

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARIA CAMILA MAHFOUD MARCOCCIA

A experiência materna na clínica da obesidade infantil: estudo  
psicanalítico

São Paulo

2017

MARIA CAMILA MAHFOUD MARCOCCIA

A experiência materna na clínica da obesidade infantil: estudo  
psicanalítico

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós Graduação *Strictu*  
Sensu em Psicologia Clínica do  
Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo, como  
requisito para obtenção do título de  
Mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração:

Psicologia Clínica

Orientador: Tania Maria José Aiello-  
Vaisberg

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mahfoud Marcoccia, Maria Camila  
A experiência materna na clínica da obesidade  
infantil: estudo psicanalítico / Maria Camila  
Mahfoud Marcoccia; orientadora Tania Maria José  
Aiello Visberg. -- São Paulo, 2017.  
111 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia,  
Universidade de São Paulo, 2017.

1. Obesidade Infantil. 2. Mães. 3. Procedimento  
Desenho-Estória com Tema. 4. Método psicanalítico. I.  
Aiello Visberg, Tania Maria José, orient. II.  
Título.

Nome: Marcoccia, Maria Camila Mahfoud

Título: A experiência materna na clínica da obesidade infantil: estudo psicanalítico

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*Aos meus pais, irmãos e sobrinhas.*

*Ao meu tio e padrinho Miguel.*

*Aos meus amigos.*

*Ao CREN.*

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora professor doutora Tania Maria José Aiello Vaisberg, por seus ensinamentos, incentivo, paciência e dedicação.

Às mães e crianças do CREN, motivo maior de realização desse trabalho, que cada dia me ensinam mais a ser psicóloga e pessoa.

À direção do CREN pelo incentivo e oportunidade na realização deste trabalho

Aos meus colegas de trabalho, em especial a equipe técnica do Semi Internato: Elizabeth Borges, Caroline Campion, Claudete Cavalcante, Jessé Galvão, Léa Souza, Renata Pires e Tatiana Tiradentes pela paciência, ajuda, trabalho em equipe e tantos momentos de aprendizagem juntos.

Agradeço a cada um que faz parte da família CREN pela companhia nesses dois anos de estudos. Faço uma menção especial aos amigos Guilherme Alexmovitz, Vivian Carvalho, Juliana Calia, Mônica Salle, Maria Paula de Albuquerque, Malu Ventura, Ana Claudia Nascimento, Gisela Solymos e Giovanna Ottoni que me incentivaram e acolheram na realização desse mestrado.

Aos meus pais, Sandra e Roberto, aos meus irmãos Rafael e Karina, a Carol, Maria e todos os demais familiares pela ajuda, acolhida, força, paciência e dedicação.

Ao meu tio Miguel Mahfoud, exemplo de professor e pessoa, que me inspirou e incentivou ao mestrado.

Às amigas da minha casa: Célia, Silvana, Regina, Isabel, Nena, Sílvia, Nayara, Mercedes, Giovanna, Gisela, Liara e Ana Tereza que tanto me ajudaram concretamente com ações e afetos.

Aos meus amigos que me sustentaram durante esses dois anos: Ricardo e Marina, Carol e Bruno, Dani, Leandro e Brenda, Roberta e LG, Alex e Marselha, Fernando, Débora, Marcão, Rafa e Carol, Érica, Milena, Liara, Suelen, Ana Maria, Cynthia, Braco, Julian, Luca e Cesco.

Aos meus amigos Alexandre André, João Marcos e Fernanda, Marcio e Melissa, Renata e Paulo, pela confiança e ajuda constante.

Aos colegas da Ser e Fazer que contribuíram com o aprendizado e diálogo

Por fim, aos colegas e professores que o mestrado me fez encontrar e que de algum modo me construíram e contribuíram para formação e diálogo em diversas perspectivas.

## RESUMO

Marcoccia, M. C. M. (2017). *A experiência materna na clínica da obesidade infantil: estudo psicanalítico*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A presente pesquisa objetiva investigar psicanaliticamente a experiência emocional de mães de crianças com diagnóstico de obesidade, justificando-se na medida em que o tratamento da condição, que inclui atenção psicológica, implica importante participação materna. O trabalho se organiza como estudo de caso da mãe de uma criança obesa em atendimento. O material clínico apresentado corresponde a duas narrativas transferenciais, relativas à história de vida e à entrevista individual da participante, que inclui suas manifestações produzidas em resposta ao Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. A consideração psicanalítica desse material permitiu a produção interpretativa de dois campos de sentido afetivo emocional: “Sou mãe de um menino, logo existo” e “Minha mãe me ama, logo existo” que apontam para dificuldades básicas e para movimentos de busca de constituição de si mesma como pessoa significativa para si e para o outro. Fica assim demonstrado que a experiência emocional materna, no caso estudado, está fortemente marcada por dificuldades subjetivas básicas, ligadas a processos de constituição de *self*, o que provavelmente afeta o cuidado psicológico do filho. Tal achado indica que é possível que a obesidade infantil seja expressão sintomática de complexas configurações familiares, de caráter transgeracional.

**Palavras-chave:** Obesidade Infantil, Mães, Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, Método Psicanalítico.

## ABSTRACT

Marcoccia, M. C. M. (2017). *The maternal experience in the clinical treatment of childhood obesity: a psychoanalytic study*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The present study aims to psychoanalytically investigate the emotional experience of obesity diagnosis children's mothers, justifying on the extent that the treatment of the condition, which includes psychological attention, implies important maternal participation. The work is organized as a case study of an obese in care child's mother. The clinical material presented corresponds to two transference narratives, related to life history and to individual participant interview, which includes their manifestation produced in response to the Theme Drawings-Story Procedure. The psychoanalytical consideration of this material allowed the interpretative production of two fields of emotional affection: "I am a boy's mother, so I exist" and "My mother loves me, so I exist", which points out to basic difficulties and to constitution seeking movements to herself as a significant person to her own and to the other individual. It is thus demonstrated that the maternal emotional experience, in the studied case, is strongly measured by basic subjective difficulties, linked to the constitution processes of self, which probably affects the psychological child's care. Such discovery indicates it is possible that the childhood obesity is a symptomatic expression of family complex configuration, from a transgenerational nature.

**Key Words:** Child Obesity, Mothers, Theme Drawings-Stories Procedure, Psychoanalytic Method.



## SUMÁRIO

<b>Apresentando nosso trabalho .....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 1: Compreendendo a contribuição da psicologia na clínica da obesidade infantil.....</b>	<b>14</b>
A clínica psicológica nas instituições de saúde .....	14
A psicologia e a medicina .....	15
A contribuição da psicologia na clínica da obesidade .....	17
Psicologia psicanalítica e obesidade .....	20
A psicologia infantil nas instituições de saúde .....	22
<b>Capítulo 2: Revisando a literatura .....</b>	<b>27</b>
Primeiro momento de busca .....	28
Segundo momento de busca .....	38
Terceiro momento de busca .....	38
Visão panorâmica da literatura estudada .....	42
<b>Capítulo 3: Compondo estratégias metodológicas.....</b>	<b>44</b>
Fundamentos teórico-conceituais .....	44
Procedimentos investigativos .....	51
<b>Capítulo 4: Degustando o caso clínico .....</b>	<b>56</b>
O trabalho com obesidade infantil .....	56
História clínica .....	58
Entrevista individual de pesquisa clínica .....	64
Desenho-Estória .....	67
<b>Capítulo 5: Refletindo sobre o caso clínico .....</b>	<b>69</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>84</b>
<b>Apendices .....</b>	<b>98</b>

## APRESENTANDO NOSSO TRABALHO

Esta pesquisa objetiva estudar a experiência emocional de mulheres cujos filhos receberam diagnóstico de obesidade exógena. Essa iniciativa se justifica quando nos lembramos de que a condição infantil dos pacientes exige a participação dos cuidadores familiares, dado o modo como nossa sociedade se organiza no que diz respeito à proteção das crianças.

A escolha das mães, como principal familiar, para a realização dessa investigação, deriva da constatação, realizada no próprio serviço, no qual este trabalho foi realizado, uma clínica voltada ao atendimento de problemas de má-nutrição infantil, de que cerca de 95% dos principais responsáveis pelo tratamento são suas mães uma vez que a grande maioria delas tem companheiros que preferem delegar-lhes os encargos relativos ao cuidado das crianças.

Por outro lado, o que observamos na instituição reflete algo que ocorre na sociedade como um todo, na medida em que o cuidado infantil é visto de maneira predominante como responsabilidade da mulher, que seria aquela que melhor entenderia as necessidades infantis (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011; Granato & Aiello-Vaisberg, 2013).

Todavia, esse arranjo cultural não deixa de ter custos, especialmente a partir do momento em que as mulheres passaram a se inserir na vida profissional, deixando de se dedicar inteiramente à vida doméstica. Nessa linha, compreendemos os apontamentos de Visintin (2016), no sentido de mostrar que a maternidade se configura como sofrimento social visto que se concretiza sob a vigência de imaginários que exigem que a mulher se torne mãe e que a maternidade seja exercida em condição de dedicação absoluta à criança. Claro que essa conclusão não significa que o autor não reconheça, como Mattar e Diniz (2012), que a maternidade pode ser vivenciada de diferentes maneiras a depender de diversas condições, como etnia, classe social, idade, nem que comporte, sempre, aspectos gratificantes. Entretanto, o ponto para o qual chama a atenção, diz respeito ao fato de pesados encargos serem socialmente

depositados sobre os ombros da mulher, gerando uma pressão intensa e dificultando a busca de outros apoios - da parte de familiares, de instituições e da comunidade. De todo modo, o fato é que, no imaginário coletivo, a mãe figura como cuidadora primária, que sofre, ao ser considerada responsável até mesmo pelas dificuldades, doenças e sofrimentos do filho.

Nessa linha, não nos surpreende constatar que habitualmente os profissionais de saúde parecem atribuir a má nutrição infantil, problemática que pode se expressar demais de um modo, entre os quais se inclui a obesidade, a falhas maternas. Em nossa experiência, temos observado duas formas mais comuns de considerar essa questão: 1) como problema a ser sanado mediante instrução e educação nutricional da mãe; e 2) como problema a ser solucionado mediante atenção psicológica clínica com relação a aspectos afetivo-emocionais. Em ambos os casos existe a responsabilização da mãe frente à obesidade do filho. Conforme a primeira forma, partiríamos de uma perspectiva mais racional de que a mera informação e o conhecimento seriam suficientes para que a mãe se tornasse capaz de alimentar e cuidar bem de seu filho. De acordo a segunda forma, bastaria operar no sentido da realização de tratamento psicológico da mãe para solucionar o problema.

A nosso ver, as práticas de cuidado não são definidas de modo técnico e racional. Evidentemente, refletem aspectos da personalidade daqueles que cuidam das crianças que, por seu turno, não são seres inteiramente passivos, que os adultos moldam como desejam. Além disso, não ignoramos que os modos como os seres humanos lidam com as novas gerações é culturalmente determinado e transmitido, refletindo modos de ser prevalentes nesta ou naquela formação cultural. Entretanto, dadas as condições atuais de vida, não podemos negar que a relação mãe e filho acaba por se constituir como uma espécie de ambiente primordial fortemente marcado pelas características psicológicas da mãe, que é o polo subjetivamente mais complexo, que deve atender às necessidades da criança que se encontra nas fases iniciais do desenvolvimento emocional.

Desse modo, sem subscrever de modo acrítico as visões, segundo as quais a maternidade seria concebida de modo abstrato, natural e isolado das

condições concretas da vida social, mas reconhecendo a realidade em que nos encontramos inseridos, no que diz respeito ao cuidado das crianças, compreendemos a experiência emocional materna como questão essencial, a ser levada em conta no tratamento da criança obesa. Por esse motivo, concebemos a presente pesquisa, visando produzir conhecimento que possa contribuir para o aprimoramento dos atendimentos à criança com obesidade.

Apresentamos, a seguir, os capítulos que compõem esta dissertação.

No primeiro capítulo, “Compreendendo a contribuição da psicologia na clínica da obesidade infantil”, articulamos uma reflexão teórica sobre o papel da psicologia no campo da saúde e, em especial, na clínica infantil. Finalizamos nossas considerações focalizando o tratamento da criança obesa.

O segundo capítulo, intitulado “Revisando a literatura”, apresentamos e discutimos as tendências atuais do debate científico em que se insere esta pesquisa.

“Compondo estratégias metodológicas” consiste em um capítulo organizado em duas seções. A primeira apresenta fundamentos teórico-conceituais que norteiam nossa investigação qualitativa, que se centra no uso do método psicanalítico. Na segunda seção, descrevemos os procedimentos investigativos de configuração, de registro e de interpretação do acontecer clínico, por meio dos quais operacionalizamos o método psicanalítico. Incluímos também o chamado procedimento investigativo de interlocuções reflexivas, modo particular de teorização, de caráter local, que se caracteriza por uma retomada de nossas interpretações – que são os resultados de nossa pesquisa, à luz do pensamento de outros autores.

No quarto capítulo, “Degustando o caso clínico”, iniciamos com uma narrativa que retrata nossa inserção no local onde foi realizada a investigação científica. Posteriormente, apresentamos duas narrativas transferenciais dos encontros com a participante. A primeira delas corresponde à sua história clínica. A segunda está organizada ao redor da entrevista na qual foi utilizado o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema.

O capítulo intitulado “Refletindo sobre o caso clínico” cumpre duas funções: apresentar os dois campos de sentido afetivo emocional criados/encontrados e refletir sobre eles, em diálogo com interlocutores escolhidos. Os campos de sentido afetivo-emocional correspondem à noção de inconsciente com a qual trabalhamos aqui, a partir da perspectiva da psicologia concreta, algo que não diz respeito apenas ao psiquismo individual, mas que se dá como campo intersubjetivo. Refletimos sobre nossas interpretações – nossos campos – estabelecendo interlocuções com dois autores, Winnicott e Mahfoud, porque entendemos que produziram contribuições que permitem ampliar e aprofundar nossa compreensão.

## **COMPREENENDO A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA NA CLÍNICA DA OBESIDADE**

Apresentamos, neste capítulo, considerações a partir das quais delimitamos o objetivo da presente pesquisa: a investigação psicanalítica da experiência emocional de mulheres-mães<sup>1</sup>, cujos filhos apresentam problemas de obesidade. Como será visto, partimos de uma prática psicológica em instituição de saúde, no trabalho em conjunto com uma equipe multiprofissional, sobre a qual trazemos um olhar compreensivo de onde nasce nossa preocupação com a questão da obesidade infantil.

### A clínica psicológica nas instituições de saúde

Até os anos 70, os psicólogos brasileiros atuavam predominantemente na clínica particular, destinada a pessoas com condição social elevada e em atividades de saúde mental ligadas à psiquiatria (Dilmenstein, 1998). Ao final dessa década, a proliferação de faculdades de psicologia lançou no mercado de trabalho um número crescente de profissionais que contribuiu para expandir essa atuação (Pereira & Neto, 2003). Na década de 80, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma visão ampliada de saúde-doença passou a ser exercida e incluiu, nos diversos dispositivos, profissionais como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros (Mencarelli & Aiello-Vaisberg, 2012).

A partir daí, houve um aumento do número de profissionais contratados nessas instituições, sobretudo para integrar equipes multiprofissionais. Os

---

<sup>1</sup> Usamos essa expressão, mulher/mãe, na acepção que lhe atribui Corbett (2014), vale dizer, tendo em vista destacar que a mãe não deixa de ser pessoa humana concreta.

profissionais da psicologia passam então a ser convocados a entrar em diálogo com outras esferas de conhecimento e buscam formas de atuação voltadas às necessidades sociais e históricas (Menegon & Coelho, 2007). Constela-se, desse modo, uma configuração que coincidia, em pontos fundamentais, com a visão do psicólogo preconizada, anos antes, por Bleger (1966/2004), que recomendava o abandono do consultório particular, ao qual somente tinham acessos as camadas privilegiadas da população, em favor de práticas psicológicas em âmbitos institucionais e comunitários.

A adoção do que pode ser considerado um novo paradigma clínico institui um novo desafio: o trabalho em equipe. O que antes era tradicionalmente decidido pelos médicos, hoje conta com a discussão e o auxílio de diversos profissionais formados em diferentes áreas de conhecimento (Tonetto e Gomes, 2007).

Quando os psicólogos entram na área da saúde e no diálogo com outros profissionais, deparam-se inicialmente com uma diferença nos discursos utilizados. Apesar de em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) ter definido saúde como estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade, quebrando o modelo biomédico; observamos evidentes dificuldades por parte de muitos profissionais, na assimilação da inclusão de uma dimensão psicossocial (Moretto, 2001).

### A psicologia e a medicina

Abordando a problemática da histeria, como matriz clínica, a psicanálise freudiana inaugura um novo pensamento na medida em que estabelece a possibilidade de ocorrência de sintomas de doenças físicas sem nenhuma causa orgânica. É a partir desse interesse que o médico dá espaço à palavra do paciente e nasce o que conhecemos hoje como psicanálise. Desloca-se o saber, mesmo que inconsciente, para o paciente, enquanto o analista passa a ser considerado somente um facilitador; privilegia-se o escutar e a relação; olha-se o paciente e este se torna protagonista (Correia, 2006; Moreto, 2001; Moreira,

Ramagnoli & Neves, 2007). Assim, podemos afirmar que, com o advento da psicanálise, a ideia que entra em jogo é a de que o paciente detém o saber sobre si mesmo e que pode vir a revelar-se, enquanto o psicólogo exerce uma função mediadora. Tal configuração opõe-se ao discurso médico no qual o profissional assume o conhecimento a partir do qual a cura pode se processar.

Podemos, por meio desses dois paradigmas, falar em subjetividade. Foucault chamou *ciência* a busca pela objetivação, replicação, mensuração e classificação, aspectos característicos de uma relação formal entre observador e objeto de estudo, garantida pela racionalização da linguagem médica (Foucault, 2000 e 2006c). Moretto (2001), ao fazer uma leitura psicanalítica do *discurso médico*, diz que, apesar das tentativas, a exclusão da subjetividade é muito mais imaginária que concreta, pois as questões transferenciais e contratransferenciais acontecem. É exatamente pela percepção do fracasso dessa objetivação que a psicanálise entra nas instituições de saúde e hospitais. Nessa linha de pensamento, a subjetividade não pode ser negada na medida em que a psicologia convoca a retomar o caminho qualitativo da existência, não sendo possível investigar na experiência o objetivo sem o subjetivo (Gomes, Paiva, Valdés, Frota, Albuquerque, 2008).

Aqui fica muito evidente a importância da relação inter-humana, bem como uma crítica sobre a ideia de neutralidade. Essa também é uma visão introduzida pela concepção freudiana dentro das ciências médicas. Nessa perspectiva, o conhecimento seria produzido em campo relacional, no “entre” analista e paciente. Assim, é necessário o posicionamento de ambas as partes, que o paciente assuma a posição de ser sujeito. Isso já se colocava de certa forma quando falamos do deslocamento da detenção do saber ao paciente. Com essa mudança de paradigma, na qual se escuta o paciente, entra outro aspecto bastante contrário à proposta da *ciência*, que é a particularidade, o singular. O discurso médico coloca a subjetividade de fora justamente para que se possa objetivar e categorizar. A ideia da psicanálise não é ajustar o paciente ao padrão de normalidade, mas sim escutar as particularidades do sujeito.

A teoria freudiana do inconsciente demanda a valorização da escuta do que é subjetivo e particular em cada um, o que corresponde, nessa perspectiva,



ao lugar onde o desejo pessoal se inscreveria. Tal escuta se conformaria de modo diferenciado, a partir do cultivo da atenção flutuante e da associação livre, que se apoiam em posicionamentos que buscam evitar preconceitos. A palavra afirma-se, nesse contexto de pensamento, como ferramenta de trabalho, circulando em campo transferencial (Freud, 1913/1996).

Ainda que devamos reconhecer que esse novo paradigma tenha sido inaugurado pela psicanálise freudiana, cabe recordar que há muito tempo é adotado por psicólogos que utilizam outros referenciais teóricos de linhagem compreensiva. Tais profissionais carregam consigo o desejo de escuta, de valorização da subjetividade e da singularidade e de sustentar o posicionamento do paciente enquanto sujeito.

Não precisamos refletir muito para nos darmos conta de que a assunção desse posicionamento, diverso daquele subjacente ao modelo médico clássico, coloca questões importantes para a prática clínica em contextos institucionais. Constela-se uma nova situação em que coloca aos psicólogos a necessidade de firmar um posicionamento distinto do adotado pelos médicos, que até a criação do trabalho em equipe lidavam com profissionais que subescreviam sua visão positivista.

Assim, quando o psicólogo tem a consciência clara do seu papel em uma equipe multiprofissional, ele favorece uma visão do fenômeno saúde de modo não limitado a causas e sintomas, contribuindo para a descoberta do sujeito, não de forma impessoal e massificada, mas revestida de sentido e singularidade. Desse modo, pode também possibilitar a compreensão do encontro inter-humano, entre profissionais e pacientes, bem como entre profissionais de diferentes áreas, buscando a compreensão e a intervenção a partir dessa perspectiva.

#### A contribuição da psicologia na clínica da obesidade

Observamos, entre os profissionais de saúde, a crença de que as pessoas seriam, de modo geral, capazes de aderir a hábitos saudáveis após terem

informações corretas. Tem-se a ideia de que a aquisição de conhecimento por si só poderia transformar hábitos e atitudes. É esse o tipo de crença que costuma nortear tanto a clínica curativa como idealizar programas preventivos.

A base dessa ideia está em imaginar, conscientemente ou inconscientemente, que as pessoas são seres fundamentalmente racionais e que, ao obter informações corretas, agirão de modo prudente. A realidade, contudo, mostra-se mais complexa. Observamos, na experiência cotidiana, que o mero conhecimento racional é insuficiente para gerar uma verdadeira transformação de hábitos e que não basta informar e orientar, é necessário ir além. Isso vale para qualquer mudança ou transformação na vida, desde prática de atividade física, mudança de hábitos alimentares, transformações no estilo de vida, entre outras coisas.

Como sabemos, a problemática da obesidade ou sobrepeso, tema fundamental do presente trabalho, consiste no acúmulo de gordura anormal ou excessiva que pode prejudicar a saúde. Em linhas gerais, podemos afirmar que essa alteração corporal se associa à ingestão de alimentos altamente energéticos e ricos em gorduras e à diminuição das atividades físicas (USA, 2014). Diante desse quadro, muitos profissionais, partindo da ideia de que a pessoa seria fundamentalmente racional, acreditam que a mera passagem de informação seria suficiente para ensejar uma modificação nos hábitos alimentares e para combater o sedentarismo. Nessa linha, muitos programas para prevenir e tratar a obesidade se embasam em transmissão de informações, de conhecimentos técnicos sobre dietas e alimentos, de dicas sobre a importância da atividade física e dos prejuízos gerados pela vida sedentária, orientações sobre malefícios e benefícios de determinados alimentos; além, é claro, de conversas sobre perspectivas futuras em relação a sua saúde.

É evidente que as informações que são transmitidas em consultas, orientações e palestras baseiam-se, efetivamente, em publicações científicas. As instruções nutricionais encontram, nas publicações médicas, uma fonte fundamental sobre questões genéticas, neurofisiológicas e comportamentais que podem estar associadas ao aparecimento e manutenção da obesidade, cujo foco principal são nutrição e procedimentos médicos (Berg, 2011). A nosso ver, o

valor dessa produção científica não deve ser subestimado. Entretanto, acreditar que basta torná-la direta ou indiretamente acessível ao paciente obeso e à sua família, para modificar comportamentos que se encontram na base do problema, corresponde a uma visão que não atenta suficientemente para a complexidade da subjetividade afetivo-emocional humana.

É verdade que informar pode ser um método adequado para algumas pessoas, visto que muitas vezes a má nutrição se vincula ao desconhecimento. Porém é bem expressivo o número de pacientes que, apesar de corretamente informado, ainda apresenta dificuldade em aderir aos encaminhamentos dos profissionais e em mudar algumas atitudes no cotidiano.

Embora possamos discriminar diversos referenciais teóricos, é possível afirmar que todos se inserem em uma de duas grandes correntes do campo da psicologia: as chamadas psicologias compreensivas, nas quais se encontram a fenomenologia e a psicanálise, entre outros referenciais, e a corrente positivista e pós-positivistas, na qual se insere a nomeada psicologia cognitivo-comportamental. Ambas as correntes podem, cada qual à sua maneira, estudar a questão da obesidade. Como veremos no próximo capítulo, um grande número de trabalhos publicados mostra como o enfoque cognitivo-comportamental pretende contribuir nesse tratamento, principalmente no trabalho de motivação e de suporte às mudanças comportamentais. Entretanto nossa atenção neste estudo se focará nas contribuições das psicologias compreensivas, principalmente porque atribuímos grande valor à dimensão afetivo-emocional do viver humano que, a nosso ver, desempenha importante papel na produção e manutenção da obesidade.

Segundo Aiello Vaisberg, Machado e Ambrosio (2009), o psicólogo trabalha sempre com sentidos, referindo-se, com esse termo, não à explicação sobre causas e conseqüências, e sim a experiências de vida, que colocam em jogo algo que ultrapassa o plano intelectual para englobar também a dimensão emocional das vivências. Sendo assim, para que uma ação tenha sentido, não basta ser cientificamente recomendável, mas também emocionalmente prazerosa, segundo uma acepção bastante específica, que não deve ser confundida com o princípio freudiano do prazer (Freud, 1911):

Prazer emocional é fazer sentido como experiência de vida, pode até conter algum grau de desconforto físico. Um exemplo claro disso é a gestação desejada, que pode trazer alguns incômodos físicos que não interferem na vivência de sentido emocional (Aiello-Vaisberg, Machado & Ambrosio, 2009, p. 11).

Tal compreensão do sujeito demanda a adoção de uma lógica de escuta do sofrimento e o olhar para pessoa além da doença. Um espaço de acolhida para um ser sujeito individual, crescendo nessa perspectiva de construir sentidos subjetivos e individuais (Moreira, Ramagnoli & Neves, 2007).

### Psicologia psicanalítica e obesidade

A abordagem psicanalítica da obesidade caracteriza-se por considerá-la primariamente como sintoma e não como doença em si mesma. Nessa perspectiva, a etiologia do “ser obeso” estaria vinculada, de modo amplo, ao modo do indivíduo de ser e de lidar com o mundo o que, evidentemente, não coincide com a visão médica do problema.

A primeira vez que foi pensada como algo relacionado a aspectos emocionais foi no século XIX quando atribuíram ao desenvolvimento da obesidade eventos e períodos de grande estresse. Observava-se que após situações difíceis, como a perda de pessoas queridas ou situações de guerra, as pessoas sofriam de aumento do peso (Loli, 2000). Porém, por muitos anos, foi forte a ideia de que a obesidade era um “distúrbio das glândulas endócrinas” e foi somente nos anos de 1940 que houve uma reaproximação da natureza psicológica (Mello Filho e Burd, 2010).

O ato humano de comer corresponde a um fenômeno altamente complexo, que ultrapassa o sentido imediato da nutrição. Como comprovação disso, vemos que a questão da alimentação interessa não só à fisiologia, mas também a aspectos mais amplos como antropologia, história, estética, culinária, política, etc... O que significa que para os homens a comida não é só um alimento, ela traz troca de experiências que serão vividas como prazerosas ou desprazerosas (Mello Filho e Burd, 2010).

Sendo assim, a psicanálise e as psicologias compreensivas podem contribuir por meio da apreensão dos sentidos atribuídos, a fim de que, a partir desse entendimento, possam pensar alternativas viáveis, ampliando os horizontes para o sofrimento presente, para além de somente hábitos alimentares e estilo de vida.

Observa-se que, em muitos casos, se não chegamos à compreensão desse significado sobre as circunstâncias, os alimentos, as pessoas, não conseguiremos de fato uma ação efetiva. Ficaríamos somente no plano do intelecto e não atingiríamos uma vivência emocional.

Lembremos, contudo, que trabalhando em equipe, o psicólogo, adepto de uma abordagem compreensiva, colaborará com outros profissionais. Em instituições voltadas ao tratamento da obesidade, o nutricionista e o médico são os profissionais melhor capacitados para fazer a correta prescrição da alimentação saudável e da dieta específica, enquanto o educador físico está formado para orientar quanto a exercícios e atividades físicas, levando em conta as necessidades específicas de cada paciente. As ações desses profissionais podem ser complementadas pela atuação do psicólogo, que poderá, a partir de uma avaliação diagnóstica do paciente, contribuir com o processo de escolha de atividades e ações orientadas pelos outros profissionais, harmonizando-as à personalidade do paciente (Aiello-Vaisberg, Machado & Ambrósio, 2009).

Como vemos, a atuação do psicólogo, na abordagem da obesidade, não se limita ao atendimento clínico, mas inclui uma atenção à dinâmica do relacionamento do paciente e da sua família com a equipe de modo a responder adequadamente às demandas do caso (Moretto, 2014).

Evidentemente, têm variado, ao longo do tempo, os modos como o trabalho do psicólogo pode ser realizado na prática de equipe. Entretanto, não há dificuldade em distinguir dois modelos básicos: o da assessoria ou consultoria e o da inserção plena na equipe multiprofissional. O primeiro modelo, apesar de pouco adotado no Brasil<sup>2</sup>, faz pleno sentido teórico e metodológico quando o referencial teórico utilizado é psicanalítico, proporcionando excelente condição

---

<sup>2</sup> Na França, esse modelo tem sido frequentemente utilizado (Falla & Sirota, 2012).

de trabalho ao psicólogo (Bleger, 1966/2004). O segundo modelo, que predomina entre nós, traz consigo a vantagem de incluir o psicólogo plenamente no cotidiano institucional, mas certamente coloca maiores desafios em termos de manejo<sup>3</sup>.

Contudo, cabe aqui destacar que a participação do psicólogo em equipes parece ter incentivado um interesse dos profissionais de saúde por novas formas de cuidado comprometido com a totalidade da experiência humana. Assim, a busca por paradigmas qualitativos, como a psicanálise, tenha aparentemente aumentado nos últimos anos (Gomes et al, 2008).

### A psicologia infantil nas instituições de saúde

A clínica psicológica infantil, nas instituições de saúde, conformar-se-á, evidentemente, segundo o referencial teórico adotado pelos profissionais contratados, o qual, evidentemente, se inscreverá numa corrente positivista ou numa corrente compreensiva. Entretanto, dado nosso interesse pela perspectiva psicanalítica, cujo caráter é compreensivo, consideraremos, a seguir, apenas práticas psicanaliticamente orientadas.

Se focalizarmos o atendimento psicológico/psicanalítico de crianças, observaremos um itinerário que passa de um tratamento centrado na consideração de fantasias inconscientes, pensadas como emergentes de um mundo interno, para a abordagem da problemática infantil como acontecer humano que se produz no âmbito das relações familiares (Finkel, 2009). Tal percurso certamente reflete o fortalecimento do paradigma relacional, que veio a quebrar a quase hegemonia alcançada pelo paradigma pulsional no seio de uma psicanálise inicialmente comprometida com uma teorização capaz de granjear uma reputação científica (Greenberg e Mitchell, 1994).

---

<sup>3</sup> Parece oportuno lembrar que dificuldades relacionais sobrevêm frequentemente no cotidiano das equipes profissionais nos campos da saúde e da educação. Essas podem ser solucionadas com a ajuda de psicólogos interconsultores por meio de atendimentos pontuais aos profissionais, sem necessariamente exigir um contato direto com os pacientes. Na verdade, é perfeitamente possível que os dois modelos se componham na prática, traduzindo-se pela presença concomitante de um psicólogo membro da equipe e de um psicólogo consultor, cujas atribuições não se confundem (Aiello-Vaisberg, Machado & Follador, 2009).

Muitos nomes se destacam no âmbito da psicanálise infantil, mas Anna Freud (1971a; 1971b), Melanie Klein (1981; 1986), Françoise Dolto (1977; 1991; 1992), Donald Winnicott (1956/1993) e Hermine Hug-Hellmuth (1921) não podem ser esquecidos. Esta última, conhecida como a pioneira da psicanálise com crianças, utilizava jogos e brinquedos afirmando que com esse material a criança elaborava situações difíceis e traumáticas. Anna Freud (1971b) publicou o livro “O tratamento psicanalítico das crianças”, no qual expõe os princípios da análise infantil. Ambas desempenhavam um papel ativamente pedagógico. Melanie Klein (1981; 1986) fundou a técnica da análise pela atividade lúdica com crianças, na qual o brincar foi considerado por ela a expressão simbólica da fantasia inconsciente. Em uma segunda geração da psicanálise com crianças, vem Donald Winnicott (1956/1993), que vai destacar a influência do meio ambiente no desenvolvimento psíquico infantil. Cabe ressaltar que, nesse momento, a atenção dos psicanalistas estava centrada nas mães, desse modo sustentava que a doença mental tinha como causa as perturbações relativas aos cuidados maternos. Já Françoise Dolto (1977; 1991; 1992) insere a criança na estrutura familiar e afirma que o sintoma da criança é o sintoma da estrutura familiar (Costa, 2010).

Muitas vezes essa inclusão da família, predominantemente realizada por meio da inclusão da mãe, no atendimento psicoterápico à criança, teve como perspectiva a culpabilização do adulto pelo problema. Assim, não admira constatar que, ao se buscar atendimento para os filhos, os pais muitas vezes esperem críticas e acusações, devido ao alto valor, dado pela sociedade, aos cuidados parentais adequados, que são responsabilizados por danos reais ou imaginários sofridos pela criança (Halton e Magagna, 1994).

O cuidado infantil, nos dias de hoje, é visto como preocupação e responsabilidade da mulher, considerada como aquela que melhor compreenderia as necessidades infantis. No imaginário social, cabe à mãe biológica dedicar-se integralmente ao cuidado do infante (Visintin, 2016; Schulte, 2016; Granato & Aiello-Vaisberg, 2013; Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011). Assim, há grandes chances de se atribuir à figura materna a culpa por uma doença ou um sintoma na criança.

Partindo da perspectiva de Bleger (1963/1989), não podemos entender a mãe como ser isolado, abstrato e natural, já que a sua condição é a de um ser social, concreto e histórico. Inclusive, a mãe deve ser vista em seu campo vivencial intersubjetivo, ou seja, no âmbito de suas relações e nos contextos sociais e históricos nos quais transcorre seu existir. Dessa maneira, mãe e criança vivem em determinadas condições sociais que colocam sobre os ombros maternos a responsabilidade do cuidado. Ao mesmo tempo, as transformações atuais da vida social levam-na à obrigatoriedade da maternidade, juntamente com a possibilidade de desempenho em outros papéis não relacionados a ser mãe (Visintin, 2016; Schulte, 2016; Moura & Araújo, 2004).

No que diz respeito especificamente à clínica infantil da obesidade, a responsabilização parental, sempre mais carregada no que tange à incumbência materna, vai compreensivelmente se articular, na prática, com expectativas de que a instrução da mãe deve se traduzir sempre em modificação de hábitos e de rotinas na alimentação. O enfoque dos diversos profissionais de saúde nessa metodologia de cuidado, levam-nos a experimentar claro desconforto, na medida em que a não utilização, pela mãe, concebida como ser racional, do saber que lhe colocaram à disposição, gera perplexidade e frustração: “como essa mãe não soube aproveitar a orientação que recebeu?”. Assim, a mãe, já anteriormente responsabilizada pela obesidade infantil, acaba sendo mais uma vez julgada como aquela que não aderiu ao tratamento, apesar de já “saber o que deveria ser feito”.

Claramente, a persistência do apego à concepção do ser humano como simplesmente racional nos levaria para explicações duvidosas quanto à má vontade materna. O cultivo de uma visão mais abrangente, capaz de incluir dimensões afetivo-emocionais da experiência humana, propiciaria outras conclusões, alertando-nos para a percepção de possivelmente existir algo a mais que precisa ser compreendido. Por esse motivo, em casos específicos de cuidado infantil, propomos um olhar para além da saúde e da doença, na tentativa de compreender a experiência de maternagem dessas mulheres para que, então, certos aspectos da relação mãe e filho possam vir a ser mudados,



favorecendo, como consequência, a alimentação e melhora do quadro nutricional.

Observamos que as mudanças na alimentação e na rotina do filho, ocorrem como parte da experiência vivida de relacionamento. Por esta razão, compreender a experiência emocional dessas mulheres que se tornaram mães pode se revelar um conhecimento clinicamente fecundo na busca de novas formas de cuidar de si própria e da criança.

Nossa proposta aborda, então, uma terceira perspectiva, no âmbito da qual não pensamos apenas nas fantasias internas das crianças nem nas mães como culpadas pelo sofrimento infantil, que se caracteriza pela consideração da dramática emocional de vida da mulher-mãe. Tais mulheres apresentam-se mais ou menos amadurecidas emocionalmente e vivem em condições mais ou menos favoráveis nos diversos âmbitos em que estão inseridas: relacional, cultural, saúde, histórico, financeiro, etc. O cuidado materno não se dá de modo isolado e abstrato, nem é dependente exclusivamente da personalidade da mãe, mas se expressa junto e dentro de uma experiência inter-humana. Não partimos da ideia de um ambiente modelador, mas consideramos a mulher-mãe inserida nos contextos nos quais acontece a formação de sentidos para suas condutas. Compreendendo-as como ponto essencial no tratamento da criança obesa e levando em consideração que suas condutas são determinadas por sua condição afetivo-emocional, buscamos investigar a experiência emocional dessas mulheres que se tornaram mães, visando produzir conhecimento que contribua para o aprimoramento dos atendimentos à criança com obesidade.

Buscamos compreender os campos de sentido afetivo-emocional a partir dos quais emerge a conduta das mulheres-mães de crianças obesas, apoiando-nos no conceito de conduta de Bleger (1963/1989), autor que adota, até as últimas consequências, o pressuposto psicanalítico de que não existe manifestação humana absurda ou isenta de sentido – mesmo quando se apresenta estranha, bizarra ou aparentemente incompreensível. Investigar a experiência materna, bem como esta é vivida pelo filho, pode favorecer uma compreensão mais ampla e profunda da obesidade infantil. Sabemos que a criança não é um ser passivo inteiramente moldado pela mãe. Contudo, não desconhecemos que, numa

organização social que atribui à mãe a responsabilidade primordial pela vida e pelo futuro do seu filho, esse vínculo pode afetar de modo bastante importante a experiência emocional da criança.

### REVISANDO A LITERATURA

Este capítulo é dedicado à discussão da literatura científica relativa à vinculação entre obesidade infantil em pré-escolares e cuidado materno, produzida no campo da psicologia. Nossa finalidade é reunir, organizar e sintetizar resultados de pesquisas, tendo em vista apreciar as tendências predominantes, bem como indicar como situar nosso problema de pesquisa nesse panorama, a partir do posicionamento teórico-metodológico que adotamos.

Podemos distinguir três diferentes momentos no processo de revisão da literatura, que descreveremos separadamente nos levantamentos das publicações.

No primeiro momento do processo de revisão, examinamos, de modo sistemático e crítico, estudos nacionais e internacionais publicados entre os anos de 2010 a 2016, disponíveis no Portal CAPES, PUBMED e Scielo. Os descritores utilizados foram as palavras em inglês “obesity”, “preschooler”, “preeschool aged”, “motherhood”, “relationship mother-child”, “mother” e “psychology”. Chamou nossa atenção a ausência, nas bases consultadas, de estudos que abordem a obesidade propriamente dita como sintoma emocional, uma vez que esse modo de considerar tal condição é usual na clínica psicológica, principalmente quando se organiza de modo psicanaliticamente orientado.

Realizamos, a seguir, no segundo momento do processo, outra revisão bibliográfica, utilizando as bases PUBMED e Scielo. Dessa vez não restringimos a faixa etária das crianças ao período pré-escolar, nem limitamos a busca aos últimos cinco anos de publicação, fazendo uso de descritores mais específicos: “childhood obesity” e “Psychoanalysis”. O número de artigos encontrados nessa busca foi extremamente reduzido, tivemos retorno de apenas dois artigos.

Procedemos, então, ao terceiro momento de busca no “Google Acadêmico” utilizando esses mesmos termos em português “psicanálise” e “Obesidade infantil”, sem restrição à idade e ao ano de publicação. Nessa revisão elegemos somente as pesquisas configuradas como artigo científico e foram encontrados 11 deles.

#### Primeiro momento de busca

No primeiro momento, utilizamos as bases de dados Portal CAPES, PUBMED e Scielo, com os seguintes descritores: “obesity”, “preschooler”, “preeschool aged”, “motherhood”, “relationship mother-child”, “mother” e “psychology”. Decidimos fixar os últimos cinco anos como critério temporal, buscando estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Encontramos um total de 190 artigos distintos, após excluir as repetições. Realizamos um exame inicial desse material, por meio da leitura dos títulos, resumos e trechos dos trabalhos completos, tendo em vista excluir eventualmente artigos que, usando os mesmos descritores, apenas tangenciassem a temática de interesse. Chegamos assim, ao total de 66 artigos que serão utilizados neste trabalho. Apresentamos, no quadro abaixo, os motivos pelos quais decidimos excluir 124 estudos.



Os 66 artigos eleitos foram considerados em termos dos itens que estruturam pesquisas empíricas qualitativas e quantitativas: objetivo, referencial teórico, procedimentos de coleta, registro e tratamento do material, resultados e discussão (Simões, Aiello-Fernandes e Aiello-Vaisberg, 2013).

A grande maioria dos artigos encontrados corresponde a relatos de pesquisas empíricas, uma vez que apenas quatro títulos apresentam revisões sistemáticas da literatura (Benton, Skouteris & Hayden, 2015; Bergmeir *et al*, 2013; Bergmeir, Skouteris & Hetherington, 2015; McPhie, Skouteris, Daniels & Jansen, 2014).

Com relação às publicações, trinta e seis periódicos foram localizados, sendo *Appetite* a principal fonte com catorze artigos, seguida por *Childhood*

Obesity e Obesity com quatro publicações cada. Os outros periódicos apresentaram entre uma e três publicações.

A grande maioria dos estudos foi desenvolvida nos Estados Unidos com a população nativa local. O segundo país com maior produção encontrada foi a Austrália. Os outros países apresentaram de um a três estudos.

Os trabalhos de revisão tratam de temas diversos: um aborda sintomas depressivos maternos, outro estuda as relações ente mãe e filho durante as refeições, o terceiro abrange o temperamento infantil e as práticas maternas, e, por fim, o quarto focaliza a relação entre práticas de alimentação materna e da criança associadas a características pessoais e psicológicas da mãe em relação à obesidade do filho.

A primeira revisão, de Bergmeier, Skouteris, Horwood, Hooley e Richardson (2013), investigou a relação entre temperamento infantil, práticas maternas e desenvolvimento da obesidade em pré-escolares. Vale esclarecer aqui o que os autores compreendem por temperamento. “*Temperamento refere-se a diferenças baseadas no estilo comportamental que são evidentes desde os primeiros anos. Essas diferenças individuais referem-se especificamente a reações emocionais, motoras e padrões de autorregulação comportamental*” (p.10). Os pesquisadores encontraram associação entre temperamento da criança e prática alimentar materna, assim como comportamento materno com IMC infantil. Porém, a relação entre temperamento da criança e obesidade ainda deve ser melhor estudada em pré-escolares.

A segunda revisão traz o tema da prática de alimentação materna, assim como aspectos pessoais e psicológicos, que podem influenciar na obesidade do filho pré-escolar. McPhie, Skouteris, Daniels e Jansen (2014) não encontraram consonância nos artigos pesquisados. Somente dois terços dos estudos dizem haver relação entre as práticas de alimentação da mãe e o aumento do peso da criança. Com relação à psicopatologia materna, essa é associada com um maior uso da restrição e pressão no ato de comer das crianças. A conclusão dos autores é que, tanto a alimentação materna quanto a psicopatologia, estão ligadas significativamente à forma como as mães alimentam seus filhos, o que

pode prejudicar a capacidade da criança de autorregular sua ingestão de alimentos com base em sugestões internas de fome. A partir daí esse distúrbio na autorregulação infantil pode encorajar comportamentos alimentares infantis associados ao ganho de peso excessivo.

Sobre os sintomas depressivos maternos e o risco de obesidade infantil, Benton, Skouteris e Hayden (2015) evidenciaram a complexidade da relação. A maioria dos estudos revela associação significativa entre sintomas depressivos maternos e risco de obesidade em pré-escolares. Entretanto, os autores dessa revisão recomendam cautela na interpretação dos resultados das diversas pesquisas, pois sugerem que a condição socioeconômica e a segurança/insegurança alimentar podem representar um papel importante na associação entre os sintomas depressivos maternos e o peso da criança.

Bergmeier, Skouteris e Hetherington (2015) buscaram realizar revisão de pesquisas voltadas à avaliação do comportamento de mães e filhos durante as refeições. Perceberam uma tendência no sentido de que restrições, incentivos e pressões tendem a ocorrer, nos momentos de alimentação, quando as crianças apresentam IMC mais elevado. O mesmo se pode dizer no que diz respeito à vigência, durante a refeição, de clima emocional marcado por desânimo e tristeza, o que contribuiria para os chamados comportamentos obesogênicos.

Pudemos identificar quatro temas maiores no conjunto dos sessenta e dois artigos que examinamos: comportamento e estilo de vida, percepção da obesidade, interação mãe-criança e psicopatologia.

Sob o tema '*Comportamento e estilo de vida*', encontramos vinte e três estudos focados nos hábitos alimentares e de vida como aspecto central do desenvolvimento da obesidade infantil. Faz parte desse grupo também os artigos que trazem algum tipo de avaliação de uma determinada intervenção ou de um instrumento de avaliação.

O tema '*Percepção da obesidade*' agrupa vinte e um trabalhos que falam da percepção do estado nutricional/obesidade. Desses, sete tratam propriamente da capacidade dos pais de perceber se o filho está acima do peso,

enquanto os outros catorze se ocupam com preocupações, atitudes, sentimentos e crenças envolvidos na relação entre pais e criança obesa.

Os artigos pertencentes ao tema '*Interação mãe-criança*', em número de doze, investigam como a relação mãe-criança, em especial no momento da refeição, pode influenciar na obesidade infantil.

E por fim, o tema '*Psicopatologia*' reúne seis artigos que focalizam como a psicopatologia materna pode influenciar a obesidade do filho pré-escolar.

Com relação à metodologia dos estudos, vinte pesquisas fizeram uso de questionários para coleta de dados, treze realizaram o procedimento investigativo por meio de entrevistas, dez utilizaram escalas e três análises de vídeo. Também encontramos combinações de procedimentos, nove com questionário e escalas, cinco com entrevista e questionário, dois com entrevistas e escala.

Construímos tabelas sintéticas, que apresentamos nos apêndices, para melhor visualização dos textos e resultados encontrados nessa pesquisa. Na tabela os artigos encontrados, são apresentados em ordem alfabética e divididos por temática. Optamos por mostrar os países e as instituições proponentes do estudo. Na tabela expomos o objetivo, o referencial teórico adotado no estudo e os procedimentos de coleta, o registro e o tratamento do material de pesquisa.

#### Principais resultados por categoria

Diante da diversidade dos artigos, optamos por considerar os sessenta e seis artigos a partir da divisão temática que realizamos.

#### 1- Comportamento e estilo de vida

Esse é um grupo formado por artigos que colocam os hábitos alimentares e o estilo de vida como aspecto central do desenvolvimento da obesidade infantil. Os estudos afirmam que os estilos de alimentação e hábitos de vida dos pais e



da família contribuem para o excesso de peso da criança. Dois estudos (A14, A18)<sup>4</sup> acharam concordâncias entre si quando afirmam que os hábitos de vida e alimentar influencia na obesidade de crianças pequenas, abaixo dos dois anos, enquanto que não encontraram essa relação com os maiores. Já os demais estudos acharam relação positiva entre o comportamento dos pais e os filhos em toda faixa pré-escolar (A6, A10, A12, A13, A15, A20, A22, A23).

Estudos trazem que a principal influência diz respeito ao tipo de comida que as crianças consomem, em especial guloseimas, doces e lanches e ao tempo de “tela” (tempo que a criança passa em frente a “telas”, como televisão, computador, celular, tablet, etc) a que as crianças estão expostas. (A12, A13, A20). Walton, Simpson, Darlington e Haines (2014) e Li, Jurkowski e Davison (2013) relacionam esse comportamento de maior acesso a alimentos não saudáveis, assim como maior exposição à tela com estresse dos pais. Indicam, assim, que a promoção de estratégias para prevenir e lidar com o estresse e a depressão dos pais ajudará no combate à obesidade infantil. Os estudos indicam que informações e conhecimento são um caminho adequado para ajudar os pais a monitorar seus próprios hábitos e conseqüentemente os dos filhos.

A partir dessa perspectiva, notamos que um grupo de artigos se diferencia por reunir ações, de instituições ou grupos de estudo, voltados à avaliação da eficácia de medidas de combate à obesidade infantil. Todas as medidas focalizadas referem-se a intervenções junto aos pais, com vistas à promoção de mudança de comportamento e hábitos alimentares (A1, A2, A3, A4, A5, A7, A8, A9, A11, A17, A21). Por outro lado, nota-se que diferem os grupos populacionais abordados; deparamo-nos com o cuidado com mães de baixa renda (A5), mães adolescentes (A11), mães de hispânicos e afrodescendentes (A2, A9), bem como de mães de crianças que se encontram na fase de introdução de alimentos sólidos, além de um estudo sobre benefícios do aumento da atividade física e sobre redução de bebidas açucaradas (A1). Via de regra, trata-se de ensinar aos pais novas estratégias na relação mãe-criança, bem como de informar e orientar quanto à alimentação e atividade física. As avaliações, propriamente ditas, são

---

<sup>4</sup> Identificamos os trabalhos usando a letras seguidas por um numeral. O leitor pode ter acesso à referência completa do trabalho consultado os apêndices.

levadas a cabo por meio da observação do comportamento antes e depois da intervenção psicológica. É interessante notar que todas essas pesquisas interventivas reportam sucesso no sentido de mudança de comportamento dos pais em relação à alimentação e adoção de estilo de vida mais saudável.

Duas pesquisas não avaliaram propriamente uma intervenção, mas a validação de um instrumento para ajudar na ação contra a obesidade. (A16, A19). O primeiro é a tradução e validação do Questionário de Alimentação Infantil para o português (A16). O segundo, de autoria de Real, Oliveira, Severo, Moreira e Lopes (2014), associa o Questionário de Alimentação infantil com dois conceitos de controle parental.

## 2- Percepção da obesidade

Sob esse tema se agrupam dois diferentes tipos de artigos: aqueles que abordam a percepção direta do estado nutricional da criança, com excesso ou falta de peso, e aqueles que focalizam a percepção do que se pode designar como a dinâmica subjacente ao problema da obesidade dos filhos.

Os seis artigos que abordam a percepção materna acerca do estado nutricional da criança apontam que as mães não percebem claramente a obesidade do filho (B1, B3, B4, B5, B6, B9). Chan e Yang (2016) relataram que os cuidadores de crianças com peso anormal tendem a afirmar que seu filho tem um status de peso normal. Assim, pais de crianças de baixo peso superestimam o tamanho do corpo dos filhos, enquanto os pais daqueles com sobrepeso ou obesidade subestimam o tamanho corporal da criança. Encontrando a mesma dificuldade perceptiva que os demais estudos, Chaparro, Langellier, Kim e Whaley (2011) apresentam achados que lhes permitem afirmar que as mães tendem a avaliar mais corretamente a condição corporal da criança quando ela se torna obesa. A questão da percepção parental parece valorizada, entre os estudiosos, porque, como afirmam Aparício, Cunha, Duarte, Pereira, Bonito e Albuquerque (2013), quando os pais podem se dar conta do estado nutricional dos filhos, a prevenção da obesidade apresenta maiores chances de se tornar exitosa.

Com relação aos estudos que focam na percepção de dinâmicas relacionais vinculadas à obesidade infantil, encontramos, em vários estudos, mães que se revelam preocupadas com a questão da obesidade e colocam, como dificuldade para o gerenciamento de peso, a falta de conhecimento, além de desafios intrínsecos e extrínsecos à família, incluindo aspectos culturais. (B2, B7, B8, B10, B11, B12, B14, B16, B17, B18, B19, B20, B21). Os textos B7, B8, B11, B12, B13, B16, B18, B20 exemplificam bem esses fatores intrínsecos ao relatar desafios da dinâmica familiar, relacionamento com os filhos e com outros membros da família. As redes de apoio imediato das mães, especialmente as avós, influenciam fortemente as práticas de alimentação das mães e as crenças sobre o peso da criança. Além disso, os estudos trouxeram como as memórias de infância relacionadas à alimentação são fortes influências no modo como se relacionam com os filhos hoje. Outros textos exemplificam melhor os aspectos extrínsecos quando falam principalmente das crenças culturais e pressões sociais. Dentro disso, surgem menções às propagandas, tradições familiares e culturais, bem como as mudanças sociais vinculadas ao ingresso da mulher no mercado de trabalho (B7, B8, B10, B16, B17, B18, B19, B20, B21). Kalinowski, Krause, Berdejo, Harrell, Rosenblum e Lumerng (2012) trazem relatos de que as mães não se percebem como influenciando a condição de obesidade dos filhos, enquanto Lindsay, Sussner, Greaney e Peterson (2011) referem ter encontrado que as mães se sentem responsáveis por verificar se os filhos comeram adequadamente a fim de inculcar hábitos saudáveis para toda a vida. Outras, ao reconhecerem o excesso de peso de seus filhos, sentem-se culpadas (B7, B8, B15, B21) e por esse motivo podem ceder aos apelos da criança por guloseimas fora de hora. Em outro estudo de Herman, Malhotra, Wright, Fisher e Whitaker (2012), as mães se lembram de que dificuldades da própria infância muitas vezes as impedem de dizer “não” para os filhos.

A maioria dos estudos nessa temática, seja pela percepção do corpo do filho ou na percepção da dinâmica e compreensão da obesidade, apontam para a importância do estabelecimento de contatos mais próximos entre pais e profissionais de saúde, entendendo que desse modo os problemas se tornariam familiarmente mais claros e perceptíveis, bem como que outros membros da família poderiam ser incluídos nas lides relativas à alimentação das crianças.

### 3- Interação mãe e filho

Esse é um grupo de estudos que focam a interação mãe e filho como importante meio do desenvolvimento da obesidade infantil. Em conjunto, apontam que a forma como a mãe se relaciona com a alimentação, e concomitantemente com a criança, pode ser um fator de risco para a obesidade na criança. Cerca de 60% dos artigos focalizaram pressão, monitoramento e proibição alimentar (C1, C3, C7, C8, C9, C11, C12). Nesses estudos, os pesquisadores observaram que a pressão das mães prejudica o relacionamento da criança com a comida enquanto que a monitorização ajuda no processo de escolha dos alimentos mais saudáveis.

Outros estudos avaliaram a qualidade da relação entre mãe e criança, na perspectiva de que a má qualidade da interação materna prejudicaria os hábitos alimentares (C2, C4, C5, C6, C10). Por outro lado, essas pesquisas variaram em função do modo como consideraram o que seria uma relação saudável ou comprometida. Bost, Wiley, Fiese, Hammons e McBride (2014) e Wendland, et al (2014) utilizaram como escalas a segurança da relação, concluindo que a insegurança gera maior insalubridade alimentar. Escobar, O'Donnell, Colalillo, Pawlby, Steiner, Meaney, Levitan e Silveira (2014) estudaram como o estresse dos pais interfere na relação com os filhos. Seus achados mostram que há interferência negativa relacionada ao excesso de peso nas meninas, mas não nos meninos. Já Bergmann, et al (2016), que também estudaram o estresse da relação, encontraram interferência negativa em ambos os sexos e em todas as idades, incentivando intervenções que visam a redução do estresse dos pais e a melhora da qualidade da interação mãe-filho, para ajudar nos problemas de obesidade ou sobrepeso. Outro estudo verificou a capacidade das mães em reconhecer “emoções faciais” dos filhos. Seus autores concluíram que crianças de mães obesas vivenciam menor compreensão das emoções faciais, o que pode contribuir para o desenvolvimento do sobrepeso (Bergmann, von Klitzing, Keitel-Korndörfer, Wendt, Grube, Herpertz, Schütz & Klein, 2016).

Enfim, podemos encerrar esse item destacando que o conjunto dos estudos convergiu no sentido de indicar que, tanto a curto como a longo prazo, a relação mãe-criança pode afetar o comportamento alimentar e elevar o risco de sobrepeso e obesidade.

#### 4- Psicopatologia

Os seis artigos que compõem o conjunto agrupado sob o tema “psicopatologia”, concordam entre si no que diz respeito à relação entre sintomas depressivos maternos e comportamento alimentar familiar negativo, mas não com obesidade infantil propriamente dita. Gross, Velazco, Briggs e Racine (2013) afirmam que esses comportamentos alimentares negativos estão ligados à psicopatologia, uma vez que a pesquisa realizada revelou que mães deprimidas seriam mais propensas a consumir bebidas açucaradas e a comer fora em restaurantes, além de serem menos propensas a tomar café da manhã. Mães com sintomas depressivos apresentariam, também, mais dificuldade para estabelecer limites e suas crianças tenderia a dormir menos e desfrutariam menos tempo de recreio ao ar livre. Gemmill, Worotniuk, Holt, Skouteris e Milgrom (2013), querendo verificar como a psicopatologia materna, seja a depressão, seja a ansiedade, interferem no relacionamento com a criança durante a alimentação, favorecendo consequentemente a obesidade infantil, encontraram que o uso de restrição e monitoramento na refeição estava ligado ao estresse materno. Assim, as mães que sofrem de estresse elevado parecem empregar padrões de alimentação mais controladores, enquanto as mães que experimentam depressão aparentemente empregaram níveis mais baixos de alimentação controlada, mas ambos com controle suficiente para influenciar na obesidade dos filhos.

Todos os estudos destacam a importância de se identificar e tratar sintomas depressivos maternos no início da vida de uma criança, motivo pelo qual alertam para a importância de se apoiar intervenções de melhoria do acesso a terapias psicológicas para mães que dela necessitam.

## Segundo momento de busca

Finalizando assim a análise dos estudos, encontrados no primeiro momento de revisão da literatura, como já explicado anteriormente, chamou-nos a atenção a ausência de estudos que abordassem a obesidade como um sintoma. Reputamos tal aspecto como da maior importância, uma vez que essa é a perspectiva com a qual trabalhamos, a partir da fundamentação teórico-metodológica que a psicanálise concreta nos aporta (Bleger, 1963/1989). Assim realizamos um segundo levantamento nas bases PubMed e Scielo, com os descritores “childhood obesity” e “psychoanalysis”. Obtivemos um retorno de dois artigos, mas só conseguimos acesso efetivo a um dos textos porque o outro revelou-se inacessível.

O artigo que pudemos ler é assinado por Campana, Gomes e Lerner (2014), que acreditam que a obesidade pode estar associada às primeiras relações interpessoais. Assim, estabelecem, como objetivo de pesquisa, discutir as contribuições que a clínica da parentalidade pode trazer para o tratamento da obesidade infantil. Lançando mão de metodologia por estudo de caso, chegam a resultados que indicam a existência de conflitos entre a criança obesa e as figuras parentais, principalmente nas manifestações de afeto e dificuldade no processo criativo da criança. Além disso, afirmar que outros conflitos, entre outros membros da família, também seriam comuns, e que questões transgeracionais importantes estariam frequentemente presentes. Nesse contexto, o sentido do sintoma, para a criança e para os familiares, deve ser investigado. Os autores acreditam que o sofrimento infantil é só a ponta do iceberg e, para que uma mudança de fato ocorra, é necessário incluir todo o grupo familiar. Concluem, assim, que a clínica da parentalidade contribui de forma a ajudar no processo de tratamento da obesidade.

## Terceiro momento de busca

Diante da escassez de artigos que focalizassem o sintoma da obesidade infantil de modo mais compreensivo, resolvemos realizar uma revisão narrativa não sistemática recorrendo ao “google acadêmico”, com o intuito de buscar

apenas artigos da área da psicologia. Navegamos em português, usando os termos “obesidade infantil” e “psicanálise”. Encontramos onze artigos. Todos os estudos encontrados nessa terceira revisão são brasileiros.

Um dos artigos consiste em revisão sistemática, enquanto os outros dez são pesquisas empíricas. Sete estudos apresentam como referencial teórico a psicanálise, um usa como referencial a teoria sistêmica e os outros dois não especificam sua linha de pesquisa. Sete pesquisas utilizam a entrevista como produção de material, sendo que um combina a entrevista com estudo de caso e outro a combina com questionários. Outros dois estudos utilizam o recurso de estudo de caso. Um desses estudos adiciona a essa produção de material alguns testes. Por fim, um artigo utiliza observação e questionário. Foi feita uma tabela com os estudos empíricos encontrados para melhor visualização.

A revisão sistemática de Cruz, Zanon e Bosa (2015) fala sobre apego e obesidade. Aqui o termo apego é utilizado segundo a teoria de Bowlby. Os autores encontraram que o apego inseguro, desenvolvido na primeira infância, configura-se como um fator de risco para obesidade, tanto na infância quanto na adolescência. Isso é demonstrado em pesquisas com todas as faixas etárias, desde bebês até adultos. As conclusões dos autores indicam que as relações estabelecidas entre o indivíduo e sua figura principal de apego são de fundamental importância para seu desenvolvimento, incluindo questões relacionadas ao peso. Esse achado ressalta que fatores emocionais também estão implicados na etiologia e manutenção da obesidade.

#### Resultados encontrados

Andrade, Moraes e Ancona-Lopes (2014) observaram que os problemas psicodinâmicos mais frequentes nas famílias de crianças obesas são os relacionados a pais superprotetores e à rejeição materna. Nos primeiros anos escolares, principalmente na adolescência, vêm angústias e sofrimentos com a discriminação social.

Gomes, Moraes e Motta (2011) afirmam que, quando a mãe não é capaz de compreender as necessidades de seu filho e oferece o alimento de maneira indiscriminada, a dinâmica formada pode se configurar em fator importante para

o desenvolvimento de queixas alimentares futuras, entre elas a obesidade. A ansiedade gerada pela inconstância da alimentação pode levar à ingestão exagerada, quando a criança finalmente desfrutar de acesso à comida, sendo esse mais um elemento a contribuir para o aumento de peso. Desse modo, levamos em consideração que a qualidade do vínculo que a mãe desenvolve e mantém com seu bebê, exerceria grande influência nas condutas alimentares da criança. Encontraram, como resultado, que as crianças parecem expressar passividade e pouca espontaneidade, são sedentárias, pouco estimuladas em relação ao brincar e têm vida cultural empobrecida.

Henriques, Falbo, Sampaio, da Fonte e Krause (2015) afirmam que a obesidade é compreendida como expressão de um sintoma no corpo. Nessa pesquisa, foram observadas dificuldades na relação primordial mãe-bebê e na constituição dos operadores psíquicos inerentes ao exercício da função materna. Assim a obesidade viria como resposta aos impasses instaurados entre a mãe e seu bebê no ato de alimentar.

Machado e Poli (2009) trazem a obesidade na perspectiva da psicanálise, acreditando que exista uma transmissão psíquica que vai sendo incorporada pela subjetividade dos filhos, a partir da subjetividade dos pais. Assim, haveria uma introjeção do “ser gordo” pelas crianças. Vigoraria, portanto, uma fidelidade inconsciente ao inconsciente parental que, caso seja quebrada, poderia ser sentida como uma “traição”, também inconsciente, pelos pais.

Mishima e Barbieri (2009) partem da teoria winnicottiana para explicar a obesidade. As autoras afirmam que a criança, a fim de abrandar o sentimento de vazio afetivo, usa do ‘comer voraz’ como forma de preenchê-lo. Segundo as autoras, se a mãe não esteve presente no período inicial da vida da criança, proporcionando-lhe o que Winnicott chama de *‘holding’* e, conseqüentemente, um sentimento de segurança, formar-se-ia um sentimento de vazio. A criança tentaria introjetar a comida na busca de introjetar o afeto. Cria-se assim, um círculo vicioso: alimento - busca por afeto – vazio – alimento. Eles afirmam que crianças, que vivenciam esse tipo de situação, têm dificuldade de criar, de brincar e de deixar sua imaginação fluir.



Mishima-Gomes, Derzan e Barbieri (2014) enfocam nesse artigo a importância do pai no processo de acompanhamento da obesidade infantil. Encontraram pais que apresentaram dificuldade no contato com a própria agressividade e impulsividade, inclinados ao uso de defesas rígidas e altamente exigentes em relação aos filhos. O exercício da paternidade apresentou-se fortemente vinculado ao suprimento material do que ao afetivo, o que seria passível de contribuir para que as crianças também se relacionassem com objetos concretamente pela via da ingestão alimentar.

Moraes e Dias (2013) evidenciaram a existência de conflitos precoces nos relacionamentos entre pais e filhos. O relacionamento entre os pais mostrou-se bastante tumultuado, o que faz pensar que a obesidade na criança venha a ser uma forma de mascarar tais dificuldades ao focalizarem-se na doença do filho.

Oliveira e Martins (2012) acreditam que o alimento seria um mediador das relações das crianças com seus cuidadores primários, a mãe em particular. Existiria uma relação entre geração de angústia e aparecimento da obesidade infantil como sintoma, como uma saída para a solução de um conflito. As autoras afirmam que o tornar-se obeso se daria em função da falta da falta, que Lacan define como produtora de sofrimento e sintoma. Seria a tentativa da mãe de responder às demandas do filho por meio de uma presença em excesso.

Tessara, Norton e Marques (2010) trabalham com a teoria sistêmica, buscando estudar os segredos familiares; a relação emaranhada entre mãe e filhos; os fenômenos transgeracionais em seus aspectos biológicos e simbólicos da obesidade em três gerações dos grupos familiares; os mitos e lealdades familiares, as quais se apresentaram como um suporte da identidade pessoal e familiar. Observaram dificuldades do processo de diferenciação dessas crianças, afetando a possibilidade de emagrecimento, vivenciada ocultamente como uma ameaça aos processos identificadores do grupo familiar.

## Visão panorâmica da literatura estudada

O exame da literatura indica um forte predomínio do referencial teórico comportamental e do paradigma epistemológico positivista e pós-positivista (Guba e Lincoln, 1994). Como sabemos, tal abordagem consiste em considerar os fatos psicológicos de modo objetivo, vale dizer, segundo termos que Politzer (1928) define como característicos da “terceira pessoa”. Não cabe aqui, evidentemente, discutir opções teóricas, mas não podemos nos furtar de apontar que o pesquisador qualitativo, que adere a orientações compreensivas, ressent-se naturalmente da carência de trabalhos que abordem aspectos que lhes parecem sumamente importantes.

Aspecto fundamental, para o psicólogo compreensivo, em linha fenomenológica ou psicanalítica, é dimensão afetivo-emocional dos fenômenos que tem lugar na clínica psicológica da obesidade infantil. Tal dimensão recebe pouca atenção da literatura predominantemente comportamental, como se as questões realmente importantes fossem apenas aquelas que podem ser resolvidas mediante orientação e instrução.

Ponto fundamental, a ser aqui lembrado, é o fato de que os comportamentalistas, pesquisadores e clínicos, operam baseando-se na crença de que o ser humano seria essencialmente racional e que se equivocaria principalmente por falta de esclarecimento. Por conseguinte, fazem sentido práticas de tratamento que valorizam enfaticamente a instrução dos pais sobre hábitos alimentares. Entretanto, bem sabemos que as pessoas muitas vezes não são capazes, elas mesmas, de manter hábitos e práticas que consideram absolutamente saudáveis, prova de que a subjetividade humana é muito mais complexa e contraditória (Aiello-Vaisberg, Machado & Ambrosio, 2009).

Assim, provavelmente porque nos movimentamos num campo que se define pela manifestação de comportamentos voluntários inadequados, ligados a hábitos alimentares; essa clínica se delineia de modo bastante pragmático – e eventualmente superficial no que tange a questões afetivo-emocionais. O comportamento, pensado como ocorrência em terceira pessoa, vale dizer, como coisa, não é visto como ato humano, consciente ou inconscientemente

determinado por motivações emocionais. Portanto, a possibilidade de um aproveitamento gratificante da literatura sobre obesidade infantil é quase nula, quando aderimos a outros referenciais, que pensam o homem como agente, ainda que atravessado por determinações sociais, afetado pelos campos inter-humanos que habita.

Assim, devemos finalizar nosso exame da literatura admitindo que grande parte dessa literatura sobre obesidade infantil não atende à nossa preocupação com a dimensão afetivo-emocional do problema, em virtude do modo como o problema é recortado e abordado, vale dizer, de modo isolado, natural e abstrato (Bleger, 1963). Nosso posicionamento é diverso, pois acreditamos que a pessoa não existe isoladamente, mas sempre em campos vinculares que se inserem em contextos sociais, culturais, históricos e geopolíticos, que devem ser levados em conta. Há, portanto, uma distância muito grande entre nossa perspectiva e aquela que se revelou hegemônica na literatura.

Cabe, por último, lembrar que distintos posicionamentos epistemológicos e teóricos atrelam-se a diferentes perspectivas ideológicas. Objetivando os fatos psicológicos, o comportamentalismo deve ser reconhecido como estratégia que pensa a saúde emocional como adaptação. Em contraste, as abordagens compreensivas associam-se, mais frequentemente, ao cultivo de atitudes críticas (Toassa & Teo, 2015), que valorizam transformações emancipatórias e buscam transformações subjetivas e sociais que caminhem no sentido de uma vida mais solidária e respeitosa ao “humanismo do outro homem” (Lévinas, 1972). Assim, praticando uma clínica que não se quer técnica, mas ética, empenhamo-nos em articular conhecimentos oriundos do estilo clínico Ser e Fazer (Ambrosio, 2013), com formulações éticas de Giussani (2009), que Mafhoud (2012) trouxe para o campo da psicologia, o que nos afasta naturalmente do comportamentalismo.

## **COMPONDO ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

Acreditamos que seja importante, antes de adentrar nos procedimentos metodológicos adotados para realização do estudo de caso, a definição do que compreendemos por método psicanalítico, por experiência emocional e por campos de sentido afetivo emocional. Assim, organizamos este capítulo em duas seções. Dedicamos a primeira seção aos fundamentos teórico-conceituais que norteiam essa pesquisa, reservando a segunda para a descrição dos procedimentos investigativos utilizados para a operacionalização do método: procedimentos de seleção, configuração, registro e interpretação do acontecer clínico. Além disso, também incluímos, nessa parte, uma apresentação do modo como realizamos o que comumente é designado como discussão, vale dizer o que designamos como procedimento investigativo de interlocuções reflexivas.

### Fundamentos teórico-conceituais

Atualmente várias abordagens metodológicas qualitativas são utilizadas na pesquisa psicológica: psicanálise, análise de discurso, fenomenologia e análise de conteúdo, dentro outras. Apresentamos neste trabalho a pesquisa psicanalítica empírica como uma forma de pesquisa qualitativa no campo da psicologia (Aiello-Fernandes, 2013).

Herrmann (1979;2004) afirma que a psicanálise consiste fundamentalmente em um método de investigação. A primazia da dimensão metodológica em relação à teoria e aos procedimentos para atendimento clínico é descrita pelo próprio Freud (1922) e elaborada por Laplanche e Pontalis (1967/2001):

Psicanálise é a disciplina fundada por Freud, e na qual, com ele, podemos distinguir três níveis: A) Um método de investigação que consiste essencialmente na evidenciação de significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um indivíduo. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do indivíduo que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais não se dispõe de associações livres. B) um método psicoterapêutico baseado nesta investigação e especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo. O emprego da psicanálise como sinônimo de tratamento psicanalítico está ligado a este sentido; exemplo: começar uma psicanálise (ou uma análise). C) Um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e tratamento (p. 384).

Entendemos, portanto, que a psicanálise é um método do qual derivam teorias e procedimentos clínicos.

Herrmann (2004) distingue, a partir de uma apreciação de trabalhos acadêmicos realizados, em programas de pós-graduação em psicologia, em nosso país, três gêneros de pesquisa psicanalítica: investigação teórica, pesquisa empírica e pesquisa clínica. O primeiro consiste em estudos teóricos sobre textos psicanalíticos. Aqui a psicanálise é objeto de estudo; e o método, rigorosamente considerado, teria caráter hermenêutico, mas não especificamente psicanalítico (Campos e Coelho, 2010). O segundo aborda temas psicanalíticos fazendo uso de desenhos investigativos calcados no modelo positivista por meio da verificação objetiva e controle de variáveis. Corresponde, evidentemente, a uma visão segundo a qual as ciências humanas adotam o mesmo método que as ciências da natureza, numa evidente desconsideração de que o método psicanalítico guarda, em si mesmo, a potência heurística para a produção de conhecimento científico. Aderindo a um paradigma epistemológico, a partir do qual se acredita que a produção de saber deve seguir caminhos diversos daqueles adotados para a obtenção de conhecimento sobre

o mundo natural, do qual o humano difere. O terceiro gênero de trabalhos acadêmicos psicanalíticos abrange aqueles que tomam o método psicanalítico como meio legítimo de produção de conhecimento, fundamentando-se na consideração de que setores diversos da realidade, como a natureza e a cultura, demandam diferentes abordagens teórico-metodológicas e atribuindo limites ao alcance dos paradigmas positivista e pós-positivista (Guba e Lincoln, 1994).

Em nosso grupo de pesquisa, optamos pelo uso do método psicanalítico como meio de produção de conhecimento, apoiando-nos nas contribuições epistemológicas de Bleger (1963/1989) sobre a psicologia e as demais ciências humanas. Para esse autor, o método psicanalítico não se constitui como ciência, por si mesmo, mas numa opção referencial, própria do campo da psicologia, que se inscreve no conjunto das abordagens compreensivas. Aderimos, portanto, a uma visão de valorização desse método, enquanto nos mantemos sempre críticos em relação a teorias e abertos com relação à proposição de procedimentos clínicos psicanaliticamente fundamentados, aceitando um constante repensar dos enquadres de atendimento (Aiello-Vaisberg, 2004).

O método psicanalítico é classicamente definido como resultado da articulação de dois movimentos: livre associação de ideias e atenção flutuante.

Laplanche e Pontalis (1967) definem a associação livre como procedimento “... *que consiste em exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos que acodem ao espírito, quer a partir de um elemento dado (palavra, número, imagem de um sonho, qualquer representação), quer de forma espontânea*” (p. 69).

Consideram, ainda, que no que diz respeito à atenção flutuante, que essa corresponde ao

Modo como, segundo Freud, o analista deve escutar o analisando: não deve privilegiar a priori qualquer elemento do seu discurso, o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção. Essa recomendação técnica constitui o correspondente da

regra da associação livre proposta ao analisando (p. 74).

Aiello-Vaisberg e Machado (2005) sustentam que devemos compreender o pensamento e o discurso como casos particulares de um conjunto maior, condutas que expressam a personalidade e que assim podem ser pensadas como linguagem expressiva. No caso das crianças, elas podem não falar verbalmente, mas através da brincadeira. Assim, segundo as autoras, a regra fundamental desse método é a busca da expressão pessoal enquanto expressão da dramática existencial. Por outro lado, a atenção flutuante, é uma atitude fenomenológica de suspensão de juízos e conhecimentos prévios e de uma abertura e acolhimento à expressão, é uma atitude que busca conjugar integralmente dimensões afetivas e cognitivas da conduta do analista.

Devemos aqui abrir um parêntesis para lembrar que existe, atualmente, um consenso quanto ao fato do método freudiano se prestar tanto a teorias segundo dois diferentes paradigmas: o pulsional e o relacional (Greenberg e Mitchell, 1994). Tal duplicidade já fora apontada por Politzer (1928/1994) que, ainda que não usasse essas expressões, exortava os psicanalistas a optarem por um ou outro paradigma, por considerá-los incoerentes entre si. Por outro lado, autores da estatura de Ricoeur (1965/1995) pregaram a importância da coexistência entre teorias pulsionais e relacionais como a melhor forma de lidar com complexidade do psiquismo humano. De todo modo, restam duas constatações, que são aquelas que aqui nos importam. Primeiro, devemos admitir que as formulações teóricas metapsicológicas foram elaboradas a partir de relatos de comunicações que tiveram lugar em campo transferencial, vale dizer, relacional. Segundo, não podemos deixar de apontar que as teorias relacionais e dramáticas são aquelas que se revelam mais próximas e sintonizadas com o acontecer humano que, como sabemos, apresenta caráter de vínculo, de coexistência. Desse modo parecem se articular de modo mais coerente com o método psicanalítico.

Alinhando-nos com a perspectiva politzeriana, entendemos que o método psicanalítico pede, em termos de coerência, formulações teóricas maximamente

concretas. Chegamos inclusive a questionar as manobras intelectuais mediante as quais se transformam manifestações humanas, que sempre se fazem em primeira pessoa (Politzer, 1928/1994), vale dizer, como experiências vividas em formulações relativas a um aparelho psíquico concebido como espacialidade percorrida por energias impessoais.

Afirmamos, portanto, um posicionamento que dialoga criticamente com a psicanálise clássica, na medida em que repudia os abstracionismos, especulações e distanciamento do acontecer humano. Assim, não definimos a psicologia como ciência da mente, da alma, da psique e nem da consciência, e sim como estudo dos seres humanos reais e concretos, abordada, portanto, em termos dos sentidos afetivo-emocionais de suas condutas concebidas como eventos singulares de caráter relacional e dramático. Cada gesto humano é aqui visto como manifestação simultaneamente individual, coletiva e social. (Ambrosio, Aiello-Fernandes & Aiello Vaisberg, 2013; Bleger, 1963/1989; Politzer, 1928/1994).

Afirmam Ambrosio, Aiello-Fernandes & Aiello-Vaisberg (2013) que:

... o aspecto fundamental da definição blegeriana de conduta reside no reconhecimento de que não existe manifestação humana desprovida de sentido, o que, aliás, corresponde ao pressuposto fundamental a partir do qual o método psicanalítico pode ser concebido. Segundo tal pressuposto, todas as manifestações humanas, mesmo as mais bizarras, cruéis ou aparentemente absurdas, estão dotadas de sentido, na medida em que se relacionam com a vida humana, compreendida como dramática (Politzer, 1928/1994). Seu sentido pode não ser compreendido imediatamente, mas isso não significa, de modo algum, que inexista (Ambrosio, Aiello-Fernandes & Aiello Vaisberg, 2013, p. 183).

Assim, a palavra experiência ganha um aspecto fundamental, significa o modo como o acontecer humano é percebido, sentido e pensado pela pessoa. Desse modo, estudar a experiência emocional consiste em produzir



conhecimento sobre a dramática da vida da pessoa, a partir de seu próprio ponto de vista, o que não inclui apenas o que está, a cada momento, perfeitamente claro e consciente.

Utilizamos o termo experiência como modo de habitar dramaticamente, de modo duradouro ou transitório, campos de sentido afetivo-emocional, que equivalem a mundos psicológicos humanamente produzidos (Corbett, 2014; Aiello-Fernandes, 2013). Adotando tal definição, contemplamos satisfatoriamente as exigências da psicologia concreta de que elaboremos formulações teóricas maximamente próximas à vida das pessoas (Bleger 1963/1989; Politzer 1928/1994).

A experiência, compreendida como conduta, emergirá a partir de campos relacionais denominados campos de sentido afetivo-emocional, que são a base das interações cotidianas entre indivíduos e coletivos.

Herrmann (1979)<sup>5</sup> define campo como “*o conjunto de determinações inaparentes que dotam de sentido qualquer relação humana*” (p.29). São constituídos a partir de um conjunto de regras – ideias, crenças, valores, sentimentos - que podem ser apreendidas e deduzidas como organizadores lógico-emocionais, correspondendo, por assim dizer, à matéria originária, ao fundamento sustentador das condutas humanas. Essas regras se expressam no encontro com o outro – nesse caso o pesquisador – que por sua vez deve criar/encontrar campos, por meio de suas interpretações. Importante ressaltar que os campos não são entidades preexistentes, ontologicamente independentes, mas que são criadas/encontradas na relação com o pesquisador: criados porque há um movimento inventivo em jogo e encontrados porque não devem apresentar caráter arbitrário, mas conformar-se a algo efetivamente presente. Nota-se assim, a natureza vincular, intersubjetiva e transferencial do campo interpretado, que contém não apenas o participante,

---

<sup>5</sup> Trabalhando de modo independente da psicanálise argentina, Herrmann (2001) também propôs uma teoria dos campos, em alguns pontos convergentes com aquela que aqui adotamos. Entretanto, cabe sublinhar uma coincidência fundamental, bem expressa pelo psicanalista brasileiro: “Penso que [ adotando uma teoria de campos] a noção de inconsciente se torna mais flexível e ao mesmo tempo mais geral” (Herrmann, 2001, p.27).

mas também o pesquisador e a relação que ambos estabelecem entre si (Ambrosio & Aiello-Vaisberg, 2014).

Importante lembrar que o conceito de campo de sentido afetivo-emocional, que produzimos interpretativamente, corresponde a uma específica concepção de inconsciente, não mais intrapsíquico, mas intersubjetivo. Coerentemente com a perspectiva da psicologia concreta (Bleger, 1963/1989) não devem ser pensados como instâncias psíquicas individuais, de caráter interno, mas como campos relacionais que se plasmam entre as pessoas. Cabe, portanto, chamar a atenção para o fato de que a psicologia concreta opera uma reinterpretação diversa e radical do conceito de inconsciente, não mais relativo ao que se passa apenas na interioridade individual, mas ao que tem lugar num espaço interpessoal no qual se incluem também, mas não somente as subjetividades pessoais. Além disso, cabe também destacar que se chegamos aos campos inconscientes via interpretação, isso não significa que sejam menos reais e eficazes na produção de condutas.

O acesso aos campos, que podem ser concebidos sempre como relativos a determinadas condutas, permitirá ao pesquisador atingir uma compreensão mais detalhada do que organiza emocionalmente as manifestações que ocorrem neste ou naquele setor da realidade humana (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008).

Assim, realizaremos, neste trabalho, um estudo de caso acerca da experiência emocional em função de uma situação real e significativa, relacionada ao acontecer humano dramático que mães de crianças com obesidade vivem. Nossa perspectiva é a produção de conhecimento psicanalítico a partir da criação/encontro de sentidos vivenciados pelo pesquisador quando habita o campo transferencial em que se dá o encontro com os participantes. A produção interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocional se dará por meio do estudo de um encontro favorecido pela adoção de uma atitude acolhedora, aberta e receptiva à comunicação emocional do pesquisado e concorde, portanto, com o bom uso do método psicanalítico (Cobert, 2014).

## Procedimentos Investigativos

Optamos por operacionalizar o método psicanalítico, na presente pesquisa, por meio da distinção dos procedimentos investigativos de seleção, configuração, registro e interpretação do material clínico.

No que diz respeito ao procedimento investigativo de seleção do material clínico para realização de um estudo de caso, cabem algumas consideramos preliminares, entre as quais a de que, conforme Ventura (2007), o estudo de caso “*visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações*” (p 384). Nessa linha, nosso trabalho focaliza uma unidade, sendo composto por um caso único e singular, que se presta à compreensão ou teorização sobre um conjunto maior de casos (Ventura, 2007), algo que, a nosso ver, atende ao caráter exploratório e compreensivo a que nos propomos.

Lembrando que a instituição atendia, no momento de realização da pesquisa, 13 crianças diagnosticadas como obesas, cumpria efetuar uma seleção do caso a ser estudado, uma vez que o caráter psicanaliticamente exploratório da pesquisa aconselhava a adoção de um método estudo de caso. Assim, desfrutando da vantagem de manter contato com um número maior de casos, metade dos quais abordado mediante o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, decidimos usar o impacto contratransferencial como critério de escolha.

Participou desta pesquisa a mãe de uma criança em idade pré-escolar com diagnóstico de obesidade exógena<sup>6</sup> em tratamento diário, de segunda a sexta, das 7h às 17h, em uma instituição especializada em tratamento a crianças com problemas nutricionais primários. As mães das crianças que frequentam a instituição nela comparecem diariamente para levar e trazer a criança e eventualmente participar de consultas e/ou atividades preparadas para elas,

---

<sup>6</sup> A participante é mãe de uma criança com diagnóstico de obesidade, de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC) acima do Z score +2. Tais dados constam do prontuário, derivando de avaliação antropométrica realizada pelas nutricionistas da instituição.

sendo assim já tiveram contato ao menos uma vez com a psicóloga e pesquisadora.

O procedimento investigativo de configuração do acontecer clínico concretizou-se por meio de um estudo de caso composto a partir de atendimentos que fazem parte da atenção psicológica dispensada a todos os casos da instituição e de Entrevista Individual de Pesquisa Clínica. Como se verá, a seguir, os atendimentos, que se moldaram exclusivamente a partir das necessidades clínicas presentes, foram sintetizados sob forma de uma Narrativa da História Clínica. Por outro lado, a Entrevista Individual de Pesquisa Clínica, que se articulou ao redor do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, foi registrada como Narrativa Transferencial.

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema corresponde a um mediador dialógico desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1999) a partir da proposta psicodiagnóstica idealizada por Trinca (1976). Tal procedimento é um recurso clínico, facilitador da comunicação emocional, cujo uso se justifica em pesquisas que compreendem a produção de conhecimento segundo um paradigma intersubjetivo de caráter compreensivo.

Um primeiro esclarecimento deve ser dado quanto ao Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, no sentido de advertir que não se configura segundo as diretrizes que pautam técnicas de avaliação psicológicas, mas segue as linhas que definem o Jogo do Rabisco de Winnicott (1968/1994), um facilitador da comunicação emocional. Compreender essa diferença corresponde a um passo fundamental na concepção de que o referido procedimento nivela-se, de fato e, antes de mais nada, a um mediador dialógico (Tachibama, 2006; Tachibama & Aiello-Vaisber, 2007; Tachibama & Aiello-Vaisberg, 2009; Manna & Aiello-Vaisberg, 2013; Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2013; Barcelos, 2014).

O jogo do rabisco foi criado no contexto de entrevistas clínicas iniciais, como forma de convite ao paciente, que poderia ou não aceitar. Era uma brincadeira sem regras para conseguir entrar em contato com a criança. Relata Winnicott (1971/1984):

O jogo do rabisco é simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança. O que acontece no jogo e em toda entrevista depende da utilização feita pela experiência da criança, incluindo o material que se apresenta (p.11).

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema consiste no convite aos participantes a desenharem e inventarem uma história a partir de um tema de interesse do pesquisador. Quando esse mediador é usado em entrevistas coletivas, pedimos aos participantes que escrevam a história no verso da folha usada para o desenho, como, por exemplo, em Barcelos (2014). Em entrevistas individuais, as histórias podem ser registradas pela participante ou pela pesquisadora, tendo em vista facilitar configurar uma situação maximamente confortável.

Em nossa pesquisa, propusemos à participante que desenhasse “uma mãe que tem um filho com o qual se preocupa” para, a seguir, imaginar uma história sobre a figura desenhada. Essa forma de diálogo com a participante já foi utilizada em outros estudos, muitos derivados de teses e dissertações, tais como Tachibana (2006); Tachibana & Aiello-Vaisberg(2007); Ribeiro, Tachibana & Aiello-Vaisberg (2008); Pontes, Cabreira, Ferreira & Aiello-Vaisberg (2008); Barreto & Aiello-Vaisberg (2010); Montezi, Zia, Tachibana & Aiello-Vaisberg (2011); Manna,(2013); Barcelos (2014), Assis, Aiello-Fernandes e Aiello-Vaisberg (2016).

Consideramos que o uso do Procedimento Desenho-Estória com Tema em pesquisas psicanalíticas contempla os fundamentos do método psicanalítico, na medida em que desenhar e imaginar uma história sobre um tema específico equivale a um movimento de associação livre. O material assim produzido será recebido pelo pesquisador numa atitude de cultivo de uma postura de abertura à expressão subjetiva (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008).

O procedimento investigativo de registro do acontecer clínico foi cumprido por meio do uso dos desenhos e das histórias, bem como da Narrativa da História Clínica e da Narrativa da Entrevista Individual de Pesquisa Clínica, ambas elaboradas segundo as linhas definidoras das narrativas transferenciais propostas por Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron e Beaune (2009). Essas

são escritas de memória ao final de cada encontro, abrangendo tanto a recordação daquilo que aconteceu, como falas e gestos, como daquilo que foi vivido e sentido, em termos emocionais, durante a entrevista. As narrativas transferenciais, como os desenhos e estórias, dão-se a partir do uso do método psicanalítico, em termos de atenção flutuante e associação de ideias de ambos os participantes.

Completaremos essa fase do trabalho por meio do procedimento investigativo de interpretação do acontecer clínico, que definimos como produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional, que são campos inconscientes. Este trabalho tem lugar mediante a observação das palavras de ordem de Herrmann (1979): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar o desenho do sentido emocional emergente”. Desse modo, produzimos conhecimento sobre o substrato afetivo-emocional, a partir do qual se delinea a experiência emocional das participantes.

A interpretação pede que nos deixemos impactar pelo material de forma a buscar os sentidos humanos que ali se encontram e que ao mesmo tempo criamos, seguindo uma lógica paradoxal (2012). Nesse momento, colocamos entre parênteses, fenomenologicamente, teorias, conhecimentos e crenças prévias buscando nos fazer abertos às nossas próprias associações e lembranças, com o objetivo de alcançar alguma compreensão sobre os mundos emocionais habitados por algumas mães.

Este trabalho interpretativo será realizado em várias etapas, nas quais se alternam as leituras flutuantes da própria pesquisadora, que foram realizadas no âmbito do grupo de pesquisa integrado por profissionais capacitados no uso do método psicanalítico em pesquisa qualitativa. O objetivo da consideração dos participantes do grupo de pesquisa é ampliar a compreensão. Entendemos que cada pessoa que se debruçar sobre o material clínico fará suas próprias associações, uma vez que ele desperta diferentes reações contratransferenciais em indivíduos forçosamente singulares. Avaliamos tal fato como algo positivo, uma vez que contribui para a produção de conhecimento compreensivo sobre os substratos afetivo-emocionais (Barcelos, 2014).

A mãe que participou desta pesquisa frequenta a ONG diariamente, mas também habita outros contextos no seu dia a dia. Com essa pesquisa como que tiramos uma espécie de fotografia de alguns aspectos que podem ser recortados da complexidade do seu viver. Queremos encontrar os campos de sentido afetivo-emocional, que subjazem essa fotografia, compreendidos como dimensão psíquica social, algo que existe entre pessoas e não dentro delas. Desse modo foram criados/encontrados campos de sentido afetivo-emocional, a partir dos quais podemos compreender a experiência emocional dessa mãe, articulando um estudo de caso do qual possa derivar conhecimento sobre mães de crianças em tratamento de obesidade.

Finalmente, os campos de sentido afetivo-emocional serão revisitados no contexto do estabelecimento de interlocução teórico-clínico com o pensamento de D.W.Winnicott e outros autores antropológicamente convergentes, numa etapa de trabalho denominada procedimento investigativo de interlocuções reflexivas, que se caracteriza pela realização de um trabalho intelectual distinto, voltado a examinar ideias e teorias com as quais possamos estabelecer interlocuções acerca dos achados da pesquisa. Tal procedimento não deixa de lado o fenômeno estudado como experiência vivida, mas possibilita alcançar uma certa compreensão por meio da inclusão de outros autores em forma de diálogo e reflexão.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética. A participante foi apropriadamente esclarecida sobre os objetivos da pesquisa e sobre o fato de sua participação ser inteiramente voluntária.

## **DEGUSTANDO O CASO CLÍNICO**

Este trabalho foi realizado a partir do encontro individual com a mãe de uma criança em tratamento diário da obesidade. A entrevista ocorreu no local onde a criança faz tratamento. A mãe foi convidada a participar de um encontro individual que tinha como objetivo obter o material de pesquisa e constituir-se como um momento de cuidado. Ela recebeu uma folha sulfite A4, canetas hidrocor, lápis e gizes de cera coloridos. Solicitamos que desenhasse e contasse uma história sobre o desenho realizado.

O conjunto de produções, formado pelos desenhos-estória e narrativas, compõe o que chamamos de material clínico da presente pesquisa. A partir desse material, faremos o trabalho interpretativo de criação/encontro de campos de sentido afetivo emocional, que será apresentado no próximo capítulo.

### **O trabalho com obesidade infantil**

Esta investigação foi realizada em uma instituição na qual a pesquisadora trabalha há 7 anos como psicóloga. É uma instituição reconhecida por seu trabalho no combate à má nutrição – subnutrição e obesidade. É uma Organização Não Governamental (ONG), sem fins lucrativos, que apresenta convênio com a Prefeitura de São Paulo, tanto a Secretaria da Educação, quanto a Secretaria da Saúde, além de outras parcerias com empresas privadas e instituições diversas.

O tratamento diário ou semi-internato, seja da subnutrição ou da obesidade, consiste no acompanhamento das crianças de segunda a sexta-feira das 7h30 às 17h30. Atualmente a capacidade máxima de atendimento nessa modalidade é de 63 crianças. Durante o dia, as crianças recebem 5 refeições



balanceadas, vitaminas e medicamentos necessários, participam de atividades de educação nutricional, corpo e movimento. Além disso, passam a maior parte do tempo na companhia das pedagogas que oferecem estimulações adequadas para cada faixa etária. As crianças e as famílias são acompanhadas por uma equipe composta por sete pedagogas, uma coordenadora e uma diretora pedagógica, uma nutricionista, uma psicóloga, uma assistente social, um médico, um enfermeiro e duas auxiliares de enfermagem.

Atualmente as crianças são cuidadas pela psicóloga por meio do acompanhamento de seu desenvolvimento motor, cognitivo, social e emocional. Nosso objetivo é a promoção do desenvolvimento da identidade e da autonomia do paciente por intermédio do acompanhamento de seu processo de socialização ou de uma escuta cuidadosa e significativa sobre suas experiências ou acontecimentos de sua vida. Dessa forma, o atendimento possibilita a ressignificação da experiência de vida da criança a partir de uma relação afetiva. Com relação às famílias, existe o acompanhamento dos responsáveis e demais familiares envolvidos, se necessário, de acordo com a demanda de qualquer uma das partes (psicólogo, família ou instituição), com o objetivo de disponibilizar uma escuta cuidadosa, na qual o paciente pode expor um sofrimento ou uma questão importante.

Em vários momentos, esse atendimento pode acontecer de modo compartilhado com outro profissional ou em um *setting* diferenciado, como a casa do paciente, a depender das demandas apresentadas. Também nessa perspectiva podem ser realizados atendimentos: individuais, com outros membros da família, somente com o filho em tratamento, etc.

É importante ter claro que a psicóloga não tem como objetivo oferecer psicoterapia aos usuários do serviço, embora o terapêutico continue sendo o alvo do trabalho psicológico. Devido à natureza e particularidades do serviço, a psicoterapia tradicionalmente concebida como tal, com frequência semanal e cujo processo pode se prolongar por anos, não seria viável, ou mesmo pretendido. Há casos específicos, em que determinado paciente ou familiar não deseja conversar com a psicóloga, essa escolha é assegurada e respeitada. Contudo, é importante frisar que é também nosso papel mostrar-nos sempre

disponíveis para todos os usuários em tratamento para que, dentro das regras de bom funcionamento do serviço e do atendimento terapêutico, mesmo aqueles que em certo momento se recusaram a ser atendido por um psicólogo, possam, se quiserem, ter a oportunidade de um atendimento no futuro. Esse “mostrar-se disponível” pode se dar por meio da participação em consultas de outros profissionais; configurando, portanto, um atendimento compartilhado, em atendimentos domiciliares, ou convites para determinadas atividades. Assim, mesmo que exista recusa do paciente ao atendimento psicológico, esse pode acontecer de forma indireta, através de intervenções outras já descritas ou também de discussões e orientações da equipe.

Outra modalidade de atendimento existente no serviço, da qual as mães costumam usufruir com frequência, é o chamado plantão psicológico, que tem como objetivo acolher a pessoa no exato momento de sua necessidade, ajudando-a a lidar melhor com seus recursos e limites buscando compreender e esclarecer as demandas trazidas.

Assim, nem todas as mães escolhidas para participar dessa pesquisa, passavam em acompanhamento ou tinham uma sistemática de atendimento psicológico. Porém todas passaram em atendimento ao menos uma vez, visto que é protocolo da instituição que ao chegar ao serviço aconteça um atendimento compartilhado com a assistente social, momento em que a paciente conta sua história de vida e como chegou à instituição. Como as mães frequentam a instituição diariamente, apesar de muitas vezes não existir um contato ‘terapêutico’, existe uma relação entre os usuários e os profissionais.

### História clínica

*Conhecemos<sup>7</sup> Violeta<sup>8</sup> há cerca de dez meses, quando iniciou o tratamento de obesidade de seu filho Acácio, de 3 anos. Nesse período realizamos vinte e dois encontros. Desses, quatro foram atendimentos em*

---

<sup>7</sup> Os atendimentos foram realizados pela primeira autora.

<sup>8</sup> Todos os nomes citados neste relato são fictícios.

*conjunto com a assistente social, um em parceria com a nutricionista e quatro foram visitas domiciliares. Os demais atendimentos foram individuais.*

*Violeta leva seu filho à instituição diariamente para o tratamento e, assim, sempre nos encontramos, mesmo que não tenha atendimento agendado conosco. Às vezes, pelos corredores, trocamos alguma informação. Não costuma entrar nas salas de atendimento, dificultando a realização de atendimentos mais longos conosco, o que evidentemente diminui a possibilidade de focar em assuntos mais sérios.*

*Violeta nasceu em São Paulo, teve uma mãe que a educou de forma muito rígida, concluiu os estudos e começou a trabalhar cedo. É assim que começa a contar de sua vida, no segundo encontro. O primeiro havia ocorrido um ou dois dias antes, quando referiu forte preocupação com o comportamento agitado do filho. Nessa época, nossos encontros aconteciam nos seus horários de almoço. Violeta chegava sempre agitada, afoita, suave muito, parecia ter feito uma longa caminhada às pressas, embora viesse do seu trabalho que ficava a poucos metros da esquina. Os atendimentos eram bem cronometrados para que pudesse voltar para o emprego no horário. Pairava sempre, durante tais atendimentos, em sua maioria não agendados previamente, uma preocupação com o almoço dela que, por seu turno, afirmava que daria um jeito de ficar bem. Nesse dia, usou os quarenta minutos de duração da entrevista para falar sobre sua história. Apesar da mãe rígida, começou a namorar cedo, engravidou de um de seus namorados e deu à luz a primeira filha, Íris. Como a bebê ficava constantemente doente, Violeta saiu do trabalho para cuidar dela. Começaram então a passar alguns apertos financeiros. Foi quando Violeta decidiu, convidada por uma amiga, trabalhar como garota de programa. Fazia seu trabalho em uma casa de luxo de São Paulo, motivo pelo qual auferia ganhos expressivos. Viu-se, desse modo, com condições de oferecer à filha tudo que ela quisesse em termos materiais. A avó passou a cuidar de Íris enquanto Violeta trabalhava, mas ninguém da família conhecia a natureza de sua atividade profissional. Quando Dália, mãe de Violeta, descobriu como a filha ganhava dinheiro, expulsou-a de casa, fato que obrigou Violeta a residir, daí por diante, no local de trabalho. Íris ficou com a avó. Violeta passou a enviar dinheiro mensalmente e a fazer visitas esporádicas.*

*Posteriormente, Violeta se mudou de São Paulo para uma cidade litorânea, mantendo, todavia, a mesma atividade, morando sempre nas próprias casas noturnas. Nessa época, começou a namorar um rapaz, de quem engravidou. Dessa relação nasceu Yasmim, sua segunda filha. O esquema com a nova criança foi o mesmo: a avó cuidava dela enquanto Violeta trabalhava, sempre mandando o dinheiro, garantindo que nada material faltasse às crianças. Separou-se desse companheiro e veio para São Paulo novamente, dessa vez para trabalhar em uma casa um pouco mais simples, mas que ainda lhe rendia um bom sustento. Foi aí que, numa noite, engravidou de Acácio. Violeta desconfia de dois clientes que possam ser os pais, mas não foi atrás para descobrir. Quando ficou sabendo que estava gestante de um menino, decidiu parar de trabalhar. Não sabe explicar bem a motivação de sua decisão, mas diz acreditar que pode ter sido impelida pelo fato de que sempre sonhou ter um filho homem...*

*Violeta então volta a morar com a mãe e as filhas, até que a mãe, D. Dália, se casa novamente, deixando a casa. Assim, Violeta se vê sozinha com os três filhos pela primeira vez. Íris tem 17 anos e está gestante, Yasmim tem 11 anos e Acácio 3 anos.*

*Quarenta minutos foram pouco para que ela contasse essa história atribulada e surpreendente, uma vez que sua aparência não indicava o exercício da prostituição, uma vez que Violeta tinha engordado 50 quilos após a gestação de Acácio. Nessa linha, chegou a declarar explicitamente que não queria emagrecer nem se cuidar, porque desse modo poderia sofrer a tentação de voltar a esse trabalho. Seus olhos se encheram de lágrimas ao falar do assunto, referindo “é trabalho fácil para quem não conhece”. Nesse momento, deixava transparecer o sofrimento vivido nesses doze anos de trabalho com o próprio corpo. E diz: “Acho que troquei o sexo por chocolate, por isso estou desse tamanho”. Ela sabe que o tratamento de Acácio requer envolvimento de toda a família, mas não sabe se está preparada para isso.*

*Acácio chegou até nós, encaminhado pela Unidade Básica de Saúde – UBS. Por se tratar de um caso de obesidade grave iniciou quase imediatamente,*

*assim que possível, o tratamento em regime de semi-internato<sup>9</sup>. Ao chegar com o filho, Violeta transmitia muita emoção por meio da fala agitada que usava para enunciar, literalmente, um pedido de socorro. Sua descrição do filho lembrava um personagem da Disney, o Taz, que anda feito um furacão e destrói as coisas por onde passa. Disse, inclusive, que muitas noites dorme fora de casa (na casa de uma amiga) para poder descansar da criança, deixando-a aos cuidados das irmãs. Conta que Acácio come vorazmente grande quantidade de alimentos, chegando até a vomitar. A mãe não sabe como controlar seu comportamento, deixando bem evidente que enfrentam uma dificuldade de relacionamento. Entretanto, o mais intrigante, do ponto de vista clínico, é o fato da descrição de Acácio, feita por sua mãe, destoar muito do comportamento do menino diante dos vários profissionais da instituição de atendimento, posto que o menino se mostra colaborativo e tranquilo, sem deixar de apresentar características saudáveis esperadas para crianças de sua idade.*

*Depois do primeiro atendimento, nunca mais veio às consultas agendadas, preferindo conversas rápidas sobre questões pontuais, do que resultou, evidentemente, a impossibilidade de aprofundamento em determinados temas, mais significativos do ponto de vista emocional. Não fica difícil perceber que Violeta tem medo de entrar em contato com suas questões, bem como as do filho. Uma constante em suas colocações é o modo pelo qual localiza os problemas de comportamento de Acácio sempre no próprio menino, evitando abordar o vínculo existente entre ambos.*

*Apenas numa única vez, Violeta permitiu-se referir ao relacionamento com o filho, afirmando que se apercebe da existência de uma ligação muito forte e singular com a criança. Relata, então, que quando está, ela mesma, com vontade de comer, acha que ele também está e se apressa em alimentá-lo, sem nem perguntar à criança sobre sua fome. Por conta da situação financeira atual, não pode mais dar qualquer bem material, independente do preço, como fez com suas filhas, então compensa com pequenas guloseimas. Essa declaração ocorreu de forma rápida e inusitada, e a ela se seguiu uma retomada do*

---

<sup>9</sup> Trata-se de tratamento com duração de dez horas por dia, realizado em cinco dias da semana, de segunda a sexta-feira.

*equacionamento das questões a partir da ideia de que o menino seria problemático por sua própria índole.*

*Acácio começou a faltar à instituição. Após várias tentativas, por parte da instituição, de tentar motivar a volta da criança, a mãe restabelece contato e conta que a criança está com uma alergia atópica, motivo pelo qual considera necessário interromper o tratamento. Revela, também, que deixou o emprego e que está vivendo às custas de doações de amigos e da mãe. Após algumas conversas com Violeta, Acácio retorna a nossa entidade, porém de forma pouco frequente. Parece-nos evidente que um processo de resistência da mãe ao tratamento está instalado.*

*Em meados de abril nasce Jacinto, o neto de Violeta, filho de Íris. Como as faltas de Acácio seguem muito frequentes, realizamos uma visita domiciliar. Violeta parece imersa em um furacão, tomada por problemas financeiros que impedem o pagamento do aluguel e das demais contas. Iris poderia ajudar mais nos cuidados da casa. Yasmim preocupa porque passou a praticar pequenos furtos. A mãe e o padrasto têm brigado com grande frequência. Acácio continua bastante agitado e seu quadro de alergia ainda não se resolveu.*

*Durante essa visita domiciliar, Acácio comportou-se segundo as descrições da mãe – e de modo absolutamente diverso ao que assumia sempre na instituição. Ele corria para cima e para baixo e destruía as coisas, chamando atenção o tempo todo para si. Violeta praticamente o ignorava, permanecendo indiferente às ações do filho, numa atitude permissiva, como se estivesse frente a acontecimentos habituais, ainda que a conduta do menino fizesse temer quedas, ferimentos e destruição de objetos da casa. As irmãs de Acácio tinham maior domínio sobre a criança, pareciam mais preocupadas também e chegavam a intervir em muitos momentos. Essa cena se repetiu em todas as visitas realizadas e, apesar de serem constantes, nunca deixaram de chamar atenção. Houve uma vez em que Acácio destruiu uma cadeira e rasgou a toalha de mesa inteira, provocando na mãe um único comentário: “é assim”. Quando observamos que o comportamento agitado parece diminuir quando Acácio recebe atenção, Violeta responde que com ela as coisas não acontecem desse modo.*

*Acácio, como suas irmãs, algumas vezes, abria e fechava a geladeira pegando coisas para comer à vontade. Violeta conta rindo situações em que Acácio come vorazmente para depois avançar no prato das irmãs. Outras vezes, a mesma situação provoca-lhe choro, por não saber como proceder. A família tem um cachorrinho. O relacionamento de Acácio com Dob lembra um desenho animado no qual uma criança aperta, amassa e acaricia um animal de estimação de modo inadequado. Violeta precisou afastá-lo do cachorro por causa da forte alergia, mas relata que quando acordava à noite, Acácio estava dormindo na cozinha com Dob.*

*As dificuldades de relacionamento da mãe com o filho são muito evidentes. Precisa da ajuda das filhas para buscar o menino na instituição, ao final do dia, não deixando de comentar, meio de brincadeira, que o sossego vai acabar no momento em que se reencontrar com Acácio. Tais falas despertam-nos sentimentos de compaixão pelo que perceber existir entre Violeta e Acácio.*

*Durante esse processo, Violeta revelou ainda amamentar o filho e necessitar de ajuda para realizar o desmame. Entretanto, não conseguiu tirar Acácio do peito, evidentemente dispensável do ponto de vista nutricional, nos procurou para pedir ajuda com o desmame. Conversamos sobre o tema, mas ela nunca conseguiu tirar Acácio do peito, argumentando que não consegue vê-lo chorar ou então que ele mama sem que ela perceba, enquanto ela está já dormindo.*

*Num dado momento do atendimento, recebemos uma carta da Promotoria da Justiça relativa à denúncia anônima que acusava Violeta de maus tratos aos filhos. Colocada diante do fato, Violeta referiu-se a conflitos constantes com a filha mais velha, que incluíram uma briga de faca durante a gestação da moça, ocorrência que gerou registro de queixa policial contra a mãe. Ficamos surpreendidas com esse relato, pois Violeta e Íris comportavam-se, habitualmente, como boas companheiras.*

*Violeta nunca mais voltou a trabalhar, conseguia dinheiro com amigos e mediante recebimento de benefícios do governo. Sua mãe, Dália, ajudava com aluguel e compras. Entretanto, também Dália veio a enfrentar complicações financeiras, de modo que acabou não podendo quitar regularmente o aluguel e*

a energia elétrica. Violeta engajou-se numa ocupação temporária, para evitar o corte da luz, mas logo retornou para sua situação de desemprego.

Por conta das dificuldades financeiras da mãe, Violeta foi obrigada a sair de sua casa e procurar um novo local para morar. Inicialmente não acreditavam que um despejo pudesse acontecer, em virtude de haver crianças pequenas em casa. Após várias conversas sobre esse tema, a família resolveu dar um passo e alugou outra casa. Surgiu então um impasse, uma vez que tem um cachorro que não poderia acompanhá-los porque animais não seriam admitidos no novo espaço. Entretanto, Violeta equacionava o problema de modo curioso, atribuindo à Dália, que não permitiria a doação do animal, a responsabilidade pelo problema, como se sua própria mãe detivesse poder sobre algo que, afinal de contas, corre sob sua própria responsabilidade. Seu tom, bem como o conteúdo da questão, aponta uma dificuldade grande em posicionar-se em termos adultos.

Violeta nunca frequentou de forma assídua o tratamento e sua adesão às orientações e indicações dos profissionais sempre foi difícil. Vemos que ela apresenta claro um pedido de ajuda, mas muito distante de si, o que dificulta o atendimento. Todos os profissionais envolvidos parecem tocados pela gravidade da obesidade da criança, pela história sofrida da mãe e pela dramática familiar. Além disso, são muitas as interrogações acerca da condução do caso.

#### Entrevista Individual de Pesquisa Clínica

Violeta entra na sala um pouco afoita e, antes de qualquer coisa, começa a justificar as faltas da criança. Percebemos Violeta na defensiva, como se nos empurrasse para trás, como se estivesse tentando já justificar uma bronca que receberia. Entretanto, percebendo-se acolhida, e não criticada, vai ficando mais tranquila, menos na defensiva. Quando a percebemos aberta para outras questões, fizemos a proposta de um atendimento diferente. Seus ombros caíram e o rosto ficou relaxado. Talvez ela imaginasse que o atendimento havia sido marcado para falar das faltas e cobrar-lhe algumas atitudes, o que justificaria sua postura inicial. Como não foi isso que aconteceu, tivemos a impressão de que se permitiu participar do atendimento desarmada.



*Antes de começar o desenho, Violeta quis colocar algumas dificuldades com o nosso tratamento – não sabe se Acácio poderá continuar conosco devido ao seu horário de entrada no trabalho e dificuldade em conseguir ajuda para trazê-lo, pois tem se sentido muito cansada e sofrido fortes dores na coluna, sem contar que tem tido esquecimentos frequentes.*

*Conversamos sobre como ela está vivendo todas essas circunstâncias e Violeta traz um cansaço intenso, uma dificuldade na qual parece que tudo é um peso e não sabe o que fazer com isso. Deseja soluções rápidas, que não demandem muito esforço, pois estaria no limite de suas forças.*

*Ao iniciar o desenho, Violeta se soltou mais ainda, mostrando-se bem à vontade, segundo um padrão de contato que não lhe é habitual. Violeta se voltou para si e trouxe algumas questões que nunca trouxera. É como se algo tivesse se aberto.*

*Começa falando da preocupação com a filha do meio, Yasmim, que está apresentando comportamento de furto de pequenas coisas. Trouxe um episódio em que viu a filha com um menino diferente, estranho, acrescentando que teme que ele leve Yasmim para o mau caminho. Fala que vê a filha furtando, mas tem vergonha de voltar à loja e fazê-la devolver. Sua atitude tem sido a de conversar com a menina, mas não vê efeito. Conta que a irmã mais velha, Íris, briga e bate na irmã por esse comportamento e aprova esse tipo de relacionamento entre as irmãs. Seu posicionamento demonstra vontade de que a filha mais velha assuma a responsabilidade pela educação da irmã mais nova, enquanto a mãe de ambas não se vê implicada com a formação de Yasmim.*

*Em seguida, emenda uma fala de preocupação com Íris, que está trabalhando e quer ir morar com o namorado, pai de seu filho. Violeta não sabe como ficará sem Íris em casa, mas não quer se aprofundar no tema. Percebemos que, dentre tantas dificuldades, a saída de Íris de casa é algo que a preocupa bastante. Será por essa liderança e responsabilidade que a filha assuma? Por essa experiência de companhia ao enfrentar todas as coisas?*

*Chega então a Acácio. Seu desejo é levá-lo ao neurologista para que receba um diagnóstico e medicação contra a agitação. Refere saber da diferença de comportamento quando a criança está com e sem ela, mas precisa de ajuda*

porque não sabe mais o que fazer. Aparentemente, gostaria que ele tivesse uma doença orgânica para tirar de si qualquer responsabilidade frente à agitação da criança.

A partir daí, começou a abordar a dificuldade que está tendo com a mãe, principalmente quando aquela quer educar os netos de um jeito diferente do seu. Novamente aqui nos veio em mente a dificuldade de Violeta de assumir suas responsabilidades como mãe. Entretanto, parece muito presente e inteira ao referir os problemas de relacionamento com Dália. Seus olhos se enchem de lágrimas ao dizer que se sente sozinha e que observa que Acácio é deixado de lado pela avó. Conta que briga muito com a mãe por isso. A partir daí, relata vários episódios de brigas com ela e com o padrasto, dizendo que a mãe 'faz a caveira' dela para as filhas pelas costas. Conta, a partir disso, que o relacionamento entre elas sempre foi muito conflituoso e que, por isso, foi para prostituição e saía de casa por meses. Conta que foi para esse trabalho para ter independência financeira e emocional da mãe. Diz que às vezes tem vontade de fazer como antes, largar tudo, voltar a essa vida e sumir por meses, mas o que a impede de fazer isso é Acácio. Não sabe dizer bem ao certo o porquê. Acredita que é porque ele é homem, que sempre foi seu sonho ter um menino, mas não está inteiramente convencida em relação a essa explicação, apenas se contenta com ela. Fala de voltar a fazer programa à noite como uma possibilidade de presentear o filho com o que ele quiser ou de poder levá-lo a locais legais. Conta que as pessoas ligam fazendo proposta, mas pensa no Acácio e permanece firme. Violeta faz uma comparação disso com as drogas. Diz que é um vício, tanto o sexo como o dinheiro. Volta a falar da mãe, que só se propôs a ajudá-la quando viu que há dois anos a filha tinha outro trabalho. Traz uma dor intensa pelo fato de sua mãe não ter acreditado em seu propósito de abandonar a prostituição. Foram 12 anos trabalhando na noite e quando ela resolve parar, Violeta sofre pelo não apoio dos familiares. Falou também que Íris sempre foi sua parceira, no sentido que nunca escondeu da filha o seu trabalho, desde pequena Íris sabe de tudo – o que indica que não percebe Íris como filha e sim como amiga.

Violeta termina o desenho e quer ela mesma escrever a história. Durante a escrita pergunta coisas sobre o tratamento, festa de natal e férias.

Ao final, percebemos que está envergonhada da história que escreveu e, quando a lê para nós, fazemos muitas associações com o que conversamos e com o que ela vive. A mãe que se sente sozinha, tem dores na coluna e está cansada; o filho que estuda em uma escola especial e tem uma doença com um nome específico que justifica as dificuldades.

Antes de ir embora, agradece afetuosamente por esse atendimento, declarando-se disposta a aprofundar a conversa sobre certos temas de sua vida.

### Desenho-Estória com Tema



Era uma vez uma senhora chamada Vilma, ela mora numa casa com seu filho Joãozinho, ele tem 7 anos. Dona Vilma trabalha de limpeza. Ela mora com ele, só que tem um problema Joãozinho ele tem síndrome de Down. Ele estuda em escola especial, mas tem um porém, ainda tem um sonho de construir a casa sozinha e com o Joãozinho. Mas a Vilma está muito feliz das as coisas não terríveis de frente Joãozinho. Pois vive cansada, mas tem forças para cuidar do seu filho há tanto tempo.

*pois ela paga aluguel. Mas dona Vilma sofre de problemas na coluna. Sozinha e com Joãozinho d. Vilma vive muito feliz. Mas ao mesmo tempo se sente sozinha. Pois vive cansada, mas tem força para cuidar do seu filho ki tanto ama.*

## REFLETINDO SOBRE O CASO CLÍNICO

Como sabemos, na pesquisa empírica com método psicanalítico, as interpretações equivalem aos resultados. Ora, as interpretações produzidas pela adoção metodológica da psicanálise nos conduzem, sempre, ao inconsciente que, no âmbito da psicologia concreta, corresponde a campos relacionais que se constelam nas interações entre as pessoas. Desse modo, não concebemos o inconsciente tão somente como instância psíquica individual, sendo que o próprio indivíduo jamais é pensado de modo isolado, mas sempre em coexistência socialmente situada. Nessa perspectiva, os campos de sentido afetivo-emocional são sempre inconscientes relativos às condutas que são objeto de nosso estudo (Ambrosio, Aiello-Fernandes & Aiello-Vaisberg, 2013; Aiello-Vaisberg & Machado, 2008).

A consideração das narrativas transferenciais relativas à História Clínica e à Entrevista Individual de Pesquisa Clínica, bem como da história e do desenho produzidos pela participante, por meio das quais tivemos acesso a várias condutas significativas, em relação ao problema de pesquisa, permitiu a interpretação de dois campos de sentido afetivo-emocional: (1) “Sou mãe de um menino, logo existo” e (2) “Minha mãe me ama, logo existo”.

O campo “Sou mãe de um menino, logo existo” organiza-se ao redor da fantasia de que ter um filho homem confere à pessoa sentido de existência.

O campo “Minha mãe me ama, logo existo” organiza-se ao redor da fantasia de que ser amada pela mãe confere à pessoa sentido de existência.

A apreciação conjunta desses campos, que são inconscientes relativos às condutas que a participante adota como mãe, nos levam a perceber que Violeta busca um lugar em que possa constituir-se como pessoa, a partir do qual possa realizar uma vida significativa para si e para o outro. Ambos os campos de sentido afetivo-emocional se constituem, portanto, ao redor dessa problemática

nuclear relativa ao sentido da própria existência, mas diferem quanto aos caminhos fantasiados como solução para o sofrimento vivenciado. Desse modo, o primeiro campo coincide com a esperança de que tornar-se mãe de um filho de sexo masculino poderia ser uma forma de resolução de seus problemas, enquanto o segundo se estrutura ao redor da crença de que o amor da própria mãe poderia salvá-la de seus dramas. Em suma, vemo-nos diante do que poderíamos designar como duas fantasias de cura para um mesmo sofrimento.

Colocando-nos diante de questão tão fundamental, a participante convoca o estabelecimento de interlocuções com autores que possam contribuir para uma compreensão mais acurada do que aí se encontra em jogo. Coerentes com nossa formação clínica, bem como com a perspectiva da psicologia concreta, entendemos que o estabelecimento de diálogo com Winnicott (1945/1983;1960/1983), autor que nos tem inspirado o estilo clínico Ser e Fazer, (Aiello-Vaisberg, 2004; Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2016), bem como com Mahfoud (2012), que traz, para o campo da psicoterapia, importantes contribuições ético-antropológicas de Guissani (2009), pode nos aportar subsídios relevantes. De fato, acreditamos que reflexões à luz das contribuições desses autores podem se revelar fecundas numa clínica voltada aos sofrimentos radicais da chamada constituição de *self* (Aros e Aiello-Vaisberg, 2009).

A temática do alcance de um posicionamento existencial autêntico tem sido relacionada, pela maioria dos estudiosos, à teoria winnicottiana do falso e do verdadeiro *self* (Greenberg e Mitchell,1994), conceito de inspiração nitidamente existencial, formulado teoricamente a partir de uma clínica que opera o método psicanalítico a partir de uma perspectiva nitidamente marcada pela fenomenologia – provavelmente apreendida a partir da conhecida proximidade entre o psicanalista inglês e Laing (1960), que este último registra com gratidão.

Diferentemente de seus antecessores, que parecem postular que o ser humano já nasceria dotado de uma subjetividade pessoal, Winnicott (1945/1993) concebe que essa seria fruto de um complexo processo de desenvolvimento, que se caracterizaria em termos de integração, personalização e estabelecimento de relação com a realidade, numa espécie de contradança entre o potencial herdado da criança e a provisão ambiental. O bebê nasceria em estado pré-subjetivo, fusionado e indiferenciado em relação ao que o

observador externo vê como a mãe ou o cuidador primordial, para pouco a pouco passar a existir desde seu próprio ponto de vista, diferenciando “*me*” e “*not-me*”. Questão fundamental, nesse complexo processo, diz respeito ao modo como o ambiente permite – ou não – que a individualidade se estabeleça sob forma de uma gestualidade espontânea e criadora, o que dependeria, fundamentalmente, da possibilidade da criança vivenciar uma experiência de onipotência, que se tornaria um patrimônio pessoal a partir do qual se poderia instalar a sanidade mental possível ao ser humano (Aiello-Vaisberg, 2012).

O estabelecimento de um verdadeiro *self*, na visão winnicottiana, depende daquilo que ocorre no início da vida do bebê, no chamado estágio da dependência absoluta. Diz Newman, comentando as proposições winnicottianas (1995/2003):

No estágio da dependência absoluta, os pais devotados comuns satisfazem a onipotência de seus filhos e tudo faz sentido. A onipotência, aqui, não é a do rígido ou a do paranoide, e sim a permissão dada ao bebê de se sentir deus (p. 389).

Essa colocação visa esclarecer, didaticamente, uma bastante conhecida afirmação de Winnicott (1968/1988):

A partir da experiência inicial de onipotência, o bebê pode começar a sentir frustração e até mesmo chegar, um dia, ao outro extremo da onipotência, que é o de sentir-se um mero graveto no universo, num universo que já estava lá antes de o bebê ser concebido (nos dois sentidos) por pais que usufruíam a presença um do outro. Não é por *ser* Deus que os seres humanos chegam à humildade própria à individualidade humana? (Winnicott, 1968/1988 p. 90).

Então, quando tudo corre bem, na medida em que a mãe teria podido favorecer a experiência inicial de onipotência, o bebê *cria* o mundo. Essa experiência onipotente restaria como fundo existencial, jamais superado, dirigindo a existência para a busca de um mundo capaz de atender os anseios humanos. Aliás, seria justamente a persistência da experiência onipotente o ingrediente essencial para a tolerância das dificuldades e desilusões inerentes

ao viver humano (Aiello-Vaisberg, 2012). A onipotência não pode ser vivenciada quando os adultos, ao invés de acolherem o gesto criador do bebê, submetem-no às suas próprias imposições em função da incapacidade de sentir suas necessidades. Da submissão resultaria o início de um falso *self*, que será produzido como tentativa de defesa e proteção da própria autenticidade pessoal. Sem acesso à própria autenticidade, o indivíduo não conseguiria tornar-se pessoa para si mesmo.

Nesse momento é interessante ressaltar o fato de Winnicott (1945/1993;1960/1983) falar sobre questões existenciais fundamentais situando-as no âmbito do desenvolvimento psicoemocional do bebê humano. Tal fato é compreensível dada sua formação como pediatra e ao exercício contínuo e duradouro da psiquiatria infantil, que incluiu atendimento a muitos bebês. Explica-se, também, pelo seu interesse pela psicopatologia dos estados de despersonalização psicótica que pensou, na perspectiva da teoria psicanalítica, como resultado de movimentos regressivos a fases primordiais da vida individual. Assim, viu-se naturalmente inclinado a pensar processos, que talvez não sejam privativos da vida do bebê, em termos de responder a um problema teórico e clínico fundamental: como pode o ser humano manter-se fora de estados psicóticos e confusionais, lembrando que toda psicose é tentativa de ordenar caos vivencial (Bleger, 1963/1987).

Ora, mesmo chegando a admitir que “somos pobres se somos apenas são” (Winnicott, 1945/1993, p.225), o psicanalista, por motivos tanto teóricos como possivelmente político-institucionais, manteve uma posição que deu margem para se pensar que o fundamental da vida humana se decidiria durante a primeiríssima infância. Nessa linha, suas radicais descobertas, que incluíam a importância do ambiente humano, da criatividade primária e da não submissão, transformaram-se em questões relativas apenas ao período inicial da vida, manobra por meio da qual se evitou que as formulações winnicottianas viessem a implodir as elaborações conservadoras e adaptativas de grande parte da psicanálise clássica. Firmou-se, então, no campo psicanalítico, a ideia de que as proposições freudianas continuariam intocadas e insuperáveis para a compreensão da neurose, o que condiz com visões teóricas segundo as quais a vida adulta e a velhice podem ser descritas como existencialmente irrelevantes.



Nessa linha de raciocínio, Violeta lutaria para se estabelecer como *self* verdadeiro porque supostamente não teria recebido provisão ambiental suficientemente boa durante sua vida como bebê. Submetida por uma mãe, que não lhe teria permitido vivenciar experiências criativas onipotentes, seguiria pela vida afora em busca do atendimento dessa necessidade primordial. Pouco esforço nos seria requerido para formular uma hipótese de que, quando menina poderia ter interpretado algo, que vivenciou como falta de amor, como vinculado ao fato de ter decepcionado sua própria mãe por ser de sexo feminino – conforme certas teorizações freudianas e lacanianas relativas ao complexo de Édipo. O esquema parece coerente, mas certamente carece de possibilidade de vir a ser comprovado – o que infelizmente não impede que seja muitas vezes invocado em atendimentos psicoterapêuticos.

Além disso, tal hipótese explicaria bastante bem suas fantasias acerca de como poderia superar as falhas básicas vivenciadas em sua própria infância: entregando à mãe um bebê de sexo masculino, com o qual se manteria de um certo modo fusionada, para, desse modo, obtivesse o amor materno a partir do qual poderia estabelecer-se como *self* verdadeiro.

Essa linha de raciocínio, que remonta a formulações sobre desenvolvimento e regressão, elaboradas por Freud (1916) no início do século passado, está hoje profundamente assimilada pelos psicanalistas, por psicólogos de modo geral e pela própria cultura ocidental. Contudo, se praticarmos um exercício de desapego em relação à familiaridade que despertam, logo nos daremos conta de que escotomiza tanto a vida adulta individual como as condições sociais concretas em que vivemos. Não precisamos ir longe para percebermos que o sexo de um bebê não é aspecto irrelevante numa sociedade fortemente marcada pela opressão feminina – só para ficarmos num aspecto mais evidente e que, se uma mãe se posiciona de modo decepcionado quando dá à luz uma menina, não o faz porque inventou, sozinha, que teria sido melhor se a criança fosse de sexo masculino, mas espelhando algo vigente no imaginário coletivo.

Adotaremos aqui um vértice de discussão, que há certo tempo relativo ao uso dos conceitos necessidade e desejo, muitas vezes ventilada na correspondência de Winnicott (1987). Colocando a questão de modo bastante

sucinto, podemos afirmar que a percepção winnicottiana sobre a centralidade psicanalítica do desejo gerava grande insatisfação, por se revelar insuficiente e provocar distorções na compreensão de delicados fenômenos que se encontrariam na base dos processos de integração, personalização e estabelecimento de relação com a realidade, bases da constituição do *self* (Winnicott, 1945/1993). Somente pessoas constituídas poderiam vivenciar desejos que, por seu turno, poderiam ser realizados ou não, sem prejuízo para a integridade individual. Diferente seria a condição daqueles que se encontram em processo de estabelecimento da própria continuidade de ser, cujas necessidades demandariam sempre atendimento, sob pena de comprometer as bases da sanidade mental. Viver experiências de onipotência corresponderia, nessa perspectiva, à necessidade psicológica cujo atendimento seria perseguido continuamente, de um modo ou de outro, com a ajuda do chamado falso *self*, até o alcance do atendimento ou da morte.

Não temos dúvida de que a distinção entre desejo e necessidade é indispensável. Contudo, já nos referimos aos problemas que o uso do segundo conceito provoca – e que podem vir a ser resolvidos pela ideia de exigência, a que chegamos por meio do estudo daquele que aqui apresentamos como nosso segundo interlocutor, Miguel Mahfoud (2012), que trouxe para o campo da psicoterapia contribuições antropológico-filosóficas de Giussani (2009).

Já tivemos oportunidade, em trabalho anterior (Aiello-Vaisberg & Marcoccia, 2013), de afirmar que o conceito de necessidade acabou ficando bastante sobrecarregado, na psicanálise pós-winnicottiana, na medida em que invocado para referir fenômenos bastante diversos, tais como as necessidades de holding do recém-nascido, que faz suas primeiras experiências de continuidade de ser, como necessidades psicológicas que indivíduos adultos exibiriam ao longo da vida, que não se confundiriam com desejos eróticos nem com sublimações. Claro que sempre se poderia invocar que as necessidades de adultos corresponderiam a apresentações disfarçadas, pelo falso *self*, de necessidades infantis, mas isso nos colocaria o problema de pensar um adulto freudiano desencantado, pessimista, movido apenas por motivações sexuais e seus sucedâneos – uma visão eticamente perigosa. Por outro lado, também se pode refletir em outra direção, diferenciando tais necessidades.

Se prosseguirmos na linha de considerar que existiriam necessidades, cujo atendimento seria imperativo, em termos da preservação da própria condição humana, não apenas na vida do bebê e do recém-nascido, deveríamos reconhecer que o adulto saudável teria suas ações motivadas tanto por necessidades amadurecidas, que regeriam grande parte de sua vida, como por desejos eróticos. Aspecto sumamente interessante, em tal configuração, seria o fato da busca por sentir-se vivo e real como pessoa, fundamento de todo o pensamento winnicottiano, seja pensada como necessidade, diante do que se poderia perguntar: necessidade imatura e infantil ou necessidade humana?

Quando se mantém à procura da constituição de si mesma como pessoa, estaria Violeta prisioneira de um passado infantil, que tenta superar, ou algo mais, caracteristicamente humano, encontrar-se-ia em jogo? Essa nos parece uma questão chave tanto para a compreensão do sofrimento da participante como para qualquer proposta de atendimento psicoterapêutico, que possa favorecer inclusive o tratamento da obesidade do filho. Afinal, pessoas que se encontram em diferentes condições em termos de desenvolvimento emocional, em termos de estágios de dependência mais ou menos amadurecidos, lidariam sempre com a necessidade de ser – ou isso deveria estar plenamente resolvido na primeira etapa?

Entendemos que as necessidades psicológicas que dominam as fases iniciais da vida, anteriores ao estabelecimento de um senso de personalidade individual, são peculiares, na medida em que correspondem a movimentos por meio dos quais chegamos à própria constituição do *self*, em termos do que pode ser designado, por Greenberg e Mitchell (1984), como emergência da pessoa. Nesse ponto, acreditamos que a questão a ser formulada seria a seguinte: até que ponto valeria a pena usar o mesmo conceito para compreender, por um lado, processos de emergência da pessoa e, de outro, questões que a existência impõe àqueles já constituídos como *self* unitário? Estariam estes últimos imunes a questões existenciais significativas? Seriam todas essas meras reedições de dificuldades infantis?

Pensamos estar diante de fenômenos muito diversos, que demandam o uso de diferentes conceitos, como já tivemos ocasião de declarar:

A nosso ver, estamos diante de fenômenos tão diversos a ponto de se justificar o recurso a outro conceito, na medida em que o amadurecimento do bebê sofre uma inflexão fundamental quando estabelecida uma certa continuidade de ser e, daí, uma certa integração, ainda muito própria do viver psicossomático, surge no horizonte, com o desenvolvimento da capacidade de preocupação. A nosso ver, o reconhecimento dessa capacidade, numa teorização que não quer abandonar o plano da pessoa, da experiência, da dramática, demanda um terceiro conceito, diverso tanto da necessidade como do desejo sexual. Nessa busca, a noção de exigência, tal como usada no contexto antropológico da experiência elementar, parece-nos uma solução bastante produtiva (Aiello-Vaisberg & Marcoccia, 2013, p.85).

O conceito de experiência elementar, no cerne do qual encontramos a noção de exigência, corresponde a uma categoria antropológica de análise, forjada com vistas a postular a existência de um crivo originário subjacente a toda conduta humana, constituído como conjunto de exigências fundamentais, que se imporia a cada um, não como doutrina ou aprendizado, mas de modo direto, intuitivo e experiencial. Tais exigências incluiriam a de ser feliz e amado, bem como a da busca pela verdade, pela justiça e pela beleza (Giussani, 2009). Partindo dessa concepção, Mahfoud (2012), já comprometido com preocupações próprias da clínica psicológica, enfatiza também a exigência de ser, que se vincularia ao assumir-se como individualidade humana, de caráter absolutamente singular, e ao ocupar um lugar próprio no mundo. No entender do autor, essa exigência básica e fundante tomaria forma dentro de uma história, constituindo-se como provocação primordial a impulsionar o viver.

Guiando-nos pelas orientações de Mahfoud (2012), conseguimos identificar a exigência de ser em Violeta, na medida em que parece colocar-se sempre a partir de um critério muito preciso, mesmo que não conceitual ou discursivamente pensado, para afirmar “eu sou” ou “eu não sou”, “sou algo grande” ou “sou a pior”. Em muitas de suas declarações, vale dizer, de suas condutas, expressa o que podemos considerar como manifestação da exigência de ser – que não se confunde com incapacidade confusional ou psicótica de

conceber-se como individualidade, eventualmente derivadas de provisão ambiental insuficiente em sua vida de recém-nascida e de bebê pequeno<sup>10</sup>.

Entretanto, cabe indagar, já que estamos comprometidas com produção de conhecimento psicológico, que se insere no campo das ciências humanas, em que consistiria exatamente essa exigência ética fundante de ser. Mahfoud (2012) afirma que não se trata de exigência de autonomia, mas de alcançar uma posição de dependência, uma vez que o humano, para ser, depende<sup>11</sup>. De fato, para poder ser, preciso do outro que me receba no mundo, preciso que minha existência faça sentido verdadeiro no mundo e na história:

A formulação do sentido de minha existência depende de que ela faça diferença num certo contexto, de que faça diferença, que eu deixe minha marca. Sem ser recebido no mundo humano, eu não teria condições de exercer meu dinamismo próprio, não chegaria a ser eu mesmo. A exigência de ser é absolutamente radical: diante da impossibilidade, há a dor da não realização; mas a exigência não desaparece (Mahfoud, 2012, p.55).

Como vemos, partindo de uma visão ético-antropológica, passível de ser trazida para a clínica psicológica, para ser utilizada como verdadeiro orientador de intervenções, Mahfoud (2012) faz colocações que aparentemente nos remetem a condições que invocam o alcance de um certo amadurecimento emocional.

No caso de Violeta, a exigência de ser, cuja importância Mahfoud (2012) destaca bem, mostra-se, no quadro pessoal caracterizado por tentativas, aparentemente desorientadas, de busca de soluções num contexto social fortemente marcado por imaginários que atribuem à mãe biológica total responsabilidade pelo cuidado dos filhos e pela garantia de sua realização como

---

<sup>10</sup> Não esquecemos de que sempre se pode considerar que a preservação evidente de Violeta se deve à ação do falso-*self*. Entretanto esse seria, a nosso ver, um movimento intelectualmente perigoso porque sempre deixaria na terrível situação de nos encontrarmos diante de uma teoria que jamais poderia estar errada. Para tanto também deveríamos ignorar várias manifestações clínicas que não condizem com a postulação de um estado latente de radical prejuízo psíquico, o qual substituiria o reconhecimento de que nos encontramos diante de um ser humano que vivencia uma dramática de vida dificultosa em condições sociais bastante adversas.

<sup>11</sup> A colocação de Mahfoud (2012) encontra eco em teóricos das relações objetais. Por exemplo, Fairbairn (1942/1994), autor bastante apreciado e utilizado por Bleger (1963/1987), pensava o desenvolvimento humano em termos de fases de dependência imatura, independência ilusória e dependência madura.

pessoa. Assim, não surpreende constatar que a necessidade de se constituir como singularidade pessoal venha a se expressar, na vida da participante, como luta incansável e desesperada pela obtenção de um olhar de entusiasmo, alegria e encantamento de sua própria mãe. Na luta por esse olhar, várias estratégias têm sido usadas, figurando, como trunfo maior, a apresentação do próprio filho homem, fantasiado como verdadeiro salvador que a resgataria e agradaria a avó materna, de um não viver. Em suma, damo-nos conta de que nutre a fantasia de ser curada, se puder ser amada pela própria mãe, que possivelmente agradará demonstrando-se, ela própria, capaz de gerar um menino. Entretanto, tal percepção nos leva a pensar que sua reação deriva apenas de uma provisão afetiva insuficiente em sua própria infância, mas reflete condições atuais de uma sociedade que simultaneamente desvaloriza a mulher e hipervaloriza o amor maternal, como único digno de confiança.

Dessa feita, podemos afirmar que os campos de sentido afetivo-emocional, que aqui produzimos interpretativamente, apontam que Violeta se apresenta profundamente tocada, de modo direto, sensível e intuitivo, por uma exigência fundamental de ser, que não se encontra contemplada em sua própria vida. Por outro lado, aventura-se em caminhos, possivelmente equivocados, na medida em que assimila imaginários coletivos prevalentes na sociedade em que vive. Um processo psicoterapêutico poderia beneficiá-la por meio do reconhecimento da exigência, como recomenda Mahfoud (2012), do *holding* e do manejo de sua ansiedade, que proporcionariam incremento de esperança e coragem para examinar as fantasias, que correspondem a falsas soluções, e posicionar-se diferentemente na vida.

Por outro lado, cabe lembrar a existência de um menino real, que sofre o impacto das fantasias que evidentemente marcam o comportamento da mãe. Se sonhar com um menino salvador é um fenômeno absolutamente compreensível, à luz da psicanálise, não podemos ignorar que Acácio, nesse quadro, não pode ser visto em sua singularidade pessoal, o que pode prejudicar seu processo de desenvolvimento. Seu drama é complexo, pois não é apenas fantasiado como menino dos sonhos, mas também como o salvador que não conseguiu operar a salvação. Configurando-se como objeto frustrante, torna-se maligno, provocando decepção que gera mágoa, ódio, ressentimento e paralisia. Mas, convém

lembrar, Violeta não é prisioneira de suas fantasias todo o tempo e certamente pode oscilar entre visões mais realistas ou mais fantasiosas de Acácio que, ao final, torna-se alvo de afetos contraditórios por parte de sua mãe.

Sabemos que quanto mais saudáveis são as crianças, mais se comportam segundo suas próprias necessidades e não de acordo com o imaginário materno. Nessa linha, o filho real não se materializa sob forma idêntica à da criança sonhada e imaginada, cujo nascimento promoveria uma aproximação, aspirada por Violeta, em relação à sua própria mãe. Assim, ainda que sua presença concreta possa ter reativado fantasias de Violeta no sentido de vir a ser salva e de agradar à própria mãe, essas não encontram ressonâncias na realidade cotidiana. Assim, segundo uma lógica paradoxal, o filho se torna esperança, mas também decepção, tornando-a prisioneira do momento presente.

Mahfoud (2012) afirma que, para ajudarmos o outro, trilharíamos um caminho promissor se pudéssemos compreender a experiência de dor para explicitar a exigência, a urgência que vibra numa dada tristeza, angústia ou desespero. Desse modo, poderíamos explicitar o bem ausente que está sendo exigido. Como todas as pessoas Violeta busca, a nosso ver, um lugar onde possa realizar sua exigência de ser. Ocorre, contudo, que insiste numa procura de que a exigência seja atendida no contexto do relacionamento com a mãe, cuja realização nunca se teria, a seu ver, cumprida. De todo o modo, imaginar que sua questão só se resolveria no vínculo com a própria mãe corresponde a um equívoco, pois são muitas as oportunidades passíveis de favorecer experiências de encontro consigo mesma, ainda que evidentemente limitadas pelas condições de vida prevalentes na sociedade. Uma das possibilidades, disponíveis para a participante, é o próprio atendimento psicoterapêutico institucional ligado ao tratamento da obesidade do filho, que poderia servir como lugar de acolhimento para que possa fazer a experiência de ser ela mesma no espaço terapêutico.

Caso a paciente possa chegar à psicoterapia, o posicionamento do terapeuta será fundamental, visto que, antes de mais nada, deve tornar-se disponível para verdadeiramente acolher e acompanhar a paciente. *Estar com* é o modo como estamos compartilhando a condição humana, ou seja,

compreender que aquela questão que a paciente traz é ao mesmo tempo dela, e é também de todos os seres humanos na medida em que compreendemos as exigências como algo inerente a toda e qualquer pessoa. Esse modo de estar com a paciente é percebido por ela independente de sua situação existencial ou psíquica; pois, nessa perspectiva, a questão originária seria o elemento que move qualquer processo terapêutico, quer disso se tenha consciência ou não. Apresentando-se, no aqui e agora da sessão, como peculiar à pessoa atendida, consiste ao mesmo tempo em uma das questões que atravessam toda a humanidade (Mahfoud, 2012)<sup>12</sup>.

O posicionamento de Mahfoud (2012), quanto à psicoterapia, converge notavelmente com os princípios norteadores do estilo clínico Ser e Fazer, que é fruto da articulação das exigências epistemológicas de José Bleger (1963/1989) com aportes básicos do pensamento winnicottiano, que aceitamos a partir de uma abordagem crítica. Trata-se de uma clínica psicanalítica que faz uso da compreensão da experiência vivida, sempre mais ampla do que aquilo que pode ser conscientemente percebido, a partir de uma visão que privilegia os vínculos afetivos próximos, conforme o paradigma relacional (Greenberg e Mitchel, 1984), sem descurar das condições concretas da vida social. Corresponde, desse modo, a um conjunto de enquadres diferenciados que se caracterizam pelo abandono de sentenças interpretativas em favor de manejos sustentadores, que se configuram a partir das necessidades apresentadas pelo paciente (Aiello-Vaisberg, 2003; Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2016).

Evitando a ideia de que a psicoterapia serviria sempre e apenas para substituir ou refazer um desenvolvimento infantil mal realizado ou mal consolidado, para compreender que aquilo que Winnicott (1945/1993) localiza como necessidade a ser atendida durante os períodos de dependência do bebê, pode ser pensado como protótipo de todo encontro inter-humano respeitoso, cuidadoso e solidário, Aiello-Vaisberg (2003) sintetiza da seguinte forma a atuação na clínica Ser e Fazer:

---

<sup>12</sup> Contudo, cabe lembrar, com Winnicott (1971), que há pessoas que precisam ser diferentemente acolhidas porque não tiveram possibilidades de se constituir como unidade pessoal separada. Essas são pessoas desde o ponto de vista externo, mas não desde seu próprio ponto de vista. Seu atendimento deve seguir linhas que favoreçam processos de personalização, algo que não nos parece em jogo no caso de Violeta.



Trata-se de se fazer presença devotada e disponível, no âmbito limitado do encontro terapêutico, sustentando um campo inter-humano propício ao acontecer genuíno, onde um gesto verdadeiro possa ter lugar e ser acolhido, porque é exatamente esse acolhimento que pode encorajar o indivíduo a se vincular com sua condição de vivente, ao libertá-lo de agonias impensáveis que inviabilizam sua existência (Aiello-Vaisberg, 2003 p.17).

Nesse momento, uma questão nos parece instigante: dadas as convergências entre as proposições de Mahfoud (2012) e o estilo clínico Ser e Fazer, seria possível, e de algum modo vantajoso, um movimento de aproximação entre essas duas perspectivas? Como vimos, ambos entendem a psicoterapia como lugar de experiência de acolhimento e não de obtenção de explicações analíticas sobre determinantes das condutas. Além disso, os pressupostos subjacentes ao estilo clínico Ser e Fazer se beneficiam do uso da noção de exigências humanas fundamentais, considerando-as como válidas ao longo de toda a vida humana, na infância, na adolescência, na vida adulta e na velhice.

Evidentemente, ao propor tal exame extrapolamos, de uma certa forma, os alcances da presente pesquisa. Contudo, o fato de termos formulado e desenvolvido esta investigação no contexto do Grupo de Pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade, no âmbito do qual foram gestados, desenvolvidos e concretizados os enquadres diferenciados Ser e Fazer, certamente justifica a abordagem, mesmo breve, dessa questão.

Como vimos, o acolhimento ocorre, na perspectiva de Mahfoud (2012), quando o terapeuta pode identificar o bem ausente buscado, ainda que por caminhos equivocados e sofridos, pelo paciente. Compreender essa dor seria, em outras palavras, não fugir da verdade emocional ou evitar defesas que nos distanciem da verdadeira experiência que está sendo vivida. A seu ver, não se trata de valorizar o sofrimento por si só, mas acolhê-lo a fim de que nos mostre aquilo que nos falta, o bem essencial para nossa realização, gerando então um movimento de procura. É entrando em contato próximo e profundo com a totalidade da sua experiência que o paciente vem a apreender seu significado e a descobrir novos recursos pessoais para lidar com sentimentos e

circunstâncias. Como vemos, pode esfumar-se a questão relativa ao momento primordial no qual uma exigência deixou de ser atendida, sendo que a constituição de uma teoria narrativa, de caráter explicativo, não parece fundamental – o que coincide com as bases Ser e Fazer (Aiello-Vaisberg, 2003).

Assim, sem pretender resolver uma questão, para tão somente equacioná-la para futuros estudos, finalizamos propondo que a identificação das exigências, cujo atendimento o paciente busca inconscientemente, pode contribuir para a superação de um pensamento clínico constantemente voltado para o passado. Poder-se-ia abandonar uma visão segundo a qual acontecimentos ou “não acontecimentos”<sup>13</sup> pretéritos explicariam o presente, bem como a fantasia de que, ao fundo e ao cabo, toda vez que não estivesse tratado de problemas neuróticos, caberia ao terapeuta comportar-se como uma mãe melhor.

Finalizamos lembrando que a eventual inclusão do conceito de exigência, no âmbito do estilo clínico Ser e Fazer, não colide, de modo algum com seus pressupostos antropológicos, nem com sua busca constante de respeito pelas condições concretas da vida social, nas quais se insere o viver das pessoas e dos grupos humanos. Na verdade, tal conceito tanto se harmoniza como o reconhecimento da importância dos chamados sofrimentos sociais (Ambrosio, Aiello-Fernandes & Aiello-Vaisberg, 2013; Visintin, 2016), como libera o psicoterapeuta de crenças reducionistas que imolam a vida presente a hipóteses sempre ligadas ao passado. Deixando de fantasiar que deve agir como a mãe melhor de um bebê oculto, o psicoterapeuta poderá agir no sentido de conformar um relacionamento eticamente fundado no respeito à alteridade, reconhecendo as mesmas exigências fundantes, que é a única forma de combate aos sofrimentos de desamparo, humilhação e injustiça, bem como à impossibilidade de se sentir vivo e real como pessoa humana.

Tais reflexões, que abrangem a clínica psicológica, de modo geral, certamente devem ser levadas em conta no tratamento de crianças obesas e de

---

<sup>13</sup> Lembramos aqui os comentários frequentes de alguns winnicottianos que declaram ocupar-se daquilo que não aconteceu, mas deveriam ter acontecido no âmbito da relação mãe-bebê. De nossa parte, admitimos que a clínica frequentemente nos confronta com esse tipo de não acontecido, mas duvidamos que seja correto invocar sempre a experiência do infante e o ambiente afetivo inicial.

suas mães. Aliás, a complexidade dos dramas emocionais, que envolvem as crianças obesas, revela que a experiência emocional materna, numa sociedade em que o cuidado primordial de crianças recai sobre a mãe biológica, corresponde a uma questão essencial, que deve ser considerada em toda a sua amplitude. De fato, a mãe não corresponde a um fator, uma variável ou uma peça numa engrenagem, inscrevendo-se como pessoa cujas condutas podem interferir de modo significativo no desenvolvimento da criança. Nesse quadro torna-se absolutamente relevante lembrar que a mãe pode contribuir inconscientemente para a configuração problemática infantil, mas também tornar-se facilitadora de processos de cura e superação.

De todo o modo, vale lembrar que, os profissionais de saúde e educação, que trabalham com crianças obesas, tendem a atribuir à mãe um papel de modificar o comportamento alimentar do filho a partir de orientações e instruções que se baseiam em conhecimentos científicos sobre nutrição e psicologia infantil. Entretanto, casos como o de Violeta demonstram a necessidade de abandonarmos um olhar um tanto esquemático, que aposta que mudanças desejáveis serão alcançadas por caminhos essencialmente cognitivos, para adotar uma visão mais abrangente, que inclua complexidades da vida emocional materna, que se encontram na base das dificuldades. Esse quadro nos permite afirmar que o psicólogo pode exercer valioso trabalho em pelo menos duas frentes: sensibilizando os profissionais de saúde para a complexidade da vida emocional e realizando tratamento psicoterapêutico da mãe, que pode beneficiá-la e beneficiar a criança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>14</sup>

- Aiello-Fernandes, A. R. (2013). *“Da entrada de serviço ao elevador social”*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. (Tese de livre docência não-publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2003). Ser e Fazer: Interpretação e Intervenção na Clínica Winnicottiana. *Psicologia USP*, 14(1), 95-128.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). *Ser e Fazer: Enquadre diferenciados na psicanálise winnicottiana*. São Paulo, SP: Ideias & Letras.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). Padadoxo é loucura: a radicalidade do pensamento psicopatológico de D. W. Winnicott. In: Sucar, I. Z. & Ramos, H. M. (Org.), *Winnicott Ressonancias* (pp. 231-238). São Paulo, SP: Primavera Editorial.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Experiências de humilhação e pobreza na perspectiva da Psicanálise Winnicottiana e da Experiência Elementar. In *Resumos do VIII Seminário Experiência Elementar em Psicologia: desafios contemporâneos*, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, Belo Horizonte, MG.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Ambrosio, F. F. (2013). Rabiscando Desenho-Estórias com Tema: pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. In: Trinca, W. (Org.), *Procedimentos de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (277-302). São Paulo: Vetor.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Ambrosio, F. F. (2016). Potencialidade mutativa de enquadres winnicottianos diferenciados: O estilo clínico “Ser e Fazer”. In: Sei, M. B. (Org.), *Clínica psicanalítica na Universidade, Interfaces, Desafios e Alcances* (141-162). Londrina: EDUEL
- Aiello-Vaisberg, T. M., & Granato, T. (2006). *Ser e Fazer na clínica winnicottiana da maternidade*. São Paulo, SP: Ideias & Letras.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2005). Narrativas: o gesto sonhador brincante. *Anais do IV Encontro Latino Americano do Estados Gerais da Psicanálise*. São Paulo, SP.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2008). Pesquisa psicanalítica de imaginário coletivo à luz da Teoria dos Campos. In: J. Monzani & L. Monzani

---

<sup>14</sup> De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

(Orgs.), *Olhar: Fabio Herrmann – Uma visão psicanalítica*. (pp. 311 – 324). São Paulo, SP: Pedro e João Editores / CECH-UFSCar.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., & Ambrosio, F. F. (2009). O aluno desmotivado como desafio ao educador físico. In: M. Vaisberg & M. T. de Mello (Org.), *Exercícios na Saúde e Doença*. (pp. 10 – 20). São Paulo, SP: Manole.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., Ayouch, T., Caron, R., & Beaune, D. (2009). Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: Baune, D. (Org.), *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues* (pp.39-52). Paris: L'Harmattan.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Marcoccia, M. C. M. (2013). Batom e o pão: diálogos entre Experiência Elementar e o estilo clínico Ser e Fazer. *Anais da XI jornada APOIAR: Adolescência: identidade e sofrimento na clínica social*. São Paulo, SP.

Ambrosio, F. F., Aiello-Fernandes, R., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Pesquisando sofrimentos sociais com o método psicanalítico: considerações conceituais. *Anais da XI jornada APOIAR: Adolescência: identidade e sofrimento na clínica social*. São Paulo, SP.

Ambrosio, F. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). A importância do conceito de campo no procedimento de Ambrosio e Vaisberg. *Anais da XI jornada APOIAR: Adolescência: identidade e sofrimento na clínica social*. São Paulo, SP.

Andrade, T. M., Moraes, D. E. B., & Ancona-Lopes, F. (2014) Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos: relato de pesquisa. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(11), 126-141.

Anzman-Frasca S., Stifter, C. A., Paul, I. M., & Birch, L. L. (2013). Infant temperament and maternal parenting self-efficacy predict child weight outcomes. *Infant Behav Dev*, 36(4).

Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J., Pereira, A., Bonito, J., & Albuquerque, C. (2013). Nutritional status in preschool children: current trends of mother's body perception and concerns. *Atención Primaria*, 45, 194-200.

Atos, A. C. S. P. C., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. A. (2009). Clube da Luta: Sofrimentos radicais e sociedade contemporânea. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11, 3-16.

Assis, N. P., Fernandes, R. A., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2016). Problemáticos ou invisíveis: o imaginário coletivo de idosos sobre adolescentes. *Memorandum*, 31, 159-275.

Barcelos, T. F. (2014). *A história da menina morta: (des)esperança de adolescentes em situação de precariedade social* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade São Paulo.

Barreto, M. A. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2010). O tornar-se adulto no imaginário coletivo de adolescentes interioranos. *Psicologia em Revista*, 16(2), 310-329.

Bender, M. S., Clark, M.J., & Gahagan, S. (2014). Community engagement approach: developing a culturally appropriate intervention for Hispanic mother-child dyads. *J Transcult Nurs*, 25(4), 373-382.

Benton, P. M., Skouteris, H., & Hayden, M. (2015). Does maternal psychopathology increase the risk of pre-schooler obesity? A systematic review. *Appetite*, 87, 259-282.

Berg, R. (2011). Medicina, Freud e obesidade: diálogos multidisciplinares sob a perspectiva de Foucault. *Ágora*, 14(2), 183-195.

Bergmann, S., von Klitzing, K., Keitel-Korndörfer, A., Wendt, V., Grube, M., Herpertz, S., Schütz, A., & Klein A. M. (2016). Emotional availability, understanding emotions, and recognition of facial emotions in obese mothers with young children. *Journal of Psychosomatic Research*, 80, 44-52.

Bergmann, S., Schlesier-Michel, A., Wendt, V., Grube, M., Keitel-Korndörfer, A., Gausche, R., von Klitzing, K., & Klein, A. M. (2016). Maternal Weight Predicts Children's Psychosocial Development via Parenting Stress and Emotional Availability. *Frontiers in Psychology*, 7.

Bergmeier, H., Skouteris, H., Haycraft, E., Haines, J., & Hooley, M. (2015). Reported and observed controlling feeding practices predict child eating behavior after 12 months. *J Nutr*, 145, 1311-1316.

Bergmeier, H., Skouteris, H., & Hetherington, M. (2015). Systematic research review of observational approaches used to evaluate mother-child mealtime interactions during preschool years. *Am J Clin Nutr*, 101, 7-15.

Bergmeier, H., Skouteris, H., Horwood, S., Hooley, M., & Richardson, B. (2013). Associations between child temperament, maternal feeding practices and child body mass index during the preschool years: a systematic review of the literature. *Obesity*, 15, 9-18.

Bleger, J. (1963/1989). *Psicologia da conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bleger, J. (1966/2004). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.

Bouhlal, S., McBride, C. M., Ward, D. S., & Persky, S. (2015). Drivers of overweight mothers' food choice behavior depend on child gender. *Appetite*, 84, 154-160.

Bost, K. K., Wiley, A.R., Fiese, B., Hammons, A., & McBride, B. (2014). Associations between adult attachment style, emotion regulation, and preschool children's food consumption. *J Dev Behav Pediatr*, 35, 50-61.

- Campana, N. T. C., Gomes, I. C., & Lerner, R. (2014). Contribuições da clínica da parentalidade no atendimento de um caso da obesidade infantil. *Psic Clin*, 26(2), 105-119.
- Campos, E., & Coelho, J. R. (2010). Incidências da hermenêutica para a metodologia da pesquisa teórica em psicanálise. *Estudos em Psicologia*, 27(2), 247-254.
- Chan, C. M. S., & Wang, W. C. (2016). Chinese parental perceptions of weight and associated health risks of young children. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 837-847.
- Chaparro, M. P., Langellier, B. A., Kim, L. P., & Whaley, S. E. (2011). Predictors of accurate maternal perception of their preschool child's weight status among hispanic WIC participants. *Obesity*, 19(10), 2026-2030.
- Chen, S., Binns, C. W., Maycock, B., Zhao, Y., & Liu, Y. (2014). Chinese mothers' perceptions of their child's weight and obesity status. *Asia Pac J Clin Nutr*, 23(3), 452-458.
- Cheng, T. S., Loy S. L., Cheung, Y. B., Chan, J. K., Tint, M. T., Godfrey, K. M., Gluckman, P. D., Kwek, K., Saw, S. M., Chong, Y. S., Lee, Y. S., Yap, F., & Lek, N. (2016). Singaporean Mothers' Perception of Their Three-year-old Child's Weight Status: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 11(1).
- Cloutier, M. M., Wiley, J., Huedo-Medina, T., Ohannessian, C. M., Grant, A., Hernandez, D., & Gorin A. A. (2015). Outcomes from a Pediatric Primary Care Weight Management Program: Steps to Growing Up Healthy. *The Journal of Pediatrics*, 167(2), 372-378.
- Corbett, E. (2014). *“Contos sem fadas”: mães e filhos em situação de violência doméstica* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Correia, E. (2006). Uma visão fenomenológica-existencial em psicologia da saúde?. *Análise Psicológica*, 24 (3), 337-41.
- Costa, T. (2010). *Psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Couto, T. H. A. M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2007). A mãe, o filho e a Síndrome de Down. *Pandeia*, 17(37), 265-272.
- Cruz, S. H., Zanon, R. B., & Bosa, C. A. (2015). Relação entre apego e obesidade: Revisão Sistemática da Literatura. *Psico*, 46(1), 6-15.
- Daniels L. A., Mallan, K. M., Battistutta, D., Nicholson, J. M., Meedeniya, J. E., Bayer, J. K., & Magarey, A. (2014). Child eating behavior outcomes of an early feeding intervention to reduce risk indicators for child obesity: the NOURISH RCT. *Obesity*, 22(5), 104-111.

Daniels, L. A., Mallan, K. M., Nicholson, J. M., Thorpe, K., Nambiar, S., & Mauch, C. E. (2015). An early feeding practice intervention for obesity prevention. *Pediatrics*, 136(1), 41-49.

Davis, A. M., Gallagher, K., Taylor, M., Canter, K., Gillette, M. D., Wambach, K., & Nelson, E. L. (2013). An in-home intervention to improve nutrition, physical activity, and knowledge among low-income teen mothers and their children: results from a pilot study. *J Dev Behav Pediatr*. 34(8), 1-13.

Davis, R. E., Cole, S. M., Reyes, L. I., McKenney-Shubert, S. J., & Peterson, K. E. (2015). "It hurts a Latina when they tell us anything about our children": implications of Mexican-origin mothers' maternal identities, aspirations, and attitudes about cultural transmission for childhood obesity prevention. *Childhood Obesity*, 11(5), 608-615.

Dinkevich, E., Leid, L., Pryor, K., Wei, Y., Huberman, H., & Carnell, S. (2015). Mothers' Feeding Behaviors in Infancy: Do They Predict Child Weight Trajectories?. *Obesity*, 23(12), 2470-2476.

Dilmenstein, M. D. B. (1998). *O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): perfil profissional e perspectiva de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs)* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Douglas, F., Clark, J., Craig, L., Campbell, J., & McNeill, G. (2014). It's a balance of just getting things right: mothers' views about preschool childhood obesity prevention in Scotland. *BMC Public Health*, 14, 1009-1021.

Douto, F. (1992). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo, SP: Perspectiva.

Douto, F. (1977). *Psicanálise e pediatria*. São Paulo, SP: Zahar.

Eneli, I. U., Tylka, T. L., Hummel, J., Watowicz, R. P., Perez, S. A., Kaciroti, N., & Lumeng, J. C. (2015). Rationale and design of the Feeding Dynamic Intervention (FDI) study for self-regulation of energy intake in preschoolers. *Contemp Clin Trials*, 41, 325-334.

Eneli, I. U., Tylka, T. L., Watowicz, R. P., Hummel, J., Ritter, J., & Lumeng, J. C. (2015). Targeting Feeding and Eating Behaviors: Development of the Feeding Dynamic Intervention for Caregivers of 2- to 5-Year-Old Children. *Journal of Obesity*, 2015, 1-8.

Escobar, R. S., O'Donnell, K. A., Colalillo, S., Pawlby, S., Steiner, M., Meaney, M. J., Levitan, R. D., & Silveira, P. P. (2014). Better Quality of mother-child interaction at 4 years of age decreases emotional overeating in IUGR girls. *Appetite*, 81, 337-342.

Falla, W., & Sirota, A. (2012). Etre et faire avec les autres, Faire equipe. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 14, 175-191.



Finkel, L. A. (2009). O lugar da mãe na psicoterapia da criança – uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (1), 190-203.

Foucault, M. (2000). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Foucault, M. (2006). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.

Freud, A. (1971a). *Infância normal e patológica*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

Freud, A. (1971b). *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro, RJ: Imago

Freud, S. (1913/1996). *Sobre o início do tratamento* (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In *Obras Completas – Edição Stamdart Brasileira*, v XII, Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Freud, S. (1911). Formulação sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: *Obras Completas*. – Edição Stamdart Brasileira, v XII, Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Freud, S. (1917). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In: Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (287-539). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1922). Psicanálise. In: Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (Eds) *Vocabulário de psicanálise* (pp.384). São Paulo, SP: Martins Fontes.

Garcia, B. L., Peña, Y. F., Esquivel, M. A. A., Sosabriones, R., & Flores, R. M. C. (2011). Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud em Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. *Salud Publica Mex*, 53, 258-563.

Gemmill, A. W., Worotniuk, T., Holt, C., Skouteris, H., & Milgrom, J. (2013). Maternal psychological factors and controlled child feeding practices in relations to child body mass index. *Childhood Obesity*, 9(4), 326-337.

Giussani, L. (1966/2009). *O senso religioso*. Brasília, DF: Universa.

Gomes, A. M. A., Paiva, E. S., Valdés, M. T. M., Frota, M. A., Albuquerque, C. M. (2008). Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. *Saúde Soc*. 17(1), 143-152.

Gomes, J. F., Moraes, D. E. B., & Motta, I. F. (2011). O brincar em crianças obesas: um estudo de crianças em tratamento ambulatorial. *Mudanças: psicologia da saúde*, 19(1-2), 51-59.

- Gorin, A. A., Wiley, J., Ohannessian, C. M., Hernandez, D., Grant, A., & Cloutier, M. M. (2014). Steps to Growing Up Healthy: a pediatric primary care based obesity prevention program for young children. *BMC Public Health*, 14(72).
- Gottlieb, A. (2012). *Tudo Começa na Outra Vida*. São Paulo, SP: Unifesp.
- Goto, K., Ominami, C., Song, C., Murayama, N., & Wolff, C. (2014). Globalization, localization and food culture: perceived roles of social and cultural capitals in healthy child feeding practices in Japan. *Global Health Promotion*, 21(1), 50-58.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Narrativas interativas sobre cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psic Clin*, 25 (1), 17-35.
- Granato, T. M. M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia e Sociedade*, 23, 81-89.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gross, R. S., Velazco, N. K., Briggs, R. D., & Racine, A. D. (2013). Maternal depressive symptoms and child obesity in low-income urban families. *Academic Pediatrics*, 13(4), 356-363.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105 – 117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guerrero, A. D., Slusser, W. M., Barreto, P. M., Rosales, N. F., & Kuo, A. A. (2011). Latina mothers' perceptions of healthcare professional weight assessments of preschool-aged children. *Matern Child Health J*, 15, 1308-1315.
- Halton, A., & Magagna, J. (1994). Abrindo espaço para os pais. In: S. Box, B Copley, J. Magagna, & E. Moustaki (Orgs.), *Psicoterapia com famílias: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Henriques, M. S. M. T., Falbo, A. R., Sampaio, M. A., da Fonte, M. L. A., & Krause, D. F. (2015). O exercício da função materna em mães de filhos obesos na perspectiva da psicanálise. *Rev Latinoam Psicopat Fund*, 18(3), 461-475.
- Herman, A. N., Malhotra, K., Wright, G., Fisher, J. O., & Whitaker, R. C. (2012). A qualitative study of the aspirations and challenges of low-income mothers in feeding their preschool-aged children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 9, 132-145.
- Herrmann, F. A. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. In F. Herrmann & T. Loewenkron. *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Herrmann, F. A. (2001). *Introdução à teoria dos Campos*. São Paulo, SP: Editora Brasiliense.

Herrmann, F. A. (1979). *Andaimes do real: Uma revisão crítica do método da psicanálise*. São Paulo: E. P. U.

Hittner, J. B., & Faith, M. S. (2011). Typology of emergent eating patterns in early childhood. *Eating Behaviors*, 12, 242-248.

Horodyski, M. A., Silk, K., Hsieh, G., Hoffman, A., & Robson, M. (2015). Tools for teen moms to reduce infant obesity: a randomized clinical trial. *BMC Public Health*, 15(22).

Hug-Hellmuth, H. (1921). On the technique of child analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, (2), 287-305.

Jania, R., Mallana, K. M., & Daniels, L. (2015). Association between Australian-Indian mothers' controlling feeding practices and children's appetite traits. *Appetite*, 84, 188-195.

Johnson, S. L., Goodell, L. S., Williams, K., Power, T. G., & Hughes, S. O. (2015). Getting may child to eat the right amount. Mothes' considerations when deciding how much food to offer their child at a meal. *Appetite*, 88, 24-32.

Kalinowski, A., Krause, K., Berdejo, C., Harrell, K., Rosenblum, K., & Lumerng, J. C. (2012). Beliefs about the role of parenting in feeding and childhood obesity among mothers of lower socioeconomic status. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(5), 432-437.

Kiefner-Burmeister, A. E., Hoffmann, D. A., Meers, M. R., Koball, A. M., & Musher-Eizenman D. R. (2014). Food consumption by young children: a function of parental feeding goals and practices. *Appetite*. 74, 6-11.

Klein, M. (1981). *Contribuições à psicanálise*. São Paulo, SP: Mestre Jou.

Klein, M. (1981). *Psicanálise de crianças*. São Paulo, SP: Mestre Jou.

Klein, M. (1986). *Os progressos da psicanálise*. São Paulo, SP: Zahar.

Laing, R. D. (1960). *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth: Penguin.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1982/2001). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes

Leung, C. Y., Miller, A. L., Lumeng, J. C., Kaciroti, N. A., & Rosenblum, K. L. (2015). Maternal representations of their children in relation to feeding beliefs and practices among low-income mothers of young children. *Appetite*, 1(95), 176-181.

Li, K., Jurkowski, J. M., & Davison, K. K. (2013). Social support may buffer the effect of intrafamilial stressors on preschool children's television viewing time in low-income families. *Childhood Obesity*, 9(6), 484-491.

Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Greaney, M. L., & Peterson, K. E. (2011). Latina mothers' beliefs and practices related to weight status, feeding, and the development of child overweight. *Public Health Nurs*, 28(2), 107-118.

Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Greaney, M., Wang, M. L., Davis, R., Peterson, K. E. (2012). Using qualitative methods to design a culturally appropriate child feeding questionnaire for low-income, Latina mothers. *Matern Child Health*, 16(4), 860-866.

Lolli, M. S. A. (2000). *Obesidade como sintoma*. São Paulo, SP: Vetor.

Lumeng, J. C., Ozbeki, T. N., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., Corwyn, R. F., & Bradley, R. H. (2012). Observed assertive and intrusive maternal feeding behaviors increase child adiposity. *Am J Clin Nutr*, 95, 640-647.

Machado, R. L., & Poli, M. C. (2009). A criança e seu entorno: pesquisando a obesidade infantil. *Revista Psicologia da IMED*, 2(1), 169-179.

Mahfoud, M. (2012). *Experiência Elementar em psicologia: aprendendo a reconhecer*. Belo Horizonte, MG: Artesã.

Malhotra, K., Herman, A. N., Wright, G., Bruton, Y., Fisher, J. O., & Whitaker, R. C. (2013). Perceived benefits and challenges for low-income mothers of having Family meals with preschool-aged children: childhood memories matter. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(11), 1484-1493.

Manna, R. (2013). *O imaginário coletivo de cuidadores de idosos na saúde pública: um estudo psicanalítico* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Manna, R. E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Rabiscos-brincadeiras: por uma clínica psicanalítica da transicionalidade. *Rabiscos: Revista de psicanálise*, (3), 87-95.

Mattar, L. D., & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 107-120.

Matte-Blanco, I. (1988/2003). *Thinking, Feeling and Beeing*. New York: Routledge.

McCurdy, K., Gorman, K. S., Kisler, T., & Metallinos-Katsaras, E. (2014). Associations between family food behaviors, maternal depression, and child weight among low-income children. *Appetite*, 79, 97-105.

McPhie, S., Skouteris, H., Daniels, L., & Jansen, E. (2014). Maternal correlates of maternal child feeding practices: a systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, (10), 18-43.

Mello Filho, J., & Burd, M. (2010). *Psicossomática hoje*. São Paulo, SP: Artmed.

Mena, N. Z., Garman, K., Dickin, K., Greene, G., & Tovar, A. (2015). Contextual and cultural influences on parental feeding practices and involvement in child care centers among parents. *Childhood Obesity*, 11(4), 347-354.

Mencarelli, V. L., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). Cuidado emocional na saúde pública: a psicologia clínica ampliada. In: D. F. Gioia-Martins (Org.), *Psicologia e Saúde, Formação, Pesquisa e Prática profissional* (pp.45 – 64). São Paulo, SP: Vetor.

Menegon, V. S. M., & Coelho, A. E. L. (2007). Psicologia e sua inserção no sistema público de saúde: um painel e produção longitudinal de temas-foco publicados em periódicos brasileiros. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com SUS: prática profissional acadêmica*. São Paulo, SP: Casa do psicólogo.

Mishima, F. K. T., & Barbieri, V. (2009). O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 249-255.

Mishima-Gomes, F. K. T., Dezan, S. Z., & Barbieri, V. (2014). 'Não pode' A função paterna na obesidade infantil. *Psico*, 42(2), 176-186.

Montezi, A. V., Zia, K. P., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 299-305.

Moraes, P. M., & Dias, C. M. S. B. (2013). Nem só de pão se vive: a voz de mães na Obesidade Infantil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 46-59.

Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 608-21.

Moretto, L. T. M., & Proszkulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*, 46(2), 287-298.

Moretto, L. T. M. (2001). Psicanálise e Medicina. In: Moretto, L. T. M. (Org.), *O que pode um analista no hospital?*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Morrissey, T. W. (2014). Maternal depressive symptoms and weight-related parenting behaviors. *Matern Child Health J*, 18, 1328-1366.

Morrissey, T. W., & Dagher, R. K. (2014). A longitudinal analysis of maternal depressive symptoms and children's food consumption and weight outcomes. *Public Health Nutrition*, 17(12), 2759-2768.

- Morrison, H., Power, T. G., Nicklas, T., & Heghes, S. O. (2013). Exploring the effects of maternal eating patterns on maternal feeding and child eating. *Appetite*, 63, 77-83.
- Moura, S. M. S. R., & Araújo, M. F. (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(1), 44-55.
- Nascimento, C. L., Falcone, V. M., Spada, P. V., Mäder, C. V., & Nóbrega, F. J. (2003). Características psicológicas de mães de crianças desnutridas e a relação com o vínculo mãe/filho. *Rev Br Nutr Clín*, 18(3), 101-5.
- Newman, A. (1995/2003). *As idéias de D. W. Winnicott: um guia*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Nowika, P., Sorjonen, K., Pietrobelli, A., Flodmark, C. E., & Faith, M. S. (2014). Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the child feeding questionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive. *Appetite*, 81, 232-241.
- Oliveira, F. A., & Martins, K. P. H. (2012). Implicações subjetivas da relação mãe-criança nos quadros de obesidade infantil. *Estilos Clin*, 17(1).
- Østbye, T., Krause, K. M., Stroe, M., Lovelady, C. A., Evenson, K. R., Peterson, B. L. ... Zucker, N. L. (2012). Parent-focused change to prevent obesity in preschoolers: Results from the KAN-DO study. *Prev Med*, 55(3), 188-195.
- Pereira, F. M., & Neto, A. P. (2003). O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em Estudo*, 8(2), 19-27.
- Politzer, G. (1928/1994). *A crítica dos fundamentos da Psicologia: A Psicologia e a Psicanálise*. Piracicaba, SP: Unimep.
- Pontes, M. L. S., Cabreira, J. C., Ferreira, M. C., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). Imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. *Psicologia e Sociedade*, 21(2), 250-255.
- Quah, P. L., Chan, Y. H., Aris, I. M., Pang, W. W., Toh, J. Y., Tint, M. T. ... Chong, M. F. (2015). Prospective associations of appetitive traits at 3 and 12 months of age with body mass index and weight gain in the first 2 years of life. *BMC Pediatrics*, 15, 153-163.
- Ramasubramanian, L., Lane, S., & Rahman, A. (2013). The association between maternal serious psychological distress and child obesity at 3 years: a cross-sectional analysis of the UK Millennium Cohort Data. *Child: care, health and development*, 39(1), 134-140.
- Real, H., Oliveira, A., Severo, M., Moreira, P., & Lopes, C. (2014). Combination and adaptation of two tools to assess parental feeding practices in pre-school children. *Eating Behaviors*, 15, 383-387.

Ribeiro, D. P. S. A., Tachibana, M., & Aiello-Viasberg, T. M. J. (2008). A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista. *Aletheia*, 28, 135-145.

Ricoeur, P. (1965/1995). *De l'interprétation*. Paris: Seuil.

Rodgers, R. F., Paxton, S., Massey, R., Campbell, K. J., Wertheim, E. H., Skouteris, H., & Gibbons, K. (2013). Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 24-34.

Rogoff, B. (2003). *The Cultural Nature of Human Development*. London: Oxford University Press.

Roussillon, R. (1999). *Agonie, Clivage et Symbolization*. Paris: P.U.F.

Sirota, A. (1998). Des espaces culturels intermédiaires. In J. Barus-Michel & F. Giust Desprairies (Orgs.), *La scène sociale: crise, mutation, émergence*. Paris: Eska.

Schulte, A. A. (2016). *Maternidade contemporânea como sofrimento social em blogs brasileiros* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.

Stark L. J., Spear, S., Boles, R., Kuhl, E., Ratcliff, M., Scharf, C., Bolling, C., & Rausch, J. (2011). A pilot randomized controlled trial of a clinic and home-based behavioral intervention to decrease obesity in preschoolers. *Obesity*, 19(1), 134-141.

Simões, C. H. D., Aiello-Fernandes, R. A., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, 30, 275-282.

Stifter, C. A., Anzman-Frasca, S., Birch, L. L., & Voegtline, K. (2011). Parent use of food to soothe infant/toddler distress and child weight status. An exploratory study. *Appetite*, 57, 693-699.

Tachibama, T. (2006). *Rabiscando desenhos-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

Tachibama, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2007). Desenhos estórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. *Mudanças – Psicologia da saúde*, 15(1), 23-31.

Tessara, V., Norton, R. C., & Marques, W. E. U. (2009). Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Rev Paul Pediatr*, 28(3), 309-314.

- Toassa, G., & Teo, T. (2015). A psicologia na “jangada da medusa”: entrevista com Thomas Teo. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 460-469.
- Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 89-98.
- Trinca, W. (1976). *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo, SP: Pedagógica e Universitária.
- Tripicchio, G. L., Keller, K. L., Johnson, C., Pietrobelli, A., Heo, M., & Faith, M. S. (2014). Differential maternal feeding practices eating self-regulation, and adiposity in young twins. *Pediatrics*, 134, 1399-1404.
- USA. International Food Policy Research Institute. **Global Nutrition Report 2014: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition**. Washington, DC, 2014.
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Rev SOCERJ*, 20(5), 383-386.
- Visintin, C. N. (2016). *Maternidade e Sofrimento Social: Estudo de Mommy Blogs* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Walton, K., Simpson, J. R., Darlington, G., & Haines, J. (2014). Parenting stress: a cross-sectional analysis of associations with childhood obesity, physical activity, and TV viewing. *BMC Pediatrics*, 14, 244-250.
- Wehrly, S. E., Bonilla, C., Perez, M., & Liew, J. (2013). Controlling parental feeding practices and child body composition in ethnically and economically diverse preschool children. *Appetite*, 73, 163-171.
- Wendland, B. E., Aikinson, L., Steiner, M., Fleming, A. S., Pencharz, P., Moss, E. ... Levita, R. D. (2014). Low maternal sensitivity at 6 months of age predicts higher BMI in 48 month old girls but not boys. *Appetite*, 82, 97-102.
- Wendta, V., Bergmanna, S., Majstorovica, K. H., Klintzingb, K. K., & Klei, A. (2015). Parent-child interaction during feeding or joint eating in parents of different weight. *Eating Behaviors*, 18, 131-136.
- Winnicott, D. W. (1945/1993). Desenvolvimento emocional primitivo In: D. W. Winnicott. *Textos selecionados: da Psicanálise à Pediatria* (pp. 269-285). Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves.
- Winnicott, D. W. (1956/1993) Preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott, *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves.



Winnicott, D. W. (1960/1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38 – 54). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1987) *The Spontaneous Gesture*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Winnicott, D. W. (1968/1988). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências In: D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1960/1983) *Ambiente e Processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1968/1994) O jogo do rabisco. In: D. W. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1971/1984). *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Winnicott, D. W. (1956/1993). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: F. Alves.

Woo-Baidal, J. A., Criss, S., Goldman, R. E., Perkins, M., Cunningham, C., & Taveras, E. M. (2015). Reducing Hispanic children's obesity risk factors in the first 1000 days of life: a qualitative analysis. *Journal of Obesity*, 2015.

Wright, J., Maher J. M., & Tanner, C. (2015). Social class, anxieties and mothers foodwork. *Sociology of Health & Illness*, 1-15.

Ystrom, E., Barker, M., & Vollrath, M. E. (2012). Impacto of mothers' negative affectivity parental locus of control and child-feeding practices on dietary patterns of 3-years-old children: the MoBa cohort study. *Maternal and Child Nutrition*, 8, 103-114.

**Apêndice A: Tabela 1 - Comportamento e estilo de vida**

	Artigo	País	Instituição proponente	Objetivo	Referencial	Produção de Material	Procedimento de Registro	Procedimento de consideração do material
A1	Bender, MS; Clark, MJ & Gahagan, S. Community engagement approach: developing a culturally appropriate intervention for Hispanic mother-child dyads. (2014)	Estados Unidos	University of California	Avaliar um instrumento	Não Especificado	Entrevista e questionário	Não Especificado	Estatística
A2	Cloutier, MM; Wiley, J; Huedo-Medina, T; Ohannessian, CM; Grant, A; Hernandez, D & Gorin AA. Outcomes from a Pediatric Primary Care Weight Management Program: Steps to Growing Up Healthy. (2015)	Estados Unidos	University of Connecticut	Verificar a eficácia de um instrumento	Não Especificado	Entrevista	audiogravação	análise de conteúdo
A3	Daniels LA; Mallan KM; Battistutta D; Nicholson JM; Meedeniya JE; Bayer JK & Magarey A. Child eating behavior outcomes of an early feeding intervention to reduce risk indicators for child obesity: the NOURISH RCT. (2014)	Austrália	Queensland University of Technology, Flinders University e La Trombe University	Investigar o impacto de uma intervenção	Não Especificado	Questionário	Respostas	Estatística
A4	Daniels, LA; Mallan, KM; Nicholson, JM; Thorpe, K; Nambiar, S & Mauch, CE. An early feeding practice intervention for obesity prevention. (2015)	Austrália	Queensland University of Technology, Flinders University e La Trobe University	Investigar o impacto de uma intervenção	Não Especificado	Escala	Respostas	Estatística
A5	Davis AM; Gallagher K; Taylor M; Canter K; Gillette MD; Wambach K & Nelson EL. An in-home intervention to improve nutrition, physical activity, and knowledge among low-income teen mothers and their children: results from a pilot study (2013)	Estados Unidos	University of Kansas Medical Center, Kansas State University, Children's Mercy Hospitals and Clinics e Harvard Medical School	Investigar o impacto de uma intervenção	Não Especificado	Questionários	Respostas	Estatística
A6	Dinkevich, E; Leid, L; Pryor, K; Wei, Y; Huberman, H & Carnell, S. Mothers' Feeding Behaviors in Infancy: Do They Predict Child Weight Trajectories? (2015)	Estados Unidos	SUNY-Downstate Medical Center, Duke University, Columbia University e Johns Hopkins University	Investigar associação entre comportamentos alimentares da mãe na infância e o peso das crianças	Não Especificado	Questionário	Respostas	Estatística

Tabela 1 - Comportamento e estilo de vida – Continuação

A7	Eneli IU; Tylka, TL; Watowicz, RP; Hummel, J; Ritter, J & Lumeng, JC. Targeting Feeding and Eating Behaviors: Development of the Feeding Dynamic Intervention for Caregivers of 2- to 5-Year-Old Children. (2015)	Estados Unidos	University of Michigan, Ohio State University e Nationwide Children's Hospital	Investigar o impacto de uma intervenção	Não Especificado	Questionários	Respostas	Estatística
A8	Eneli, IU; Tylka, TL; Hummel, J; Watowicz, RP; Perez, SA; Kaciroti, N & Lumeng, JC Rationale and design of the Feeding Dynamic Intervention (FDI) study for self-regulation of energy intake in preschoolers. (2015)	Estados Unidos	University of Michigan, Ohio State University e Nationwide Children's Hospital	Investigar o impacto de uma intervenção	Não Especificado	Entrevista	audiogravação e videogravação	Estatística
A9	Gorin, AA; Wiley, J; Ohannessian, CM; Hernandez, D; Grant, A & Cloutier, MM. Steps to Growing Up Healthy: a pediatric primary care based obesity prevention program for young children. (2014)	Estados Unidos	University of Connecticut	Investigar o impacto de uma intervenção	Não Especificado	Questionários e Escala	Respostas	Estatística
A10	Hittner JB & Faith, MS. Typology of emergent eating patterns in early childhood. (2011)	Estados Unidos	College of Charleston e University of North Carolina	Investigar a relação entre padrão alimentar, IMC e temperamento da criança	Não Especificado	Escalas	Respostas	Estatística
A11	Horodyski, MA; Silk, K; Hsieh, G; Hoffman, A & Robson, M. Tools for teen moms to reduce infant obesity: a randomized clinical trial. (2015)	Estados Unidos	Michigan State University	Investigar o impacto de uma intervenção	Não Especificado	Questionário	Respostas	Estatística
A12	Kiefner-Burmeister AE; Hoffmann DA; Meers MR; Koball AM & Musher-Eizenman DR. Food consumption by young children: a function of parental feeding goals and practices.(2014)	Estados Unidos	Bowling Green State University	Investigar a associação entre comportamento alimentar dos pais e da criança	Não Especificado	Questionários	Respostas	Estatística
A13	Li K; Jurkowski JM & Davison, KK. Social support may buffer the effect of intrafamilial stressors on preschool children's television viewing time in low-income families. (2013)	Estados Unidos	The University at Albany School of Public Health e Harvard School of Public Health	Investigar a associação entre relações interpessoais, tempo de TV e obesidade infantil	Não Especificado	Questionários	Respostas	Estatística

Tabela 1 - Comportamento e estilo de vida – Continuação

A14	Lumeng, JC; Ozbeki, TN; Appugliese, DP, Kaciroti, N; Corwyn, RF & Bradley, RH. Observed assertive and intrusive maternal feeding behaviors increase child adiposity (2012)	Estados Unidos	University of Michigan	Investigar práticas de alimentação materna e ganho de peso infantil	Não Especificado	codificação das respostas	videogravação	Estatística
A15	Morrison, H; Power, TG; Nicklas, T & Heghes, SO. Exploring the effects of maternal eating patterns on maternal feeding and child eating. (2013)	Estados Unidos	Children's Nutrition Research Center	Investigar práticas de alimentação materna e infantil	Não Especificado	Questionário	Respostas	Estatística
A16	Nowika, P; Sorjonen, K; Pietrobelli, A; Flodmark, CE & Faith, MS. Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the child feeding questionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive. (2014)	Suécia	Karolinska Institutet	Avaliar um instrumento e a relação entre práticas parentais e IMC da criança	Não Especificado	Questionário	Respostas	Estatística
A17	Østbye, T; Krause, KM; Stroo, M; Lovelady, CA; Evenson, KR; Peterson, BL; Bastian, LA; Swamy, GK; West, DG; Brouwer, RJN & Zucker, NL. Parent-focused change to prevent obesity in preschoolers: Results from the KAN-DO study. (2012)	Estados Unidos	Duke University e The University of North Carolina	Investigar o impacto de uma intervenção	Não Especificado	Entrevista	Escala	Estatística
A18	Quah, PL; Chan, YH; Aris, IM; Pang, WW; Toh, JY; Tint, MT; Broekman, BF; Saw, SM; Kwek, K; Godfrey, KM; Gluckman, PD; Chong, YS; Meaney, MJ; Yap, FK; van Dam, RM; Lee, YS & Chong, MF. Prospective associations of appetitive traits at 3 and 12 months of age with body mass index and weight gain in the first 2 years of life. (2015)	Singapura	University of Singapore e National University Health System	Relacionar o apetite das crianças com seu IMC	Não Especificado	Questionários	Respostas	Estatística
A19	Real H; Oliveira A; Severo M; Moreira P & Lopes C. Combination and adaptation of two tools to assess parental feeding practices in pre-school children. (2014)	Portugal	University of Porto	Avaliar a relação entre o questionário de alimentação da criança e o conceito de controle	Não Especificado	Questionário	Respostas	Estatística

Tabela 1 - Comportamento e estilo de vida – Conclusão

A20	Rodgers, RF; Paxton, S; Massey, R; Campbell, KJ; Wertheim, EH, Skouteris, H & Gibbons, K. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. (2013)	Austrália	La Trobe University	Investigar associação entre práticas de alimentação materna e ganho de peso infantil	Não Especificado	Questionário	Respostas	Estatística
A21	Stark LJ; Spear S; Boles R; Kuhl E; Ratcliff M; Scharf C; Bolling C & Rausch J. A pilot randomized controlled trial of a clinic and home-based behavioral intervention to decrease obesity in preschoolers (2011)	Estados Unidos	Cincinnati Children's Hospital Medical Center	Investigar o impacto de uma intervenção	Não Especificado	Questionários e Escala	Respostas	estatística
A22	Stifter, CA; Anzman-Frasca, S; Birch, LL & Voegtline, K. Parent use of food to soothe infant/toddler distress and child weight status. An exploratory study. (2011)	Estados Unidos	University Park e Jons Hopkins Bloomberg School of Public Health	Explorar o uso da alimentação como controle de estresse	Não Especificado	Questionários	Respostas	Estatística
A23	Walton, K; Simpson, JR; Darlington, G & Haines, J. Parenting stress: a cross-sectional analysis of associations with childhood obesity, physical activity, and TV viewing. (2014)	Canadá	University of Guelph	Explorar a influência do estresse dos pais na obesidade dos filhos	Não Especificado	Escalas	Respostas	Estatística

**Apêndice B: Tabela 2 - Percepção da obesidade**

	Artigo	País	Instituição do autor	Objetivo	Referencial	Produção de Material	Procedimento de Registro	Procedimento de consideração do material
B1	Aparício, G; Cunha, M; Duarte, J; Pereira, A; Bonito, J & Albuquerque, C. Nutritional status in preschool children: current trends of mother's body perception and concerns. (2013)	Portugal	Polytechnic Institute of Viseu, University of Aveira e University of Évora	Investigar a percepção da imagem corporal do filho	Não Especificado	Escala	Respostas	Estatística
B2	Bouhlal, S; McBride, CM; Ward, DS & Persky, S. Drivers of overweight mothers' food choice behavior dependo n child gender. (2015)	Estados Unidos	University of North of Carolina	Investigar a escolha de alimento dos pais e a prevalencia de obesidade por gênero	Teoria cognitivo social	Questionário e Escalas	Respostas	Estatística
B3	Chan, CMS & Wang, WC. Chinese parental perceptions of weight and associated health risks of young children. (2016)	China	The Hong Kong Institute of Education	Compreender a percepção dos pais em relação ao corpo de seu filho e suas opiniões sobre a saúde da criança	Não Especificado	Questionário e entrevista	Respostas e audiogravação	Estatística e análise de conteúdo
B4	Chaparro, MP; Langellier, BA; Kim, LP & Whaley, SE. Predictors of accurate maternal perception of their preschool child's wheigth status among hispanic WIC participants. (2011).	Estados Unidos	University of California	Investigar a percepção a obesidade dos filhos	Não Especificado	Questionário	Respostas	Estatística
B5	Chen, S; Binns, CW; Maycock, B, Zhao, Y & Liu, Y. Chinese mothers' perceptions of their child's weigth and obesity status (2014).	Austrália	Custin University	Investigar a percepção a obesidade dos filhos	Não Especificado	Questionário	Respostas	Estatística

Tabela 2 - Percepção da obesidade – Continuação

B6	Cheng, TS; Loy SL; Cheung, YB; Chan, JK; Tint, MT; Godfrey, KM; Gluckman, PD; Kwek, K; Saw, SM; Chong, YS; Lee, YS; Yap, F & Lek, N. Singaporean Mothers' Perception of Their Three-year-old Child's Weight Status: A Cross-Sectional Study. (2016)	Singapura	University of Tampere, National University of Singapore, University of Southampton	Investigar a percepção a obesidade dos filhos	Não Especificado	Entrevista e escala	Respostas	Estatística e análise de conteúdo
B7	Davis, RE; Cole, SM; Reyes, LI; McKenney-Shubert, SJ & Peterson, KE. "It hurts a Latina when they tell us anything about our children": implications of mexican-origin mothers' maternal identities aspirations and attitudes about cultural transmission for childhood obesity prevention. (2015)	Estados Unidos	University of South Carolina	Explorar valores, atitudes e crenças das mães sobre obesidade	Não Especificado	Entrevista e escala	Respostas e audiogravação	Estatística e análise de conteúdo
B8	Douglas, F; Clark, J; Craig, L; Campbell, J & McNeill, G. It's a balance of just getting things right: mothers views about preschool childhood obesity prevention in Scotland (2014)	Escócia	University of Aberdeen	Explorar os conhecimentos e experiências dos pais sobre a obesidade dos filhos	Não Especificado	Entrevista	Audiogravação	análise de conteúdo
B9	Garcia, BL; Peña, YF; Esquivel, MAA; Sosabriones, R & Flores, RMC. Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud em Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. (2011)	México	Universidad Autónoma Nuevo León	Identificar a percepção da obesidade infantil em mães de crianças pré-escolares	Não Especificado	Questionário e Escalas	Respostas	Estatística
B10	Goto, K; Ominami, C; Song, C; Murayama, N & Wolff, C. Globalization, localization and food culture: perceived roles of social and cultural capitals in healthy child feeding practices in Japan. (2014)	Japão	Niigata University of Health and Welfare e California State University	Investigar as percepções dos pais dos fatores socioculturais associados com alimentação infantil	Não Especificado	Entrevista	Audiogravação	análise de conteúdo
B11	Guerrero AD; Slusser WM; Barreto PM; Rosales NF & Kuo AA. Latina mothers' perceptions of healthcare professional weight assessments of preschool-aged children.(2011)	Estados Unidos	University of California	Compreender a definição das mães de saúde e obesidade	Não Especificado	Questionário e entrevista	Respostas e audiogravação	análise de conteúdo

Tabela 2 - Percepção da obesidade – Continuação

B12	Herman, AN; Malhotra, K; Wright, G; Fisher, JO & Whitaker, RC. A qualitative study of the aspirations and challenges of low-income mothers in feeding their preschool-aged children (2012)	Estados Unidos	Temple University	Compreender o que influencia as mães na escolha da alimentação dos filhos	Não Especificado	Entrevista	audiogravação	análise de conteúdo
B13	Johnson, SL; Goodell, LS; Williams, K; Power, TG & Hughes, SO. Getting my child to eat the right amount. Mothers' considerations when deciding how much food to offer their child at a meal (2015)	Estados Unidos	Children's Nutrition Research Center	Investigar o processo de decisão das mães no preparo da comida	Não Especificado	Entrevista	Audiogravação	análise de conteúdo
B14	Kalinowski, A; Krause, K; Berdejo, C; Harrell, K; Rosenblum, K & Lumeng, JC. Beliefs about the role of parenting in feeding and childhood obesity among mothers of lower socioeconomic status (2012)	Estados Unidos	University of Michigan	Examinar as crenças sobre o papel dos pais na alimentação e obesidade	Não Especificado	Entrevista	Audiogravação	análise indutiva e método comparativo constante
B15	Leung, CY; Miller, AL; Lumeng, JC; Kaciroti, NA & Rosenblum, KL. Maternal representations of their children in relation to feeding beliefs and practices among low-income mothers of young children. (2015)	Estados Unidos	University of Michigan	Examinar as representações maternas de seus filhos e as crenças e práticas alimentares.	Não Especificado	Questionário e entrevista	Respostas	Estatística e análise de conteúdo
B16	Lindsay AC; Sussner KM; Greaney ML & Peterson KE. Latina mothers' beliefs and practices related to weight status, feeding, and the development of child overweight. (2011)	Estados Unidos	Harvard School of Public Health	Examinar as crenças maternas e a prática na alimentação que contribuem para obesidade	Não Especificado	Entrevista	Audiogravação	análise de conteúdo
B17	Lindsay, AC; Sussner, KM; Greaney, M; Wang, ML; Davis, R; Peterson, KE. Using qualitative methods to design a culturally appropriate child feeding questionnaire for low-income, Latina mothers. (2012)	Estados Unidos	Harvard School of Public Health, University of Michigan e Dana Farber Cancer Institute	Investigar como as mães percebem a obesidade do filho	Não Especificado	Questionário e entrevista	Respostas e audiogravação	Estatística e análise de conteúdo



Tabela 2 - Percepção da obesidade – Conclusão

B18	Malhotra, K; Herman, AN; Wright, G; Bruton, Y; Fisher, JO & Whitaker, RC. Perceived benefits and challenges for low-income mothers of having Family meals with preschool-aged children: childhood memories matter. (2013)	Estados Unidos	Temple University	Identificar a percepção da refeição e sua influência no IMC da criança	Não Especificado	Entrevista	audiogravação	Análise indutiva
B19	Mena, NZ; Garman, K; Dickin, K; Greene, G & Tovar, A. Contextual and cultural influences on parental feeding practices and involvement in child care centers among parents. (2015)	Estados Unidos	University of Rhode Island	Investigar as influências e percepção da alimentação infantil	Não Especificado	Entrevista	Audiogravação	análise de conteúdo
B20	Woo Baidal, JA; Criss, S; Goldman, RE; Perkins, M; Cunningham, C & Taveras, EM. Reducing Hispanic children's obesity risk factors in the first 1000 days of life: a qualitative analysis. (2015)	Estados Unidos	Brown University	Examinar as razões da obesidade na infância e possíveis intervenções	Não Especificado	Entrevista	Audiogravação	análise de conteúdo
B21	Wright, J; Maher JM & Tanner, C. Social class, anxieties and mothers foodwork. (2015)	Austrália	University of Wollongong e Monash University	Verificar como o conhecimentos sobre maternidade, criança e saúde impactam na maternagem	Não Especificado	Entrevista	Audiogravação	Análise de conteúdo

**Apêndice C: Tabela 3 - Interação mãe-criança**

	Artigo	País	Instituição proponente	Objetivo	Referencial	Produção de Material	Procedimento de Registro	Procedimento de consideração do material
C1	Anzman-Frasca S; Stifter CA; Paul IM & Birch LL. Infant temperament and maternal parenting self-efficacy predict child weight outcomes. (2013)	Estados Unidos	Penn State University	Investigar a relação entre mãe-criança na refeição e como esta interfere na obesidade do filho.	Não Especificado	Questionário e Escalas	Respostas	Estatística
C2	Bergmann S; von Klitzing K; Keitel-Korndörfer A; Wendt V; Grube M; Herpertz S; Schütz A & Klein AM. Emotional availability, understanding emotions, and recognition of facial emotions in obese mothers with young children. (2016)	Alemanha	University of Leipzig e University of Bamberg	Investigar a relação mãe-criança através da compreensão das avaliações emocionais do filho	Não Especificado	Escalas	Videogravação	Estatística
C3	Bergmann, S; Schlesier-Michel, A; Wendt, V; Grube, M; Keitel-Korndörfer, A; Gausche, R; von Klitzing, K & Klein, AM. Maternal Weight Predicts Children's Psychosocial Development via Parenting Stress and Emotional Availability. (2016)	Alemanha	Leipzig University Medical Center, University of Leipzig e Friedrich-Schiller University of Jena	Investigar se o IMC da mãe, a relação mãe-filho e o estresse maternal	Não Especificado	Videogravação	Escala	Estatística
C4	Bergmeier, H; Skouteris, H; Haycraft, E; Haines, J & Hooley, M. Reported and observed controlling feeding practices predict child eating behavior after 12 months. (2015)	Austrália	Deakin University	Investigar a interação mãe-criança durante a refeição	Não Especificado	Questionário e escalas	Videogravação	Estatística
C5	Bost, KK; Wiley, AR; Fiese, B; Hammons, A & McBride, B. Associations between adult attachment style, emotion regulation, and preschool children's food consumption. (2014)	Estados Unidos	University of Illinois	Investigar como a relação adulto-criança influencia no consumo alimentar da criança	Não Especificado	Escalas	Respostas	Estatística

Tabela 3 - Interação mãe-criança – Continuação

C6	Escobar, RS; O'Donnell, KA; Colalillo, S; Pawlby, S; Steiner, M; Meaney, MJ, Levitan, RD & Silveira, PP. Better Quality of mother-child interaction at 4 years of age decreases emotional overeating in IUGR girls (2014)	Canadá	Canadian Institute of Health Research	Investigar a relação entre restrição de crescimento intruterino, qualidade da relação mãe-criança e aspectos emocionais	Não Especificado	Escalas	Videogravação	Estatística
C7	Jania, R; Mallana, KM & Daniels, L. Association between Australian-Indian mothers' controlling feeding practices and children's appetite traits. (2015)	Austrália	Queensland University of Tecnology	Investigar a associação entre práticas de controle de alimentação materna e traços de apetite das crianças	Não Especificado	Questionários	Respostas	Estatística
C8	Tripicchio, GL; Keller, KL; Johnson, C; Pietrobelli, A; Heo, M & Faith, MS. Differential maternal feeding practices eating self-regulation, and adiposity in young twins. (2014)	Estados Unidos	University of North of Carolina	Investigar práticas alimentares maternas em gêmeos e IMC da criança	Não Especificado	Questionários	Respostas	Estatística
C9	Wehrly SE; Bonilla C; Perez M & Liew J. Controlling parental feeding practices and child body composition in ethnically and economically diverse preschool children. (2013)	Estados Unidos	A&M University e Arizona Satate University	Investigar associação do controle alimentar dos pais e a composição corporal da criança	Não Especificado	Questionários	Respostas	Estatística
C10	Wendland, BE; Aikinson, L; Steiner, M; Fleming, AS; Pencharz, P; Moss, E; Gaudreau, H; Silveira, PP; Arenovich, T, Matthews, SG; Meaney, MJ & Levita, RD. Low maternal sensitivity at 6 months of age predicts higher BMI in 48 month old girls but not boys. (2014)	Canadá	McGill University	Investigar associação entre sensibilidade materna e IMC infantil	Não Especificado	Codificação das respostas	Videogravação	Estatística

Tabela 3 - Interação mãe-criança - Conclusão

C11	Wendta, V; Bergmann, S; Majstorovica, KH; Klitzingb, KK & Klei, A. Parent-child interaction during feeding or joint eating in parents of different weight. (2015)	Alemanha	University of Leipzig	Explorar as diferentes interações entre pais e filhos durante a refeição	Não Especificado	Escalas	Videogravação	Estatística
C12	Ystrom, E; Barker, M & Vollrath, ME. Impacto of mothers' negative affectivity parental locus of control and child-feeding practices on dietary patterns of 3-years-old children: the MoBa cohort study. (2012)	Noruega	University of Oslo	Avaliar relação entre comportamentos dos pais na hora da refeição e obesidade infantil	Não Especificado	Questionários	Respostas	Estatística

**Apêndice D: Tabela 4 - Psicopatologia**

	Artigo	País	Instituição proponente	Objetivo	Referencial	Produção de Material	Procedimento de Registro	Procedimento de consideração do material
D1	Gemmill, AW; Worotniuk, T; Holt, C; Skouteris, H & Milgrom, J. Maternal psychological factors and controlled child feeding practices in relations to child body mass index. (2013)	Austrália	Deakin University	Investigar associação entre psicopatologias e alimentação da mãe e IMC do filho	Não Especificado	Questionário e Escalas	Respostas	Estatística
D2	Gross, RS; Velazco, NK; Briggs, RD & Racine, AD. Maternal depressive symptoms and child obesity in low-income urban families (2013)	Estados Unidos	Hospital de Montefiore	Investigar a relação entre sintomas depressivos maternos e IMC infantil	Não Especificado	Questionário	Respostas	Estatística
D3	McCurdy, K; Gorman, KS; Kisler, T & Metallinos-Katsaras E. Associations between family food behaviors, maternal depression, and child weight among low-income children (2014)	Estados Unidos	University of Rhode Island	Investigar comportamento alimentar, depressão materna e peso da criança	Não Especificado	Escalas	Não Especificado	Estatística
D4	Morrissey, TW & Dagher, RK. A longitudinal analysis of maternal depressive symptoms and children's food consumption and weight outcomes. (2014)	Estados Unidos	University of Maryland	Investigar impacto dos sintomas depressivos maternos no comportamento da maternagem e desenvolvimento da criança	Não Especificado	Questionário e Escalas	Respostas	Estatística
D5	Morrissey, TW. Maternal depressive symptoms and weight-related parenting behaviors (2014)	Estados Unidos	American University	Examinar a associação entre sintomas depressivos maternos e nutrição infantil	Não Especificado	Escala e questionário	Respostas	Estatística
D6	Ramasubramanian, L; Lane, S & Rahman, A. The association between maternal serious psychological distress and child obesity at 3 years: a cross-sectional analysis of the UK Millennium Cohort Data. (2013)	Reino Unido	University of Liverpool e University Child Mental Health Unit	Investigar a relação entre psicopatologia materna e obesidade infantil	Não Especificado	Escalas	Respostas	Estatística

**Apêndice E: Tabela 5 - Obesidade e psicanálise**

	Artigo	País	Instituição proponente	Objetivo	Referencial	Produção de Material	Procedimento de Registro	Procedimento de consideração do material
E1	Andrade, TM; Moraes, DEB & Ancona-Lopes, F. Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos: relato de pesquisa. (2014)	Brasil	UNIFESP	Descrever e discutir os principais problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos	Não especificado	Questionário e entrevista	Respostas	Análise de conteúdo e Estatística
E2	Campana, NTC; Gomes, IC & Lerner, R. Contribuições da clínica da parentalidade no atendimento de um caso da obesidade infantil (2014)	Brasil	USP	Discutir as contribuições da clínica da parentalidade no tratamento da obesidade infantil.	Psicanálise	Estudo de caso	Não especificado	Análise de conteúdo
E3	Gomes, JF; Moraes, DEB & Motta, IF. O brincar em crianças obesas: um estudo de crianças em tratamento ambulatorial. (2011)	Brasil	UNIFESP e USP	Pesquisar as dificuldades emocionais da criança obesa	Psicanálise	Observação e questionário	Respostas	Análise de conteúdo
E4	Henriques, MSMT; Falbo, AR; Sampaio, MA; da Fonte, MLA & Krause, DF. O exercício da função materna em mães de filhos obesos na perspectiva da psicanálise. (2015)	Brasil	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP	Analisar as implicações da relação mãe-bebê na obesidade	Psicanálise	Entrevista	Não especificado	Análise de conteúdo
E5	Machado, RL & Poli, MC. A criança e seu entorno: pesquisando a obesidade infantil. (2009)	Brasil	UFRGS	Problematizar a constituição psíquica do sujeito que porta a obesidade infantil.	Psicanálise	Entrevista	Escrita após os encontros	Análise de conteúdo
E6	Mishima, FKT & Barbieri, V. O brincar criativo e a obesidade infantil. (2009)	Brasil	USP	Investigar se há prejuízo no brincar de crianças obesas	Psicanálise	Estudo de caso e testes	Não especificado	Análise de conteúdo
E7	Mishima-Gomes, FKT; Dezan, SZ & Barbieri. 'Não pode' A função paterna na obesidade infantil. (2014)	Brasil	USPRP	Compreender os psicodinamismos de pais de crianças obesas e sua influência no exercício da paternidade	Psicanálise	Entrevista e teste	Não especificado	Análise de conteúdo

Tabela 5 - Obesidade e psicanálise – Conclusão

E8	Moraes, PM & Dias, CMSB. Nem só de pão se vive: a voz de mães na Obesidade Infantil. (2013)	Brasil	Universidade Católica de Pernambuco	Compreender os elementos presentes na história familiar de crianças com obesidade	Não especificado	Entrevista	Audiogravação	Análise de conteúdo
E9	Oliveira, FA & Martins, KPH. Implicações subjetivas da relação mãe-criança nos quadros de obesidade infantil. (2012)	Brasil	Universidade de Forlaleza	Compreender as implicações da relação mãe-criança na obesidade infantil.	Psicanálise	Entrevista	Não especificado	Análise do discurso
E10	Tessara, V; Norton, RC & Marques, WEU. Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. (2009)	Brasil	UFMG	Aprofundar a compreensão das interações interpessoais das crianças obesas no contexto familiar e social.	Teoria sistêmica	Entrevista	Audiogravação	Análise de conteúdo