



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA**

A OBESIDADE E SUAS DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS

IZABELA BORGES MENDES

**BRASÍLIA
NOVEMBRO/2005**

IZABELA BORGES MENDES

A OBESIDADE E SUAS DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Psicologia do
UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

Prof.^aOrientadora: Morgana Ramos Queiroz

Brasília/DF, Novembro de 2005

***“(...) Você tem sede de quê?
Você tem fome de quê?
A gente não quer só comer,
A gente quer comer e quer fazer amor.
A gente não quer só comer,
A gente quer prazer pra aliviar a dor (...)”***

(Titãs – Comida)

*A todas as pessoas
que, como eu, sofrem
com a obesidade.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço

a Deus pela vida e saúde;

aos meus queridos pais, Gilberto e Sandra, pelo amor incondicional e incentivo;

aos meus irmãos, Gilberto Júnior e Raphael, e à minha cunhada Marina pelo estímulo;

à professora-orientadora Morgana Queiroz, pelo total apoio, carinho, incentivo, paciência e sabedoria, que foram fundamentais para a realização dessa monografia;

à Míriam Ferreira, pela colaboração na revisão ortográfica final desse trabalho;

aos amigos do UniCEUB, do CJF e do STJ, por todos os momentos compartilhados;

e a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse sonho de me tornar psicóloga.

SUMÁRIO

1.	Introdução	07
2.	Desenvolvimento	
	2.1.Capítulo I – A obesidade – Caracterização geral.....	09
	2.2.Capítulo II – Aspectos psicossociais relacionados à obesidade.....	18
	2.3.Capítulo III – Aspectos do desenvolvimento infantil na fase oral, relacionados ao desenvolvimento da obesidade na fase adulta.....	25
3.	Conclusão.....	43
4.	Referências Bibliográficas.....	46

RESUMO

O presente trabalho aborda a relação entre os aspectos psicossociais e o desenvolvimento e manutenção da obesidade. O tema será desenvolvido teoricamente a partir de pesquisas em literaturas especializadas, estando dividido em três capítulos: (1) Caracterização geral da obesidade, (2) Aspectos psicossociais relacionados à obesidade e (3) Aspectos do desenvolvimento infantil, relacionados ao desenvolvimento da obesidade na fase adulta. Concluiu-se que muitos indivíduos obesos, por se manterem fixados na fase oral do desenvolvimento infantil, passam a vida inteira tentando suprir de forma inconsciente suas carências emocionais e afetivas com o excesso de alimento, tendo a comida como o único prazer disponível, visto que encontram muitas vezes dificuldade em obter prazer nas relações sociais e afetivas, por exclusão, rejeição e discriminação, pois, numa dimensão imaginária, não correspondem ao atual padrão de beleza sócio-cultural que tende a valorizar os indivíduos magros.

INTRODUÇÃO

Conforme Carneiro (2000), a obesidade é vista atualmente como um dos problemas de saúde pública mundial mais preocupantes deste século que se inicia, dado o seu crescente aumento e as graves conseqüências que pode acarretar. Diante desse quadro, é de suma importância que os profissionais de saúde mental, como os psicólogos, estejam adequadamente preparados para lidar com este desafiador problema, identificando os principais aspectos que estão envolvidos neste distúrbio, para proporcionar uma melhor qualidade de vida às inúmeras pessoas que sofrem com este mal.

Sabe-se, segundo Philippi e Alvarenga (2004), que não há uma única etiologia responsável pelo desenvolvimento e manutenção da obesidade. Devido à sua etiologia multifatorial, é difícil mensurar a força de cada uma das variáveis envolvidas no processo do ganho excessivo de peso.

De acordo com Busse (2004), a origem e manutenção da obesidade estão relacionadas a causas internas e externas do indivíduo. Por essas causas estarem bastante interligadas, tem-se uma questão bastante complexa que congrega aspectos biológicos, fisiológicos, culturais, sociais e psicológicos.

No intuito de entender qual a relação existente entre o desenvolvimento infantil na fase oral com o desenvolvimento futuro da obesidade, assim como suas causas e conseqüências sociais, este trabalho terá como objetivo refletir sobre a relação entre os aspectos psicossociais e o desenvolvimento e manutenção da obesidade. Assim como, relacionar aspectos psicosexuais do desenvolvimento infantil durante a fase oral, de acordo com a teoria psicanalítica de Sigmund Freud, Melanie Klein e Winnicott, com o desenvolvimento da obesidade na fase adulta.

O presente trabalho encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo estarão contidos os aspectos gerais relacionados à obesidade, tais como o conceito de transtornos alimentares, o conceito de obesidade, os aspectos multicausais da obesidade, a configuração do ato de comer como sendo um ato cultural, social e psicológico e, também, a construção da imagem corporal e a obesidade. Já o segundo

capítulo abordará os aspectos psicossociais relacionados com a causa e a consequência da obesidade, como a representação social dos indivíduos obesos, a atual pressão social em favor da magreza, a discriminação e exclusão social sofridas pelos obesos, e também mostrará como o social influencia no psicológico das pessoas com excesso de peso. O terceiro e último capítulo falará dos aspectos do desenvolvimento infantil na fase oral relacionados com o desenvolvimento e manutenção da obesidade na fase adulta, tendo como referências teóricas as teorias psicanalíticas de Freud, Klein e Winnicott sobre as relações objetais: bebê/ mundo externo, a cisão entre o seio bom e o seio mau, os objetos transicionais, a função materna: maternagem suficientemente boa e a importância de uma amamentação e desmame adequados.

Para Leal (2005), muito mais do que a causa de problemas de saúde como a obesidade, a relação com o alimento é capaz de revelar formas de interação da pessoa consigo mesma e com o mundo.

CAPÍTULO I

A OBESIDADE – CARACTERIZAÇÃO GERAL

Segundo Philippi e Alvarenga (2004), os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que atingem principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, ocasionando sérios prejuízos biológicos, psicológicos e sociais.

Conforme Carneiro (2000), a obesidade não deveria ser considerada uma doença, mas sim, uma síndrome, ou seja, um estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas atribuídos, geralmente, a mais de uma causa, como o tipo constitucional do indivíduo (hereditariedade), alimentação irregular (hábitos alimentares), estado psicológico (emocionais) e sedentarismo. A obesidade também pode ser descrita, segundo Busse (2004), como um desequilíbrio entre as entradas, ou seja, as calorias ingeridas e sua queima pelo organismo, ou seja, as saídas. Portanto, quando a quantidade ingerida for maior que o gasto, o organismo acumulará o excedente em forma de gordura.

De acordo com Apfeldorfer (1993), os transtornos alimentares são desvios do comportamento alimentar. Os principais tipos de transtornos alimentares são a anorexia nervosa, a bulimia nervosa, a compulsão alimentar periódica e a obesidade.

A obesidade é medida através do Índice de Massa Corporal. O (IMC) é calculado através da altura do indivíduo ao quadrado dividido pelo peso do indivíduo. Se o índice for menor que 20, a pessoa está abaixo de seu peso ideal; entre 20 e 25 é considerado normal; entre 25 e 30 a pessoa está com sobrepeso; acima de 30 apresenta obesidade moderada e acima de 40 é considerada obesidade mórbida. Busse, (2004).

Busse (idem) considera tratar-se de consenso entre os profissionais que estudam a origem e manutenção da obesidade, que tal distúrbio está intimamente relacionado com fatores internos e externos do indivíduo. Essas causas internas e externas se encontram bastante interligadas, sendo, portanto, uma questão complexa

que congrega aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais. Sendo assim, é necessária uma abordagem multidisciplinar para sua melhor compreensão.

De acordo com a psicologia, o indivíduo estrutura e desenvolve sua personalidade a partir das relações que estabelece consigo próprio e com o mundo externo. Nesse sentido, tanto a alimentação quanto as primeiras manifestações psíquicas o acompanham durante toda sua vida e estão correlacionadas. Assim, pode-se afirmar que o desenvolvimento físico/biológico e o desenvolvimento emocional/psicológico acontecem concomitantemente, segundo Philippi e Alvarenga (2004).

Philippi e Alvarenga (idem) relatam, ainda, que o processo de alimentação-nutrição é importante não somente no aspecto fisiológico, mas também para o desenvolvimento psicossocial do indivíduo, interferindo em seus aspectos relacional e emocional, pois o ato alimentar tem função estruturante na personalidade do indivíduo, por se tratar de um dos caminhos possíveis para se estabelecer relações entre o mundo interno do indivíduo e a realidade, ou seja, o mundo externo.

Assim, segundo Philippi e Alvarenga (ibidem), é importante compreender que os alimentos não servem apenas como fonte de energia e nutrientes para o ser humano, mas também como fonte emocional e social. A dinâmica emocional inicia-se quando o bebê recebe o leite através do seio materno, acompanhando o indivíduo ao longo de toda sua vida, em suas relações afetivas. Já a relação do alimento com a vida social se caracteriza através da presença da comida em diversos eventos sociais como a celebração de datas importantes, no ato de participar de refeições em conjunto, no ato de servir alimentos para as visitas e amigos.

Os alimentos, conforme Apfeldorfer (1993), não devem ser reduzidos apenas à ingestão de nutrientes ao organismo, pois o ato de comer está associado não apenas à sobrevivência biofisiológica, mas também a diversos significados sociais, culturais e psicológicos.

É através dos alimentos que se dão muitas trocas sociais. Afirma Apfeldorfer (idem) que dar e receber comida e comê-la em conjunto implica em confiança, intimidade e amizade. Segundo Carneiro (2000), a própria sociedade, motivada por

influências culturais, condiciona festividades e comemorações, quase sempre, a almoços ou jantares fartos.

O alimento adquire valores e significados bastante diferenciados conforme a cultura e as influências de um povo. Segundo Philippi e Alvarenga (2004), alguns hábitos alimentares considerados “bizarros” por nossa cultura são absolutamente “normais” em outras culturas.

De acordo com Freud (1997), a fase oral, que é a primeira fase do desenvolvimento emocional dos bebês, mostra que a boca, a língua e os lábios não são utilizados pelo bebê apenas para se alimentar, mas também para conhecer o mundo externo e ter sensações de prazer. O alimento recebido pelo bebê vai estabelecer a sua relação consigo próprio e com o mundo externo.

Segundo Philippi e Alvarenga (2004), Melanie Klein foi uma psicanalista que, a partir dos estudos de Freud, desenvolveu sua teoria a respeito das relações objetais. Segundo esta autora, as relações alimentares são fundamentais para a estruturação das primeiras relações objetais. A sucção que o bebê realiza para mamar será o seu primeiro movimento de compreensão e incorporação do mundo externo. Essa forma de relação vai deixando marcas positivas e negativas na formação de sua personalidade. O desenvolvimento psíquico saudável é fruto tanto de experiências gratificantes como frustrantes. O bebê deve aos poucos ir percebendo que o seio que nutre é o mesmo seio que frustra. A experimentação desses sentimentos conflitantes é necessária para o indivíduo aprender a lidar com o prazer/frustração, e ter uma vida psíquica saudável e equilibrada no decorrer de sua vida.

Winnicott (1999), apud Philippi e Alvarenga (idem), relata que todos os bebês são egocêntricos. O desenvolvimento emocional sadio depende de que o bebê saia do seu estado de narcisismo primário e passe a desenvolver relações objetais nas quais, além de seus desejos e necessidades, passe a considerar os desejos e necessidades do outro. O conceito de função materna é algo que difere da mãe concreta, pois essa função pode ser representada por qualquer pessoa que satisfaça os cuidados básicos de maternagem. Quando bem desempenhada, a função materna ajuda o bebê a estabelecer os contornos do seu mundo psíquico, onde existe o eu e o outro. Indivíduos que não tiveram bem estabelecidos esses limites entre o eu e o outro podem vir a

apresentar diversas dificuldades emocionais, inclusive transtornos alimentares como a obesidade.

Segundo Carneiro (2000), alguns indivíduos têm dificuldade em diferenciar a fome da vontade de comer. A fome é um fenômeno fisiológico, enquanto que a vontade de comer é uma necessidade psicológica. A fome, mesmo sendo instintiva, pode ser alterada e mal direcionada, por condicionamento reflexo ou estado psicológico consciente ou inconsciente. A mãe, ao mesmo tempo em que dá o seio para alimentar o bebê, o acaricia, dando-lhe calor humano e afeto. E com isso efetua-se a associação afeto-alimento.

Muitas mães ansiosas, ao ouvirem o bebê chorar, acham que ele está com fome e o amamentam. Mas muitas vezes o choro não é devido à fome, mas sim a cólica, sono, medo, ou outra causa qualquer. Essa atitude da mãe confunde o bebê, e faz com que ele relacione inadequadamente afeto e calor humano com alimento. E, conforme vai-se tornando adulto, somando-se às outras falhas educacionais e afetivas, inconscientemente não conseguirá separar e diferenciar afeto de alimento. E, todas as vezes que encontrar dificuldades sociais e afetivas regredirá à primeira infância, substituindo os dissabores da vida pelos sabores dos alimentos, de acordo com Carneiro (idem). Assim, no decorrer de sua vida, todas as vezes que sentir um “vazio interior”, irá tentar preenchê-lo através da comida, pois o instinto da fome foi erroneamente relacionado ao instinto do prazer. É muito comum ouvir indivíduos obesos relatarem que quando estão nervosos, ansiosos ou tristes, correm à geladeira como uma forma de prazer, tentando aliviar seu estado psicológico.

Para Philippi e Alvarenga (2004), não existe experiência psíquica que não seja corporal, porque o psiquismo precisa ter um lugar para aparecer, se materializar. É através do corpo que o indivíduo se comunica expressando suas emoções, sentimentos, intuições e sensações. Portanto, não faz sentido separar corpo e psiquismo. O corpo psíquico representa diversas funções, pois é a moradia da individualidade de cada pessoa; é, ao mesmo tempo, a aparência corporal e a imagem que ele reflete. E é ainda, simultaneamente, a aparência invisível, o psíquico.

Segundo Freud (1997), é importante considerar também a questão da sexualidade em relação ao corpo. A psicanálise acredita na existência da sexualidade

no ser humano desde o início da sua vida psíquica, sendo o corpo o instrumento de que se dispõe para descobrir, conhecer, desenvolver e vivenciar essa sexualidade.

Para uma melhor compreensão da obesidade, segundo Philippi e Alvarenga (2004), deve-se estar atento à trama que se forma pelo encadeamento do psiquismo, da sexualidade, da afetividade, do corpo e da alimentação.

Mesmo relacionando-se corpo e psiquismo a perspectiva cultural não deve ser negligenciada, pois todas as experiências que esse corpo psíquico vivencia se dão dentro de uma determinada cultura, cujos valores irão influenciá-lo, segundo cita Philippi e Alvarenga (idem).

Conforme Freud (1990), o ser humano sempre se preocupou com a sua imagem, estabelecendo padrões de beleza para a mesma. O fascínio pela própria imagem é um conceito psicanalítico importante chamado de narcisismo, baseado no mito de Narciso, que se refere à admiração desse personagem pela sua própria imagem, refletida num espelho de água.

Como em diversas épocas da história, temos hoje um padrão de beleza e um ideal de belo que todos desejam alcançar a qualquer custo. Mas nem todos conseguem estar dentro desse padrão de beleza. O padrão atual é extremamente rígido e estereotipado. Socialmente só se valoriza e considera bonito o corpo magro. Esse padrão cultural vigente, que determina a inclusão ou a exclusão social, acaba sendo um padrão quase inatingível de acordo com Cordás (1993), apud Philippi e Alvarenga (2004).

Vive-se em uma sociedade onde só existe espaço para o indivíduo que se adequa a este padrão de beleza. Essa cultura da aparência leva o indivíduo a uma eterna insatisfação com a própria imagem e a um narcisismo constantemente frustrado segundo Apfeldorfer (1993). Vive-se em uma cultura onde o importante não é ser, mas parecer. Uma cultura onde a pessoa é avaliada e julgada apenas por sua aparência física e não pela sua essência interior.

Não se pode negar que toda essa realidade acaba influenciando muito os hábitos alimentares dos indivíduos, Carneiro (2000). Vive-se hoje a ditadura da magreza, onde não se permite a ingestão de gorduras, não são permitidos excessos no corpo psíquico. Mas o psiquismo está repleto de excessos. Excessos de medo, de ansiedade, de

insegurança, de frustração, de carências. A sociedade é contraditória, pois inclui a comida em todos os seus rituais, há um excesso de comida sempre à disposição das pessoas, assim manter o corpo magro exige muitos sacrifícios, proibições, privações e dietas cada vez mais severas. Toda proibição normalmente corresponde a uma vontade de transgressão. Mas, segundo Philippi e Alvarenga (2004), comer hoje em dia passou a ser considerado quase um pecado. Ser obeso significa falta de controle sobre si mesmo, ou seja, efeito de uma fraqueza pessoal.

O sofrimento emocional que tudo isso causa é enorme. E, como corpo psíquico e alimentação estão relacionados, fica fácil entender o porquê do crescente aumento dos transtornos alimentares no mundo de hoje, conforme afirma Busse (2004).

Pessoas com transtornos alimentares, como é o caso da obesidade, utilizam o canal de expressão oral e corporal como uma maneira de manifestar seus conflitos emocionais, conforme Herscovici & Bay (1997), apud Philippi e Alvarenga (2004). Indivíduos que sofrem de perturbações do comportamento alimentar percebem-se como vazios e procuram encher-se por meio do excesso da comida, de acordo com Apfeldorfer (1993).

Segundo Apfeldorfer (idem), imagem do corpo é a imagem que o indivíduo elabora dentro de sua mente sobre o seu próprio corpo. Essa imagem pode ou não estar compatível com a realidade, pois algumas pessoas têm uma imagem de seu próprio corpo deturpada. Constantemente as pessoas fazem a experiência de seu corpo e o representam mentalmente. Essa representação da imagem corporal é inseparável do estar no mundo, das percepções diretas e indiretas que o indivíduo tem de tudo aquilo que o rodeia. A imagem do corpo tem a ver com a auto-estima, ou seja, relaciona-se com o amor que se tem por si mesmo e pelos semelhantes. Portanto, tudo aquilo que altera a imagem do corpo afeta o indivíduo profundamente no âmago de seu ser, desestabilizando-o. É a partir das impressões dispersas e fragmentadas de todo corpo que se sintetiza um esquema unitário e tridimensional do corpo chamado de esquema corporal.

Em muitos casos, o obeso pode apresentar uma imagem corporal não compatível com a realidade. É como se ele vivesse num planeta de maior gravidade. Muitos obesos percebem-se como menores, mais atarracados, mais largos do que

são realmente. O peso do corpo é sentido como mais intenso. Tudo isso leva o indivíduo obeso a ter uma relação difícil com seu corpo. O obeso percebe mal os seus próprios limites corporais. Tem dificuldades em diferenciar o eu do não eu. Seu corpo menos maleável é percebido como rígido. Sendo limitado e difícil, o movimento é normalmente evitado. Instala-se um complicado círculo vicioso: quanto menos se mexer, mais irá se alterar a imagem do corpo. E, quanto mais se alterar a imagem do corpo, menos se mexerá. E o obeso, cada vez mais imóvel, acaba por perceber-se como um corpo inerte. Dá-se, então, uma despersonalização e o corpo se torna passível de diferentes fantasias e percepções inquietantes. Apfeldorfer (ibidem).

Conforme Freud (1997), as nossas mais fortes emoções estão ligadas ao corpo. O corpo é objeto de amor, mas pode também se tornar objeto de ódio se não corresponder à expectativa que se espera dele. E, quanto maior for a distância entre o corpo ideal e o corpo real, maior será o ódio investido sobre ele.

A libido ou força pulsional erógena que determina o grau do nosso apego centra-se segundo Freud (1980), apud Apfeldorfer (1993), nos orifícios do corpo. Para alguns se localiza na boca, para outros no ânus e para outros nas zonas genitais. Deste modo a afetividade está mais direcionada a uma determinada parte do corpo, modificando o seu valor relativo. Algumas partes de que o indivíduo gosta mais, são sentidas de modo mais intenso, já outras que o desagradam, podem parecer como que embotadas. E quando é a totalidade do corpo que não agrada, a imagem corporal passa a ser pouco nítida, fantasmática. É o que geralmente acontece com os obesos, que não aceitam todo seu corpo, e, por estarem insatisfeitos com ele, rejeitam-no e negligenciam-no, ornamentando-o mal e vestindo-o de qualquer jeito. E, quando a totalidade do corpo é desinvestida e rejeitada, o eu passa a concentrar-se apenas no rosto, esquecendo-se de seu corpo. O corpo fica dissociado do eu e, conseqüentemente, bastante negligenciado.

Há uma constante troca mútua entre a própria imagem corporal e a imagem corporal de cada um dos semelhantes. Segundo Apfeldorfer (idem), a imagem do corpo é na sua própria essência social, pois nunca está realmente isolada, está sempre rodeada pelas imagens do corpo dos outros. Nenhum ser humano existe sem o outro, o outro acaba servindo de referencial a ser seguido. O “eu” não faz sentido se não existir

o “tu”. Portanto, o diferente acaba sempre causando estranheza e rejeição. Ver um indivíduo obeso incomoda o indivíduo magro, pois mostra a fragilidade do corpo, fazendo com que o magro tema tornar-se obeso.

Segundo Carneiro (2000), o obeso tem bastante dificuldade em manter uma imagem coerente, conforme a realidade. Vive um eterno dilema entre uma imagem corporal gerada pelo corpo real e suas sensações e a imagem de um corpo virtual, uma imagem criada, fantasmática, sem obesidade. Isso gera uma instabilidade dessa imagem, ele percebe-se mais ou menos obeso conforme seu estado emocional, que também tem relação com a imagem reenviada pelos outros.

O que ocorre normalmente é que, em suas fantasias e em seus sonhos, raramente irá se visualizar com um corpo gordo. O obeso procura substituir o corpo real por uma imagem do corpo idealizada, resultando em uma negação da realidade, conforme entende Apfeldorfer (1993).

Qualquer confrontação com sua imagem real, por exemplo, através do espelho é evitada, pois poderia trazê-lo brutalmente a uma realidade desagradável e difícil de suportar. Philippi e Alvarenga (2004).

Conforme Apfeldorfer (1993), quando o obeso desinveste libidinalmente o seu corpo, rejeitando-o a fim de escapar ao vazio e a depressão, tem de investir em outra coisa. Pode ser no intelecto, nas artes ou no seu próprio imaginário. Mas geralmente investe no social, ou seja, no outro com quem tenta identificar-se, e com isso sofre ainda mais pelo fato de aderir a valores sociais que o rejeitam e o excluem. Atualmente os padrões sociais não aceitam indivíduos obesos, mas nem sempre foi assim. Os padrões sociais há algumas décadas atrás valorizavam pessoas obesas, pois elas eram tidas como mais saudáveis e de melhores classes sociais por terem todo tipo de alimento com fartura a sua disposição. Ao contrário do que ocorre hoje em dia, o obeso é que era considerado belo. Mas, como atualmente a sociedade tende a só ver feiúra no corpo gordo, o obeso, identificado com os valores sociais vigentes, também passa a só enxergar feiúra em seu corpo. Adere ao pensamento predominante de que o corpo gordo é um corpo que ninguém deseja, e que, portanto não pode ser amado. O próprio obeso se discrimina e discrimina, portanto, os demais obesos. Vive-se em uma sociedade padronizada, onde o diferente não pode existir. Na mídia só aparecem

peçoas magras, a moda só é feita para os magros, o mercado de trabalho só oferece oportunidade para peçoas magras. O resultado disso é que, com a auto-estima cada vez mais baixa, ansioso e deprimido por não estar dentro dos padrões sociais exigidos, o obeso “desconta” sua frustração comendo cada vez mais, e cada vez mais se vê num círculo vicioso difícil de sair, pois quanto mais come mais engorda e quanto mais engorda mais discriminado, excluído e deprimido fica, e quanto mais deprimido e excluído mais come.

CAPÍTULO II

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À OBESIDADE

Segundo Felipe (2001), o peso da obesidade também é social. A obesidade, atualmente considerada “epidemia” e motivo de grande preocupação mundial, vem tomando vultos alarmantes em todo o mundo, atingindo crianças, adolescentes e adultos de todas as classes sociais.

Para Gomes (1994) apud Ferriani, Dias, da Silva e Martins (2004), uma das características de indivíduos obesos é a depreciação da própria imagem física, por sentirem-se inseguros, humilhados e envergonhados em relação aos outros, imaginando sempre que estes os vêem com desprezo e hostilidade.

De acordo com Felipe (2001), a obesidade enquanto estigmatizadora produz discriminação, preconceito e exclusão social. Segundo Cordás e de Azevedo (2003) apud Felipe (idem), a sociedade julga que os obesos são responsáveis pelo seu tamanho corporal e por isso, os consideram pessoas fracas, desleixadas e sem autocontrole. Ocorre que muitas vezes as pessoas ignoram as outras características do indivíduo obeso, reduzindo-o apenas a um gordo. E muitas vezes esse estigma pode ser internalizado, incorporando-se à identidade social do obeso. Com isso, os próprios indivíduos obesos passam também a discriminar a si mesmos e as demais pessoas com excesso de peso.

Segundo Jodelet (1999) apud Felipe (ibidem), a teoria das representações sociais é entendida como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Conforme Felipe (idem), cada vez mais há uma forte representação social do indivíduo obeso como um guloso, preguiçoso, desleixado, fraco e sem força de vontade, que teria sentimentos de baixa auto-estima, colocando-se fora dos padrões estéticos estabelecidos. O corpo gordo é um corpo que viola a norma, a lei vigente na

vida social, é um corpo estigmatizado, que passa a existir sempre em um estado desviante, frente a uma norma social, cultural e psíquica.

A comunicação é uma “arma” poderosa, considerando-se seu poder de manipulação e divulgação de informações em uma sociedade. Os meios de comunicação de massa são agentes formadores de opinião e criadores e reprodutores de cultura que são lançadas ao grupo social. A mídia “fabrica” coletivamente a representação social que for conveniente, reforçando e mobilizando os pré-julgamentos, interferindo diretamente nos valores sociais, alterando, assim, o comportamento das pessoas, segundo Felipe (ibidem).

No entender de Felipe (idem), a mídia, enquanto produtora de um discurso social, está longe de ser considerada neutra e acaba por produzir, reproduzir, refletir e reforçar imagens existentes na sociedade em um momento histórico particular. Sendo assim, é possível perceber que esta acaba por reforçar um tipo de estereótipo como sendo o único capaz de ser bonito, feliz e saudável, através de um poder normatizador que expressa a disciplinarização, a naturalização do indivíduo, do seu corpo, cuja função é “adestrar” e criar formas de comportamento e de pessoas, regulando os aspectos morais. É esse “bio-poder” que intervém e controla o corpo de modo a torná-lo produtivo, se propondo a gerir a vida da sociedade, a partir da construção de um discurso legítimo sobre a identidade do sujeito baseado apenas em suas características físicas/ biológicas.

Para Rodrigues (1983) apud Paim e Strey (2004), o corpo humano é socialmente construído como qualquer outra realidade do mundo, visto que assume significados diferentes ao longo da história. O corpo é “produzido” em cultura e em sociedade, definindo-se de acordo com as regras do mundo social em que se encontra inserido. A análise da representação social do corpo possibilita entender a estrutura de uma sociedade. Sabe-se que a sociedade privilegia um dado número de características e atributos que deve ter o indivíduo, sejam morais, intelectuais ou físicas. Tais atributos são basicamente os mesmos para toda sociedade, embora possam ter diferentes nuances e às vezes profundos contrastes para determinados grupos, gêneros, classes ou categorias que compõem a sociedade de acordo com cada época. O corpo humano, além de seu aspecto biológico, é afetado pela cultura, sociedade, classe e grupo

familiar. Desse modo cumpre também uma função ideológica, isto é, a aparência física funciona como garantia ou não da integridade de uma pessoa.

Para Boudrillard (1997) apud Paim e Strey (idem), através da cultura o mundo passa a depender em larga medida das convenções sociais, que variam de sociedade para sociedade, de grupo para grupo, e de tempo para tempo. Independente da cultura, o modo de organização com relação ao corpo reflete o modo de organização com relação às coisas e às relações sociais.

Conforme Rodrigues (1983) apud Paim e Strey (ibidem), cada cultura “modela” à sua maneira uma aparência corporal. Cada sociedade dita como deve ser o corpo humano. Não há sociedade que não modifique de alguma forma o corpo de seus membros, os quais servirão como insígnias da identidade grupal, em que o corpo biológico trabalhará como matéria sociológica.

Segundo Becker Jr. (1999) apud Paim e Strey (idem), o corpo reproduz uma estrutura social de forma a dar-lhe um sentido particular, que varia de acordo com os diferentes sistemas sociais. As pessoas aprendem a avaliar seus corpos através da interação com o ambiente. Assim, sua auto-imagem é desenvolvida e reavaliada continuamente durante a vida inteira. A imagem corporal é uma entidade multifacetada que engloba as dimensões físicas, psicológicas, culturais e sociais. É através dos “olhos” do mundo, ou seja, do social que o indivíduo se vê e constrói seu autoconceito e sua identidade.

Para Goldenberg & Ramos (2002) apud Paim e Strey (ibidem), os contextos social e cultural particularmente instáveis e mutantes, em que os meios tradicionais de produção de identidade, tais como a família, a religião, a política, a escola e o trabalho, se encontram enfraquecidos, impulsionando os indivíduos ou grupos a se apropriarem cada vez mais do corpo como um meio de expressão ou de representação do eu.

De acordo com Apfeldorfer (1993), a obesidade pode ser considerada uma forma de transgressão, maneira dolorosa de expressar no próprio corpo a necessidade de distinguir-se como sujeito, de encontrar uma identidade.

Segundo Felipe (2001), até o final do século XIX, mais precisamente na Idade Média e na Renascença, o padrão estético aceito e considerado belo eram os corpos mais roliços. Nesse período, a obesidade era considerada sinal de saúde, riqueza,

poder e status. Observa-se que as modelos retratadas em pinturas de artistas famosos da época eram todas gordinhas. Mas, gradativamente, com a franca evolução industrial e tecnológica do século XX, passou-se a considerar padrão de beleza o extremo oposto, ou seja, a magreza.

No entender de Bernardi, Cichelero e Vitolo (2004), a influência dos aspectos socioculturais é determinante, pois, considerando a enorme pressão social pela busca da magreza e todos os esforços envolvidos nessa busca, acaba travando-se uma guerra entre corpo e mente. O estresse, a rejeição, a ansiedade a restrição, assim como outros estados emocionais negativos, geralmente levam à interrupção do autocontrole, conduzindo, assim, a escolhas alimentares inapropriadas, as quais, de certa forma, aliviam as tensões e frustrações vigentes. A pressão social pode levar a excessivas dietas, as quais normalmente desencadeiam reações psicológicas e fisiológicas que levam à recuperação e ao aumento da obesidade, o chamado efeito rebote ou efeito sanfona.

Conforme Bernardi, Cichelero e Vitolo (idem), o indivíduo obeso apresenta grande sofrimento psicológico decorrente tanto dos problemas relacionados ao preconceito social, como da discriminação em relação à obesidade. A depreciação da própria imagem física leva à preocupação opressiva com a obesidade, tornando o obeso cada vez mais inseguro devido a sua condição. A falta de confiança, a sensação de isolamento, atribuída principalmente à dificuldade de familiares e amigos em entender o problema, assim como a humilhação, decorrente do intenso e crescente preconceito e discriminação aos quais os indivíduos obesos estão sujeitos, remete em enorme carga psicológica aos indivíduos obesos.

Segundo Bernardi, Cichelero e Vitolo (ibidem), há evidências de que grande parte dos indivíduos obesos come para resolver ou compensar problemas dos quais, às vezes, não têm consciência. Esses mesmos indivíduos podem apresentar dificuldades em obter prazer nas relações sociais, por se sentirem excluídos, rejeitados ou discriminados, o que os leva ao isolamento. Por outro lado, esses sentimentos acabam contribuindo para que os obesos enxerguem a comida como, muitas vezes, a única importante fonte de prazer, o que, devido ao preconceito, conseqüentemente, agrava, restringe e empobrece ainda mais suas relações afetivas e sociais. Esse processo

alimenta cada vez mais o ciclo vicioso em que, de um lado, existe o ganho progressivo de peso e, do outro, uma solidão cada vez maior.

No entender de Bernardi, Cichelero e Vitolo (opus citatum), o aumento da ingestão alimentar, nas mais diversas condições emocionais, parece ocorrer com maior frequência em pessoas com excesso de peso, pois os indivíduos obesos costumam consumir mais alimentos em situação de estresse emocional. A teoria chamada de Modelo Psicossomático da Obesidade diz que as pessoas obesas, principalmente do gênero feminino, comem em excesso como um mecanismo compensatório em situações de ansiedade, raiva, preocupação, tristeza e depressão. Associando esse comportamento às características sociais de nossa época, tais como a lipofobia ocasionada pela atual ditadura da magreza, a maior parte da população obesa sonha em ser magra, vivendo e sofrendo essa contradição.

Os indivíduos como seres sociais sentem-se pressionados a corresponder ao padrão de beleza da sua cultura, esquecendo-se de que a beleza na verdade é “virtual”, caso contrário, sentem-se menos atraentes e inferiores. Algumas pessoas, nesse caminho, elegem o corpo como o único representante de si mesmas. O controle do corpo se transformou em uma questão decisiva, visto que este é entendido como o símbolo da própria felicidade. A idéia de que ao se alcançar à magreza e estar em boa forma física o indivíduo obterá sucesso na profissão, nos relacionamentos sociais e amorosos está arraigada atualmente no imaginário social. Felipe (2001).

Conforme Philippi e Alvarenga (2004), vive-se hoje em uma sociedade contraditória e, portanto, cruel, pois a sociedade que incentiva o consumo cada vez maior de alimentos, devido ao crescente desenvolvimento das indústrias alimentícias, criando assim um “ambiente obesogênico”, através de inúmeras ofertas de diferentes produtos alimentícios, é a mesma sociedade que repudia e exclui indivíduos obesos. Esses valores sociais contraditórios acabam às vezes levando os indivíduos a uma conduta neurótica.

No entender de Apfeldorfer (1993), a obesidade é marcada pela metáfora dos opostos, pois relaciona-se o tempo todo com as idéias de cheio-vazio, excesso-falta, prazer-culpa, havendo, assim, uma oscilação entre a fusão total com o outro e o movimento de total afastamento.

Vive-se hoje no mundo globalizado uma sociedade dos excessos, uma sociedade que incentiva cada dia mais o consumismo, mas que contraditoriamente, não aceita o excesso de peso, segundo Carneiro (2000).

O ato de comer é um fenômeno de comunicação social. Através da comida o grupo social se sente, reúne e se identifica, de tal forma que na maioria dos atos sociais a comida ocupa um lugar de destaque de acordo com Philippi e Alvarenga (2004). Sendo assim, o indivíduo tem a difícil missão de se relacionar socialmente, não podendo recusar as comidas que lhe são oferecidas, mas, ao mesmo tempo, tendo que continuar magro para que não o rejeitem socialmente.

Além disso, segundo Apfeldorfer (1993), obesidade e situação socioeconômica encontram-se estreitamente ligadas. Encontram-se mais obesos em populações de baixo nível socioeconômico do que em estratos sociais mais elevados. Isso se deve ao alto custo das comidas menos calóricas como as light e diet. Os alimentos de menor custo são normalmente os mais calóricos como é o caso dos carboidratos como massas e pães. Outro aspecto a ser considerado é que, quanto maior for seu nível social, mais chance o indivíduo terá de freqüentar uma academia de ginástica, de comprar remédios inibidores de apetite (anfetaminas), de se submeter à lipoaspiração ou até mesmo à cirurgia de redução de estômago, seguidas muitas vezes de cirurgias plásticas.

Conforme Philippi e Alvarenga (2004), as preferências alimentares sofrem intensa influência do meio social e afetivo. A forma como a família organiza sua alimentação, ou seja, tipo, quantidade e qualidade dos alimentos, contribui para o desenvolvimento da obesidade. A relação que a família estabelece com a alimentação tem um papel central para o surgimento e manutenção da obesidade e na relação de amor e ódio que o indivíduo estabelecerá com a comida. Assim, quando uma mãe condiciona a alimentação de seu filho exclusivamente como um agrado a ela, o filho muito provavelmente não aprenderá que comida só é necessária e deve ser ingerida quando se tem fome, pois o organismo precisa de nutrientes para um crescimento saudável. Dessa forma, se o filho estiver bravo ou triste com a mãe, ele pode não querer comer; e, ao contrário, quando quiser agradá-la, comerá muito. Portanto, a

psicodinâmica familiar é um elemento central na determinação, no desenvolvimento e/ou manutenção da obesidade e demais transtornos alimentares.

Selvini – Palazzoli et al. (1974) apud Philippi e Alvarenga (idem), enfatizam a dinâmica familiar como fator fundamental nos transtornos alimentares como a obesidade, pois as famílias funcionam de forma idealizada, utilizando-se muitas vezes da comunicação paradoxal e indireta, em uma tentativa de obscurecer as diferenças individuais, e também como forma de evitar os conflitos. Assim, dentro da dinâmica familiar, cada membro da família tem seu papel estabelecido. A obesidade reflete algumas vezes a disfunção do sistema familiar, ou seja, pode ser um sintoma de seu funcionamento problemático, onde se encontram problemas de comunicação, dificuldades para se demonstrar afeto e impor limites e normas.

No que diz respeito aos fatores etiológicos, o desenvolvimento e a manutenção da obesidade estão relacionados aos “distúrbios” primários na relação mãe-filho. Esses “distúrbios” ocorrem em fases muito precoces do desenvolvimento, quando o filho ainda é um bebê, e geram perturbações na elaboração de fases primitivas do desenvolvimento psíquico da criança, segundo Selvini – Palazzoli et al. (1974) apud Philippi e Alvarenga (ibidem).

Já nas primeiras horas de vida o “mundo” entra pela boca. Junto com o leite, o bebê recebe o calor, a segurança, o aconchego, o toque, o cheiro, o olhar, o afeto, o carinho e o amor de quem o alimenta. E, depois das primeiras mamadas, a fome jamais será apenas de alimento. Leal (2005).

CAPÍTULO III

ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA FASE ORAL, RELACIONADOS AO DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE NA FASE ADULTA

Segundo Freud (1980) apud Philippi e Alvarenga (2004), a psicologia, como ciência, busca estudar e compreender a formação e o desenvolvimento emocional do ser humano. Considera que todas as pessoas são dotadas de um psiquismo, arcabouço de emoções, sentimentos e reações mentais conscientes e inconscientes, que acompanha o ser humano desde o seu nascimento e influencia a formação da sua personalidade.

Ainda de acordo com Philippi e Alvarenga (idem), o homem estrutura e desenvolve sua personalidade pelas relações que ele estabelece consigo próprio e com o mundo externo. Nesse sentido, tanto a alimentação quanto as primeiras manifestações psíquicas acompanham os indivíduos desde o nascimento, estando correlacionadas. Assim, o desenvolvimento físico/biológico e o desenvolvimento emocional acontecem concomitantemente.

Conforme Klein e Riviere (1970), dentro dessa perspectiva pode-se dizer que o ato alimentar tem função estruturante na nossa personalidade, por tratar-se de um dos caminhos que temos para estabelecer relações entre o mundo interno e a realidade. O ato alimentar é compreendido como algo relacional, relação esta que será permeada, sempre, por um interjogo afetivo entre as partes envolvidas.

No entender de Winnicott (1999) apud Philippi e Alvarenga (2004), ao se oferecer leite para o bebê, desencadeia-se uma sensação de prazer, conforto, proteção e aconchego, além de saciar a sua fome. Dessa maneira, imprime-se um elo entre o alimento e os sentimentos. Obviamente, os bebês não choram apenas por fome, e, se forem atendidos sempre com o oferecimento de alimento para aplacar o seu

desconforto emocional, podem vir a construir relações negativas ou equivocadas entre alimentação e afeto.

Segundo Freud (1969), o ser humano apresenta um psiquismo ativo desde o seu nascimento, sendo a relação alimentar o primeiro grande organizador da vida psíquica.

Freud (1997), considerado o pai da psicanálise, desenvolveu a noção de sexualidade infantil na vida psíquica das crianças. Com isso ele não quis dizer que as crianças tenham uma sexualidade igual à dos adultos, mas sim que essa sexualidade, que tem o seu máximo desenvolvimento na vida adulta, está presente na vida psíquica do bebê desde o seu nascimento.

Freud (idem) chamou de fase oral a primeira fase do desenvolvimento emocional dos bebês, a partir da constatação que a boca, a língua e os lábios não são utilizados pelo bebê apenas para se alimentar. Servem, também, como primeira porta de entrada para conhecer o mundo externo e ter sensações de prazer ou desprazer. O alimento recebido pelo bebê, necessário do ponto de vista nutricional, traz consigo diversos outros elementos que vão influenciar na relação que esse bebê começa a estabelecer consigo próprio e com o mundo externo.

Segundo Philippi e Alvarenga (2004), Melanie Klein foi uma importante psicanalista que, a partir dos estudos de Freud, aprofundou suas pesquisas na área de estruturação do psiquismo infantil e desenvolveu uma teoria a respeito das relações objetais, ou seja, sobre a relação entre bebê/mundo externo. Sua conceituação a respeito do seio materno, seio bom e seio mau, e das relações de troca que ocorrem através dele são de fundamental relevância para a psicanálise infantil. O seio materno não deve ser pensado no seu sentido concreto, mas sim como símbolo e representação das primeiras relações objetais que vão-se estabelecer a partir da díade alimento/afetividade. Portanto, nesse contexto, a referência ao seio materno pode ser também à mamadeira ou a papinha que é oferecida ao bebê. O importante, para a compreensão psicanalítica do fenômeno, é como se organiza o objeto que vai representar essa relação do ato alimentar com os nossos sentimentos e sensações. Melanie Klein defendeu a idéia de que um desenvolvimento psíquico saudável é fruto tanto de experiências gratificantes, nutritoras, como de experiências frustrantes, desnutritoras.

Conforme Melanie Klein (1996) apud Philippi e Alvarenga (idem), espera-se que o bebê, com a ajuda do meio externo possa vir a aproximar essas duas faces de uma mesma experiência e venha a perceber que o seio que nutre é o mesmo seio que frustra; que aquele objeto externo que, às vezes, acerta na satisfação das suas necessidades emocionais, também pode errar, falhar, equivocar-se. Os sentimentos conflitantes que a criança vai experimentando por suas experiências alimentares serão organizadores fundamentais do seu universo psíquico, através das experiências de prazer e desprazer.

De acordo com Klein e Riviere (1970), a experimentação desses sentimentos conflitantes é necessária e saudável para que se aprenda a lidar com todos os conflitos e situações cindidas que a vida apresenta. É necessário e importante aprender a lidar com os dois lados da balança, prazer/frustração, inclusão/exclusão, vida/morte, para se ter uma vida psíquica equilibrada e saudável. Esse aprendizado deve-se iniciar muito cedo, vinculado às primeiras relações alimentares. E, do ponto de vista Kleiniano, essas relações alimentares são fundamentais para a estruturação das primeiras relações objetais.

Conforme Melanie Klein (1996) apud Philippi e Alvarenga (2004), as relações alimentares não são as únicas que estruturam o psiquismo das pessoas; mas elas são determinantes nesse universo simbólico porque o alimento é algo do mundo externo que pode, realmente, ser introjetado. Dentro dessa visão, pode-se afirmar, metaforicamente, que a sucção que o bebê realiza para mamar será o seu primeiro movimento de compreensão e incorporação do mundo externo. Essa forma de relação vai imprimindo marcas positivas e negativas na formação da personalidade. As primeiras tentativas de satisfação dos desejos infantis estão, portanto, intrinsecamente ligadas às primeiras experiências alimentares.

Segundo Herscovici (1997) apud Philippi e Alvarenga (idem), amamentação e alimentação serão sempre acompanhadas por um contorno emocional, que deve ser considerado e avaliado ao se tentar compreender o ato alimentar. O psiquismo, que vem-se desenvolvendo desde o início da vida, vai sendo marcado por todas as experiências emocionais desencadeadas pela alimentação. É importante enfatizar, ainda, que essas marcas não desaparecem; elas vão acompanhar as pessoas por toda

a vida, seja de forma consciente ou inconsciente, e podem vir a influenciar comportamentos alimentares futuramente na vida adulta, sem que se tenha controle sobre isso.

Winnicott (1999) apud Philippi e Alvarenga (ibidem), foi outro importante psicanalista infantil, que dedicou um olhar especial ao desenvolvimento emocional sadio das crianças. Ele compreendia a amamentação como o primeiro diálogo do bebê com o mundo.

Para Winnicott (1997) apud Philippi e Alvarenga (opus citatum), todos os bebês são bastante egocêntricos e voltados para si próprios, pois consideram que o mundo deve funcionar de forma a atender a todos os seus desejos e necessidades. Dentro de um processo de desenvolvimento emocional sadio, de crescimento e amadurecimento psíquico, espera-se que esse bebê possa sair do seu estado narcisista de “dono do mundo” e passe a desenvolver relações objetais nas quais serão considerados os seus desejos e as suas necessidades, mas em que, ao mesmo tempo, também serão considerados os desejos e as necessidades do outro.

Winnicott (1999) apud Philippi e Alvarenga (idem), desenvolveu o conceito de função materna, que é algo que difere da mãe concreta. Essa função pode ser desempenhada por qualquer pessoa do mundo externo e está relacionada aos cuidados básicos de maternagem, que dizem respeito à disponibilidade afetiva e à capacidade de sintonia com as necessidades emocionais do outro, para tentar satisfazê-las. Quando bem desenvolvida, a função materna ajuda o bebê a delimitar os contornos do seu mundo psíquico, onde existem o eu e o outro. E, para ser bem desenvolvida, essa função exige do adulto envolvido uma grande disponibilidade afetiva para com a angústia do outro. A função materna, no entanto, exige também, firmeza e limites claros, para que seja possível discriminar o eu do outro. Pessoas que não puderam ter uma boa matriz desses limites entre o eu e o outro podem vir a apresentar diversas dificuldades emocionais, inclusive transtornos alimentares.

De acordo com Apfeldorfer (1993), em sua investigação psicanalítica, Freud afirma que o ser humano deixa de ser instintivo para se tornar pulsional quando, ao chorar, encontra no seio da mãe a resposta de seu choro: a fome. Assim, o desejo pela mãe também se concretiza nesse momento e a boca do bebê passa a constituir uma

zona de satisfação da pulsão. Para Freud, essa experiência inaugural de prazer será determinante para a constituição do sujeito e suas experiências futuras. Em decorrência disso, conclui-se que tanto o alimento quanto o corpo vão adquirir diversos e singulares significados para o sujeito.

Segundo Freud (1903) apud Apfeldorfer (idem), os bebês nascem imaturos e dependentes de suas mães. É ao mamar, ao satisfazer sua necessidade fisiológica de alimento que sentem suas primeiras emoções, as suas primeiras experiências de satisfação e de insatisfação, de prazer e de desprazer, de esperança e de frustração, de amor e ódio. A zona bucal é considerada, portanto, a primeira das zonas erógenas. Sucção, deglutição, sensações cutâneas pelo contato do peito da mãe constituem o protótipo de qualquer relação amorosa, o que explica que a boca esteja a serviço de dois amos, a alimentação e a sexualidade.

No entender de Freud (1997) apud Carneiro (2000), a fase oral do desenvolvimento é constituída por duas etapas importantes. A primeira etapa é a etapa oral de sucção, e a segunda etapa é a etapa oral-canibal.

De acordo com Freud (1997) apud Carneiro (idem), o reflexo de sucção é inato, sendo automaticamente desencadeado pela colocação do mamilo ou outro objeto na boca da criança. Um toque realizado com o dedo, no rosto da criança, fará com que esta se volte para tentar sugar o objeto que a está tocando. Os toques em outras regiões do corpo com frequência provocarão o mesmo reflexo. Biologicamente, o impulso destinado à alimentação é um fator central da organização infantil inicial. E é exatamente ao nível dos reflexos alimentares que a busca de adaptação ao mundo e a procura de prazer são profundamente correlacionados. O vínculo do prazer, suporte para o desenvolvimento da afetividade, é neste momento uma correlação oral. É em cima do prazer inicial, da satisfação tida com a amamentação, que se aprenderá a amar e que se aprenderá a desenvolver os vínculos de amor que em seguida deverão ser dissociados da exigência biológica básica da alimentação. Nesta dimensão afetiva, o vínculo oral é claramente percebido como ponto central do vínculo humano de prazer.

Segundo Freud (1997) apud Carneiro (ibidem), a evolução da libido, conjunto de instintos voltados para o prazer, é, portanto, o tema central do desenvolvimento para a psicanálise. A fase oral é então definida como a etapa de desenvolvimento onde a libido

está organizada sob o primado da zona erógena oral, dando como modalidade de relação à incorporação. Isto significa que o centro da organização afetiva está determinado por processos introjetivos. Mamar e sentir prazer é sentir que o leite é bom, que o seio é bom, que a mãe é boa e que o mundo é bom. A sua sensação de que está bem é correlata à de ter colocado dentro de si objetos do mundo externo que são bons. O seio e a mãe podem ser sentidos como bons, porque foram incorporados. A incorporação é a modalidade primitiva da introjeção, e, portanto, dependente de referenciais concretos. Por isso a maternagem é essencial para que a criança se sinta adequada, amando e sendo correspondida.

No entender de Freud (1969), a criança funciona basicamente incorporando o universo que a rodeia. O mundo de suas vivências é o mundo interno das fantasias. Não há vínculos com objetos externos inteiros. Eles são apreendidos de forma parcial e organizados pela realidade interna. O que é apreendido é sentido como parte integrante do eu. O mundo é buscado para ser incorporado. Reduzindo-se a algo “digerido”, indissociado dos sentimentos bons ou maus que a relação desperta. Como o que importa é a realidade interna, este sentimento de amor ou de bom é utilizado para permear as primeiras percepções do mundo externo, ou seja, os objetos percebidos são sentidos como bons. Este processo chamado de identificação projetiva constitui a base da configuração dos vínculos de amor, da configuração inicial da identidade e do reassseguramento dos sentimentos positivos que permitirão a progressiva evolução da libido através das outras fases subseqüentes do desenvolvimento afetivo/sexual proposto por Freud.

Segundo Carneiro (2000), embora a genitalidade domine a organização afetiva adulta, pode-se perceber que muitos traços orais são mantidos, permeando os relacionamentos afetivos dos adultos. O beijo de língua é o símbolo central do relacionamento amoroso. Expressa-se nele o traço do vínculo afetivo original mais forte e intenso que foi desenvolvido. O beijo não é necessário biologicamente para a fecundação e perpetuação da espécie, mas é um prazeroso vínculo afetivo, constitutivo da organização afetiva familiar humana. É comum se referir à mulher amada de “docinho” ou o homem atraente de “pão”. Estas são verbalizações denotadoras dos traços orais que permanecem na genitalidade. Também é freqüente se usar a

expressão “comer alguém” como indicadora do relacionamento sexual adulto. Sabe-se que é usual os homens mandarem caixas de bombom para as amadas e que as mulheres costumam prender os homens “pelo estômago”. Isto ressalta que o traço oral persiste ao longo de toda existência humana.

No que diz respeito ao masculino, o prazer obtido com o seio é mantido, expandindo-se para o prazer de se relacionar com o corpo e com os genitais femininos. A mulher se estrutura como objeto desejado e fonte de prazer. Já no que diz respeito ao feminino, sentir que as coisas que recebe em seu interior são boas prepara-a para sua futura genitalidade receptiva. Receber o homem em seu interior será sentido como fonte de prazer e gratificação, conforme Carneiro (idem).

Se na etapa oral de sucção a criança apenas incorporava, e suas modalidades agressivas existiam apenas no plano simbólico da fantasia, agora, na fase oral-canibal, com a vinda dos dentes, a agressividade será concretizada. O dedo é levado à boca e mordido, e a sensação de morder e ser mordido traz a percepção de que concretamente se pode destruir. Os alimentos são mordidos e triturados para serem então ingeridos. O seio da mãe se retrai com a mordida, e concretiza-se a fantasia de que a agressividade destruiu o seio, e, portanto, também a mãe que é seu objeto de amor, segundo Freud (1997).

De acordo com Apfeldorfer (1993), é necessária certa dose de agressividade para entrar no mundo e conseguir sobreviver. Mas, às vezes, as fantasias destrutivas podem predominar. Isto ocorre sempre que a angústia predomina sobre o amor, que a dor predomina sobre o prazer. A relação com o mundo passa a ser sentida como uma relação onde tudo o que se consegue é atacado e conseqüentemente destruído. A amamentação perdida é o seio que foi incorporado e destruído. A mãe pode ser perdida, ou pela destruição, ou por ser protegida do contato destruidor. Nada satisfaz porque, se incorporado, foi destruído e não serve mais. Muitos adultos vivem dentro desta modalidade.

Segundo Apfeldorfer (idem), a dimensão de destruir apresenta, ao nível de fantasia, uma modalidade dupla. De um lado, o sentimento de que se é mau e destruidor, ambivalente ao sentimento sempre existente de que se é bom. Isto na prática aparecerá como um sentimento simultâneo de destruição e de culpa porque,

paralelo ao ódio, existe o amor pelo objeto destruído. Logo, o objeto de relação será ambivalentemente estruturado como um objeto mau e bom ao mesmo tempo.

Weininger (1996) relata que o ego é o cerne que motiva o ser humano a sobreviver e desenvolver, e existe já no nascimento. O conceito do ego é uma das principais diferenças existentes entre Melanie Klein e Freud. De acordo com a primeira, o ego é imaturo e sob pleno domínio da fantasia inconsciente, mas é suficiente para experienciar e começar a lidar com a realidade do nascimento. Embora o ego neonatal seja relativamente fraco, ele é capaz de um grau de organização que aumenta em complexidade até o terceiro ano de vida. Klein considera que o ego do bebê acha-se em um estado de evolução no sentido de uma totalidade e completação que, em certo sentido, é comparável ao estágio freudiano de não diferenciação do ego (pré-ego). No nascimento, quando o ego do bebê estabelece contato com a realidade ambiental, o sofrimento e o prazer são experienciados: a dor de deixar o útero e o prazer de “tornar-se”. Na visão de Klein, essa dualidade é suficiente para que o bebê experiencie ansiedade suficiente para procurar e, portanto, formar os mecanismos de defesa e relacionamentos objetais primitivos. O seio é o primeiro objeto que o bebê encontra. Ele é necessário para a sobrevivência e vem a representar a mãe no mundo interno de bebê. As frustrações e satisfações que o bebê experiencia em relação ao seio colocam em ação os mecanismos de defesa mais precoces. Ao mesmo tempo, o caráter do contato mais inicial do bebê com a realidade é influenciado pela fantasia inconsciente evocada pela experiência do nascimento em si.

De acordo com Klein e Riviere (1970), fantasiar é uma função do ego imaturo e, a princípio, produz-se primariamente uma fantasia relacionada às sensações físicas experienciadas pelo bebê. Quando esse está confortável, a fantasia é de bem-estar e satisfação, um senso corporal de prazer. Estas experiências físicas são interpretadas como relações objetais da fantasia, dando-lhes significado emocional. Quando um bebê experiencia o desconforto da fome, a relação objetal é de perseguição; quando este estado de desconforto continua, o relacionamento objetal é reforçado. O estado físico do bebê é sentido como rejeição, a qual, então opera para criar mais reações somáticas físicas, que são experienciadas como sofrimento e interpretadas como não ser aceito. A

fantasia traz consigo a satisfação das relações objetais e também os aspectos defensivos de projeção.

Conforme Weininger (1996), no nascimento o ego experiencia a ansiedade da separação do calor e da segurança proporcionados pelo útero da mãe como um terror de morte ou aniquilamento. A fim de manter-se frente a essa ansiedade esmagadora, argumenta Klein, o ego se cinde. O emprego deste mecanismo primitivo de defesa constitui um esforço para manter a pequena integridade que o ego possui nesse momento. Ele projeta o que é mau, seu senso de medo, de ansiedade, de angústia, de frustração, no único objeto que conhece, o seio, que é também fonte de nutrição e da boa perdida unidade pré-natal com a mãe. Com a criação do paradoxal complexo do seio bom e do seio mau, o bebê inicia o longo e árduo processo de crescimento e autodefinição.

Assim, na visão de Klein e Riviere (1970), o seio se torna o “continente” para o trauma de separação e morte evocado pelo nascimento e é identificado com essa ameaça ao ego. Esta cisão e projeção, por sua vez, ocasionam sentimentos de perseguição, que agora surgem especificamente do seio mau. Uma cisão muito inicial ocorre, quando o objeto originário, o seio, é dividido em bom e mau, a fim de que o ego mantenha a sua integridade. É a cisão que permite que o ego emergja do caos e ordene as suas experiências. As partes cindidas podem ser projetadas em outro objeto e, pela identificação de parte do objeto com partes do self, o ego forma seus primeiros e mais primitivos símbolos. Na projeção, a pessoa projeta aspectos do self em outro objeto (pessoa). Estes aspectos, impulsos e fantasias são então experienciados como estando dentro do outro, e o objeto pode então ser temido como um perseguidor ou amado como um ideal. O objeto pode ser encarado como sendo semelhante ao sujeito que projeta. Esse pode identificar-se com o objeto que agora contém esses impulsos e fantasias projetadas, podendo-se considerar esse mecanismo como a forma mais primitiva da empatia. Temores de retaliação e perseguição podem originar-se da projeção do ódio em outrem e não necessariamente de experiências reais de ser odiado. Dessa maneira, o seio, que é sentido como contendo grande parte do instinto de morte do bebê, é sentido como mau e ameaçador ao ego, dando origem a um sentimento de perseguição.

Conforme Klein e Riviere (idem), a ansiedade resultante está relacionada, porém distinta do terror original: a ansiedade do instinto de morte, ou ansiedade originária de separação, transforma-se em temor persecutório. O bebê progrediu do terror ingovernável do aniquilamento para uma ansiedade firmemente associada a um objeto isolado fora de si. Entretanto, argumenta Klein que nem toda ansiedade original do instinto de morte é projetada no seio, mas que parte dela é retida como a fonte da agressão dentro do bebê e, paradoxalmente, é utilizada para defender a si mesmo contra os novos medos persecutórios criados pela projeção original.

Weininger (1996) relata que simultaneamente, ao mamar, o bebê reexperiencia a fantasia inconsciente de unidade com a mãe, aquela segurança e proteção cuja perda causou a projeção original da ansiedade para o seio que nutre, do que, sugere Klein, resulta um intercâmbio complexo entre as fantasias inconscientes de bom e de mau, à medida que o ego tenta assegurar sua própria sobrevivência e crescimento. Havendo projetado exteriormente para o seio, o bebê agora “recebe em si” ou “introjeta” a parte boa do seio, a bondade do objeto que nutre. Mas ele introjeta também parte da maldade, num esforço por destruí-la internamente, o que Klein denomina de “sadismo oral”.

De acordo com Klein e Riviere (1970), o seio é dotado de muito mais que nutrição: para o bebê, ele é a fonte da vida, um suprimento fantasiado inexaurível de paciência, generosidade e amor. O seio permanece sendo a fundamentação da esperança, da confiança e da crença, ou seja, que ele contém toda a bondade da humanidade. Dessa maneira, o bebê tenta usar o seio para afastar a ansiedade. Mas, por não poder o seio proporcionar uma satisfação contínua, ele é também uma fonte de frustração e privação. Quando há uma preponderância de experiências boas e quando a ansiedade, do sadismo oral, da fantasia de canibalismo e da preocupação de que não tenha incorporado o suficientemente do objeto bom não é forte demais, o ego do bebê acredita no controle sobre os objetos persecutórios e relaciona-os com a bondade do self. Isso é fortalecido no bebê pelo que se torna muito aparente na criança, qual seja, a capacidade de controlar a sua ansiedade, o medo se altera e diminui, e a cisão entre o seio persecutório e o seio ideal torna-se menos pronunciada. Klein refere-se a isso como integração do ego. À medida que isso ocorre, o bom e o mau podem fundir-se,

pois o mau não encampara o bom. Isso significa que há menos projeção e, assim, uma diferenciação maior entre o self (o bebê) e o objeto (a mãe).

Segundo Klein e Riviere (idem), o seio é o primeiro objeto invejado. Ele proporciona sentimentos de amor e saciação, assim como de privação e frustração. O conflito resultante sobre amar e invejar o seio, tê-lo e destruí-lo, é, como observa Klein, o conflito entre os instintos de vida e os de morte. Este período muito inicial na vida do bebê caracteriza-se pelo seio bom, o seio paciente, generoso, nutridor, e o seio mau, o seio frustrante, que não dá, egoísta, impaciente. Esta inveja primária inicial que o bebê experiencia pelo seio bom contribui para as dificuldades que experienciará no desenvolvimento de suas relações com a mãe e, portanto, com o seu objeto interno bom. A inveja é experienciada como privação e raiva. A privação cria um sentimento de voracidade, um anseio insaciável que vai mais além do que o bebê necessita e do que o seio pode fornecer; a fantasia do seio, porém, é de que ele é inexaurível e de que o bebê o quer ou precisa dele para si. O impulso é tentar obtê-lo para si e/ou destruir o seio.

Weininger (1996), afirma que o bebê forma seus relacionamentos objetivos primitivos na fantasia, que depois se torna a sua realidade. O contato imediato com a realidade, as satisfações, as frustrações, os variados tipos de influência sobre a criança causados pela mãe ou pelo meio ambiente, são alterados pela fantasia inconsciente. Uma das percepções mais inovadoras de Klein, segundo Weininger (idem), é a de que a fantasia está sempre presente, que ela está sempre interagindo com a realidade, e essa se encontra sempre agindo sobre a fantasia.

Conforme Weininger (ibidem), o bebê fantasia que o seio interno bom não é suficientemente forte ou poderoso para impedir que o seio mau o persiga, tanto interna quanto externamente. O bebê tem perseguidores internos, tais como os sentimentos de desconforto, dor e fome; o seio bom é fantasiado como suficientemente forte para superar e acabar com qualquer aflição. Contudo, se o seio bom não for bastante “doador” e confortador, então a maldade parece dominar, e o bebê sofre. O ego é dirigido pela necessidade de introjetar um objeto confortador, amoroso e protetor.

Na visão de Klein e Riviere (1970), a inveja surge ainda que o bebê não seja mal alimentado. Ele fantasia que o seio priva por guardar para si um pouco do fluxo do leite,

do amor e do cuidado para sua própria gratificação. O seio se torna mau, porque, ainda que o leite flua livremente e o bebê possa ser gratificado por ele, esse objeto, o seio, não pode ser possuído de maneira que seja somente seu. A inveja faz com que o bebê chore e não queira mais o seio, por fantasiar que este é mau e que quer atacá-lo, pois não está à disposição, cuidando dele o tempo todo.

Segundo Weininger (1996), para o bebê a mãe é o seio; ele internalizou o seio e este é agora experienciado, na fantasia, como atacante. O bebê pouco tem dentro dele para ajudá-lo a lidar com este ataque e precisa da ajuda que a mãe lhe possa fornecer. Foi isto que Winnicott (1958) denominou de maternagem “suficientemente boa”.

Conforme Weininger (idem), Winnicott observou que o cuidado e a paciência da mãe, ou de quem representa esse papel na vida do bebê, contribuem para o senso de bem-estar do bebê. Como tal, as fantasias depositadas na mãe pelo bebê podem ser apaziguadas desde o início, quando a mãe deve fazer tudo o que possa para ajudar a criança a estabelecer um relacionamento feliz e tranqüilo com ela. Maternagem suficientemente boa parece ser a atitude materna de a mãe ser capaz de pôr-se no lugar da criança e de olhar a situação do ponto de vista dessa, (Conceito de empatia).

Para Winnicott (1982), a empatia consiste em sentir aquilo que o outro sente. É ver o mundo com os olhos do outro. O psicanalista Winnicott foi o primeiro a sublinhar a necessidade de empatia materna na maturação da criança. A fim de amadurecer normalmente, o bebê não precisa apenas de alimentos e de cuidados, mas também de ternura, afeição e amor. Todavia alimentar e amar não são suficientes. Além disso, é necessário que haja adequação entre as ofertas maternas e as reais necessidades do bebê. Do mesmo modo que não há qualquer dúvida que uma mãe pouco afetuosa é uma mãe ruim, o inverso não é muito mais desejável. Uma mãe incapaz de adivinhar as necessidades do seu filho, atendendo imediatamente a quaisquer manifestações do bebê com alimentos, com uma excessiva pressa em satisfazer as suas necessidades, causaria também efeitos desastrosos para a criança. Pois, em ambos os casos, a mãe não estaria à escuta do seu filho, e não teria assim uma empatia com ele.

Conforme Winnicott (idem), o bebê tem tendências inatas de desenvolvimento, de sensibilidade, e um ego não desenvolvido para lidar com as demandas do id. Esse

bebê precisa da mãe para ajudá-lo a reconstruir uma condição ambiental semelhante à situação intra-uterina.

De acordo com Apfeldorfer (1993), o exame que Winnicott faz a respeito da distorção do ego em termos de verdadeiro e de falso self, está diretamente relacionado com o conceito de mãe suficientemente boa e mãe não suficientemente boa. Winnicott partiu da concepção original de Freud de que há uma parte mais central do ego (self), relacionada com os instintos, e uma parte mais externa, voltada para a vida de relação com o ambiente. Um self verdadeiro começa a ter vida através da força dada ao ego fraco do bebê pela complementação da mãe das expressões de onipotência do bebê. Isto é, a mãe suficientemente boa alimenta a onipotência do bebê.

No entender de Apfeldorfer (idem), o verdadeiro self seria, portanto, um self espontâneo e criativo, fonte da alegria, do equilíbrio e da saúde mental, enquanto o início do falso self resultaria da inabilidade da mãe em sentir as necessidades do bebê.

O falso self desenvolve uma organização do ego que é adaptada ao ambiente. Como o bebê teria nesse caso uma mãe não suficientemente boa, isto é, sem devoção, mãe esta que substituiria a manifestação do bebê pela sua própria, validada pela submissão do bebê, ele constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e lançando mão de introjeções, cresce tornando-se muito parecido com quem quer que, no momento, domine o seu cenário. O falso self exerce influência no relacionamento pessoal, construindo artificialmente sucessos, fazendo falsas adaptações para encobrir a fragilidade do self verdadeiro, segundo Apfeldorfer (idem).

Em todas as etapas iniciais da concepção do sujeito, Winnicott (1980), ressalta a relevância do mundo externo. O desenvolvimento do self se dá inicialmente segundo três processos: a integração, a personalização e a realização. Para que se dê a integração, são necessários dois tipos de experiências: o cuidado materno e as experiências pulsionais. Um fracasso nesse primeiro processo remeteria, como uma espécie de regressão, para a desintegração. Nessa linha, um bebê que não tenha qualquer pessoa para “juntar seus pedaços” tem um prejuízo na sua auto-integração, podendo não cumpri-la ou não senti-la com confiança.

Segundo Winnicott (1982), a personalização seria o desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo. Essa personalização é constituída

pelas repetidas e tranqüilas experiências de cuidado corporal somadas à experiência pulsional. Assim, para Winnicott, a tarefa da mãe é imprescindível. Seria necessário ela oferecer o ambiente facilitador, o *holding*, proteger seu bebê de complicações, e fornecer-lhe, de maneira uniforme, o mundo que passa a conhecer através dela.

Contrariamente às concepções de Melanie Klein, Winnicott (1980), acredita que uma maternagem boa evitaria o uso de mecanismos dissociativos e de sentimentos persecutórios por parte do bebê. E, caso não houvesse essa condição, o bebê não faria uma separação do objeto bom e mau, como Klein acreditava, mas teria uma sensação de caos e ansiedades primitivas.

A sua posição quanto à inveja também é completamente diferente da de Klein. Winnicott (1982) acredita que a inveja é produto de uma relação boa que a criança desenvolve com a mãe. Na medida em que é necessário estimular na criança a idealização da mãe, no futuro se produzirá na criança uma inveja da mãe como objeto nunca alcançado de todo.

Uma vez desenvolvidas a integração e a personalização num bebê inicia-se, segundo Winnicott (1980), o seu processo de realização em que se dará o verdadeiro crescimento e desenvolvimento emocional.

Quando Winnicott (1982) afirma que não existe um bebê sem a sua mãe, está assinalando um princípio para a compreensão do self, que na verdade está presente a cada momento do processo maturacional: não existe o self sem o outro, o self acontece no mundo. A subjetividade é constituída não só pelo mundo interno, mas também pelo ambiente.

Segundo Winnicott (1980), o acontecer humano demanda a presença de um outro. As primeiras organizações psíquicas do bebê, a entrada na temporalidade, a abertura da dimensão espacial, a personalização só se constituem e ganham realização pela presença de alguém significativo.

Conforme Philippi e Alvarenga (2004), assim que nascem os bebês apresentam naturalmente o comportamento de sugar o seio como forma instintiva de sobrevivência. Mas, mesmo depois de satisfeito, o bebê continua sugando, seus dedos, seu polegar, e algumas vezes até o punho ele leva à boca na intenção de satisfazer algo mais, algo

que transcende a fome, na tentativa de suprir outra necessidade, a necessidade de prazer.

Este prazer, segundo Rappaport, Fiori e Herzberg (1981), está localizado num espaço potencial entre o mundo interno e o externo. Para o bebê seu mundo restringe-se à relação com o seio e a mãe, sente que tudo faz parte dele, inclusive a mãe e o seio. Tudo aquilo que lhe pertence e o que não lhe pertence também é reconhecido por ele como uma continuação do seu próprio corpo, por isso a grande importância do contato físico dessa criança com a mãe ou com alguém que assuma esta função, que acaricie este bebê e que vá naturalmente definindo os limites do seu corpo. Existe uma seqüência de eventos que começa com as primeiras atividades do polegar na boca do bebê e que acaba por conduzi-lo a uma fraldinha, uma chupeta, ou a um brinquedo propriamente dito que vai aos poucos sendo reconhecido como algo que não faz parte do corpo dele, mas que pertence à realidade externa.

Segundo Rappaport, Fiori e Herzberg (idem), esses objetos são usados pelo bebê como uma forma de defesa contra a ansiedade, e são chamados de objeto transicional. A mãe, sabendo de seu valor para o bebê, os leva consigo para onde for que o bebê esteja. A mãe muitas vezes permite que fique sujo e mal cheiroso, sabendo que, se lavá-lo, produzirá uma ruptura de continuidade na experiência do bebê, ruptura que pode destruir o valor do significado para ele. Esse fenômeno é considerado saudável quando começa a surgir entre os seis e os doze meses de idade, e depois amplia-se naturalmente para os outros objetos e para outros âmbitos de interesse da criança, conforme vai crescendo e deixando para trás as necessidades da fase pertinente aos bebês. Aí está a origem do comportamento futuro de brincar de uma criança.

Conforme Apfeldorfer (1993), o perigo é que os padrões estabelecidos na tenra infância podem persistir na infância propriamente dita, de modo que o objeto transicional original, como a fraldinha, continue a ser absolutamente necessário na hora de dormir, em momentos de solidão, ou quando um humor depressivo ameace manifestar-se. A necessidade de um objeto específico ou de um padrão de comportamento que começou em época muito primitiva do desenvolvimento, pode reaparecer numa idade posterior, diante de alguma privação e de problemas.

De acordo com Rappaport, Fiori e Herzberg (1981), o normal é que este objeto transicional seja gradativamente trocado por outros objetos mais interessantes e adequados, de maneira que, com o decorrer dos anos, se torne não tanto esquecido, mas relegado a ponto de perder seu significado, e a partir de então se relacione através do brincar com outros objetos e pessoas.

Segundo Philippi e Alvarenga (2004), embora tenham alguns pontos de vista diferenciados, Freud, Klein e Winnicott são unânimes quando afirmam a importância da amamentação e de um desmame adequado.

Conforme Rappaport, Fiori e Herzberg (1981), a amamentação é extremamente importante para se estabelecer o vínculo central da maternagem. Mas, como se trata de uma fase de desenvolvimento oral, as fantasias ligadas à amamentação são o núcleo da maternagem, mas não a própria maternagem. Essas fantasias são organizadoras do mundo interno da criança e correlacionam-se apenas fragmentariamente com a realidade externa e objetiva. Se o desenvolvimento fosse diretamente correlacionado ao processo externo objetivo, a criança seria tão mais ajustada quanto maior fosse a quantidade de leite produzida e a duração do aleitamento. Mas isto não é verdade, pois o relacionamento com a mãe é primordialmente qualitativo. O que importa não é somente dar o seio, mas sim como o seio é dado, como as solicitações paralelas da criança são atendidas, ou seja, não se está apenas incorporando o leite da mãe, mas também sua voz, seus embalos e suas carícias. As carícias da mãe não só proporcionam intensa sensação de prazer, como vão progressivamente dando à criança a configuração de seu próprio corpo; portanto, vão auxiliando a configuração do esquema corporal. O eu da criança começa a configurar limites, ou seja, a ter existência própria pelo contorno que lhe é dado pelo corpo materno. O bebê começa a diferenciar o eu (si mesmo) do não eu (mãe).

De acordo com Rappaport, Fiori e Herzberg (idem), o leite em si não é suficiente para o desenvolvimento sadio. Mamar deve ser acompanhado de um ritual prazeroso de conhecimento de uma figura amada e permanente. É importante observar que, com relação à figura materna, o ponto fundamental é a presença de uma mulher que seja figura estável, que seja capaz de dar amor e que seja, ao nível qualitativo, capaz de compreender e atender adequadamente as solicitações básicas feitas pela criança. O

fundamental para a criança não é necessariamente a mãe biológica, mas sim uma figura materna. Não importa se a mãe é verdadeira ou não ao nível biológico. Importante é que seja uma figura capaz de criar laços estáveis de amor e de confiança na relação estabelecida com o bebê.

No entender de Carneiro (2000), da mesma forma, o seio real não é indispensável para o desenvolvimento psicológico sadio da criança. A maternagem é um processo global de envolvimento mãe-filho. Caso a mãe não possua leite, ou mesmo em caso de filho adotivo, é o relacionamento amoroso e corporal como totalidade que alimentará os processos introjetivos da criança. Portanto, mesmo não havendo leite no seio, a figura materna será adequada se puder amar e se puder repetir todo o ritual existente na amamentação real.

Segundo Apfeldorfer (1993), a ausência de um aleitamento materno adequado está, com freqüência, correlacionada a problemas emocionais no desenvolvimento da criança. Em seu processo de desenvolvimento, a criança apresenta uma seqüência definida na evolução de seu mundo psicológico, ou seja, o momento de interrupção da amamentação concretizará diferentes posturas no relacionamento com o mundo. Posturas estas que, embora iniciadas nestes momentos, tenderão a se expandir para todo o desenvolvimento futuro, ou seja, todas as modalidades de relações futuras poderão estar permeadas por este processo.

Conforme Rappaport, Fiori e Herzberg (1981), é senso comum para estudiosos da psicologia que a amamentação deve perdurar, no mínimo, até o sexto mês. O desmame deve começar por volta do terceiro mês, quando é iniciada a introdução de sucos e papinhas. Progressivamente as refeições infantis o vão substituindo, até que, ao final do sexto mês, o seio pode ser deixado.

Na visão de Rappaport, Fiori e Herzberg (idem), o seio, primeiro objeto de amor e ponto de partida para o desenvolvimento das relações objetais, não deve ser perdido, antes que outros objetos possam ser amados e valorizados para servirem de suporte a esta perda fundamental. Por volta do terceiro mês a criança já está estabelecendo suas relações com a mãe. Para Melanie Klein, situa-se, aproximadamente, entre o terceiro e quarto mês a passagem da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva, ou seja, as apreensões cindidas passam a ceder lugar à apreensão de objetos inteiros. O

relacionamento prazeroso, ainda que dependente do seio, já pode ser efetuado com a mãe como um todo. O pai passa a ser percebido, constituindo nova fonte de relacionamento prazeroso. Os alimentos que são progressivamente introduzidos também dão prazer.

De acordo com Philippi e Alvarenga (2004), o seio só deve ser perdido quando existirem outras fontes de satisfação e ligações afetivas que compensem a perda. O desmame progressivo permitirá que os novos vínculos sejam progressivamente estabelecidos, à medida que o vínculo inicial com o seio for sendo aos poucos reduzido. Por mais que a interrupção da amamentação seja correta, a criança sentirá a perda. O desmame é, provavelmente, a maior frustração do desenvolvimento afetivo dos indivíduos. Se perdido, porém, o seio, restam mãe e pai amorosos e adequados; se perdido o leite, ganha-se a possibilidade de todos os outros alimentos; se perdido o prazer de sugar, ganha-se o de morder. E com isso a frustração é assimilada porque os ganhos são maiores do que a perda.

Conforme Rappaport, Fiori e Herzberg (1981), quando a amamentação é interrompida antes que surjam outros vínculos de prazer que permitam suportar a frustração, o sentimento que fica é de carência, uma sensação de que é preciso comer, é preciso incorporar e de que o que é recebido nunca é o bastante. Para preencher esta falta, é preciso sempre buscar relações onde as pessoas ou objetos sejam um eterno vertedouro de prazer e alimento. Quando este sentimento se acentua, e isto poderá ocorrer quando a maternagem como um todo não for sentida como satisfatória, tem-se o desenvolvimento de uma postura chamada de oral captadora.

Segundo Rappaport, Fiori e Herzberg (idem), o tipo oral captador permanece na eterna expectativa de poder apenas se “amamentar” em todas as relações que estabelece no decorrer de toda sua vida. Os glutões, os alcoólatras e os toxicômanos são exemplos de uma eterna tentativa de satisfação oral.

CONCLUSÃO

A partir de pesquisas realizadas em literaturas científicas especializadas, aliadas à constatação do crescente aumento do número de obesos entre a população mundial, acarretando sérias repercussões orgânicas e psicossociais, desde a infância até a vida adulta, constatou-se a importância do trabalho dos psicólogos na prevenção e suporte emocional dos indivíduos obesos e de seus familiares.

Verificou-se que o desenvolvimento da obesidade na fase adulta pode também estar relacionado a problemas ocorridos na fase oral do desenvolvimento infantil.

Segundo Herscovici (1997) apud Philippi e Alvarenga (2004), a amamentação, assim como a alimentação estão sempre acompanhadas por um contorno emocional, que deve ser sempre considerado e analisado ao se tentar compreender os transtornos alimentares como a obesidade.

Alimentar-se, ser alimentado ou alimentar alguém engloba, dentro da visão psicológica, um fenômeno muito mais complexo do que apenas nutrir-se. Não se procura o alimento apenas para saciar a fome biológica, mas também para saciar a “fome emocional”.

Segundo Philippi e Alvarenga (2004), a psicologia entende a obesidade como uma dinâmica, como uma forma de se relacionar com o mundo, consigo próprio e, conseqüentemente, com o alimento. E essa maneira de se relacionar com o mundo, conforme Winnicott, Freud e Klein, começa a ser estabelecida já nas primeiras horas de vida do bebê através da amamentação e da relação mãe/bebê, podendo ser estendida por toda vida.

Segundo Freud (1969) apud Rappaport, Fiori e Herzberg (1981), o desenvolvimento humano é constituído por fases: oral, anal, fálica, período de latência e genital. Cada uma dessas fases tem a libido voltada para uma zona erógena corporal. O esperado é que o indivíduo passe sucessivamente por todas elas. Mas se num dado momento da evolução, por algum motivo, a angústia for muito forte, o ego criará mecanismos de defesa para enfrentá-la. Isto cria um ponto de fixação, ou seja, um

momento no processo evolutivo onde se paralisa por não poder satisfazer um desejo, deixando a energia estagnada.

Concluiu-se que, provavelmente, muitos indivíduos obesos tiveram algum tipo de problema em sua fase oral do desenvolvimento como, por exemplo, uma maternagem inadequada, conforme constatou Winnicott (1999), ou um desmame precoce gerando uma fixação nesta fase. Com isso, passam toda sua vida tentando suprir por meio da alimentação excessiva as suas carências emocionais, associando alimentação à afetividade.

Os indivíduos obesos têm uma relação muito complexa e difícil com a comida. Ao mesmo tempo em que ela é fonte de prazer (amor), é também geradora de desprazer (ódio). Assim como os bebês fantasiam que o seio é suficientemente bom para acabar com qualquer aflição, os adultos obesos fantasiam que a comida tem o poder de amenizar seus problemas e ansiedades. No entanto, ao comer em excesso, acabam engordando e, vivenciando o desprazer de serem discriminados socialmente. Na fase adulta, os indivíduos obesos fixados na fase oral do desenvolvimento, acabam repetindo o paradoxal modelo do seio bom e seio mau. Segundo Melanie Klein (1996), o seio é dotado de muito mais que nutrição. Para o bebê, ele é a fonte da vida, um suprimento fantasiado inexaurível de amor e prazer. Dessa maneira, o bebê usa o seio para afastar a ansiedade. Mas, por não poder proporcionar uma satisfação contínua, ele se torna uma fonte de privação e frustração.

Podemos concluir, através dos nossos estudos que, possivelmente, a maioria dos obesos apresenta uma fixação na fase oral, uma organização oral exacerbada que fixa uma modalidade de satisfação, na qual toda troca é oral, enfatizando a alimentação como sendo, muitas vezes, a única fonte de prazer na vida.

Essa distorção acaba sendo reforçada pela dificuldade que os obesos encontram em obter prazer nas relações sociais e afetivas, por se sentirem excluídos, rejeitados ou discriminados.

Assim, por não estarem enquadrados nos padrões socioculturais aceitos atualmente, os obesos encontram muitas dificuldades sociais e afetivas no decorrer de suas vidas.

Isso cria um sentimento de vazio interior que tentam preencher sempre através da alimentação, uma vez que o instinto de fome foi erroneamente relacionado ao instinto de prazer.

Para os obesos, o prazer estará sempre relacionado à boca, estabelecendo com o mundo uma relação de introjeção, típica da fase oral do desenvolvimento infantil.

Diante disso, é preciso que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com estas questões, fazendo com que os indivíduos obesos, os familiares e a sociedade tratem a obesidade como um distúrbio alimentar passível de tratamento multidisciplinar, e não como um sinal de fraqueza pessoal e de falta de força de vontade.

Para melhorar a sua auto-estima, é necessário construir relações onde o indivíduo obeso se sinta melhor consigo mesmo e que a sociedade passe a respeitá-lo, melhorando, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APFELDORFER, Gerard. Como logo existo: excesso de peso e perturbações do comportamento alimentar. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.

BERNARDI, Fabiana; CICHELERO, Cristiane; VITOLO, Márcia Regina. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Rev. Nutr. Vol. 18. Campinas, 2004.

BUSSE, Salvador de Rossi (org.) et al. Anorexia, bulimia e obesidade. Barueri: Manole, 2004.

CARNEIRO, Hely Felisberto. A obesidade sob a visão do psiquiatra: um conceito humano para avaliar o peso. São Paulo: Atheneu, 2000.

FELIPPE, Flávia Maria Lacerda. O peso social da obesidade. Tese de Doutorado em PUCRS: Porto Alegre, 2001.

FERRIANI, Maria das Graças C. et al. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Vol. 5. Recife, 2004.

FREUD, Sigmund. Algumas lições elementares de psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

KLEIN, Melanie; RIVIERE, Joan. Amor, Ódio e Reparação. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

LEAL, Gláucia. Você tem fome de quê? Revista Viver: mente & cérebro. Ano XIII n.152. São Paulo: Segmento-Duetto, 2005.

PAIM, Maria Cristina Chimelo; STREY, Marlene Neves. Corpos em metamorfose: um breve olhar sobre os corpos na história, e novas configurações de corpos na atualidade. Revista Digital Disponível em: <http://www.efdeportes.com>. Ano 10 n. 79. Buenos Aires, dezembro de 2004. Acesso em: 05 set. 2005.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva; ALVARENGA, Marle. Transtornos Alimentares: uma visão nutricional. Barueri: Manole, 2004.

RAPPAPORT, Clara Regina (coord.); FIORI, Wagner da Rocha; HERZBERG, Eliana. A infância inicial: o bebê e sua mãe. v. 2. São Paulo: EPU, 1981.

WEININGER, Otto. Melanie Klein: da teoria à realidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

WINNICOTT, D. W. A criança e o seu mundo. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

_____. A família e o desenvolvimento do indivíduo. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

