ao mencionar:

Irene – *Éramos apegadas demais, próximas, porque meu marido vivia trabalhando fora de casa e não tínhamos familiares nos lugares que moramos, então tínhamos que contar um com o outro. Mas acho que Érica foi muito mimada, fizemos muito seus gostos porque era a primeira filha, neta e sobrinha do meu lado e do lado dele, era a primeira mulher. Na medida do possível, ela teve tudo o que quis. Érica foi sempre muito inteligente, captava as coisas no ar, falou rápido, sempre viva, não andou tão rápido porque escorregava no seu suor, pois tem até hoje hiperidrose e na época teve que comprar umas pantufas com sola derrapante para ela andar. Depois da adolescência, ela está mais na sua, só fico sabendo alguma coisa dela porque as amigas me contam.*

Outro ponto a ressaltar nessa narrativa, é o começo do andar para Érica, pois ela escorregava no seu suor, tem hiperidrose até hoje, que se constitui como uma doença congênita ou adquirida pelo aumento dos hormônios das glândulas sudoríparas. Pode-se dizer o quanto isso é significativo na narrativa, porque mostra, de um lado, uma adolescente

inteligente, perspicaz, mas, do outro, a partir dos relatos de sua história de vida, inclusive na infância, um apego intenso à mãe e que, possivelmente, dificultou seu processo de desenvolvimento. Diante disso, é possível considerar que a hiperidrose na infância foi uma representação simbólica da sua dificuldade em separar-se da mãe e dar os primeiros passos.

Evidentemente, a hiperidrose, as mudanças de cidade, a compulsão em comer em alguns momentos e, em outros, a inapetência, podem ser possíveis consequências dessa relação intensa com a mãe. Mas, nos dias atuais, o discurso e ações de Érica estão voltados mais à compulsão ou à inapetência alimentar, enfim, à dificuldade que a adolescente tem em relação a sua imagem corporal que nunca a satisfaz.

Miranda (2011) considera que as adolescentes ligadas aos seus objetos primários, muitas vezes, investem no alimento como forma narcísica de repetir a relação primária com seus objetos infantis.

No entanto, é importante constatar que a mãe faz o papel de condutora da experiência emocional de maternagem através dos cuidados das necessidades físicas e psicológicas do bebê, assim como pode-se evidenciar que há casos extremos em que a mãe não consegue compreender as particularidades do filho, impondo-lhe assim sua maneira de ser e fazendo com que ele aceite isso passivamente desde a amamentação ou superprotegendo a criança como também podendo ser a mãe indiferente aos cuidados do bebê.

Portanto, a boa comunicação entre a mãe e o bebê deve registrar e sedimentar a construção do sentimento de confiabilidade nessa relação para a evolução do indivíduo, sem esquecer que é natural o aparecimento de falhas que podem ser relativas e que são corrigidas naturalmente, mas podem também ocorrer falhas fundamentais de adaptação que geram dificuldades na organização psíquica da criança, vindo à tona, dessa maneira, ansiedades primitivas que representam despedaçamento, isolamento, privação ou carência no indivíduo.

Há um episódio relevante na adolescência de Érica, justamente quando ela tinha 14 anos e acabado de mudar para Santarém. Essa situação de mudança novamente não foi bem aceita pela jovem, pois estava ainda muito ligada aos amigos deixados em São Luís. Em Santarém, Érica começou a não comer bem, fazendo exercícios físicos compulsivamente e, dessa maneira, emagreceu muito. Devido a esse estado de emagrecimento, foi internada com o diagnóstico de anorexia, fazendo tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico. Ela diz:

Érica – *Mudei para Santarém e comecei a ir para academia, emagreci quinze quilos, fiquei magérrima, não comia quase nada, fui para o hospital, tomei soro, diagnosticaram anorexia, mas me tratei, tomei remédio e fui para o psicólogo. Eu não tomava nem água, porque achava que ia engordar. Eu fiz isso para emagrecer e ser aceita, porque eu tinha amigas bonitas e*

magras e ser gorda é cruel nesse mundo, porque nenhuma roupa cabe em você, você tem menos resistência e é mais atrasado quando é gordo.

A partir disso, pode-se evidenciar um dado significativo na oscilação de perda e ganho de peso que é a preocupação da adolescente em ser aceita pelos amigos e o contexto social em que está inserida, pois “ser magra é ser aceita”, parecida com as “amigas bonitas”, mas “ser gorda é cruel”, é ser excluída, não cabendo em nenhum lugar.

Nesse sentido, pode-se notar que a ambivalência emocional de Érica diante de suas atitudes em relação ao seu corpo e à aceitação dos amigos provoca uma preocupação em ser incluída em um grupo social e corresponder às suas expectativas como também aos ditames sociais.

É fato que, nos dias atuais, é importante relacionar o aumento dos distúrbios alimentares com o papel da cultura e a influência da mídia, pois o modelo de beleza da mulher magra e esbelta é cultuado como ideal da contemporaneidade, sendo uma referência para as adolescentes e jovens incorporarem como estilo de vida. Assim, observa-se que as adolescentes e jovens da atualidade vivem sob as expectativas desse modo de vida, adoecem psicologicamente, muitas vezes por isso, pois se sentem excluídas dessas regras impostas culturalmente.

Portanto, desde o nascimento, a maneira como o indivíduo reage às experiências emocionais tanto positivas como negativas determina como será sua qualidade de vida psíquica e corporal, evidentemente, o ambiente facilitará ou não para que isso ocorra.

No filme *Vantagens de ser invisível*, aborda-se a história de vida de um adolescente que vive seus traumas escolares, familiares, as primeiras descobertas, os primeiros encontros e a vontade de ficar ligado aos amigos como qualquer jovem, mas Charlie entra em confronto por isso, pois, por um lado, quer ser invisível e ficar escondido à espreita por trás da porta, e por outro, ser o protagonista que assume seu papel na vida.

Dessa maneira, relacionando o filme à história de vida de Érica, pode-se deduzir que a adolescente tem a mesma ambivalência de sentimentos e pensamento do jovem Charlie, só que em diferentes proporções. Érica quer ser protagonista da sua vida sendo magra, esbelta, aceita pelos amigos e invisível ou escondida à espreita por trás da porta quando estiver gorda, pois ao se sentir obesa, acha que vai ser excluída do grupo dos amigos.

É evidente que a mídia interfere nas expressões afetivas dos indivíduos, ao impor regras estéticas a serem seguidas, entretanto, é preciso considerar que os acontecimentos da vida desta menina que frequentemente a adocece, parece também resultado da superproteção vivida na relação com a mãe.

Isto tem dificultado a vida adolescente de Érica. Tem dificultado sua separação dos pais, quer dizer, da mãe, que sempre a superprotegeu. Portanto, a ambivalência no ato da compulsão em comer ou a inapetência para essa jovem pode se constituir com uma forma de sofrimento, mas, por alguns instantes, pode aplacar a angústia, preencher um vazio e talvez fazê-la se sentir mais segura para lidar com as adversidades de um período de transição relevante de sua vida que é a adolescência.

4.3.3 Flávia, a garota interrompida¹¹

Flávia é uma adolescente de 13 anos, pertencente à classe média baixa e cursando o ensino fundamental. Tem 1,60 de altura e 68 quilos. Está com sobrepeso pelo resultado dos índices antropométricos realizados por estagiários da Clínica-Escola de Nutrição, onde faz tratamento juntamente com a irmã gêmea Fernanda, portadora de anorexia e com diagnóstico de borderline.

Flávia apresenta um quadro de compulsão alimentar que caracteriza seu sobrepeso, só que, ultimamente, é verificada uma oscilação entre ganhar ou perder peso devido à apresentação de um quadro clínico de irritabilidade e vulnerabilidade emocional que acarretou cortes no braço esquerdo feito por gilete, vômitos incessantes e brigas com a mãe.

A adolescente inicia a entrevista, começando a falar da raiva que tem de tudo, principalmente da mãe que não a deixa fazer nada, do pai que sempre briga com a mãe e uma vontade de morrer porque não se sente bem em viver. Nesse instante, mostra o braço esquerdo com cortes finos de gilete e diz que faz isso por raiva e não sente nenhuma dor.

Há uma narrativa de Flávia que assinala a fragilidade nas relações da adolescente quando criança, mas sobressai a boa relação que manteve com a avó. Flávia diz o seguinte:

Flávia – *Quando eu era pequena, minha mãe bebia e trabalhava dois horários e deixava a gente com minha prima que machucava a gente, dando beliscão e puxando nosso cabelo. Essa minha prima ficou cuidando da gente até os seis anos, depois minha avó cuidou da gente. Ela é muito legal, quando a gente era pequena, ela brincava com a gente. Depois, ela ficou cega, minha mãe deixou o emprego e veio cuidar da gente. Minha mãe nunca cuidou da gente.*

¹¹ *Garota Interrompida* – um filme que relata a dificuldade de uma jovem de viver a realidade. Diante disso, foi interna no hospital psiquiátrico, onde teve as mais diversas experiências.

Primeiramente, é oportuno salientar que as entrevistas realizadas tanto com a mãe quanto com a filha tiveram um misto de confusão, tensão, choros, ataques de raiva com toques de dramatização de ambas entrevistadas como se tivessem ensaiado uma peça sobre uma família de horrores que tem uma situação financeira apertada. O pai toma remédio controlado, a outra irmã gêmea é anoréxica e borderline, a mãe bebia e a avó que cuidava de todos está cega. Uma verdadeira miscelânea de sentimentos e fatos que constituem a atuação da adolescente como uma jovem à beira de um ataque de nervos. Segundo, mesmo sendo essa relação difícil com a mãe, a adolescente relata que desde pequena, ela e a irmã se afeiçoaram muito a avó materna que depois ficou cega.

A narrativa da mãe de Flávia vem completar o quadro que está sendo descrito quando ela diz:

Ana – Foi minha segunda gravidez e eu não queria por conta da situação financeira, eu já tinha uma filha e vinha mais duas. Eu me arrependo, tentei abortar, tomei chá. Depois aceitei as meninas, dei de mamar, depois fui trabalhar, deixei as meninas com uma sobrinha e depois com minha mãe. Não foi fácil cuidar das duas meninas na época do nascimento, elas eram iguais e tinham momentos iguais, sempre queriam comer e ir ao banheiro na mesma hora. Queriam atenção ao mesmo tempo. Só não fui uma mãe presente em ir para reuniões, festinhas de colégio, isso minha mãe fazia. Hoje, estou tentando dar mais limites a elas, mas não é fácil.

É importante assinalar nesta narrativa a dificuldade da mãe nos cuidados com as gêmeas, não só pela condição de uma situação financeira difícil que a fez até tentar o aborto, mas porque era um trabalho duplo cuidar delas e também solicitavam a sua presença e atenção todo tempo quando pequenas, e até hoje, como pode ser observado nas narrativas.

Dessa maneira, é possível a compreensão de que crescer e amadurecer não depende apenas de tendências herdadas geneticamente, mas de uma interação entre o indivíduo e o ambiente facilitador, pois os investimentos maternos tendem a auxiliar a construção de uma identidade própria, o que o possibilita se defrontar com o mundo e suas complexidades, tornando-se mais independente e capaz de desfrutar de sua existência pessoal e de se socializar.

Pode-se afirmar que a relação entre família e indivíduo é complexa, e é importante salientar que o desenvolvimento emocional do indivíduo transita da dependência para a independência, sendo papel da família constituir um suporte para esse processo, porque essas alternâncias fazem com que o indivíduo rompa com o seu círculo familiar em busca de círculos mais amplos que estejam prontos a aceitá-los, mas que ele possa retornar às situações primárias quando for necessário.

A existência da família e a preservação de uma atmosfera familiar resultam do relacionamento entre os pais no quadro do contexto social em que vivem. A contribuição que os pais podem dar à família que estão constituindo depende em grande medida do seu relacionamento com o círculo mais amplo que nos envolve, ou seja, seu contexto social imediato (WINNICOTT, 2005b, p. 61).

Nitidamente, é demonstrada nas narrativas da mãe, a dificuldade que ela sente em cuidar das filhas, dar limite ou compreender o que elas estão sentindo. É como se ela não pudesse dar um suporte adequado, ficando essa relação entre mãe e filhas um tanto confusa, desorganizada e sem limites.

Isso é narrado pela mãe de Flávia, da seguinte maneira:

Ana – Não sei bem, só sei que o psiquiatra perguntou a elas qual o lugar que elas se sentem bem, elas responderam que é o colégio. Sei lá, tento fazer o melhor e não estou conseguindo. A Fernanda come muito, mas vomita muito e joga a comida no chão. A Flávia come muito, mas vomita pouco, mas fica com muita raiva. Esses vômitos me deixam péssima, antes eu chorava, me descontrolava na frente delas, hoje fico mais contida. O meu desespero é enorme, fico nervosa e choro como também brigo muito com elas. Me descontrolo. Não sei porque isso acontece, acho que elas têm algum problema como o pai que é nervoso e toma remédio controlado. A filha, do primeiro casamento dele, também toma remédio controlado.

Prover um ambiente que facilite a saúde mental e o desenvolvimento emocional do indivíduo é primordial, pois se sabe o quanto os transtornos afetivos provocam o adoecer das crianças, jovens, adultos e dificultam o bom relacionamento no contexto familiar e social.

Nesse sentido, é importante salientar a relevância da família nesse processo, sobretudo, pontuando a figura materna que tenta satisfazer o bebê através de um modelo adequado para que ele possa constituir um espaço para a elaboração de seus pensamentos e digerir seus afetos, da mesma maneira pode se diferenciar da figura materna, gradativamente. Isso descreve a organização psíquica do indivíduo em busca de uma solução pessoal as suas necessidades, à elaboração de seus conflitos para seguir adiante, mas tendo o suporte afetivo da família.

Entretanto, em determinadas situações não ocorre a construção de um bom vínculo entre mãe e filho nas relações precoces do desenvolvimento do indivíduo, verificando assim a precariedade ou o excesso de investimentos que podem perturbar a percepção, a representação dos afetos e o desenvolvimento do indivíduo, causando-lhe um vazio existencial que interdita as simbolizações e a expressão de sentimentos.

É importante constatar que as narrativas de Flávia na entrevista estão recheadas de raiva, estresse, descontrole e somatizações, as quais apresentam situações de chamar à atenção sobre si mesma pela carência de afeto sentida. Diante disso, a adolescente comenta:

Flávia – *Nem tanto, só quem briga mais sou eu, minha irmã e minha mãe. Meu pai é legal e quase não briga, minha irmã mais velha é calada e minha avó está doente. E quando alguém quer brigar comigo, eu fico nervosa, estressada, com raiva, dá uma dor de estômago, porque acho que ninguém tem que dizer nada com ninguém. Fiquei com raiva, um dia na escola, porque uma amiga disse que cortei os braços por frescura. Eu desconto em mim e não no outro. Eu ponho a culpa em mim.*

É interessante nessa narrativa que além dos sentimentos e das situações para chamar à atenção, há uma culpa ao se castigar, cortando com gilete o próprio braço. Flávia já relatou que se sente anestesiada ao se cortar e, como disse, ela desconta nela seus problemas e não no outro.

Ainda sobre esta questão, diz Flávia:

Flávia – *Fico com raiva, me corto, quero morrer, acho que as pessoas vão lembrar de mim, depois passa e aí fico calma e em paz. Também não saio de casa, não tenho quase amigos, minha mãe não deixa a gente sair, porque acha que a gente vai se perder.*

Nesse caso, a história de Flávia faz lembrar o filme *A garota interrompida*, baseada em fatos verídicos dos anos 1960, pois conta a história de Sussanna, uma jovem cheia de dúvidas e questionamentos como qualquer outra jovem, mas que em um dia ruim mistura vodka com aspirinas e os pais a internam num hospital psiquiátrico, onde vive as situações mais diversas.

O filme retrata o ambiente dentro de um hospital psiquiátrico e como convivem jovens que fogem do padrão considerado normal. Um dado importante do filme é quando Winona Ryder, que interpreta a jovem Sussanna, corta os pulsos com gilete e fala o seguinte: “se corto para fora é para poder aliviar a dor que sinto lá dentro”.

Nos dias de hoje, o termo “fronteiriço” cabe no filme, referindo-se a um estado de instabilidade do ser humano. Barbosa Silva (2010) descreve que a adolescente borderline, por vezes, sente uma dor internamente, a ponto de pensar que seria melhor morrer do que conviver com essa sensação desagradável. No caso de Flávia, entretanto, o autoflagelo é uma característica peculiar juntamente com sentimentos de irritabilidade ou explosões de raiva, mas isso não justifica, necessariamente, o diagnóstico acima referido. Sua entrevista também não apresenta subsídios suficientes para esse diagnóstico.

É importante destacar a narrativa do desespero da mãe de Flávia ao vê-la cortar o braço. Sobre isso, ela diz:

Ana – Quase fiquei louca. O meu desespero é enorme. Fico nervosa e choro como também brigo muito com ela, me descontrolo. Não sei porque isso acontece, acho que elas têm algum problema como o pai que é nervoso e toma remédios controlado e a filha do primeiro casamento dele também toma remédio controlado.

Um dado importante a ressaltar na análise das narrativas de Flávia é que, na adolescência atual, o indivíduo pode ter dificuldades em suas experiências, procurando evitar a dor, a frustração e inscrevendo seus dissabores no corpo, pois procuram aliviar-se das tensões e de situações mal resolvidas.

Nesse sentido, as patologias na adolescência podem surgir pela maneira como o indivíduo constrói sua trajetória ao longo da vida, salientando que o desenvolvimento humano depende de fatores próprios do indivíduo e do seu ambiente. E o que se pode afirmar, no caso de Flávia, é que as relações que ela mantém com o contexto familiar, especialmente com a mãe, são estressantes, instáveis, com a ocorrência de brigas e discussões sérias, que levam a adolescente a cometer mutilações como cortar os braços.

Dessa maneira, esse contexto familiar não se constitui um ambiente facilitador para que a adolescente possa amadurecer. Parece ser difícil manter uma estabilidade nessa situação, pois parece não haver um ambiente-continente que possibilite a Flávia um encontro consigo mesma.

Portanto, não se pode afirmar que Flávia é portadora do transtorno de personalidade borderline como a irmã, mas pode-se dizer que todo o ambiente familiar que a cerca se constitui tenso, ansioso, vulnerável e instável, que proporciona dificuldades sérias na adolescente para vivenciar suas experiências afetivas e sociais. Desse modo, o ambiente familiar não facilitador fez com que a adolescente não pudesse lidar com situações positivas, só com as negativas, as quais a levaram a inscrever sua dor no corpo através de mutilações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ato de adolecer requer um olhar mais perceptível da sociedade e dos estudiosos. Primeiramente, para a compreensão das transformações corporais e endócrinas ocorridas na puberdade. Depois, para tentar integrar essas modificações corporais e psíquicas num processo biopsicossocial, assim como entender melhor as diversas patologias atuais nessa fase, especialmente as alimentares.

Nesse contexto, Aberastury (1971) afirma que a adolescência também é descrita como um período de luto a ser vivido como a perda da identidade, do corpo infantil e dos pais idealizados. É provável que, dessa maneira, possam ocorrer conflitos vividos pelo adolescente ao lidar com suas modificações corporais, as excitações sexuais e atos masturbatórios próprios da idade. Nesse caso, pode-se dizer que as orientações sexuais são resultantes das experiências infantis, inclusive das vivências edípicas que conduzem o jovem à construção da identidade adulta.

Na atualidade, vivemos imersos em uma sociedade em que os ditames sociais tentam a todo custo determinar comportamentos padrões, incentivados pela mídia e valorizados pelo consumo, o que faz com que o indivíduo se torne um produto e não um ser atuante e transformador do contexto social. Diante disso, pode-se constatar o quanto é difícil para alguns jovens seguirem esse ideal de perfeição, pois, muitas vezes, esses mesmos jovens se sentem desamparados e angustiados por não corresponderem às expectativas atuais da sociedade.

Assim, torna-se comum a ocorrência das patologias atuais em jovens que inscrevem suas angústias no corpo através de mutilações, problemas alimentares, entorpecimento por drogas ou álcool, simbolizando esse adoecimento como uma forma de refúgio dos seus conflitos e ansiedades.

Nesse sentido, é possível observar que o papel da compulsão alimentar se constitui como a função de preencher temporariamente o vazio existente no indivíduo e aplacar as suas angústias.

Claro que não se pode menosprezar a predisposição genética, por ser um fator significativo no aparecimento da obesidade no indivíduo devido ao aumento do tecido adiposo em certas famílias, transmitido de geração para geração, fazendo com que seus membros engordem com mais facilidade.

Quanto às mudanças sociais, elas vêm se dando em um ritmo impulsivo e intempestivo, causando modificações como a inclusão da mulher no mercado de trabalho, novas configurações familiares, como também mudanças de hábitos alimentares como consequência de uma menor disponibilidade de tempo do indivíduo para o preparo do alimento e o aparecimento de *fast food*¹² ou *delivery*.¹³

Mas a relevância deste trabalho se deve por destacar outro fator para o surgimento da obesidade e do sobrepeso na adolescência, são as possíveis falhas na relação mãe e filho, pois se sabe a importância do alimento como função não só de nutrição, mas como de afetividade nos estágios precoces do desenvolvimento.

Diante disso, pode-se dizer que a boa qualidade na relação mãe e filho possibilita um melhor desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança, pois é a partir do nascimento do bebê que é iniciada a integração mãe e filho através de um cenário agradável, organizado, confortável e envolvente para que o bebê possa se sentir adaptado ao ambiente.

Assim, pode-se considerar que as falhas significativas podem ocorrer nos primeiros tempos de vida do indivíduo, devido ao trato da mãe às necessidades físicas e psíquicas da criança e que, interligadas à importância da função do alimento, podem contribuir para o aparecimento da obesidade e do sobrepeso nas adolescentes mulheres.

Nesse sentido, Spada (2009) comenta que a criança aprende com a mãe que o alimento é a solução para todos os problemas e conflitos e leva para a vida adulta a necessidade de comer para resolver seus problemas, conservando assim um desenvolvimento primitivo da personalidade. Para algumas mães, esse comportamento é mantido porque tem o significado de boa maternagem, confundindo muitas vezes gordura com saúde.

Nessa perspectiva, Spada (2009) descreve que os indivíduos obesos desde a infância desenvolvem um recurso de agir de acordo com os outros ou com o que a mãe deseja, como uma forma de corresponder às expectativas do outro e não às suas. O conceito de falso *self* de Winnicott contribui para esse discurso, na medida em que expressa a dificuldade do indivíduo de enfrentar a realidade, permanecendo vinculada a uma “falsa” exposição de si.

No contexto da pesquisa, pudemos constatar que há um elo significativo no que diz respeito à ocorrência das possíveis falhas ambientais nos estágios precoces do desenvolvimento. Estas falhas estariam relacionadas a um frágil vínculo entre mãe e bebê, marcado, sobretudo, pela expressão da mãe que age, muitas vezes, com indiferença e outras,

¹² *Fast food* – Alimentação rápida e com teor alto de gordura saturada.

¹³ *Delivery* – Entrega de comida em domicílio.

invalidando o espaço psíquico da criança. Ainda assim, não podemos esquecer também que, nessa fase, o retorno ao Édipo e a busca da feminilidade são conflitantes pela dificuldade em separar-se da mãe e amar o pai, levando-as, muitas vezes, a permanecer fusionadas.

Nota-se, dessa maneira, nas adolescentes entrevistadas o quanto é difícil crescer, não só pelos conflitos próprios da adolescência, mas a dificuldade em separar-se do mundo infantil e construir uma identidade adulta. Podemos considerar que as adolescentes desta pesquisa ainda se sentem meninas e que aplacam seu sofrimento em lidar com o crescimento, comendo compulsivamente e se angustiam porque a obesidade ou o sobrepeso as fazem se sentir excluídas do grupo social que tem como norma o corpo magro e sarado.

Outro ponto importante a salientar é que o ato de comer pode ser, algumas vezes, uma forma de conservar ou reter algo importante para a adolescente, como a idealização da relação materna. Foi possível também verificar a dificuldade da menina em lidar com o mundo adulto, o que a faz se sentir criança e carente dos cuidados necessários que uma mãe pode disponibilizar ao filho pequeno.

Desse modo, a importância desta pesquisa foi, principalmente, relacionar as possíveis falhas ambientais com o surgimento da obesidade e sobrepeso em adolescentes mulheres, verificando o quanto este corpo é relacional e passível de assimilar problemáticas vividas no campo socioafetivo. Nesse sentido, fica evidente que para além de um conjunto de células e ossos, ele é histórico e social, principalmente afetivo.

Portanto, ao fazer uma análise sobre a obesidade e sobrepeso em adolescentes mulheres, pode-se constatar que, na metade do século XX, as interdições e repressões se localizavam no comportamento sexual, e nos dias de hoje, isso ocorre nos problemas alimentares devido ao alimento e ao corpo serem elementos fundamentais e conflitantes no mundo feminino, em que as exigências são evitar excessos e manter-se magra e sarada, sendo elegante o cumprir de regras para que se estabeleça as medidas perfeitas do corpo.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A; KNOBEL, M. **La adolescência normal**. Buenos Aires: Paidós, 1971.

BLOS, Peter. **Transtorno do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1979.

BIRMAN, Joel (Org). **Feminilidades**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002.

_____. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

BRUNO, Cássia A. N. Barreto (Org). **Distúrbios Alimentares** – uma contribuição da psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2011.

CAMPOS, Dinah Martins de Sousa. **Psicologia da Adolescência**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

CARDOSO, Marta Rezende (Org). **Destinos da Adolescência**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2008. [Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica]

CRESPO, Maria Teresa P. **Obesidade e subjetividade na adolescência**: o sujeito na balança. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigitalufmg>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo**. [versão digitalizada]. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.com/eLibris/socespetaculo.html>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

DOLTO, Françoise. **A imagem inconsciente do corpo**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

DUMAS, Jean E. **Psicopatologia da Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

EDWALD FILHO, R. **O cinema vai à mesa**: histórias e receitas. São Paulo: Melhoramentos, 2007.

EMMANUELLI, Michele. A clínica na adolescência. In: **Destinos da Adolescência**. Marta Rezende Cardoso e François Marty (Org.). Rio de Janeiro: 7 Letras, 2008

FERNANDEZ, Maria Helena. **Transtornos Alimentares**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FERRARI, Armando. **Adolescência: o segundo desafio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

FESTA de Babette, A. Direção e roteiro: Gabriel Axel. Intérpretes: Stéphane Audran, Birgitte Federspiel, Bodil Kjer, Bibi Andersson e outros. Dinamarca: Panorama Film, 1987. 1 DVD (104 min.), color.

FRANCO, Carmen Regina de Salles. O papel da mãe no desenvolvimento da obesidade na infância. In: **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, v. 34, p. 65-82, 2008.

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a Histeria. In: **Obras Completas**, v. 2, 1895.

_____. Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise: conferência XXXII – Feminilidade. In: **Obras Completas**, v. 22, 1932.

_____. Três Ensaio sobre a Sexualidade. In: **Obras Completas**, v. 7, 1905.

_____. **Mal-estar na civilização**. Disponível em:
<http://cei1011.files.wordpress.com/2010/04/freud_o_mal_estar_na_civilizacao.pdf>.
Acesso em: 23 jun. 2013.

GAROTA Interrompida. Direção e roteiro: James Mangold. Produção de set: Winona Ryder. Intérpretes: Winona Ryder, Elisabeth Moss, Angelina Jolie e outros. EUA: Columbia Pictures, 2000. 1 DVD (127 min), color.

GUSMÃO, Marta Hirsh. Os transtornos e as dificuldades de alimentação. In: FREUD, Sigmund. Inibição, Sintoma e Angústia. **Obras Completas**, v. 3, 1926.

KRISTEVA, Julia. **As novas doenças da alma**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

KEHL, Maria Rita. **Deslocamento do feminino**. Rio de Janeiro: Imago, 1999.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1967.

LEVISKY, David Léo. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

MEIHY, José Carlos S. **História Oral** – como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.

MIRANDA, Marina Ramalho. Distúrbios alimentares, anorexia, bulimia e compulsões: histórias de segredos e paixões. In: **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 39, 2005.

MISHIMA, Fernanda Kimie Tavares; BARBIERI, Valéria. O brincar criativo e a obesidade infantil. In: **Estud. psicol.** (Natal) [online]. 2009, v.14, n. 3, p. 249-255. ISSN 1413-294X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300009>>. Acesso em: 5 jul. 2011.

NEWMAN, Alexander. As ideias de D. W. Winnicott. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

PESSANHA, Antônio Luiz Serpa. **Além do divã**: um psicanalista conversa sobre o cotidiano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes insaciáveis** – anorexia, bulimia e compulsão alimentar. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

_____. **Corações descontrolados**: ciúmes, raiva, impulsividade – O jeito borderline de ser. Rio de Janeiro: Fontana, 2010.

SPADA, Patrícia Vieira. **Obesidade e sofrimento psíquico**: realidade, conscientização e prevenção. São Paulo: Editora da Unifesp, 2009.

VANTAGENS de ser invisível, As. Direção e roteiro: Stephen Chbosky. Produção: John Malkovich. Direção de fotografia: Andrew Dunn. Intérpretes: Logan Lerman, Emma Watson, Ezra Miller. EUA: Summit Entertainment, 2012. 1 DVD (103 min.).

WIKIPÉDIA. **Monster High**. Disponível: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Monster_High>. Acesso em: 10 set. 2013.

WINNICOTT, D.W. Da pediatria à psicanálise. In: **Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. **O bebê e suas mães**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

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

WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento emocional**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005a.

_____. **Tudo começa em casa**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005b.

ANEXO A – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada participante,

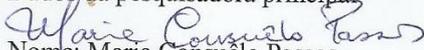
Estamos convidando você, mãe de adolescente mulher que está na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo a classificação elaborada pela Sociedade Brasileira de Pediatria que está em tratamento no Ambulatório de Obesidade do Curso de Nutrição do Centro Universitário Cesmac para participar de uma pesquisa que visa investigar as relações entre a obesidade da adolescente e as possíveis falhas no ambiente primário, quer dizer, como é construída a relação afetiva entre mãe e filha desde os primeiros anos de vida até hoje.

O procedimento utilizado é a história de vida que consiste em gravações de entrevistas com você participante e sua filha, pois através das narrações de ambas, pode-se construir a pesquisa e alcançar o objetivo proposto. Nesse sentido, a sua participação e da sua filha serão importantes para a compreensão da relação afetiva entre ambas e detectar os aspectos relacionados à obesidade.

Asseguramos o sigilo sobre a sua participação e a da sua filha e as informações obtidas serão confidenciais. Dessa maneira, não pretendemos causar nenhuma espécie de dano ou perda pessoal para as participantes. Por isso, podemos interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem prejuízo de qualquer ordem.

Os dados coletados serão arquivados em local seguro, sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos, depois serão apagados. Todas as informações que possam identificar você e sua filha serão alteradas, impossibilitando qualquer identificação. Você e sua filha receberão uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal sobre o projeto e sua participação.

Dados da pesquisadora principal


Nome: Maria Consuelo Passos

Endereço completo: Rua Zeferino Galvão nº 100 aptº 903 – Boa Viagem- Recife- Pernambuco.
CEP 51111-110

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na Pré-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pernambuco, localizado na Rua : Almeida Cunha, 245, Bloco G, oitavo andar- Santo Amaro- CEP 50050-480, Recife- Pe- Brasil. Telefone: (81) 2119-4376; Fax (81) 2119-4376. Endereço eletrônico: pesquisa_prac@unicap.br

Recife.....de.....2012

Participante mãe

ANEXO B – ENTREVISTAS

Entrevista nº 1 – Com a adolescente Clara

Clara, adolescente mulher, negra, classe média, 18 anos, universitária. Tem 1,70 de altura e 90 quilos. Está no processo de transição entre sobrepeso e obesidade. Fez a triagem na Clínica de Nutrição do Centro Universitário de Maceió, onde será acompanhada por nutricionistas para redução de peso e uma melhor qualidade de vida.

Entrevistadora – Gostaria que você falasse sobre você, sua infância, relações familiares e as questões relativas em estar acima de peso?

Entrevistada – Quem me criou foi minha avó e minha tia desde que nasci, porque minha mãe morreu depois de sete dias que tinha nascido. Meu pai ficou muito abalado com a perda da minha mãe e só foi casar quando eu tinha dez anos e foi ter outro filho quando fiz onze anos. Minha avó e minha tia cuidaram muito bem de mim e meu pai participou pouco da minha educação. Tenho duas mães desde pequena.

Entrevistadora – Como assim duas mães?

Entrevistada – Elas são minhas mães. Fui criada com todo o carinho e tendo as coisas materiais na medida do possível. As duas iam para as festinhas de colégio e reunião de pais e mestres. Minha avó é uma mãe mais rígida, me cobra o tempo todo, mas minha tia é light, é mãe amiga que me dá muita liberdade. Minha avó pega muito no meu pé até hoje para estudar, para não comer muito e com quem saio. Fico chateada, às vezes eu agrido, mas gosto de saber que ela liga para mim. Ela sente orgulho de mim por ser estudiosa e já avisei a ela que quando terminar Letras, irei fazer Direito. Quero ser Delegada. Chamo minha avó de mãe e dormi com ela até os nove anos, depois me abusei e fui para o meu quarto. Foi até bom, porque comecei a ler muito, me interessei por literatura.

E quanto ao meu peso, estou tentando me controlar, mas não é fácil. No final de semana, saio com meus amigos, vou ao cinema e festas. Como muito. Quando lancho vou ao Mc Donald's ou ao Burger King. Agora vou ao Subway, como salada e evito refrigerante. Mas, é complicado pela tentação porque gosto de comer e sei fazer tudo na cozinha. Quando há festa lá em casa, sou eu que faço tudo, vou para cozinha e preparo tudo para sair perfeito. Na minha casa, as pessoas comem muito e aprendi a comer muito como eles. (Fica calada)

Entrevistadora – E o que você me conta mais sobre sua infância?

Entrevistada – Foi muito boa. Tinha amigos, mas mudava muito de colégio.

Entrevistadora – Como assim?

Entrevistada – Eu não me adaptava bem nos colégios que estudava, porque os colegas faziam *bullying* comigo. Eu sempre fui gordinha e sou negra. Minha avó me tirava da escola quando via que eu podia sofrer qualquer preconceito. O colégio que fiquei mais tempo foi o Nossa Senhora do Amparo. Fiquei da sexta série até o terceiro ano do ensino médio. Mesmo assim, sofri *bullying*. Eu e mais uma menina e outro menino éramos os três gordinhos. Com o tempo, me deixaram em paz porque eu era a mais alta dos três e não aparentava ser tão gorda assim.

Entrevistadora – E seu pai? Como é sua relação com ele?

Entrevistada – Não aceitei muito o casamento dele. Ele ser de outra. Meu pai é meu. Agora a relação com minha madrasta está legal só aceitei ela quando ela engravidou da minha irmã. Eu fiquei louca pela menina, mas hoje minha irmã é uma pestinha, sabe meu ponto fraco e me irrita bastante. Às vezes, meu pai quer se meter na minha vida e eu não deixo e digo a ele para ele se calar porque ele quase não participou da minha educação. Eu tenho um gênio forte. Nunca quis morar com ele, ele tentou, mas ele mora muito longe e tudo é muito difícil no bairro que ele mora. Lá não tem *internet* direito, só tem um computador, fico longe dos meus amigos e dos meus avós e tia. Não me sinto em casa na casa do meu pai.

Entrevistadora – Você se irrita facilmente?

Entrevistada – Demais, eu odeio quem me provoca ou me cobra coisas que ainda não fiz. Minha avó e tia são mestras nisso. Minha avó não me deixa muito livre com meus amigos. Por exemplo: ainda hoje vou aos shows com minha tia e meus amigos. De um lado, acho legal porque esses lugares são perigosos, mas por outro lado, minha tia me vigia o tempo todo, mesmo que às vezes a gente esteja em lados diferentes do show. Sabe sou muito protegida e isso me irrita. Mês passado, levei minha tia para assistir um show internacional de uma banda de rock. Sei falar inglês e traduzia para ela as letras das músicas, ficamos mais próximas com isso. Mas, olha sinto falta da minha mãe, não conheci, mas todo mundo da minha família diz que sou idêntica a ela tanto fisicamente como de personalidade. Eu penso nela todos os dias e fico pensando como seria estar com ela. Fico alegre com o dia do meu aniversário no dia 31 de janeiro, mas começo a me sentir triste quando chega o dia 7 de fevereiro que é o dia da morte dela. Até hoje, desconto essa mágoa no chocolate. Fico também irritada com minha irmã quando ela diz que ela tem mãe e eu não. (Fica calada por um tempo)

Entrevistadora – E sobre sua adolescência, o que você me diz?

Entrevistada – Eu acho que fui criança até chegar à faculdade. Sou a caçula da turma, eu tinha acabado de fazer dezessete anos quando entrei na faculdade. Já me disseram que mudei, estou mais madura. Gostei disso. Antes eu me achava criança na fisionomia e não tinha muita responsabilidade e tirava muita brincadeira com todo mundo. Hoje, acho os meus antigos amigos e que são mais velhos do que eu, muito imaturos. Mas, acho que continuo fechada no meu mundo, não divido muita coisa com alguém. Às vezes, acho que só falaria para minha mãe. Muita gente me diz que sou parecida com ela e insistem muito nisso. Fico pensativa porque tenho que ser igual a minha mãe ou há outras pessoas que tentam me comparar, por exemplo: minha avó me diz que eu deveria ser como minha tia que é a filha perfeita, inteligente e bem educada. Eu não sou minha mãe e nem minha tia, sou eu e ninguém entende e fico irritada com isso. Fico pensando que no futuro eu quero ser independente, isso sim é meu maior desejo. Eu já estou estruturando meu futuro. Estou trabalhando, fazendo bicos, dando aulas, fazendo trabalhos para fora. Guardo meu dinheiro e não gasto como também estou tentando fazer dieta, cuidar de mim. Resolvi tentar andar e correr para ver se perco peso mais depressa.

Entrevista nº 1 – Com a mãe de Clara

Judith é tia paterna de Clara, tem curso superior de Pedagogia, trabalha, é independente, solteira e mora ainda com os pais e Clara. O pai de Clara está casado, é irmão de Judith e pouco participa da educação da filha, deixando aos cuidados da mãe e da irmã.

Entrevistadora – Como você e sua mãe participaram da educação da Clara?

Entrevistada – Bem, Clara está com a gente, praticamente, desde que nasceu, pois ela tinha sete dias de nascida quando a mãe morreu de um ataque cardíaco fulminante. Minha cunhada tinha 22 anos na época. No começo, meu irmão levou Clara para morar com ele, ela não se adaptou, voltou para a nossa casa, passando minha mãe e eu a tomarmos conta dela. Quando Clara fez 10 anos mais ou menos, o pai dela casou de novo, hoje tem uma nova família e uma filha de sete anos. E até hoje, moramos eu, Clara e meus pais na mesma casa. Clara não mamou. Sua mãe não tinha leite, então ela tomou *Nam* no período da amamentação. Desde pequena, ela come muito e só deixou a mamadeira quando fez três anos. Ainda hoje, acho ela ansiosa. Na verdade, a gente nunca proibiu nada, minha mãe achava que se ela comesse bem, não ia adoecer. A gente não tinha consciência do que era obesidade naquela época, hoje sabemos que quantidade não é qualidade, inclusive na alimentação. Também, não é comum

em casa, a gente comer frutas ou saladas. A gente se conscientizou quando foi dado o diagnóstico de obesa para Clara. Ela teve muitos problemas como: atraso de menstruação ou falta dela, problemas glandulares e fraturas nos ossos. (Fica calada por um tempo)

Entrevistadora – Me fale mais sobre a infância de Clara?

Entrevistada – No geral, foi boa. Ela gostava de brincar, era muito ativa e esperta quando criança. Basicamente, foi criada na escolinha que minha montou logo após minha cunhada morrer. Na época, não tínhamos babá, então levávamos ela para a nossa escola. Clara fazia amigos e brincava muito lá, quase não tem até hoje amizades feitas no bairro, só nas escolas. Com o tempo, minha mãe achou que ela se sentia o centro das atenções e aí minha mãe tirou ela da escola e colocou em outra. Ela teve várias mudanças de escola porque não se adaptava bem nos colégios. O temperamento de Clara é forte, ela é dominadora e agressiva.

Entrevistadora – E a adolescência de Clara ?

Entrevistada – Ela sempre foi gordinha como falei, mas ela era irrequieta. No começo da adolescência, ela emagreceu muito, ela tinha quinze ou dezesseis anos. Depois largou a dieta e voltou a ser gorda, como também apareceram as doenças da obesidade como dificuldades de menstruar, problemas hormonais e nos ossos. Não sei se foram as doenças ou a própria adolescência que deixou Clara mais retraída, calada e com poucos amigos.

Entrevistadora – Como é a relação de Clara com vocês da família?

Entrevistada – Olha! Ela tem opinião própria, quer as coisas de qualquer jeito, briga e usa argumentos para nos convencer. Acho que ela vai até o fim quando quer uma coisa. Por um lado, isso é positivo, ela é perseverante, mas por outro lado é negativo, ela se torna agressiva e exigente. Acho que ela foi superprotegida por mim e pela minha mãe. Ela foi a primeira filha, sobrinha, neta e única criança da família até sete anos atrás, agora que meus irmãos estão tendo filhos. Comigo, ela consegue chegar a um consenso, mas com minha mãe, ela bate de frente. As duas brigam muito e minha mãe já tem uma certa idade, há choque de gerações. Mesmo que minha mãe tenha uma cabeça boa para sessenta e quatro anos, ela é professora, trabalhou muito tempo em educação, foi independente financeiramente, mas não conseguimos eu e ela dar limites a Clara. Acho que fizemos isso devido ao nascimento dela, ser órfã de mãe e falamos tudo isso para ela. Eu até acho que ela sente muita falta da mãe, mas não reparte isso com ninguém. E olha! A gente superprotege muito ela, que não deixamos nem ela ir para qualquer canto só, eu ou minha mãe vamos acompanhando. Ela fica com tanta raiva que agora, estamos pensando em deixar ela ir sozinha para os médicos, shows ou outros lugares, fazer coisas mais sozinha, pois ela já está na universidade.

Entrevista nº 2 – Com a adolescente Érica

Érica é uma adolescente de 17 anos, classe média, cursa o terceiro ano do ensino médio. Tem 1,65 de altura e 75 quilos. Com dez quilos acima do peso normal, está em tratamento na Clínica de Nutrição do Centro Universitário (Cesmac).

Entrevistadora – Gostaria que você falasse sobre você desde pequena, sua relação com a família e as questões sobre estar acima do peso?

Entrevistada – Eu sempre fui acima do peso e tenho ainda dificuldade em lidar com gordura. Acho que esse problema com o peso está ligado ao meu pai ser militar e a gente ter que morar em muitas cidades. Quando eu me apegava a um lugar, eu tinha que mudar. Isso atrapalhou muito minha vida, quase não fazia amigos e ficava triste com isso. Então, eu tinha que chamar a atenção dos outros para eles serem meus amigos, porque eu ficava pouco tempo e as pessoas já estavam enturmadas. (Ficou calada, olhou par mim)

Entrevistadora – E o que mais?

Entrevistada – Que foi muito difícil essa época, eu colocava a culpa que nada dava certo na comida. Tive depressão, anorexia aos quatorze anos, mas me tratei. E ainda fico achando que estou gorda. Porque é estranho ser gorda, todo mundo fica te olhando, censurando e que gordo é um pobre coitado.

Entrevistadora – Você sempre foi gordinha?

Entrevistada – Eu nasci muito magra com dois quilos e duzentas gramas. Só que no decorrer do tempo, eu engordei, fiquei cheinha, mas para gordinha.

Entrevistadora – Como você analisa essa situação de ter morado em muitos lugares, estar acima do peso e sua relação com a família?

Entrevistada – Olha, na minha infância eu sempre fui apegada a minha mãe até porque éramos nós três (eu, minha mãe e meu irmão), meu pai vivia com a gente nas cidades, mas trabalhava no interior e morávamos longe dos nossos familiares. Acho que por ser criança, minha mãe se tornou a pessoa mais importante para mim. É engraçado que hoje, estamos mais afastadas e a gente briga mais, ela não me entende e ela diz que eu não entendo ela (ri). Quando eu era criança, eu não estava nem aí se era gorda ou magra, eu não ligava para isso, colocava meu biquíni e era feliz. Eu comecei a me sentir diferente com quatorze anos, eu morava em São Luís e eu adorava o lugar, tinha um grupo de amigo super legal, mas tinha que mudar para Santarém no Pará e eu não queria ir por achar a cidade pequena, longe e atrasada. Eu era ligada aos meus amigos demais e também estava comendo muito, coisas

diferentes, adolescência, ir embora de São Luís. Fiquei gorda, não malhava. Mas o que mais me tocou, foi uma amiga que me tirou como amiga secreta num dos últimos encontros que tive com meus amigos. Na brincadeira de amigo secreto a pessoa tinha que dizer uma característica contrária do que era o amigo secreto e aí minha amiga disse que a amiga secreta dela era bem magrinha. Era eu e estava bem gordinha. Isso me arrasou e me feriu bastante. Todo mundo dizia na época que era uma gordinha com o rosto lindo, mas que estava ficando feia porque estava engordando. E essa coisa “inha”, eu acho que é uma ofensa, ser bonitinha e gordinha. Mudei para Santarém e comecei a ir para uma academia, emagreci uns quinze quilos, fiquei magríssima, não comia quase nada, fui parar no hospital para tomar soro, diagnosticaram anorexia, me tratei, tomei remédio e fui para o psicólogo. Eu não tomava nem água, porque achava que ia engordar. Eu fiz tudo isso para emagrecer e ser aceita, porque tinha amigas bonitas e magras e ser gorda, nesse mundo, é cruel porque roupa não cabe em você, você tem menos resistência, é mais atrasado.

Entrevistadora – E depois? O que ocorreu?

Entrevistada – Fui fazer tratamento com psiquiatra e psicólogo (repete o que já tinha dito). Não gostava muito de psicólogo, porque no começo, pensei que minha mãe me mandou para o psicólogo, porque eu era maluca, achava estranho e já gerava preconceito quando um amigo meu sabia. Quer dizer, eu já achava que estava discriminada, mas depois compreendi. Passei dois anos em Santarém e nas férias do meio do ano, depois dos problemas com anorexia, passei as férias com minha avó materna no Recife, me recuperei, pois comecei a fazer amigos e engordei tudo novamente. E agora, há dois anos, estamos em Maceió. Aqui engordei dez quilos acima do meu peso, estou em tratamento na clínica, tentando fazer a dieta e estou na academia. Já é a segunda vez que me trato na clínica, na outra vez, há um ano, desisti e agora voltei. Pelo menos estou mais calma, amadureci um pouco, quero experimentar coisas que possam me dar prazer e eu possa escolher. Este ano, mudei de colégio, estou num colégio mais perto de casa, onde meus amigos estudam, então fazemos dietas juntos, vamos à academia e às festas.

Entrevista nº 2 – Com a mãe de Érica

Carla é mãe de Érica, está terminando o curso de nutrição e resolveu colocar a filha para fazer tratamento na Clínica de Nutrição do Centro Universitário (Cesmac).

Entrevistadora – Como é sua relação com a Érica desde o nascimento?

Entrevistada – A Érica nasceu e não pegou o peito logo. Ela, com seis meses, foi complicado deixar a mama, porque não pegava chupeta, mamadeira e nem queria comida pastosa, só mama. Então, ela mamou durante dois anos. Antes de completar os dois anos, ela puxava meu seio que machucava, só dormia mamando de hora em hora, era um sufoco. Ela nasceu magra com 2 quilos e 400 gramas, mas quando criança não foi magra. Ela nasceu com baixo peso porque eu não me alimentava direito, mas não bebia e nem fumava. Depois da mama, ela triplicou o peso. Os médicos pensaram na época que ela tivesse diabetes, mas os exames foram normais. Na adolescência, ela começou a engordar e engordou mais entre os 10 a 12 anos, antes ela não ligava para peso. Meu marido é militar, a gente mudava muito de lugar. Quando ela tinha quatro anos, o irmão era pequeno, ela teve uma crise nervosa, começava a chorar quando se afastava de mim, precisava sempre me ver. Ela foi à psicóloga e melhorou. Ela sempre foi apegada a mim, porque a gente sempre morou longe dos parentes, então a família somos nós quatro. Agora na adolescência, ela está mais desligada de mim, tem a turma dos amigos e se afastou mais de mim. Mas, eu me preocupo com a Érica em não comer nada por um tempo e depois comer demais e aí engorda, se sente mal com ela mesma. E vai para academia, passa três horas lá, depois de um tempo abandona e com as dietas é a mesma coisa. Aqui na clínica já é a segunda vez que ela vem fazer tratamento. Sei lá, acho que ela precisa ter um acompanhamento com psicólogo, nutricionista e na academia, senão ela não vai chegar ao objetivo de emagrecer de verdade.

Entrevistadora – Como foi esse tempo de mudanças de cidades e sua relação com Érica?

Entrevistada – Quando a Érica nasceu eu morava aqui em Maceió, mas fui tê-la em Recife, depois quando ela fez três anos, mudei para a Manaus, porque meu marido era um dos responsáveis pelo projeto SINVAM. Eu ficava sozinha com a Érica e grávida do Thiago. Depois voltei ao Recife para ter meu filho e já estava de mudança para Belo Horizonte, onde meu marido estava estudando para oficial. O custo de vida era alto, então eu tinha que ser secretária do lar e babá, porque meu marido passava o dia todo na escola de oficiais e só voltava para casa à noite. Fiquei um tempo maior em São Luís no Maranhão, depois Santarém no Pará e agora Maceió há dois anos. Mas, sempre sofremos com essas mudanças.

Entrevistadora – E sua relação com a Érica na infância, como foi?

Entrevistada – Éramos apegadas demais, próximas, porque meu marido vivia trabalhando fora de casa e não tínhamos familiares nos lugares que moramos, então tínhamos que contar um com o outro. Mas, acho que Érica foi muito mimada, fizemos muito seus gostos porque era a primeira filha, neta e sobrinha do meu lado e do lado do pai, era a primeira mulher. Na medida do possível, teve tudo o que quis. Érica foi sempre muito inteligente, captava as coisas

no ar, falou rápido, sempre viva, não andou tão rápido porque escorregava no seu suor, pois tem até hoje hiperhidrose e na época, tive que comprar umas pantufas com sola derrapante para ela andar. Depois da adolescência, ela está mais na sua, só fico sabendo alguma coisa dela porque as amigas me contam.

Entrevistadora – Como você analisa os problemas de peso que Érica tem?

Entrevistada – Olha! Acredito que foram as mudanças de cidade, a superproteção que causaram esses problemas de engordar e emagrecer, porque ela fazia amigos e depois tinha que largá-los, porque o pai era transferido. Eu ficava preocupada e superprotegia. Na adolescência, isso piorou porque ela teve depressão, anorexia, nunca pensei que isso ia acontecer com um filho meu. Ela fez tratamento, tomou remédio, foi para psicóloga, mas ainda acho que ela é instável emocionalmente, nunca termina nada, começa as coisas e deixa pela metade como dieta e academia. É super ansiosa, estressada e acha que tudo tem que ser do seu jeito. O problema dela não é a compulsão em comer ou não comer, é emocional, ela é muito instável, melhorou um pouco, mas ainda é muito instável emocionalmente.

Entrevistadora – Como você vê isso, quer dizer, como você relaciona os problemas que a Érica tem com a comida e a sua instabilidade emocional?

Entrevistada – Acho que isso vem da infância, a gente superprotegeu muito a Érica e agora na adolescência ela continua com as crises nervosas. No começo da adolescência, ela teve depressão e agora não tolera ser desapontada, tudo tem que ser do seu jeito. Ela se irrita facilmente e se revolta quando se sente frustrada, ela quer tudo sob seu controle. Na semana passada, aconteceu uma situação com ela e um amigo que fiquei assustada. Ela tem um amigo que está de namorada nova e a turminha das meninas não suporta a garota, mas o menino está apaixonado e a Érica não se conforma, diz que não está interessada nele, mas acha que ela sabe o que é melhor para ele. Ela quer controlar a vida do menino. Ela é assim, brigamos por isso, tanto é que ela não está tão apegada a mim agora e muito menos ao pai que sempre viveu às turras com ele, porque os dois têm personalidades parecidas. Como também, ela não aguenta ninguém no pé dela. Ela estava namorando há um tempo e agora acabou, porque não aguentava o namorado grudado nela. É um menino bom, apaixonado por ela, a família dele é legal, mas ela se enjoou dele.

Entrevista nº 3 – Com a adolescente Flávia

Flavia tem 13 anos, é uma adolescente de classe média baixa, cursa o ensino fundamental, está com sobrepeso, pois tem 1,60 de altura e 68 quilos. É gêmea de Fernanda, portadora de anorexia e com o diagnóstico de borderline. Ultimamente, Flávia começou a vomitar, mesmo tendo episódios constantes de compulsão como também começou a se mutilar igual a irmã. Ambas estão em tratamento nutricional na Clínica-Escola de Nutrição do Centro Universitário (Cesmac) e acompanhamento psiquiátrico no atendimento ambulatorial do Hospital Psiquiátrico Portugal Ramalho.

Entrevistadora – Gostaria que você me falasse sobre você, sua infância, sua família e as questões relativas em estar acima do peso?

Entrevistada – Eu tenho muita raiva de tudo isso. Eu não gosto de pessoas, gosto de ficar sozinha sem ninguém para me amolar. Tenho muita raiva da minha mãe, eu não gosto dela, ela vive brigando comigo e minha irmã. Meu pai é mais legal. Não tenho muita paciência com eles e com a minha mãe, aí que as coisas pioram. Ela brigou ontem comigo tanto que me disse que vou ser gorda que nem ela quando crescer. Aí, senti raiva e cortei meu braço. (Mostra para entrevistadora o braço esquerdo com cortes superficiais de gilete)

Entrevistadora – Como assim essa raiva e esses cortes de gilete?

Entrevistada – Tenho muita raiva e aí desconto em mim. Quero me matar pela raiva que tenho. É muito problema para uma pessoa só. (Dá uma pausa e depois continua). Só sei que me dá uma vontade de me matar, mas não sei da onde essa raiva vem. Eu também tenho dor de estômago. Porque agora ando vomitando. Sei lá, não gosto desse mundo, não gosto da minha vida, preferia não ter nascido e minha vida acabou. (Nota-se certa dramaticidade na sua voz e gestos). Eu não sei o que estou fazendo aqui.

Entrevistadora – Nesse momento, você está falando comigo. Mas, Flávia, vamos voltar quando você era pequena. Como era a sua vida?

Entrevistada – Quando eu era pequena, minha mãe bebia e trabalhava dois horários e deixava a gente com minha prima que machucava a gente, dando beliscão e puxando nosso cabelo. Meu primo que é casado com a minha irmã que é mais velha, coloca a culpa em tudo que acontece de ruim com ele e minha irmã em nós. Essa minha prima ficou cuidando da gente até os seis anos, depois minha avó cuidou da gente. Ela é muito legal, quando a gente era pequena, ela brincava com a gente, sentava no chão e fazia bolinho de feijão e arroz com as mãos e dava para gente. Depois ela ficou cega, minha mãe deixou o emprego e veio cuidar

da gente. Minha mãe nunca cuidou da gente. Minha irmã Fernanda ficou doente, começou a emagrecer e vomitar antes da minha avó adoecer, agora só eu que vomito. Eu odeio ser gorda, odeio ser chamada de gorda pelos alunos da escola e quase não durmo, fico pensando em tudo isso na minha vida. Não quero ficar gorda, por isso acho que vomito.

Entrevistadora – Acredita que tudo isso que você me contou pode trazer muita briga e aborrecimento para você e sua família?

Entrevistada – Nem tanto, só quem briga mais é eu, minha irmã e minha mãe. Meu pai é legal e quase não briga, minha irmã mais velha é calada e minha avó está doente. E quando alguém quer brigar comigo, eu fico nervosa, estressada, com raiva, dá uma dor no estômago, porque acho que ninguém tem que dizer nada com ninguém. Fiquei com muita raiva, um dia na escola, porque uma amiga me disse que cortei os braços por frescura. Eu desconto em mim e não no outro. Eu ponho a culpa em mim.

Entrevistadora – Culpada como?

Entrevistada – Culpada. Tenho raiva, me sinto culpada e me corto.

Entrevistadora – Deve doer os cortes?

Entrevistadora – Não sinto nada.

Entrevistadora – Como você se sente com tudo isso?

Entrevistada – Não sei. Fico com raiva, me corto, quero morrer, acho que as pessoas vão lembrar de mim, depois passa e aí fico calma e em paz. Também não saio de casa, não tenho quase amigos, minha mãe não deixa a gente sair, porque ela acha que a gente vai se perder. Eu não sou otária, vou tomar conta de mim direitinho. O único momento legal é quando ligo o computador e vejo o mundo lá fora. Sabe, eu sou roqueira e adoro saber tudo sobre rock.

Entrevista nº 3 – Com a mãe Flávia

Ana é mãe de Flávia, uma mulher que parece muito sofrida, mas preocupada e atenta às necessidades das filhas e aos conselhos das nutricionistas. Flávia e Fernanda são gêmeas e ambas têm problemas sérios com a alimentação. Ana relata em muitos momentos a dificuldade em lidar com as filhas, porque até há pouco tempo deixava as garotas com a mãe, mas como os problemas de cegueira da mãe, o quadro de anorexia de Fernanda e agora Flávia também com problemas alimentares pioraram, resolveu deixar o emprego e cuidar delas.

Entrevistadora – Gostaria que você me falasse sobre a relação da Flávia com você desde a infância e como você está se sentindo diante do problema dela?

Entrevistada – Olha! Eu vejo que a Flávia está piorando, comendo e vomitando mais, ela não era assim. Fica com raiva o tempo todo, pode ser falta de carinho, mas eu tento dividir o carinho para as duas.

Entrevistadora – E o que mais?

Entrevistada – Antes eu trabalhava muito, minha mãe cuidava das meninas e antes era uma sobrinha. Hoje, sou eu que tomo conta delas e elas não me atendem. Não sei explicar isso, acho que é porque trabalhei sempre e não convivi com elas, quem conviveu foi minha mãe e elas atendem à minha mãe. E a Flávia piorou da doença dela depois que minha mãe adoeceu. A Flávia é um pouco mais nervosa que a Fernanda, acho que ela quer chamar a atenção. Às vezes, eu acho isso e às vezes, eu acho não. (Fica na dúvida)

Entrevistadora – Como foi a gravidez e nascimento da Flávia?

Entrevistada – Foi minha segunda gravidez e eu não queria por conta da situação financeira, eu já tinha uma filha e viria mais duas. Eu me arrependo, tentei abortar, tomei chá. Um dia eu falei isso lá em casa, elas escutaram, tentei disfarçar, mas não consegui. Flávia nasceu normal, mas Fernanda teve problemas e teve que ir para UTI. Depois eu aceitei as meninas, dei de mamar, depois fui trabalhar, deixei as meninas com uma sobrinha e depois com minha mãe. Não foi fácil cuidar de duas meninas na época do nascimento, elas eram iguais e tinham momentos iguais, sempre queriam comer ou ir ao banheiro na mesma hora e queriam atenção ao mesmo tempo. Só não fui uma mãe presente em ir para reuniões e festinhas do colégio, isso minha mãe fazia. Hoje, estou tentando dar mais limite a elas, mas não é fácil.

Entrevistadora – O que você acha que está acontecendo com a Flávia?

Entrevistada – Não sei bem, só sei que o psiquiatra perguntou a elas qual o lugar que elas se sentem bem, elas falaram que é o colégio. Sei lá, tento fazer o melhor e não estou conseguindo. A Fernanda come muito, mas vomita muito e joga comida no chão. A Flávia come muito, mas vomita pouco, mas fica com muita raiva. Esses vômitos me deixam péssima, antes eu chorava muito, me descontrolava na frente delas, hoje fico mais contida.

Entrevistadora – Como está sendo a vida social de Flávia?

Entrevistada – Olha, eu não interfiro na vida social delas, só não deixo elas irem para lugares impróprios como a praia e shows (segundo os prontuários das meninas, a família é evangélica). Elas têm poucos amigos e deixo elas irem para a *Lanhouse*, acho que tem mais amigos pelo computador. Tenho medo de deixar elas irem para o show sozinhas, porque prefiro que fiquem em casa, tenho medo que aconteça algo com elas.

Entrevistadora – Como você se sentiu quando a Flávia se cortou?

Entrevistada – Quase fiquei louca. O meu desespero é enorme. Fico nervosa e choro como também brigo muito com elas, me descontrolo. Não sei porque isso acontece, acho que elas têm algum problema como o pai que é nervoso e toma remédio controlado e a filha do primeiro casamento dele que também toma remédio controlado.