

## Acompanhamento psicanalítico do paciente com sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida

Publicado na Revista de Transpsicanálise em 20/12/2005

Marc André da Rocha Keppe\* \*\*

\*Psicanalista, Psicólogo e Mestrando em Psicossomática e Psicologia Hospitalar na PUC de São Paulo.

\*\*Supervisão da Profa. Dra. Mathilde Neder e do Prof. Dr. Esdras G. Vasconcellos.

### Resumo

*Este artigo oferece algumas orientações para o psicanalista que atende pacientes com sobrepeso, obesidade ou obesidade mórbida. Como primeiro critério de avaliação é sugerido o IMC (Índice de Massa Corporal), que o psicanalista pode conhecer e utilizar, com o objetivo de saber se o seu cliente tem anorexia, peso normal, sobrepeso, obesidade ou obesidade mórbida. Claro que é um critério inicial, que pode ser complementado com outros critérios médicos, tais como a impedância bioelétrica e a determinação de massa magra e da estrutura óssea. Por ser um problema multifatorial, a pessoa que apresenta sobrepeso precisa de um acompanhamento multidisciplinar, que envolve o(a) médico(a), o(a) psicoterapeuta, o(a) nutricionista e o(a) preparador(a) físico. Além do papel evidente do psicanalista de investigar os processos psíquicos envolvidos no problema do sobrepeso, o artigo sugere que o psicanalista também pode oferecer algumas orientações. Estas orientações são importantes para a pessoa que precisa emagrecer, seja pela busca de uma melhor estética, seja pela busca de uma melhor condição de saúde.*

É cada vez mais freqüente na atividade clínica, o psicanalista se deparar com pacientes que reclamam de seu peso. A maior parte destes pacientes acreditam estar com sobrepeso, obesidade ou ainda obesidade mórbida. Numa primeira observação visual, o psicanalista já pode desenvolver uma hipótese a respeito desta reclamação, se ela é apenas imaginária e, portanto, decorrente de um padrão alterado de auto-observação. Este padrão alterado é muito freqüente em alguns transtornos da alimentação, como no caso da anorexia nervosa ou mesmo da bulimia nervosa(2). No acompanhamento posterior, esta hipótese inicial pode se confirmar e o psicanalista precisa então tratar deste padrão alterado de auto-observação, demonstrando ao seu paciente o quanto esta imagem de si mesmo é distorcida da realidade. Como a sociedade atual possui um padrão de beleza que privilegia as formas corporais mais magras, no caso da mulher e mais atléticas, no caso do homem, a própria sociedade induz à busca de um padrão exagerado de magreza ou ainda de forma física atlética também exagerada. Em função desta influência social, presente na mídia, com as suas modelos e atrizes exageradamente magras e seus modelos masculinos de corpo bem definido, as pessoas buscam um padrão de beleza, muitas vezes até de forma obsessiva,

como é o caso da bulimia nervosa e de alguns tipos de transtorno obsessivo-compulsivo(2).

De outro lado, o sobrepeso, a obesidade e a obesidade mórbida estão cada vez mais freqüentes na população e já podem ser consideradas como uma epidemia mundial, presente em vários países, bem como no Brasil(8). Para obtermos uma referência inicial a respeito do sobrepeso, da obesidade ou da obesidade mórbida, podemos consultar um dos índices mais utilizados para a avaliação da massa corporal, que é o Índice de Quetelet (nome do autor que descobriu esta proporção orgânica) ou Índice de Massa Corporal (IMC). Este índice é calculado pela equação: peso (kg)/altura<sup>2</sup> (m) e é amplamente utilizado em pesquisas e atividade clínica: “O índice de massa corporal (IMC) é uma medida que relaciona peso e altura, tem excelente correlação com a quantidade de gordura corporal e é largamente usado em estudos epidemiológicos e clínicos”(15). Para complementar os dados obtidos com o IMC na atividade clínica pode-se utilizar uma das avaliações mais consideradas na atualidade, que é a impedância bioelétrica. O IMC serve como referência inicial e, na atividade clínica podemos considerar também outras variáveis, tais como massa óssea, massa muscular, tipo de deposição da adiposidade, que devem ser avaliados por um médico especialista.

O IMC possibilita os critérios de classificação que estão na tabela a seguir:

IMC menor que 18,5 kg/m <sup>2</sup>	Desnutrição Energética Crônica
IMC menor que 19,9 kg/m <sup>2</sup>	Baixo peso
IMC entre 20 e 24,9 kg/m <sup>2</sup>	Peso normal
IMC entre 25 e 29,9 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso
IMC entre 30 e 39,9 kg/m <sup>2</sup>	Obesidade
IMC maior que 40 kg/m <sup>2</sup>	Obesidade mórbida

Fonte: Artigo: *Índice de massa corporal (massa corporal x estatura<sup>2</sup>) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura*(6).

Outra classificação que é feita a partir do IMC é a respeito do grau de obesidade:

IMC entre 30 e 34,9 kg/m <sup>2</sup>	Grau I
IMC ente 35 e 39,9 kg/m <sup>2</sup>	Grau II
IMC acima de 40 kg/m <sup>2</sup>	Grau III

Fonte: Artigo: *Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas*(10).

Segundo o pesquisador Luiz A. Anjos: “Conclui-se que apesar de não representar a composição corporal de indivíduos, a facilidade de sua mensuração e a grande disponibilidade de dados de massa corporal e estatura parecem ser motivos suficientes para a utilização do IMC em estudos epidemiológicos, em associação (ou não) a outras medidas antropométricas, até que metodologias de campo que expressem a composição corporal sejam desenvolvidas para tais estudos”(6). Mesmo que os fatores de massa óssea, massa muscular e deposição da gordura devam ser observados a partir de um exame clínico complementar, o pesquisador Luiz A. Anjos considerou, em sua pesquisa, que o IMC é um critério que deve ser utilizado como indicador do estado nutricional de adultos. Este critério pode e deve ser complementado por outros, mas é uma referência inicial importante: “É

*importante que se correlacionem os valores de IMC com outras medidas independentes de composição corporal, quais sejam, a massa de gordura corporal (MGC) ou o percentual de gordura corporal (%GC)”(6). A própria Organização Mundial da Saúde utiliza este critério, como fica evidente na citação a seguir, relativa à controvérsia sobre o critério de peso normal: “Mais recentemente um grupo de estudiosos da OMS acabou com a controvérsia ao sugerir o valor de 25 como limite máximo para normalidade”(6). Portanto, o psicanalista, o psicólogo clínico e o psicólogo que trabalha no hospital pode utilizar o IMC como uma referência inicial, que pode ser complementada por outros índices, mas já possibilita uma indicação inicial para o tipo de tratamento que será utilizado com o paciente. É importante sabermos se estamos diante de um paciente anoréxico (que tem desnutrição energética crônica); com baixo peso; com peso normal; com sobrepeso; com obesidade ou ainda com obesidade mórbida. Em cada caso podemos comparar o estado nutricional deste paciente com o seu discurso e descobriremos se este paciente está exagerando ou minimizando o seu problema.*

A obesidade é considerada na atualidade como uma síndrome, na qual vários fatores devem ser observados e, sendo assim, precisa ser tratada de forma multidisciplinar. Atualmente se destacam quatro profissionais no tratamento da obesidade que são: o médico, o psicoterapeuta, o nutricionista e o educador físico. Enquanto o médico fará um acompanhamento medicamentoso e dos fatores biológicos que contribuem para a obesidade, o nutricionista fará um acompanhamento nutricional, recomendando a melhor alimentação para cada paciente. O educador físico orienta para que a pessoa faça os exercícios físicos adequados e ao psicanalista cabe um acompanhamento dos fatores psíquicos que contribuem para a obesidade, bem como um acompanhamento de como o paciente lida com a dieta, os exercícios físicos e a sua auto-imagem.

Segundo a Professora de psicologia da Universidade Mackenzie, Dinorah Gioia Martins, numa exposição que ela realizou na PUC de São Paulo, a imagem transmitida a respeito dos obesos na mídia é uma imagem associada ao ridículo. Os comediantes obesos falam a respeito de sua própria obesidade de forma jocosa, bem como são o alvo de chacota e de brincadeiras, que muitas vezes são até ofensivas. Muitas vezes também, a sociedade trata o indivíduo obeso como se ele fosse culpado pela própria obesidade, porquê se parte do pressuposto que o obeso come demais. A palavra “obesidade” é derivada do latim, dos termos *ob*, que significa muito e *edere*, que significa comer e, portanto, até de forma etimológica, a idéia sobre o obeso é que ele come demais. Este pressuposto, segundo ainda a psicóloga Gioia Martins, é um pressuposto equivocado, porquê existem vários fatores que concorrem para o problema da obesidade. Já foi comprovada a tendência genética para a obesidade e existem também problemas associados ao funcionamento endócrino.

Mesmo na questão da compulsão alimentar é necessário se fazer uma análise multifatorial desta compulsão, porquê muitos fatores concorrem para este comportamento. Alguns destes fatores são os componentes dos alimentos que a indústria alimentícia utiliza, conhecendo ou não os seus resultados. Quando se utiliza o glutamato monossódico na bolacha e em outros alimentos, esta substância que “realça o sabor dos alimentos”, na verdade incentiva o consumo dos alimentos, até de forma exagerada. A propaganda que afirma “é impossível

comer um só” ou que utiliza recursos mais sutis para aguçar a vontade de consumir o produto também está contribuindo para a compulsão alimentar. Então, segundo ainda a psicóloga Gióia Martins, a sociedade desenvolve no indivíduo um conflito entre comer alimentos de forma compulsiva e manter uma forma física magra ou esbelta. Portanto, o acompanhamento psicológico do obeso não deve “rumar na mesma trilha” do discurso social de que o obeso come demais e que ele é culpado pela própria obesidade. Precisamos investigar a multifatorialidade de cada caso e ao invés de culpar o obeso, podemos orientá-lo para ele obter uma evolução saudável no tratamento de sua obesidade, já que a obesidade é considerada uma síndrome(1). Aliás, o tratamento da obesidade não é apenas importante pela questão estética, mas principalmente pela questão de saúde.

Por este motivo, a atual epidemia de obesidade que ocorre no mundo já foi alvo de investigação feita pela Organização Mundial da Saúde: *“Em 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou a população mundial de obesos em 200 milhões de adultos e em 18 milhões de crianças abaixo dos cinco anos. Em 2000, essa estimativa, entre os adultos, subiu para 300 milhões de pessoas obesas. Geralmente, os homens apresentam maiores índices de sobrepeso (IMC entre 25 e 30 kg/m<sup>2</sup>), enquanto as mulheres apresentam os maiores índices de prevalência da obesidade. Tanto em homens quanto em mulheres, a obesidade acarreta aumento da incidência de doenças não-transmissíveis, incluindo diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão e acidente vascular cerebral e certas formas de câncer”*(1). O acompanhamento psicoterapêutico da obesidade pode também fornecer ao paciente estas informações científicas a respeito do assunto, para que o paciente descubra que a obesidade é uma síndrome de proporções epidêmicas. Esta síndrome, que é considerada uma doença crônica multifatorial, se caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, resultante de um desequilíbrio entre a energia gasta e a energia consumida. A obesidade, além de ser fator de risco para doenças graves, tais como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios(7), também provoca problemas psicológicos: *“A obesidade pode ser causa de sofrimento, depressão e de comportamentos de esquiva social, que prejudicam a qualidade de vida”*(7). *“O aumento de sua incidência está distribuído em quase todas as raças e sexos, e atinge principalmente a população de 25 a 44 anos”*(9). Com a consciência do problema, o paciente poderá se empenhar mais no acompanhamento psicoterapêutico, nutricional, médico e de atividade física, obtendo desta forma melhores resultados no tratamento.

Apesar dos inúmeros tratamentos existentes, a obesidade é considerada na atualidade como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo e a sua prevalência vem crescendo muito nas últimas décadas(7). É importante que o paciente saiba que ele está num ambiente cada vez mais obesogênico, isto é, que provoca obesidade. Este ambiente está fornecendo alimentos que estão cada vez mais baratos, saborosos e ricos em carboidratos e gorduras. Existem também aspectos psíquicos que interagem com este ambiente obesogênico e evidentemente devem ser muito considerados pelo psicanalista. A famosa fase oral, descrita por Sigmund Freud revela o fato incontestável de que a primeira forma de prazer do bebê acontece através da boca e especificamente do ato de

sugar o leite materno. A interação da mãe com o bebê e, posteriormente a interação da família com a alimentação da criança, constitui fator fundamental no surgimento de alguns casos de obesidade(1). Muitas mães e famílias tem uma excessiva preocupação com a alimentação da criança e a alimentam de forma exagerada, criando um hábito alimentar que pode se perpetuar. Às vezes, a alimentação é recompensada e elogiada de forma acentuada, criando na criança uma sensação de bem estar e afetividade associada ao alimento. É inegável que uma das melhores formas de socialização e busca de afeto, que se perpetua até a fase adulta, é convidar os amigos e conhecidos para uma refeição ou outro tipo de alimentação. Portanto, o alimento está associado ao afeto e, muitas vezes, quando buscamos afeto, buscamos também algum alimento, fazendo esta associação de forma inconsciente. Quando a pessoa não tem o afeto desejado, ela pode buscar este afeto através do alimento, muitas vezes sem se dar conta, fazendo, desta forma, um processo conhecido como “compensação”. Muitos outros comportamentos ainda podemos observar a partir desta associação do alimento com o afeto:

- *“Excesso de frustração para o bebê por situações diversas como mães ou cuidadores que não perceberam suas necessidades em tempo adequado.*
- *Mães ou cuidadores que por excesso de culpa em decorrência de conteúdos inconscientes de rejeição ou dificuldades de lidar com o afeto compensam-nos substituindo a intimidade e o contato por alimentos.*
- *Pais extremamente ocupados que, mesmo amando seus filhos, acabam não tendo oportunidade de tornarem-se íntimos deles o suficiente, causando uma falta que aqueles tentarão minimizar de alguma forma.*
- *Bebês extremamente vorazes ou com pouca capacidade de tolerância à frustração(1).*

Outras associações ainda podem ser feitas ainda com o alimento, como no caso da pessoa que se alimenta assistindo televisão, por exemplo. A partir do momento que esta pessoa faz a associação do alimento com a televisão, ela sente uma forte vontade de “beliscar” algum alimento sempre que liga seu aparelho de TV. A alimentação também está associada à socialização e com frequência as pessoas saem com os amigos para se alimentar. Quando se sentem sozinhas podem, então, buscar no alimento uma forma de compensação desta falta que sentem das pessoas. Desta forma, as condições ambientais, socioculturais e psíquicas podem dificultar as práticas mais saudáveis e também levar o indivíduo para um comportamento sedentário, carente de exercícios e movimentação física. O sedentarismo aliado ao consumo de alimentos repletos de gorduras e de carboidratos ruins pode levar o indivíduo ao sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida. Como o ambiente pode ser obesogênico, novas associações mais saudáveis podem ser sugeridas para o paciente, tais como: 1)A inclusão na rotina diária de exercícios físicos de baixo impacto e, dentre eles, as caminhadas. 2)A busca de uma alimentação mais saudável, com redução de carboidratos ou de gorduras, conforme for a ingestão alimentar da pessoa. Segundo a nutricionista Cláudia Cezar da USP, do Núcleo de Estudos da Obesidade e do Exercício Físico, uma alimentação balanceada deve conter em média 60% de carboidratos, 30% de proteína e 10% de gorduras. As fibras, vitaminas e sais minerais obtidos através

das saladas também são fundamentais como nutrientes e agentes importantes da digestão adequada dos alimentos. 3)A percepção e conseqüente redução da alimentação por ansiedade, depressão, hábito e outros fatores que não sejam a necessidade biológica de alimentação. 4)A ingestão de muitos líquidos (de preferência água), pois em muitas ocasiões, o organismo está com sede e não precisa da ingestão de alimentos. A água também facilita a digestão, sendo fundamental para o bom funcionamento intestinal. 5)Exames médicos de rotina são importantes para verificar se o paciente é portador de doenças que acompanham alguns casos de obesidade, tais como o hipotireoidismo, por exemplo. 6)Busca de uma estabilidade emocional, para evitar a alimentação compulsiva por fatores emocionais. 7)Ensinar a mastigação adequada e o tempo adequado de alimentação, que são mais lentos do que a população em geral está acostumada. 8)Evitar assistir televisão enquanto come, para não associar televisão com alimentação. 9)Acompanhar os casos nos quais a cirurgia bariátrica é necessária (casos de obesidade mórbida), orientando o paciente com relação aos novos hábitos alimentares e de vida após a cirurgia. 10)Evitar o uso do cigarro, bebidas alcoólicas e outras drogas (lícitas e ilícitas) que a população pode utilizar de forma indiscriminada com o intuito de emagrecer. 11)Ajudar na administração do estresse, que é um dos fatores obesogênicos mais importantes. Todas estas orientações contribuem para o tratamento atual da obesidade, que continua sendo um grande desafio para todos os profissionais da saúde. Nos anos 70 e 80 surgiram as “dietas mágicas”, que prometiam resultados mirabolantes, num período muito curto. Estas dietas contribuíram para a idéia de que se pode cuidar da obesidade apenas através de uma alimentação que restringe determinados grupos de alimentos. Não podemos menosprezar a importância de uma alimentação mais saudável, mas quando uma dieta é muito restritiva, tende a ser um processo artificial, que não poderá ser mantido por muito tempo pela pessoa. Estas dietas podem ser responsáveis pelo famoso “efeito sanfona”, que é o emagrecimento rápido acompanhado de um subseqüente sobrepeso ou obesidade, em função de uma dieta que não poder ser mantida. Até no momento presente surgem novas dietas mirabolantes, que prometem resolver o problema da obesidade num espaço curto de tempo. Como elas não podem ser mantidas pelo indivíduo, acabam desestimulando a pessoa para um tratamento mais prolongado e criterioso. Além disso, para tratarmos a obesidade precisamos considerar quatro fatores importantes: 1)A obesidade é uma síndrome complexa, com variáveis fisiológicas, psicológicas, sociais e situacionais. 2)A obesidade é um problema no estilo de vida da pessoa, que implica numa alteração deste estilo de vida para se encontrar uma solução. 3)A obesidade só pode ser combatida se apresentarmos alternativas para os problemas comportamentais existentes. 4)*“Para efetuar as mudanças necessárias os clientes deveriam ser ajudados a superar quatro estágios do controle de peso: (a)a decisão de agir; (b)a manipulação da necessidade de comer seguida da manipulação do comportamento alimentar em si; (c)a manipulação do período imediatamente anterior ao tratamento quando a não adesão é iminente; (d)a manipulação do período após o tratamento, a médio e longo prazo, quando as dificuldades aparecem”*(7).

Portanto, na atualidade, a tendência de acompanhamento psicanalítico da obesidade é de se fazer um trabalho em conjunto com outros profissionais e um trabalho de autocontrole do sujeito, a médio ou longo prazo. Uma “dieta mágica” nem sempre é uma garantia de estabilidade num novo padrão de massa corporal e, desta forma, um nutricionista deve indicar a dieta mais consistente e saudável para cada caso. Os exercícios físicos podem ser recomendados por um profissional da área de educação física e devem ser incentivados pelo psicanalista. Outros exames físicos, para a avaliação de um possível problema orgânico associado, devem ser feitos, e quando uma medicação se faz necessária, o médico deve indicá-la e fazer o acompanhamento dos resultados. Ao psicanalista cabe acompanhar todo este processo multidisciplinar e fornecer estímulos e técnicas de autocontrole para o paciente em questão. Um trabalho psicoterapêutico que está apresentando bons resultados na atualidade é o trabalho com grupos, nos quais existe um incentivo mútuo de seus participantes. As recomendações para a obtenção e manutenção de uma massa corporal saudável são feitas durante o tratamento em grupo e os participantes deste grupo se auxiliam, bem como auxiliam os demais nesta busca de um corpo mais saudável.

As recomendações não devem se restringir ao comportamento alimentar, embora em alguns casos, o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e a síndrome do comer noturno (SCN) podem estar presentes(8). Estas recomendações devem considerar as várias estratégias atuais de combate à obesidade, que estão sendo desenvolvidas em todo mundo, com o cuidado de se observar que muitas delas apresentam objetivos estritamente econômicos e sem muito critério científico. Outras estratégias, entretanto, passam pelo rigor científico e, sendo assim, precisamos verificar a fundamentação de cada uma destas estratégias: *“A obesidade se apresenta não apenas como problema científico e de saúde pública, porém como grande indústria que envolve o desenvolvimento de fármacos, de alimentos modificados e estratégias governamentais estimulando a prática regular de atividade física e a orientação alimentar a fim de promover melhores hábitos”*(9).

Algumas pesquisas demonstram que está havendo na atualidade uma transição nutricional em diferentes países do mundo, levando para uma dieta mais rica em gorduras (particularmente as de origem animal), açúcares e alimentos refinados, e reduzida em carboidratos complexos e fibras(9). Esta nova dieta é conhecida como “dieta ocidental” e sendo consorciada na atualidade com um declínio de exercícios físicos, provoca alterações na composição corporal, principalmente um aumento da gordura corporal. No Brasil também está ocorrendo esta transição nutricional e, como decorrência deste fator e de outros fatores socioeconômicos, está acontecendo uma diminuição progressiva da desnutrição e um aumento concomitante da obesidade(9). Como a obesidade está também relacionada à ingestão alimentar, não podemos tratar do paciente obeso apenas enfocando os aspectos psíquicos, mas precisamos acompanhar também a sua persistência na utilização de uma dieta mais adequada. Considera-se na atualidade “dieta mais adequada” aquela que envolve a restrição da ingestão energética total, com um consumo de 1200 kcal/dia ou mais. As dietas mais restritivas, como as *Very Low Calorie Diets* (VLCD), com um consumo energético menor do que 800 kcal/dia,

provocam um emagrecimento mais rápido, mas criam uma dificuldade na manutenção deste emagrecimento. Além disso, as dietas que restringem severamente o consumo energético são comprovadamente indesejáveis e perigosas para a saúde. Elas provocam uma perda de grandes quantidades de água, eletrólitos, minerais, glicogênio e outros tecidos isentos de gordura, com mínima redução de massa adiposa(9).

O controle das calorias ingeridas deve ser feito para os pacientes que buscam um emagrecimento, mas a dieta deve conter alta porcentagem de energia derivada de carboidratos e baixa porcentagem de energia derivada de lipídeos(9). Deve haver também um controle da quantidade de colesterol ingerida, para reduzir as chances de ocorrência de problemas cardiovasculares. A ingestão de quantidades adequadas de fibras também é recomendada para: *“redução na ingestão energética; aumento no tempo de esvaziamento gástrico; diminuição na secreção de insulina; aumento na sensação de saciedade; redução na digestibilidade; redução no gasto energético e aumento na excreção fecal de energia”*(9).

Outra recomendação importante é a da realização de exercícios físicos regulares para se obter: 1)Melhor capacidade cardiovascular e respiratória; 2)Diminuição da pressão arterial em hipertensos; 3)Melhor tolerância à glicose e 4)Melhor ação da insulina. O exercício físico regular contribui para a redução de peso através da criação de um balanço energético negativo e também está associado a uma diminuição da mortalidade em geral e a longo prazo. Já a recomendação de medicamentos para a redução de peso é bastante controversa, pelos escassos estudos existentes com relação aos efeitos desta medicação a longo prazo(9). Podemos dizer também que é freqüente acontecer um retorno ao peso anterior, de forma gradativa, depois que a medicação é suspensa, provocando o famoso “efeito sanfona”, de emagrecer e engordar subseqüentemente. Além disso, são conhecidos os efeitos colaterais normalmente observados com este tipo de medicação, que incluem: sonolência, nervosismo e distúrbios no trato gastrointestinal. As drogas mais utilizadas neste tipo de tratamento são: anfetaminas, fenfluraminas, fenterminas, dietilpropiona, mazindol, pemolina, fenilpropanolamina e os anti-depressivos, como fluoxetina e sertralina(9).

O acompanhamento psicanalítico é de fundamental importância no tratamento da obesidade e deve observar as associações cognitivas e emocionais feitas pelo indivíduo diante do seu hábito alimentar. As associações cognitivas são os conceitos associados ao comportamento alimentar que, muitas vezes são até freqüentes em nossa cultura. Na infância de algumas pessoas estava presente, por exemplo, a afirmação dos pais de que “não se pode jogar alimento fora” e que “se deve comer tudo o que está no prato”. Só que eram os pais que colocavam o alimento no prato, muitas vezes seguindo o parâmetro deles mesmos de quantidade. A criança pode se habituar desta forma a comer em excesso e não deixar qualquer alimento de sobra, mesmo que tenha colocado no prato alimentos em excesso. Muitas pessoas são de origem européia e sabemos que a Europa passou pela I e II Guerras Mundiais, com uma restrição alimentar no período pós-guerra, que gerou uma série de distorções com relação ao pensamento associado ao alimento e o conseqüente comportamento alimentar. A falta de alimentos pode provocar uma busca exagerada por eles, quando eles estão presentes, ou ainda um padrão de alimentação abaixo do normal. Sabemos também que existem

mudanças sócio-econômicas no Brasil e que pessoas que tinham restrição alimentar podem compensar com excesso de alimentação, quando passam a ter maior facilidade na obtenção do alimento. Ou mesmo, algumas pessoas podem acreditar que ser obeso é ser “forte” e que esta “força” é necessária para os afazeres diários. Portanto, precisamos prestar atenção à todas as idéias e emoções que ficaram associadas à cada pessoa em seu comportamento alimentar.

O comportamento alimentar também está associado às variáveis ambientais da obesidade, que podem ser estudadas a partir da II Guerra Mundial, com as mudanças que aconteceram a partir de então no perfil epidemiológico(12). Houve desde então um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no hemisfério norte, tais como: obesidade, doenças cardiovasculares, diversos tipos de câncer e diabetes. Este aumento da prevalência pode ser associado às transformações da vida urbana a partir de então, que modificou a sua alimentação e atividade física. Na atualidade, estas doenças também se constituem em problemas de saúde pública para os países do hemisfério sul(12). O período posterior à 1945 se caracterizou como um período de prosperidade para o capitalismo, no qual houve a criação de novos mercados e um aumento da atividade industrial. Houve um aumento da produção de artigos padronizados e de bens de consumo duráveis, tais como automóveis e eletrodomésticos (geladeiras e televisores, por exemplo), bem como uma ampliação do setor de serviços e do próprio espaço urbano. Conforme o conforto foi aumentando, o sedentarismo também aumentou, gerando uma das primeiras variáveis da obesidade.

No Brasil, este aumento de produtividade industrial se observou mais a partir dos anos 70 e a partir desta época os índices de sobrepeso/obesidade vem demonstrando acentuado crescimento: *“No Brasil, entre 1974 e 1989, a proporção de pessoas com excesso de peso aumentou de 21% para 32%”*(14). Além do conforto associado ao sedentarismo houve também alterações na dieta, tanto de forma quantitativa, quanto de forma qualitativa, redundando num aumento de consumo energético: *“O processo de industrialização dos alimentos tem sido apontado como um dos principais responsáveis pelo crescimento energético da dieta da maioria das populações do Ocidente”*(12). Por causa deste aumento do sobrepeso e da obesidade na população brasileira, o Ministério da Saúde desenvolveu os “dez passos para o peso saudável”, que podem ser utilizados como referência de uma vida mais saudável para os brasileiros no período atual. Estes dez passos foram desenvolvidos dentro do *Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável*, que tem por objetivo: *“1)Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde e de se manter peso saudável e de se levar uma vida ativa; 2)Modificar atitudes e práticas sobre alimentação e atividade física; 3)Prevenir o excesso de peso”*(12). Os “dez passos para o peso saudável”, que podem servir como uma das referências para o nosso trabalho de acompanhamento psicanalítico são os seguintes:

1. *Comer frutas e verduras variadas, pelo menos duas vezes por dia;*
2. *Consumir feijão pelo menos quatro vezes por semana;*
3. *Evitar alimentos gordurosos como carnes gordas, salgadinhos e frituras;*
4. *Retirar a gordura aparente das carnes e a pele do frango;*

5. *Nunca pular refeições: fazer três refeições e um lanche por dia. No lanche escolher uma fruta;*
6. *Evitar refrigerantes e salgadinhos de pacote;*
7. *Fazer as refeições com calma e nunca na frente da televisão;*
8. *Aumentar a sua atividade física diária. Ser ativo é se movimentar. Evitar ficar parado, você pode fazer isto em qualquer lugar;*
9. *Subir escadas ao invés de utilizar o elevador, caminhar sempre que possível e não passar longos períodos sentado assistindo à TV;*
10. *Acumular 30 minutos de atividade física todos os dias”(12).*

Outro aspecto a ser considerado na atualidade, diante das questões que se apresentam relativas à obesidade, é a possibilidade da cirurgia bariátrica. Esta cirurgia é recomendada normalmente para pessoas que apresentam a chamada obesidade mórbida ou obesidade grau III, que tem o IMC superior ou igual a 40 kg/m<sup>2</sup>. Ela também é recomendada para pessoas que apresentam obesidade grau II (IMC superior a 35 kg/m<sup>2</sup>), que apresentam comorbidades tais como: apnéia do sono, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias e dificuldades de locomoção, entre outras comorbidades. A cirurgia é recomendada quando se observa no mínimo 5 anos de evolução da obesidade, com fracasso dos métodos convencionais de tratamento, feitos por profissionais qualificados(10). Existe uma recomendação para que o psicoterapeuta faça parte da equipe multidisciplinar que acompanha este paciente antes e depois da cirurgia, como fica evidenciada na citação a seguir: *“A avaliação desses pacientes no pré e pós-operatório deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar composta por endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões”(10)*. O papel do psicoterapeuta nestes casos é de fornecer ao paciente informações a respeito da cirurgia, acompanhar este paciente no período pré-operatório e observar se existe alguma contra-indicação para a realização desta intervenção cirúrgica. A sua observação deve ser comunicada para a equipe médica, para uma posterior avaliação a respeito da realização ou não do procedimento cirúrgico. O acompanhamento psicoterapêutico deve ser feito também depois da cirurgia, porque nos casos de compulsão alimentar, de depressão, ansiedade e outros ainda, a reação pós-cirúrgica do paciente pode ser bastante problemática.

Como conclusão desta revisão bibliográfica, podemos dizer que cabe ao psicanalista a tarefa de fornecer ao seu paciente os dados atualizados da literatura a respeito do sobrepeso, da obesidade e da obesidade mórbida, para que ele busque as melhores alternativas que a ciência pode oferecer na atualidade. Cabe também ao psicanalista fazer os encaminhamentos adequados, já que se trata de um problema multifatorial, que exige um acompanhamento multidisciplinar. Quanto aos fatores psíquicos envolvidos na questão do sobrepeso, da obesidade e da obesidade mórbida, é importante se investigar o histórico do paciente para se verificar quais são os fatores associados no caso específico dele. Com estas informações a respeito do histórico do paciente, pode-se optar pelo tratamento psicoterapêutico adequado para cada caso. O psicanalista pode utilizar como critério inicial para avaliar o estado nutricional de seu paciente o IMC (Índice de Massa Corporal), que é obtido a partir da equação: peso/altura<sup>2</sup>. Este critério pode ser complementado por outros critérios de avaliação médica, mas serve como

referência inicial para o acompanhamento deste paciente. Ao psicoterapeuta cabe também o acompanhamento do paciente que tem indicação de cirurgia bariátrica, tanto no pré-operatório, quanto no pós-operatório. As técnicas psicanalíticas são reconhecidamente importantes para o acompanhamento do paciente com sobrepeso, obesidade ou obesidade mórbida, contanto que o psicanalista se proponha a trabalhar de forma multidisciplinar com esta síndrome epidêmica da atualidade.

### Referência Bibliográfica

1. Busse, Salvador de Rosis (organizador), *Anorexia, Bulimia e Obesidade*, Barueri, Editora Manole, 2004. Donato, Antonietta (psicóloga), Osorio, Maria Geralda Farah (endocrinologista), Paschoal, Patrícia Vieira (psicopedagoga), Marum, Ricardo Haury (endocrinologista), *Obesidade*, Capítulo 16.
2. DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, Tradução: Cláudia Dornelles, Editora Artmed, 2002.
3. Busse, Salvador de Rosis (organizador), *Anorexia, Bulimia e Obesidade*, Barueri, Editora Manole, 2004. Lobato, Zulmira Maria (nutricionista), Mondoni, Susan Meire (psiquiatra), *Bases nutricionais na anorexia e bulimia nervosas*, Capítulo 11.
4. Pessini, Léo; Neder Filha, Christina Ribeiro; Felício, Jônia Lacerda, *Psicologia hospitalar: uma aliança com a saúde*, O Mundo da Saúde (Centro Universitário São Camilo), jul./set. 2003, ano 27, vol.27, no.3, p.323-325, ISSN 0104-7809.
5. Neder, Mathilde, *O psicólogo no hospital: o início das atividades psicológicas no HCFMUSP, São Paulo, Brazil*, O Mundo da Saúde (Centro Universitário São Camilo), jul./set. 2003, ano 27, vol.27, no. 3, p.326-336, ISSN 0104-7809.
6. Anjos, Luiz A., *Índice de massa corporal (massa corporal x estatura<sup>2</sup>) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura*, Revista de Saúde Pública, dez. 1992, vol. 26, no. 6, p.431-436, ISSN 0034-8910.
7. Ades, Lia e Kerbauy, Rachel Rodrigues, *Obesidade: Realidades e Indagações*, Psicologia USP, 2002, vol. 13, no.1, p.197-216, ISSN 0103-6564.
8. Dobrow, Ilyse J.; Kamenetz Claudia e Devlin, Michael J., *Aspectos psiquiátricos da obesidade*, Revista Brasileira de Psiquiatria, dez. 2002, vol. 24 supl.3, p.63-67, ISSN 1516-4446.
9. Francischi, Rachel Pamfilio Prado de; Pereira, Luciana Oquendo; Freitas, Camila Sanchez *et al.*, *Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento*, Revista de Nutrição, jan./abr. 2000, vol. 13, no.1, p.17-28, ISSN 1415-5273.
10. Segal, Adriano e Fandiño, Julia, *Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas*, Revista Brasileira de Psiquiatria, dez. 2002, vol. 24 supl. 3, p.68-72, ISSN 1516-4446.
11. Fandiño, Julia; Benchimol, Alexander K.; Coutinho, Walmir F. *et al.* *Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos*, Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, jan./abr. 2004, vol. 26, no.1, p.47-51, ISSN 0101-8108.
12. Mendonça, Cristina Pinheiro e Anjos, Luiz Antonio dos, *Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do*

- sobrepeso/obesidade no Brasil*, Cadernos de Saúde Pública, maio/jun. 2004, vol. 20, no. 3, p.698-709, ISSN 0102-311X.
13. Rosado, Eliane Lopes e Monteiro, Josefina Bressan Resende, *Obesidade e substituição de macronutrientes da dieta*, Revista de Nutrição, maio/ago. 2001, vol. 14, no. 2, p.145-152, ISSN 1415-5273.
  14. Gigante, Denise P.; Barros, Fernando C.; Post, Cora L. A. *et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco*, Revista de Saúde Pública, jun. 1997, vol. 31, no. 3, p.236-246, ISSN 0034-8910.
  15. Mancini, Marcio C., *Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso*, Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, dez. 2001, vol. 45, no. 6, p.584-608, ISSN 0004-2730.