Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Carolina Rizzatto Martins Padilha

Transmissão psíquica das experiências transicionais em três gerações de famílias de crianças obesas

Ribeirão Preto

2019

CAROLINA RIZZATTO MARTINS PADILHA

Transmissão psíquica das experiências transicionais em três gerações de famílias de crianças
obesas

Versão original

Dissertação apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo como parte das
exigências para obtenção do título de Mestre em
Ciências. Área de concentração: Psicologia em
Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Valeria Barbieri

Ribeirão Preto

2019

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Padilha, Carolina Rizzatto Martins

Transmissão psíquica das experiências transicionais em três gerações de famílias de crianças obesas. Ribeirão Preto, 2019.

287 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Barbieri, Valeria.

1. Obesidade infantil. 2. Transmissão psíquica entre gerações. 3. Espaço transicional. 4. Procedimento de Desenhos-Estórias.

Padilha, Carolina Rizzatto Martins

Transmissão psíquica das experiências transicionais em três gerações de famílias de crianças obesas

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Apoio financeiro:

Esta Dissertação foi parcialmente financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), mediante concessão de bolsa de Mestrado, no período de março a agosto de 2017.

De outubro de 2017 a março de 2019, a pesquisa recebeu apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), mediante concessão de bolsa de Mestrado, processo número: 2017/06497-5

“Às vezes, acho que sou amaldiçoado por algo que aconteceu antes de eu nascer”

Filme: Viva – A Vida é uma Festa (2018)

Trecho em que o protagonista Miguel, de 12 anos, se questiona sobre seu sonho de ser músico (assunto proibido na família). O tabu gira em torno da figura do tataravô músico que foi “apagado” da história familiar após, supostamente, abandonar a esposa e a filha. Em uma incursão ao “mundo dos mortos”, ele resgata e reconstrói as memórias da quarta geração e modifica o rumo da história familiar (e a sua própria).

DEDICO ÀS TRÊS GERAÇÕES DA MINHA FAMÍLIA

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação foi constituída a partir de relações interpessoais significativas marcadas por encontros criativos.

Início meus agradecimentos às duas famílias participantes desse estudo, pois são a espinha dorsal do presente trabalho. Ter experienciado de perto o funcionamento de suas dinâmicas familiares me tocou profundamente e transformou meu olhar, sensibilizando-o ainda mais. Espero ter propiciado um pequeno espaço para elaboração de algumas lacunas dolorosas em suas histórias de vida.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Valeria Barbieri, que desde o nosso primeiro contato sustentou nossa parceria, certa de que poderia render bons frutos. Esse primeiro contato com a metodologia psicanalítica, permeado por inseguranças iniciais, se transformou em forte encantamento. Sinto que foi possível unir aquilo que cada uma tinha de mais criativo e o resultado final explicita uma parceria bem-sucedida (suficientemente boa). Obrigada por todo o aprendizado, minha evolução como psicóloga e pesquisadora são evidentes.

Agradeço a Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa e a Nutricionista Me. Gabriela Pap da Silva da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) pela abertura e confiança ao aceitarem firmar uma parceria para que esse trabalho pudesse ser iniciado. Gabriela, mesmo com tantos afazeres, se manteve próxima e disponível desde o início, mediando todo o meu contato com a instituição e às famílias.

Agradeço à Dra. Fernanda Kimie Tavares Mishima Gomes e à Profa. Dra. Carolina Leonidas pelas ricas contribuições na etapa do Exame de Qualificação. Acrescento aqui também a Dra. Élide Dezoti Valdanha Ornelas, que, assim como as outras duas, me acompanhou desde a época da graduação (na pesquisa e na supervisão dos estágios). São grandes exemplos de psicólogas clínicas e pesquisadoras!

Àqueles que me apresentaram o mundo da pesquisa e que sempre confiaram no meu potencial (em alguns momentos, mais do que eu mesma): Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos e Dra. Érika Arantes de Oliveira Cardoso. Os passos iniciais são sempre a base (sólida, nesse caso) do restante da trajetória.

À Dra. Lícia Barcelos de Souza, pois além de ter sido uma profissional de referência no meu último ano da graduação, me auxiliou em um momento de imprevisto (e muita angústia) no dia da inscrição no processo seletivo do mestrado. Obrigada por ter me acolhido!

Aos membros do Laboratório de Avaliação Psicológica Infantil, Adolescente, Adulto e Familiar por todo apoio e compartilhamento.

À minha psicoterapeuta, Rosária Fernanda Magrin Saullo, por ter me acompanhado em um dos momentos mais dolorosos da minha vida. Nessa relação foi possível a construção de um sentido de vida mais criativo.

Às minhas grandes amigas e colegas de profissão, Rebeca Oliveira e Maria Laura de Paula Lopes Pereira Martins. Obrigada por tudo!

Ao meu namorado de longa data, Francisco Fava Rodrigues! Agradeço por ser tudo o que eu não sou e por nos acrescentarmos todos os dias!

Aos meus pais, Márcia e Edson, por todo o incentivo e investimento. Vocês são grande exemplo de disciplina e dedicação!

Aos meus avós, por sempre compartilharem tanta história e favorecerem meu processo de autoconhecimento a partir de suas vivências.

À minha querida irmã quase-gêmea, Camila, que tem me auxiliado (mesmo sem saber) na consolidação da minha identidade profissional (e pessoal). É um exemplo de profissional criativa e de ser humano sensível. Obrigada pelas longas e profundas conversas, essa dissertação com certeza foi uma semente para a trajetória que temos trilhado juntas na busca de maior compreensão das gerações da nossa própria família – descobertas nem sempre agradáveis e de fácil assimilação.

Por fim, agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), pela concessão da bolsa de Mestrado no país, e por todo o suporte dado nessa empreitada. Também agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão de bolsa de Mestrado no país na etapa inicial do projeto.

RESUMO

Padilha, C. R. M. (2019). Transmissão psíquica das experiências transicionais em três gerações de famílias de crianças obesas. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A obesidade é considerada uma doença complexa, crônica e multifatorial. Sua etiologia engloba os fatores psicológicos do indivíduo, que se constituem no âmbito de seus relacionamentos familiares. Na perspectiva psicanalítica, a mãe é essencial para a construção do *Self* do bebê e possui uma história que perpassa e impacta os cuidados que ela oferece a ele. Essa história inclui o relacionamento da mãe com os seus ascendentes imediatos ou distantes, por meio do processo de transmissão psíquica geracional. A capacidade para usufruir das experiências e fenômenos transicionais integra o processo de constituição do *Self*, sendo transmitida de mãe para filho, pois nada escapa ao processo de transmissão psíquica geracional. Como a obesidade infantil estaria relacionada à dificuldade de alcance do viver criativo (as experiências transicionais), este estudo investigou a transmissão psíquica da capacidade para usufruir dos fenômenos transicionais em três gerações de duas famílias em que havia uma criança obesa. O enfoque utilizado foi o clínico-qualitativo e o referencial teórico-metodológico o psicanalítico. Duas famílias compuseram a amostra do estudo, uma com mais de um membro obeso e outra só com a criança. Os participantes da Família 1 foram uma menina obesa (9 anos), sua mãe, avô materno, avó materna e avó paterna. Os participantes da Família 2 foram uma menina obesa (10 anos), sua mãe e a avó materna. As famílias foram selecionadas em serviço especializado para obesidade infantil. Os instrumentos utilizados foram um roteiro de entrevista semiestruturado (para os adultos) e o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) (para todos os membros), aplicados individualmente. Os dados foram analisados pelo método da livre inspeção do material. Foi realizada uma síntese individual para cada um dos participantes, com a descrição de seus psicodinamismos e da capacidade para usufruir das experiências transicionais. Posteriormente, uma síntese diagnóstica cruzada do grupo familiar foi delineada, de modo a interligar as avaliações dos membros. A discussão de cada família foi norteadada pela psicanálise winnicottiana articulada com a teoria da psicanálise vincular (ou transmissão psíquica). Os resultados mostraram que os membros avaliados das duas famílias vivenciaram entraves em seu processo de amadurecimento emocional nas famílias de origem, em graus diferentes. A capacidade para usufruir das experiências transicionais foi transmitida através das gerações e reverberou no processo de transmissão das heranças psíquicas. Quanto mais ampla essa capacidade, maior a transformação das heranças, maior a possibilidade de constituição de subjetividades individuais e menor a formação de alianças defensivas que se expressam através de sintomas. O histórico de lutos foi determinante na transmissão psíquica transgeracional. O funcionamento familiar inconsciente pode ser produtor e mantenedor do sintoma da criança, ainda que nesta pesquisa ele tenha assumido um sentido diferente dentro de cada família. A presença de outros membros com obesidade, em uma família, sinalizou que a obesidade extrapola a transmissão genética e revela a precariedade na simbolização de vivências difíceis, arrastada no decorrer das gerações. A proposta de compreensão do sofrimento emocional a partir da teoria vincular se apresenta como essencial para a intervenção clínica, pelo enfoque no aspecto intersubjetivo, e amplia a teoria winnicottiana, tornando compreensíveis as bases das dificuldades parentais passíveis de provocarem danos na constituição do *Self* infantil. Um espaço favorecedor da escuta e da fala, que possibilite o desenvolvimento das capacidades transicionais da família viabilizaria o trabalho de elaboração psíquica dos legados inconscientes traumáticos que sustentam o sofrimento emocional.

Palavras-chave: Obesidade infantil; Transmissão psíquica entre gerações; Espaço transicional; Procedimento de Desenhos-Estórias.

ABSTRACT

Padilha, C. R. M. (2019). Psychic transmission of transitional experiences in three generations of families of obese children. Dissertation (Master's Degree). Graduate Program in Psychology, Faculty of Philosophy, Sciences and Letters at Ribeirão Preto, University of São Paulo.

Obesity is a complex, chronic and multifactorial disease. The etiology encompasses the psychological factors of the individual, which are within the scope of their family relationships. In a psychoanalytic perspective, the mother is essential for the construction of the baby's Self and she has a history that permeates and impacts the care it offers to him. Her story includes the immediate and distant relationship with ascendants, through of generational psychic transmission process. The capacity to enjoy experiences and transitional phenomena integrates the process of Self constitution, being transmitted from mother to child, because nothing escapes the generational psychic transmission process. As childhood obesity would be related to the difficulty of reaching creative living (the transitional experiences), this study aimed to understand the process of psychic transmission of the capacity for transitional experiences in three generations of two families in which there was an obese child. The approach used was the clinical-qualitative and the theoretical-methodological was psychoanalytic referential. This is the case study of two families, one with more than one obese member and one with the child only. Family 1's participants were the maternal grandmother, the paternal grandmother, the maternal grandfather, the child's mother and the 9-years-old-child diagnosed with obesity. Family 2's participants were the maternal grandmother, the child's mother and the 10-years-old-child diagnosed with obesity. They were reached through a specialized service for the treatment of childhood obesity. The data collection instruments were a semistructured interview (for adults) and the Story Drawing (SD) procedure (for all members). All instruments were applied individually. The material was transcribed and analyzed by means of the free inspection method of the material. Individual psychodiagnoses were made of the participants, describing their psychodynamics and the capacity to enjoy the transitional experiences. Subsequently, a cross-diagnostic synthesis of the family was delineated, in order to interconnect the assessments of the members. In the discussion, Winnicott's theory was articulated with the contributions of the Psychoanalysis Linkage approach to the transgenerational psychic transmission. The results showed that the members of the two families experienced obstacles in their process of emotional maturation, to different degrees. The capacity to enjoy transitional experiences was passed down through the generations and reverberated in the process of transmitting psychical inheritances. The larger this capacity, the greater the transformation of inheritances, the greater the possibility of constitution of individual subjectivities and the less the formation of defensive alliances that express themselves through symptoms. The history of grief was determinant in transgenerational psychic transmission. Unconscious family functioning can be a producer and maintainer of the child's symptom, although in this research it has assumed a different meaning within each family. The presence of other members with obesity in a family, signaled that obesity extrapolates genetic transmission and reveals the precariousness in the symbolization of difficult experiences, dragged along the generations. The proposal of understanding emotional suffering from the link theory is presented as essential for clinical intervention, by focusing on the intersubjective aspect, and broadens the Winnicottian theory, making understandable the bases of the parental difficulties that can cause damage in the constitution of the child Self. A space conducive to listening and speaking that allows the development of transitional capacities of the family would enable the work of psychic elaboration of the traumatic unconscious legacies that sustain emotional suffering.

Keywords: Obesity in children; Psychic transmission between generations; Transitional space; Draw and Tell a Story Procedures.

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPA	Centro de Psicologia Aplicada
D-E	Procedimento de Desenhos-Estórias
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
GRATA	Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre-Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre-Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UP	Unidade de Produção
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Informações sobre a coleta de dados, com data, local, o membro contatado e sua idade**Erro! Indicador não definido.**

Tabela 2. Principais indicadores dos psicodinamismos dos membros da família Torres-Souza.... **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 3. Informações sobre a coleta de dados, com data, local, o membro contatado e sua idade**Erro! Indicador não definido.**

Tabela 4. Principais indicadores dos psicodinamismos dos membros da família Silveira..... **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Genograma da Família Torres-Souza	59
Figura 2. Genograma da Família Silveira	59
Figura 3. Organização da apresentação dos resultados	69
Figura 4. Primeira UP de João	Erro! Indicador não definido.
Figura 5. Segunda UP de João	Erro! Indicador não definido.
Figura 6. Terceira UP de João	Erro! Indicador não definido.
Figura 7. Quarta UP de João	Erro! Indicador não definido.
Figura 8. Primeira UP de Ida	Erro! Indicador não definido.
Figura 9. Segunda UP de Ida	Erro! Indicador não definido.
Figura 10. Terceira UP de Ida	Erro! Indicador não definido.
Figura 11. Quarta UP de Ida	Erro! Indicador não definido.
Figura 12. Quinta UP de Ida	Erro! Indicador não definido.
Figura 13. Primeira UP de Telma	Erro! Indicador não definido.
Figura 14. Segunda UP de Telma	Erro! Indicador não definido.
Figura 15. Terceira UP de Telma	Erro! Indicador não definido.
Figura 16. Quarta UP de Telma	Erro! Indicador não definido.
Figura 17. Quinta UP de Telma	Erro! Indicador não definido.
Figura 18. Primeira UP de Felipa	Erro! Indicador não definido.
Figura 19. Segunda UP de Felipa	Erro! Indicador não definido.
Figura 20. Terceira UP de Felipa	Erro! Indicador não definido.
Figura 21. Quarta UP de Felipa	Erro! Indicador não definido.
Figura 22. Quinta UP de Felipa	Erro! Indicador não definido.
Figura 23. Esboço da primeira UP de Giovanna	Erro! Indicador não definido.
Figura 24. Jogo da velha de Giovanna	Erro! Indicador não definido.
Figura 25. Primeira UP de Giovanna	Erro! Indicador não definido.
Figura 26. Segunda UP de Giovanna	Erro! Indicador não definido.
Figura 27. Primeira UP de Elena	Erro! Indicador não definido.
Figura 28. Segunda UP de Elena	Erro! Indicador não definido.
Figura 29. Terceira UP de Elena	Erro! Indicador não definido.
Figura 30. Quarta UP de Elena	Erro! Indicador não definido.
Figura 31. Quinta UP de Elena	Erro! Indicador não definido.
Figura 32. Primeira UP de Tatiane	Erro! Indicador não definido.
Figura 33. Segunda UP de Tatiane	Erro! Indicador não definido.
Figura 34. Terceira UP de Tatiane	Erro! Indicador não definido.
Figura 35. Quarta UP de Tatiane	Erro! Indicador não definido.
Figura 36. Quinta UP de Tatiane	Erro! Indicador não definido.
Figura 37. Primeira UP de Neusa	Erro! Indicador não definido.
Figura 38. Segunda UP de Neusa	Erro! Indicador não definido.
Figura 39. Terceira UP de Neusa	Erro! Indicador não definido.
Figura 40. Quarta UP de Neusa	Erro! Indicador não definido.
Figura 41. Quinta UP de Neusa	Erro! Indicador não definido.

SUMÁRIO

PREÂMBULO	25
1 INTRODUÇÃO	27
1.1 Obesidade.....	27
1.2 Obesidade e Família	31
1.3 Teoria do amadurecimento emocional de Winnicott: Fenômenos transicionais	Erro! Indicador não definido.
1.4 Transmissão Psíquica Transgeracional.....	Erro! Indicador não definido.
1.5 A teoria do amadurecimento emocional e a da transmissão psíquica transgeracional: diálogos iniciais.....	Erro! Indicador não definido.
2 JUSTIFICATIVA.....	Erro! Indicador não definido.
3 OBJETIVO	49
4 MÉTODO	50
4.1 Delineamento da pesquisa	50
4.1.1 Pesquisa qualitativa	50
4.1.2 O método clínico e psicanalítico.....	51
4.1.3 Estudo de caso	54
4.1.4 Instrumentos do método psicanalítico	55
4.2 Caracterização do campo de pesquisa	58
4.3 Participantes	58
4.4 Instrumentos.....	60
4.5 Procedimentos	63
4.5.1 Coleta de dados	63
4.5.2 Análise dos dados.....	65
5 RESULTADOS	69
5.1 Família 1: Torres-Souza	Erro! Indicador não definido.
5.1.1 Psicodiagnósticos individuais	Erro! Indicador não definido.
5.1.1.1 Avós maternos.....	Erro! Indicador não definido.
5.1.1.1.1 Avô materno – João.....	Erro! Indicador não definido.
5.1.1.1.2 Avó materna – Ida	Erro! Indicador não definido.
5.1.1.2 Avó paterna – Telma	Erro! Indicador não definido.
5.1.1.3 Mãe – Felipa.....	Erro! Indicador não definido.
5.1.1.4 Criança – Giovanna	Erro! Indicador não definido.
5.1.2 Síntese da família 1	Erro! Indicador não definido.

5.1.3 Discussão da família 1	Erro! Indicador não definido.
5.2 Família 2: Silveira	Erro! Indicador não definido.
5.2.1 Psicodiagnósticos individuais	Erro! Indicador não definido.
5.2.1.1 Criança - Elena	Erro! Indicador não definido.
5.2.1.2 Mãe - Tatiane	Erro! Indicador não definido.
5.2.1.3 Avó materna – Neusa.....	Erro! Indicador não definido.
5.2.2 Síntese da família 2.....	Erro! Indicador não definido.
5.2.3 Discussão da família 2	Erro! Indicador não definido.
6 COMPARAÇÃO ENTRE AS FAMÍLIAS 1 E 2	Erro! Indicador não definido.
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	259
REFERÊNCIAS	266
APÊNDICES	Erro! Indicador não definido.
Apêndice A - Roteiro da Entrevista Semiestruturado	Erro! Indicador não definido.
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (Pais).....	Erro! Indicador não definido.
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (Avós)	Erro! Indicador não definido.
Apêndice D - Termo de Assentimento Livre-Esclarecido (Crianças)	Erro! Indicador não definido.
ANEXOS	Erro! Indicador não definido.
Anexo A. Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2014	Erro! Indicador não definido.
Anexo B. Declaração de aceite de instituição co-participante (UNAERP)	Erro! Indicador não definido.
Anexo C. Declaração de aceite de instituição co-participante (Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto)	Erro! Indicador não definido.
Anexo D. Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP...	Erro! Indicador não definido.

PREÂMBULO

Meu interesse pelas questões psicodinâmicas envolvidas nas dificuldades alimentares iniciou no final do ano de 2012, quando cursava o primeiro ano da graduação. Conheci os trabalhos desenvolvidos pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, por intermédio de uma disciplina de Metodologia Científica. Os dois principais projetos, desenvolvidos no GRATA, que despertaram meu interesse eram desenvolvidos pelas pós-graduandas (Dra. Élide Dezoti Valdanha-Ornelas e Dra. Carolina Leonidas) da época e tinham como foco a família das pacientes do serviço. Foram elas que intermediaram mais de perto meu contato com o Prof. Manoel e alguns meses depois comecei a desenvolver meu projeto de Iniciação Científica. Os relacionamentos afetivos de pacientes com transtornos alimentares (anorexia e bulimia) foram o foco da minha investigação. Mantive-me desenvolvendo o mesmo projeto até o final do curso, em 2016, consequência do meu grande envolvimento com a temática. Nesse processo, participava semanalmente das reuniões de equipe multidisciplinar no GRATA e mantive contato com as pacientes do serviço para poder acessar seus respectivos namorados e maridos (que constituíram a amostra de participantes do meu projeto). No quarto ano da graduação, pude assumir mais ativamente minha participação no serviço em questão, como estagiária. Minhas funções englobavam a observação da coordenação dos grupos de familiares e pacientes do serviço, em diferentes momentos. O grupo dos familiares foi o que mais me mobilizou e o que direcionou meus estudos na graduação, através de disciplinas e cursos complementares na área familiar. O papel das famílias das pacientes do GRATA era central, sendo esse envolvimento um dos requisitos para que o tratamento fosse iniciado e mantido. Muitas vezes, as intervenções multiprofissionais tinham como foco os entraves emocionais dos genitores e as funções assumidas por eles nos cuidados com os filhos adoecidos. Chamava-me a atenção as dinâmicas disfuncionais das famílias atendidas e o fato de muitos familiares apresentarem, eles mesmos, dificuldades com a alimentação, sendo alguns deles obesos. A obesidade inclusive sempre foi abordada como contraponto nas discussões sobre os Transtornos Alimentares, de modo que algumas aproximações (e distanciamentos) sempre acabavam sendo delineados. Minha proximidade com um caso em particular, de Bulimia Nervosa, no qual tive o privilégio de acompanhar e aprender mais profundamente através do atendimento clínico individual psicanalítico, sob supervisão da Dra. Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, direcionou meu interesse e curiosidade para os quadros de compulsão alimentar, muitas vezes presentes em pacientes acometidos pela obesidade.

Parte dos meus estágios profissionalizantes foi direcionada para o atendimento clínico na abordagem psicanalítica. O primeiro estágio clínico que tive o privilégio de me envolver foi

o de Consultas Terapêuticas, sob orientação da Dra. Fernanda Mishima. Já tinha tido contato com ela em uma disciplina optativa de Psicanálise e foi através de algumas aulas dela que me interessei pela Psicanálise winnicottiana. Eu já havia me familiarizado com essa abordagem na universidade (UFTM) em que iniciei o curso de Psicologia. Na época, desenvolvi parte de um projeto psicanalítico longitudinal do desenvolvimento emocional de recém-nascidos, em que Winnicott era a referência.

A prática clínica (e encantamento) inicial unida à minha experiência particular como paciente, na abordagem winnicottiana nos últimos cinco anos, foram os motivos pelos quais optei por incluí-la em minhas investigações. A conciliação de alguns anos de pesquisa e a posterior atuação prática no GRATA intensificaram meu apreço pela área alimentar e contribuíram significativamente para meu aprimoramento profissional (ainda embrionário), além de ter servido de incentivo para que eu pudesse dar continuidade à minha já iniciada jornada na área da pesquisa. As temáticas nas quais eu tinha interesse em interligar no próximo projeto, resultado do caminho que vinha percorrendo até então, eram: psicanálise, família e as questões alimentares. Assim nasceu a ideia inicial do meu projeto de Mestrado. Agradeço à Prof. Dra. Valeria Barbieri por ter acolhido minhas ideias e ter me auxiliado a colocá-lo em prática.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Obesidade

A obesidade pode ser considerada uma doença de mecanismos complexos, crônica e multifatorial, definida pelo excesso de gordura nos tecidos adiposos e um fator de risco considerável para doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão arterial e enfermidades cardíacas (OMS, 2009; Nunes, Nunes, Silva & Mello, 2015; ABESO, 2016). A Organização Mundial da Saúde – OMS (2009) descreve essa patologia como um dos problemas mais significativos de saúde pública no mundo, despertando a atenção das autoridades sanitárias, comunidade científica e pediatria. A doença em questão não é mais um privilégio dos países desenvolvidos, distribuindo-se amplamente também nos países em desenvolvimento (Vargas, 2013). Embora a obesidade tenha um estatuto de doença para a OMS, essa compreensão não é unânime na Medicina, havendo dissidências; nesse sentido, ela pode ser considerada problemática em virtude das comorbidades citadas e que estão associadas a ela e não à obesidade em si mesma (Farrell, 2004).

A prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes tem aumentado universalmente nos últimos 30 anos (OMS, 2009). De acordo com levantamentos da *International Obesity Task Force*, a prevalência de obesidade e sobrepeso em crianças nos Estados Unidos gira em torno de 11% e 14%, respectivamente. Padrão semelhante pode ser observado nos países europeus, onde a prevalência da Obesidade infantil ultrapassa os 20%. Não há dados suficientes sobre os países da África; na Ásia a prevalência é menor (5 a 10 %), embora não menos preocupante, pois os países que compõem esse continente são populosos (OMS, 2009).

No Brasil, o número de obesos vem crescendo e alguns levantamentos mostram que, atualmente, mais de 50% da população está acima do peso (entre a faixa de sobrepeso e Obesidade) (ABESO, 2016). Entre as crianças, a porcentagem estaria em 15%. No último levantamento oficial do IBGE (2008/2009), já se percebia esse movimento crescente, de modo que o índice de obesidade e sobrepeso beira os 60% da população, havendo maior prevalência de excesso de peso no sexo feminino (58,2%) em comparação com o masculino (55,6%). Mencionando estatísticas do Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), de 2006 a 2016 a porcentagem de brasileiros com excesso de peso aumentou em 26,3%, e com obesidade em 60%. Em 2025, estima-se que o Brasil será o quinto país no mundo com problemas de obesidade, em que cerca de 2,3 bilhões de adultos estarão com sobrepeso e mais de 700 milhões serão obesos (ABESO, 2016). Para as crianças com idade entre 5 e 9 anos, há dez anos atrás no Brasil, a prevalência de sobrepeso era

de 33,5%, e a de obesidade era 16,6% no gênero masculino e 11,8%, no gênero feminino (2008/2009).

Com relação aos níveis socioeconômicos, estudos realizados em diferentes regiões do Brasil (Campos, Leite & Almeida, 2007; Netto-Oliveira et al. 2010; Silva, Balaban & Motta, 2005) chegaram a conclusões semelhantes: nos níveis socioeconômicos mais elevados, haveria maior prevalência da obesidade, pois os países em desenvolvimento possuem problemas acentuados quanto à disponibilidade de alimentos decorrentes de desigualdades na distribuição de renda; portanto, as camadas mais abastadas seriam mais acometidas pela obesidade. Já nos países desenvolvidos, a lógica se inverte: pode-se encontrar menor prevalência da obesidade nas classes de renda elevada, por conta do maior acesso à informação acerca de padrões alimentares mais saudáveis (Campos, Leite & Almeida, 2007; Netto-Oliveira et al., 2010; Silva, Balaban & Motta, 2005).

Embora haja vários critérios possíveis para definir a obesidade na população adulta, os mais aceitos são os baseados no conceito de ideal de peso em relação à altura, pois se considera que seus valores não se modificam radicalmente com a idade e são menos suscetíveis a mudanças por conta de diferenças culturais (ABESO, 2016). A classificação da OMS (2009) é utilizada internacionalmente como um descritor validado, associando o índice de massa corporal (IMC), uma medida indireta de gordura corporal, com mortalidade e riscos para a saúde. De acordo com essa categorização, considera-se que indivíduos com IMC de 25 a 29,9 kg/m² são pré-obesos; aqueles com IMC de 30 a 34,9 kg/m² são classificados de Obesidade Grau I com risco de comorbidade moderado; IMC de 35 a 39,9 kg/m² são classificados de Obesidade Grau II e risco de comorbidade grave; e, por último, IMC maior ou igual 40 kg/m² é descrito como Obesidade Grau III e risco de comorbidade muito grave (ABESO, 2016; Neovius, Line & Barkeling, 2004).

A obesidade infantil está catalogada na Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10) e pode ser considerada mais grave do que a que acomete o adulto, pois aumenta o número de células do tecido adiposo ainda no início de desenvolvimento, tornando o tratamento mais complexo (Fisberg, 2005; Kaufman, 1999). As doenças cardiovasculares não se manifestam na infância, mas os fatores de risco surgem nesse período e estão diretamente relacionados ao excesso de peso e à distribuição de gordura. A probabilidade de que uma criança obesa mantenha o quadro na idade adulta varia de 20% a 50% antes da puberdade e 50% a 70% após a puberdade. O risco de morte em adultos obesos que foram crianças ou adolescentes obesos, em comparação aos adultos magros cuja infância e adolescência foram de peso normal, é significativamente maior (ABESO, 2016).

O tratamento precoce seria o mais eficiente (Fisberg, 2005). Existem dificuldades para definir clinicamente a obesidade e há controvérsias sobre o uso do critério diagnóstico na população pediátrica (Neovius, Line & Barkeling, 2004). Dietz e Bellizzi (1999) indicaram que o IMC permanece sendo a medida mais razoável para o diagnóstico de crianças e adolescentes entre 2 e 19 anos. O Brasil adota as curvas de IMC da OMS (ABESO, 2016). Como a gordura corporal varia com o sexo e a faixa etária da criança, utiliza-se o IMC-por-idade, em que os seguintes percentis são estabelecidos: abaixo do peso: IMC-por-idade $< 5\%$; peso normal: IMC-por-idade $> 5\%$ e $< 85\%$; risco de sobrepeso: IMC-por-idade $\geq 85\%$ e $< 95\%$; sobrepeso (obesidade): IMC-por-idade $\geq 95\%$ (OMS, 2009).

A etiologia da obesidade engloba aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais (Bath & Baur, 2005; Silva & Mura, 2007; Stein & Colditz, 2004), sendo necessário compreendê-la na inter-relação entre diferentes áreas do conhecimento (OMS, 2009). Pode ser classificada de duas formas: obesidade de causa nutricional ou exógena, representando 95% dos casos; e obesidade endógena, representando 5% dos casos. A primeira estaria relacionada à dieta inadequada, influência familiar e cultural, sedentarismo e uso de medicamentos, enquanto a segunda se vincularia a distúrbios endócrino-metabólicos e síndromes genéticas (Neovius, Line & Barkeling, 2004).

Alguns fatores de risco para a obesidade infantil são: a obesidade dos pais, o sedentarismo, o sobrepeso ao nascer, a ausência de aleitamento materno e fatores relacionados ao crescimento. A associação entre a obesidade da criança e o IMC dos pais parece ser significativa a partir da idade de três anos e se mantém na idade adulta. A obesidade da mãe, mesmo antes da gestação, correlaciona-se ao IMC da criança, na idade de 5 a 20 anos. O aleitamento materno é destacado como fator de proteção (ABESO, 2016).

Apesar de a obesidade exógena ser a mais comum, ela tem recebido pouca atenção dos pesquisadores. Os aspectos mais estudados e que recebem maior ênfase no tratamento são os aspectos biológicos e comportamentais da obesidade, em detrimento dos emocionais (Mishima & Barbieri, 2009; Wanderley & Ferreira, 2010). Do ponto de vista psicológico, crianças obesas são descritas como apresentando as seguintes características emocionais: dependência, passividade, baixa autoestima, timidez, insegurança, vergonha, crenças de serem diferentes dos outros e sentimentos de incapacidade e desmotivação, relacionados ao estigma social vivido em decorrência da obesidade (Mishima & Barbieri, 2009). Complementando o exposto, dados da ABESO (2016) afirmam que a autoestima do obeso encontra-se comprometida, principalmente em adolescentes do sexo feminino. Por isso é importante atentar para as funções psicossociais envolvidas no quadro, especialmente nas crianças do sexo feminino, pois há maiores chances

de desenvolverem distúrbios do comportamento alimentar na adolescência e no início da vida adulta.

Mills e Andrianopoulos (1993) demonstraram que indivíduos que desenvolveram obesidade na infância apresentaram mais psicopatologia do que aqueles que a desenvolveram mais tarde. Esse resultado sugere que a obesidade infantil pode servir como indício de distúrbios psicológicos futuros. Entretanto, é importante não estabelecer uma única direção de impacto entre obesidade e sofrimento psicológico - a obesidade pode acarretar em dificuldades emocionais, mas essas mesmas dificuldades também podem favorecer o surgimento do quadro (Ganley, 1986).

Merecem destaque os aspectos socioculturais relacionados à etiologia da obesidade. O estilo de vida atual é caracterizado pelo sedentarismo, por hábitos alimentares impróprios e pelo consumo excessivo de carboidratos e de doces, além da facilidade para obtenção desses tipos de alimentos (Fisberg, 2005). Esse quadro pode ser considerado favorável para o desenvolvimento de distúrbios alimentares e problemas de peso (Oliveira & Bosco, 2009), embora não possa ser considerado, de forma isolada, como determinante do processo. O ambiente cultural e familiar é descrito pela literatura como exercendo a mais importante e precoce influência nos hábitos alimentares da criança (Baek, Paik & Shim, 2011; Melo, Cruz, Brito & Pinho, 2017; Passos, Gigante, Maciel & Matijasevich, 2015; Scaglioni, Arrizza, Vecchi & Tedeschi, 2011; Silva, Costa & Giugliani, 2016).

De acordo com Vargas (2013), a cultura atual induz deliberadamente aos vícios, principalmente os alimentares, sendo a sociedade pós-moderna caracterizada pelo fetichismo das mercadorias, pelo imediatismo e pelos supridores rápidos da necessidade oral. O comportamento alimentar tem sido influenciado sobremaneira pelas rápidas transformações socioeconômicas como a globalização e a rápida urbanização dos últimos tempos. Essas modificações têm levado a um processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, repercutindo significativamente na saúde da população brasileira, principalmente nas classes populares. Dessa forma, a alimentação seria influenciada não somente por escolhas individuais, mas pelo contexto mais amplo da pobreza, exclusão social e pouco acesso a informações. A lógica cultural colocada em marcha pelo consumo desmedido refletiria um grau fortemente desejado de independência do mundo externo, através de um “amortecedor de preocupações”, blindando os sujeitos contra a pressão exercida pela realidade e permitindo um refúgio em si mesmos. Além da obesidade, o contexto sociocultural molda as possibilidades de sintomas e de funcionamento dos psiquismos individuais que nele estão inseridos. Nesse sentido, Gurfinkel (2007) corrobora a ideia de que as adições que se manifestam no psiquismo individual estão,

de modo geral, intimamente conectadas à lógica de consumo vigente, marcada pela ausência de mediações e de possibilidade de simbolização.

O tratamento convencional para a obesidade infantil baseia-se na redução da ingestão calórica, aumento do gasto energético, modificação comportamental e envolvimento familiar no processo de mudança. O tratamento se dá em longo prazo e o objetivo, em alguns casos, pode ser a manutenção do peso, resultando numa diminuição de IMC com o aumento da idade e da altura. O engajamento da família é essencial nesse processo, assim como uma equipe multidisciplinar composta por endocrinologista, psicólogo, nutricionista e um fisiologista do exercício ou educador físico (ABESO, 2016).

O conhecimento das diversas influências na etiologia da obesidade fornece substrato ao desenvolvimento de programas de intervenção mais complexos (Oliveira & Bosco, 2009), pois fica evidente que as medidas de terapia alicerçadas em bases meramente “corretivas”, instituídas através de controle alimentar que têm predominado, parecem não resultar na resolução da problemática (Azeredo & Martins, 2012; Wanderley & Ferreira, 2010). A família é considerada como um dos fatores mais importantes na etiologia da obesidade (Ramos & Stein, 2000), mas na literatura científica há uma predominância da consideração de seu papel como modelo alimentar dos filhos (Corso et al., 2012; Oliveira & Bosco, 2009; Ramos & Stein, 2000) e como determinante da herança genética em detrimento de aspectos psicodinâmicos familiares, que raramente são abordados (Mishima, 2007; Mishima & Barbieri, 2009; Lobstein, Baur & Uauy, 2004).

Melo, Cruz, Brito e Pinho (2017) avaliaram a influência do comportamento dos pais durante as refeições familiares e seu impacto no excesso de peso de crianças de um a cinco anos, em que um terço estava na faixa de sobrepeso. Os resultados mostraram o papel determinante da família no processo de aprendizagem alimentar das crianças, sendo influenciado pelos hábitos e estilos parentais e pela interação entre pais e filhos. As refeições em família são ressaltadas como fatores de proteção contra o desenvolvimento da obesidade, mas sempre em conjunção com hábitos alimentares adequados.

1.2 Obesidade e Família

Soares (1999) define a família como o berço da subjetividade, sendo a principal mediadora do contexto social na representação psíquica individual de seus membros e, portanto, oferecendo o mais precoce sentimento de pertença e de identidade aos seus integrantes. No que tange à sua relação com a obesidade, Appart, Tordeus e Reynaert (2007) destacam que esta última revela a dinâmica familiar para além do âmbito do comportamento alimentar centrado

no indivíduo e que o obeso assumiria o papel de bode expiatório familiar – sendo o porta-voz das dificuldades emocionais pertencentes ao grupo (Ganley, 1986). Lachal et al. (2012) investigaram o lugar ocupado pelo alimento nas relações familiares de adolescentes obesos. Os padrões alimentares demonstrados pelas famílias indicaram a expressão das próprias relações familiares, sendo o alimento um mediador das interações entre pais e filhos, uma forma de expressar amor e controle no relacionamento e a representação da presença ou ausência do outro. Portanto, aspectos emocionais mais profundos estariam envolvidos no quadro.

As conclusões de alguns autores (Appart, Tordeurs & Reynaert, 2007; Sanahuja & Cuynet, 2012; Sanahuja & Cuynet, 2015; Sanahuja, Cuynet & Bernard, 2013; Lachal et al., 2012) sugerem que o fator fundamental subjacente à associação entre a obesidade infantil e a psicodinâmica familiar habitaria em prejuízos na constituição da capacidade simbólica da criança, bloqueada pelas dificuldades dos pais de compreenderem as suas necessidades afetivas, buscando supri-las de modo concreto e imediato por meio de presentes e do alimento. Os pais evitariam a vivência da dor relacionada à falta, à percepção da lacuna entre o desejo e a gratificação, entre o eu e o outro, mantendo o filho e a si mesmos aprisionados em um narcisismo primário. Com isso, a criança apresentaria dificuldades no desenvolvimento das habilidades para preencher esse espaço vazio por meio da fantasia e do pensamento. O encontro entre o objeto primário e o secundário, entre a criatividade primária e a realidade exterior, entre o indivíduo e a sociedade não se consolida, comprometendo a capacidade da criança tornar-se um ser cultural, inviabilizando a constituição de um sentido de pertença no mundo.

Estudos (Sanahuja & Cuynet, 2012; Sanahuja & Cuynet, 2015; Sanahuja, Cuynet & Bernard, 2013) revelam que famílias de obesos, comparadas com as de não obesos, possuem maior número de conflitos, fronteiras intrafamiliares difusas e extrafamiliares rígidas, dificuldade para expressar emoções e de adaptar-se às mudanças associadas à adolescência dos filhos. Ganley (1986), confirmando o exposto, destaca que a característica presente nas famílias de obesos incluiria a inibição de autonomia e individuação, principalmente devido à alta incidência de imaturidade, passividade e cautela nos relacionamentos interpessoais. Há indícios de que essas famílias têm dificuldade em atender as necessidades de seus membros.

Algumas outras dificuldades também foram ressaltadas por Bruch (1940), ao estudar a obesidade provocada pela superalimentação. As mães de crianças obesas apresentaram características dominadoras, em detrimento da passividade dos pais. As crianças demonstraram intenso envolvimento emocional com um dos cuidadores, geralmente a mãe, que por sua vez apresentou preocupação excessiva com o bem-estar físico dos filhos. Os estudos citados, de modo geral, vão ao encontro das observações de Soares (1999) sobre a dificuldade da imposição

de limites por parte dos pais no contexto atual, além de a importância dada à satisfação imediata das necessidades, em que objetos concretos (alimentos, por exemplo) antecipariam o desejo das crianças, inviabilizando o uso de representações simbólicas e empobrecendo o que há de mais humano no ser.

Essas conclusões da literatura indicam que do ponto de vista psicanalítico, é necessário atentar para o modo como transcorre o processo de simbolização da criança obesa, incluindo conhecer o conteúdo simbólico envolvido na relação mãe-bebê-alimento, ultrapassando aspectos da necessidade fisiológica da alimentação (Henriques, Falbo, Sampaio, Fonte & Krause, 2015). Nesse contexto, a teoria winnicottiana do amadurecimento emocional, particularmente no que concerne à concepção dos objetos e fenômenos transicionais, seria particularmente proveitosa para compreender a maneira como, na criança obesa, se processam esses esforços de superação do narcisismo para tornar-se um ser cultural, bem como os entraves que surgem nesse percurso.

3 OBJETIVO

Geral:

Compreender o processo de transmissão psíquica das experiências transicionais em três gerações de duas famílias, cuja geração mais jovem é composta por uma criança que sofre de obesidade, e o impacto dessa transmissão na promoção e manutenção da obesidade infantil.

Específicos:

- 1) Caracterizar a natureza e a qualidade das experiências vividas no espaço transicional de membros de três gerações de duas famílias, em que uma criança sofre de obesidade;
- 2) Identificar padrões de repetição ou transmissão psíquica das experiências transicionais entre as três gerações, dentro de cada núcleo familiar;
- 3) Identificar convergências e divergências entre uma família em que há apenas uma criança que sofre de obesidade, e outra, na qual coexistem também outros membros obesos, na linhagem materna e/ou paterna.¹

¹O objetivo foi averiguar se haveria diferenças na capacidade para usufruir das experiências e fenômenos transicionais (e na dinâmica familiar) em uma família cujo fator genético ou hereditário para a doença predominasse (outros membros com obesidade) e em outra em que esse fator não fosse predominante. É importante salientar que o critério de diagnóstico de obesidade dos familiares foi baseado no relato verbal deles: foi considerado como obeso aquele que, de alguma forma, já havia se deparado com a problemática ou feito tratamento para ela.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento da pesquisa

4.1.1 Pesquisa qualitativa

O presente estudo será do tipo descritivo, exploratório e transversal, com enfoque qualitativo. Stake (2011) afirma que a visão qualitativa está sempre presente na ciência, independente do enfoque utilizado, pois a experiência particular, a intuição e o ceticismo caminhariam juntos para o aperfeiçoamento das teorias e experimentos. A designação “qualitativa” indicaria que o raciocínio tem por base a percepção e compreensão humana. Desse modo, todo pensamento científico seria composto do viés qualitativo.

Turato (2003) afirma que o pesquisador, na pesquisa qualitativa, tem por finalidade a criação de um modelo de entendimento profundo, indo além do que é visível ao olhar comum. Para isso, foca-se no processo de compreensão do objeto/sujeito de estudo e não em seu produto final. A realização dessa modalidade de pesquisa sustenta-se pela adoção de uma postura de acolhida, por parte pesquisador, de angústias próprias ao ser humano e da valorização de aspectos psicodinâmicos mobilizados na relação afetiva com os participantes. O pesquisador é o instrumento principal da pesquisa, utilizando diretamente seus sentidos para a apreensão do objeto de estudo.

Um dos fortes atributos desse método consiste na validade dos dados, pois a observação acurada e a escuta aprofundada tendem a conduzir o pesquisador muito próximo da essência do objeto de investigação. O campo da subjetividade e do simbolismo seria definidor da abordagem qualitativa (Minayo, 2012). Nesse enfoque, as escolhas iniciais não são decisivas, sendo todo o processo passível de questionamento e reformulações. Por esse motivo, não são estabelecidas hipóteses prévias sobre os resultados esperados, o que poderia levar a um enrijecimento do “fazer” qualitativo (Barbieri, 2008).

O objetivo final é predominante no processo, em detrimento de um método estruturado. A realidade abarcada por esse enfoque é nomeada de autopoética, pois parte-se da ideia de sujeito autoconstituente. Isso significa que os participantes são protagonistas do processo, expressando sua subjetividade real e atuando como colaboradores na construção do conhecimento (Davila, 1995). Essa mesma concepção de flexibilidade e abertura ao inusitado está presente no modo pelo qual os dados serão analisados. O pesquisador será o responsável por integrar as informações, se constituindo em unidade do processo investigativo para a atribuição de sentidos aos dados. Assim, a análise de dados vai sendo construída simultaneamente à coleta, de modo interativo (Barbieri, 2008).

Stake (2011) sintetiza de modo claro e objetivo as principais características do enfoque qualitativo, sem deixar de frisar a multiplicidade de pensamentos qualitativos existentes. O estudo qualitativo, de modo geral, é interpretativo, experiencial, situacional e personalístico. Essas nomeações significam que o foco do pesquisador será os variados significados que emergem das relações humanas, a abertura para o inusitado, a valorização da relação entre pesquisador e participante, a consideração dos contextos como únicos (opondo-se à generalização dos dados), a visão da realidade como obra humana, o detalhamento das descrições e o predomínio de uma visão holística que privilegia a singularidade e a diversidade. Os resultados dos estudos qualitativos contêm muitas informações para que os leitores possam fazer interpretações próprias e consigam visualizar as subjetividades e pontos de vista dos pesquisadores. Stake (2011) também frisa algumas fragilidades desse enfoque. O foco no subjetivo lentificaria o alcance de uma ciência mais disciplinada, pois novas perguntas geralmente se sobrepõem às respostas e os resultados costumam contribuir menos diretamente para o avanço da prática social. Entretanto, esses apontamentos não tornam o método menos importante.

4.1.2 O método clínico e psicanalítico

No contexto da perspectiva qualitativa, este trabalho adotará o referencial teórico-metodológico clínico e psicanalítico. A psicanálise pode ser definida como um procedimento de investigação do inconsciente, inacessível de outros modos, caracterizando-se como um conjunto de conhecimentos em processo de constante transformação e expansão. A atividade de pesquisa, a prática clínica e a teoria encontram-se imbricadas nesse método de construção do conhecimento (Figueiredo & Minerbo, 2006; Lowenkron, 2006).

Pacheco-Filho (2000) afirma que a profundidade alcançada pela psicanálise e o seu detalhamento no estudo de cada indivíduo em particular são suficientes para que ela seja considerada fecunda em termos de produtividade científica, independentemente do número de participantes envolvidos no estudo. Segundo ele, a Psicanálise pode ser considerada um paradigma científico, já que possui leis e teorias sobre o psiquismo, propõe um método específico de investigação e propostas para sua aplicação.

Klauber (1968) acrescenta que na pesquisa psicanalítica, não é suficiente o conhecimento de leis gerais, mas sim como elas são aplicadas para determinada pessoa em determinado momento. Em detrimento de uma explicação única para uma diversidade de acontecimentos, a psicanálise prioriza as variadas hipóteses explicativas para um evento em particular. Essa visão implicaria uma ampliação de olhar para o método científico, não mais

voltado unicamente para os processos preditivos através de técnicas de medição. Por todos esses fatores, considera-se que a psicanálise pode ser considerada como uma das vertentes do enfoque qualitativo.

Figueiredo e Minerbo (2006) diferenciam a pesquisa em psicanálise da pesquisa com o método psicanalítico. No primeiro caso, não haveria a necessidade de um psicanalista atuante, podendo a pesquisa ser realizada por qualquer pessoa. Nesse caso, o pesquisador se muniria de conceitos, instrumentos e técnicas para debruçar-se metodicamente sobre o seu objeto. No segundo caso, requeria um psicanalista para a realização da pesquisa. Mesmo ocorrendo fora da situação analítica, haveria uma dimensão clínica importante a ser considerada, podendo ser observados efeitos igualmente terapêuticos nos participantes.

A relação entre objeto de estudo e pesquisador seria fundamental, na qual ambos os envolvidos modificariam um ao outro e seriam coautores da relação estabelecida, de modo que pesquisador, objeto, instrumento e teoria se construiriam e transformariam conjuntamente. A subjetividade e singularidade do pesquisador e do participante seriam instrumentos essenciais neste modelo de pesquisa. O foco seriam as relações transferenciais² e contratransferenciais³ como ferramentas que particularizam as descobertas, invenções e criações, constitutivas do processo de fazer pesquisa em psicanálise. No transcorrer do processo de produção do conhecimento, todos os envolvidos colaborariam com esta construção e seriam modificados por ela (Figueiredo & Minerbo, 2006).

Para que o inconsciente seja acessado, haveria a necessidade de um recurso próprio de investigação: a interpretação (Figueiredo & Minerbo, 2006; Lowenkron, 2006). De acordo com Lowenkron (2006), um método é sempre uma relação, em que se encontram unidos o objeto, o objetivo e a teoria. O método interpretativo pressupõe as mesmas regras da clínica analítica: associação livre⁴ do participante e atenção flutuante⁵ do pesquisador. O ato de interpretar por parte do pesquisador seria uma forma de organização do discurso manifesto do participante que se apresenta de modo aparentemente desordenado (Laplanche, 1988). A análise interpretativa possibilita a decomposição do discurso complexo em recortes de elementos não conhecidos

² Atualização, na relação com o pesquisador, de sentimentos, atitudes e condutas inconscientes, por parte do participante. Há a transferência de modelos relacionais conhecidos à nova situação desconhecida. Os modelos correspondem àqueles estabelecidos no seu curso de desenvolvimento, mais especificamente nas relações interpessoais com a família de origem (Trinca, 2013).

³ Todos os fenômenos que surgem no pesquisador na relação com o participante e que servem como ferramenta interpretativa. Relaciona-se com a história pessoal do pesquisador, embora o fato de terem surgido na relação em questão seja por estarem igualmente imbricados na dinâmica relacional do participante (Trinca, 2013).

⁴ O participante deve falar tudo que lhe vem à mente, descrevendo imagens que surgem, sem se censurar ou selecionar temas específicos (Lowenkron, 2006).

⁵ Escutar de forma homogênea o discurso do participante, sem se ater a pontos específicos, até que um sentido se delimite a partir da relação transferencial e possa ser formulado por meio da interpretação (Lowenkron, 2006).

pelo participante, de modo que o material recalcado, livre da formação original (geralmente patológica e representada por um sintoma), possa ser inserido em novas relações, adquirindo novo significado (Lowenkron, 2006). O pesquisador deve ter um olhar fora do habitual para o objeto de estudo, de modo a transformá-lo criativamente (Figueiredo & Minerbo, 2006).

Citando o conceito de fenômenos transicionais de Winnicott (1971/1975), Figueiredo e Minerbo (2006) mencionam que a descoberta e a invenção que caracterizam o processo de produção de conhecimento em psicanálise, pela ferramenta interpretativa, conferem ao objeto do psicanalista o mesmo estatuto ambíguo (objetivo e subjetivo) dos objetos transicionais. Desse modo, o objeto de estudo da psicanálise não está dado a priori, mas é (re) construído na relação entre participante e pesquisador (Lowenkron, 2006). Os recortes interpretativos feitos não são arbitrários, sendo solicitados pela própria análise em andamento; assim, eles estão sujeitos a mudanças contínuas conforme transcorre o processo. A questão da verdade dessa interpretação é dependente do processo que a produziu, sendo singular, já que são igualmente únicas as relações entre pesquisador e participante (Figueiredo e Minerbo, 2006).

Trinca (2013) afirma ser a qualidade do espaço mental do pesquisador fundamental na pesquisa, definidora de quão abrangente será a relação estabelecida com o participante do estudo. Quanto menos impregnado do superficial e do fragmentário for esse espaço, mais amplos e profundos serão os significados colhidos. Portanto, é necessária disponibilidade interna e abertura do pesquisador para o contato profundo com o participante do estudo, além de flexibilidade, espontaneidade e mobilidade psíquica no que se refere a novos fatos. Nessa direção, seria necessária a adoção de procedimentos de pesquisa que permitam a detecção de angústias, defesas e fantasias inconscientes e que propiciem mudanças a partir da elaboração reflexivo-vivencial dos próprios sujeitos por meio das atividades propostas.

Referindo-se à lógica de Matte-Blanco, Figueiredo e Minerbo (2006) afirmam que o processo criativo de produção do conhecimento em psicanálise envolve aspectos interligados: primário (inconsciente e emoções) e secundário (razão). Em consequência, o processo de fazer pesquisa, que propicia novas descobertas, também pode ser compreendido dessa maneira. Entretanto, Figueiredo e Minerbo (2006) ressaltam que nessa atividade tendem a ser mais valorizados os processos secundários, englobando o uso da racionalidade para a demonstração das ideias, em detrimento da ousadia de criação possibilitada pelo método psicanalítico. Nesta lógica, a própria elaboração de um projeto de pesquisa em psicanálise torna-se difícil, pois não é possível prever exatamente o que será feito e produzido, considerando-se que o processo é fundamental na construção desse tipo de conhecimento.

Diante das críticas tecidas, Minerbo (2000) nomeia a psicanálise como uma matriz de estratégias de investigação, em vez de “método”, já que esta nomenclatura está diretamente relacionada à ideia cartesiana de pretensão de controle sobre os processos cognitivos, enquanto aquela diz respeito a um processo que vai se estabelecendo e transformando gradativamente, deixando uma margem importante para o improviso e para os processos primários.

O método clínico parte da noção de singularidade do sujeito e da concomitância entre pesquisa e prática – duas dimensões constituintes da clínica psicanalítica. A psicanálise freudiana, nos primórdios, surgiu como um modelo que visava intervir e modificar a realidade, em vez de permanecer unicamente no plano ideológico. Desse modo, investigação e prática clínica constituem-se como processos indissociáveis, podendo essa articulação ser nomeada como ciência aplicada. A presente pesquisa partirá dessas noções psicanalíticas, descritas por Aguiar (2001), e, no seu processo de coleta de dados, será conferida especial atenção à relação transferencial e a escuta considerará o participante como sujeito do inconsciente e portador de uma realidade psíquica singular.

4.1.3 Estudo de caso

A estratégia metodológica a ser utilizada será a do estudo de caso, uma das principais modalidades da pesquisa qualitativa e que preserva o caráter unitário do sujeito de investigação. A unidade é considerada, em si mesma, um todo e pode referir-se a um núcleo familiar, por exemplo. O conhecimento do objeto de estudo é alcançado a partir de uma exploração intensa de um único caso, havendo a necessidade da delimitação de um caso específico, contextualizando-o adequadamente, para que a busca de informações seja circunstanciada com base nesses recortes (Ventura, 2007).

Yin (2015) afirma que a relevância do método de estudo de caso consiste na possibilidade da descrição em profundidade da complexidade do fenômeno a ser estudado e de visualizar suas diferentes dimensões, favorecendo uma visão holística e dentro da realidade em que ocorre naturalmente. Nestes casos, o objeto de investigação e seu contexto não possuem delimitações claras. O uso do método de estudo de caso orienta todo o desenho do estudo, englobando as perguntas de pesquisa até as formas de coleta e análise dos dados. É necessário que o pesquisador busque aquilo que é comum e particular em cada caso, considerando perspectivas alternativas, apresentando evidências suficientes e realizando uma boa revisão bibliográfica para o estabelecimento de comparações com casos semelhantes, para a fundamentação teórica e para reforçar a argumentação das suas conclusões. A partir disso, o resultado final deverá levar a aspectos originais, desde que haja certa flexibilidade por parte do pesquisador em prol

da abertura a novas descobertas (Yin, 2015). No presente projeto, está previsto o estudo de casos múltiplos, por incluir dois núcleos familiares e mais de um indivíduo em cada núcleo.

4.1.4 Instrumentos do método psicanalítico

Considerado que um diagnóstico tem como objetivo investigar as potencialidades e as dificuldades do indivíduo (Barbieri, 2010), essa atividade exige a utilização de instrumentos pouco estruturados para obter acesso ao mundo interno do participante, entre eles as técnicas projetivas de avaliação da personalidade (Barbieri, 2008). As técnicas projetivas são instrumentos valiosos do método clínico e de aplicações práticas de concepções teóricas. Mesmo tendo surgido no mesmo contexto que deu origem aos testes psicométricos, divergem destes por não possuírem uma estrutura muito bem definida, não demandarem o uso prioritário da cognição, não terem uma única resposta correta e não exigirem um rigor estatístico a posteriori. Apesar disso, possuem um método próprio e preciso para abordagem da personalidade, têm influência da corrente psicanalítica e apresentam muitas semelhanças (e divergências) com a clínica psicanalítica (Anzieu, 1986).

O conceito geral de projeção parte da Psicanálise e se refere à atribuição de características internas do próprio indivíduo à realidade externa que, no caso, será o enquadre da situação de aplicação das técnicas projetivas (Anzieu, 1986). Barbieri (2008) afirma que a ambiguidade dos estímulos envolvidos nas tarefas projetivas e a situação em si favorecem a organização do material segundo os referenciais pessoais e íntimos do indivíduo. Anzieu (1986) ressalta três sentidos fundamentais do conceito de projeção que estão presentes na situação de aplicação dos instrumentos projetivos: expulsão de aspectos internos inaceitáveis ao indivíduo sobre o material; consideração da estrutura das respostas como sendo a mesma da personalidade do indivíduo, no que se refere às suas características fundamentais; e fazer com que o que está latente (escondido) seja trazido à superfície (manifesta) de maneira ampliada e evidente.

Algumas vantagens dessas técnicas são: o caráter indireto delas, que propicia a expressão de ideias e sentimentos considerados difíceis de serem colocados em palavras; o fato de evitar respostas “politicamente corretas”, que tendem a ocorrer quando o participante conhece as expectativas do pesquisador quanto aos resultados esperados e pauta suas respostas nisso; além de favorecer o acesso a determinantes inconscientes. Por conta dessas características, são consideradas técnicas encobertas, em que o participante tem ciência de que está sendo estudado, mas não sabe como isso está sendo feito, além de possibilitar a obtenção de uma quantidade de dados expressiva, mas passível de organização e interpretação de modo metódico (Anzieu, 1986).

Existem variados métodos projetivos, mas de modo geral, eles se caracterizam por apresentar um material ambíguo (como manchas de tinta, gravuras vagas, desenhos livres, entre outros), deixando lacunas que estimulam a projeção por parte do participante. Estando diante de algo sem um significado dado a priori, o participante é levado a utilizar o próprio mundo interno como referência, lançando mão de recursos profundos da personalidade para realizar a tarefa. Portanto, há pouco uso das aptidões intelectuais, exigindo maior envolvimento dos aspectos emocionais e afetivos. Geralmente, solicita-se associações verbais livres, em que o participante tem total liberdade para falar e fazer, sendo desde o início informado sobre a inexistência de respostas boas ou ruins, incentivando a livre exploração do material. Considera-se que as produções possuem um significado simbólico, de modo que não haja acaso nas associações feitas, por serem determinadas pela história pessoal do participante e pelo seu mundo interno (Anzieu, 1986).

O processo de realização de uma atividade projetiva pode ser considerado como uma forma de psicanálise condensada, pelo número limitado de encontros. O tempo para realização de cada atividade é ilimitado, dependendo das necessidades do participante. O material utilizado na atividade é um mediador da relação entre os envolvidos. Geralmente, faz-se uma apresentação prévia do material, a partir do qual o participante associa, e posteriormente encerra-se com um inquérito a respeito da atividade, de modo a obter informações complementares para a elaboração de interpretações que permitirão uma compreensão, por parte do pesquisador, da dinâmica psíquica individual do participante e o caminho feito para se chegar àquelas associações (Anzieu, 1986).

É necessário que o pesquisador mantenha sua atenção flutuante e a atenção à relação transferencial que se estabelece mostra-se imprescindível, já que ele não é neutro e influencia a situação de aplicação positiva ou negativamente (estimulando ou bloqueando as produções enquanto constituinte do campo relacional). Desse modo, percebem-se algumas divergências com a prática clínica, em que o número de encontros é ilimitado, o tempo da sessão é limitado e não há um mediador para favorecer as associações livres. Já as semelhanças concentram-se no uso da atenção flutuante por parte do pesquisador ou analista, nas associações livres feitas pelo participante ou paciente, no foco na relação transferencial entre os envolvidos, no pesquisador ou analista como sujeitos ativo do processo e na construção conjunta das interpretações (Anzieu, 1986).

Aiello-Vaisberg (1995) afirma que há um variado grau de estruturação dos instrumentos projetivos, eliminando a falsa crença de que se caracterizam pela ausência de estruturação. Eles podem ser muito pouco estruturados (desenhos livres) até alcançar um grau importante de

estruturação (pranchas pré-estabelecidas). Portanto, esse grau de estruturação não é o que define o caráter desses instrumentos, mas sim o modo como serão tratados os dados. É importante ressaltar que um só instrumento não permite a apreensão global da personalidade de um indivíduo, sendo necessário o uso de técnicas complementares, dependendo sempre dos objetivos e perguntas da pesquisa. Aiello-Vaisberg (1995) compreende os procedimentos projetivos com uma forma sofisticada de brincar, de modo que os participantes percebem a existência de um jogo ou “faz-de-conta” no ar, estando cientes de que desconhecem as regras conhecidas pelo outro. As perguntas seriam transicionalmente formuladas, através da imaginação simbólica, e as respostas seriam dadas da mesma forma. A subjetividade seria acessada mediante um método de escuta que subverteria o acordo consensual dos significados utilizados no cotidiano, possibilitando a atribuição de significados inéditos às produções.

Com relação à técnica da entrevista semiestruturada, Trinca (2013) frisa a sua importância para contextualizar e complementar os dados que serão obtidos com a técnica projetiva na história de vida da pessoa. De acordo com Duarte (2004), a entrevista semiestruturada é um instrumento privilegiado na coleta de dados em pesquisas qualitativas, mesmo que nem toda pesquisa desse enfoque deva, obrigatoriamente, lançar mão dessa estratégia. A boa realização da entrevista possibilita ao pesquisador mergulhar em profundidade nos significados que os participantes atribuem à realidade, portanto, ela se caracteriza como um instrumento privilegiado. Tem-se uma ideia errônea sobre a facilidade desse procedimento comparado com outros, que demandam mais tempo para elaboração, embora seja necessário preparo teórico e competência técnica do pesquisador.

Ao mesmo tempo em que o contato entre pesquisador e participante na entrevista deve favorecer um clima de “discurso livre”, este deve atender aos objetivos do estudo e, ao mesmo tempo, ser significativo para o contexto investigado. É necessário que o pesquisador tenha internalizado o roteiro elaborado, conheça o contexto em que irá se inserir e esteja seguro para conseguir manter certo nível de “informalidade” atrelado à formalidade que a pesquisa demanda (Duarte, 2004). Outro ponto ressaltado por Duarte (2004) é a consciência do pesquisador sobre a própria subjetividade como constituinte do processo, de modo a poder admiti-la e explicitá-la, mas estando ciente de que a atuação em campo é a de ser um facilitador para que o sujeito se perceba de outro ângulo, possa se voltar para si mesmo e refletir sobre a própria vida. Esse processo favorece a atribuição de novos sentidos à experiência por parte dos participantes, já que o pesquisador assume a função de incitá-los a estabelecer relações entre os eventos de sua vida, organizando-os através da narrativa.

Rosa e Arnoldi (2008) valorizam esses mesmos aspectos quanto à escolha da entrevista como instrumento de pesquisa. Elas frisam a importância da adequação do instrumento com a teoria e o problema de pesquisa e que este constitui um excelente recurso complementar para dados extraídos de outras fontes. A entrevista favoreceria a obtenção de respostas mais profundas, sem perder a fidedignidade, e implicaria a participação de sujeitos selecionados e conhecedores do tema que se pretende investigar. Diferente de um “simples diálogo”, ela se constituiria em uma discussão orientada por um objetivo definido. A confiabilidade é destacada como primordial para a validação dos dados coletados, devendo ser promovida por uma real interação, em que o pesquisador passa a ser percebido como alguém interessado na existência do falante e essa alteridade deixa de ser um obstáculo para se tornar um fundamento da interação (Rosa & Arnoldi, 2008).

4.2 Caracterização do campo de pesquisa

O presente estudo contou com a parceria de dois serviços (instituições co-participantes) voltados para o atendimento de crianças com obesidade:

- a) O Ambulatório de Nutrologia da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto que integra o Núcleo de Gestão Assistencial do Ambulatório Regional de Especialidades.
- b) A Clínica de Nutrição da UNAERP⁶.

Ambos os serviços integram o SUS, recebendo pacientes que necessitam de cuidados nutricionais encaminhados pelas UBS locais. O contato com as instituições possibilitou a aquisição de informações mais detalhadas sobre o diagnóstico da criança e composição familiar, facilitando a seleção e o contato com os participantes. A nutricionista e responsável pela Clínica de Nutrição da UNAERP foi quem intermediou o contato com as potenciais famílias participantes e o acesso aos prontuários. No Ambulatório de Nutrição, duas médicas nutrólogas realizaram a intermediação, indicando potenciais participantes.

4.3 Participantes

Participaram desse estudo duas famílias. A Família Torres-Souza foi composta dos avós maternos, da avó paterna, da mãe e da criança obesa, portanto, por cinco membros. A Família Silveira foi composta pela avó materna, pela mãe e pela criança obesa.

A Figura 1 mostra os membros que participaram (azul) e os que não participaram (vermelho) da pesquisa da Família Torres-Souza. Nesta família, além da criança, ambas as avós

⁶As duas famílias participantes foram selecionadas nesse serviço.

já tiveram ou têm problemas com obesidade. Portanto, essa família é aquela em que mais de um membro é acometido pelo quadro. O mesmo se aplica à Figura 2 com relação à Família Silveira, entretanto, a criança é o único membro obeso.

Figura 1. Genograma da Família Torres-Souza

Figura 2. Genograma da Família Silveira

O objetivo inicial era acessar todos os membros da família (ambos avós maternos e paternos, pai, mãe e criança), entretanto, isso não foi possível, por razões que serão melhor explicitadas nos Resultados. Nas duas famílias, os pais das crianças estavam separados e a mãe detinha a guarda da filha.

As crianças são do sexo feminino com idade de 9 e 10 anos, respectivamente. A faixa etária foi escolhida de modo a melhor adaptar-se às capacidades das crianças para responder às técnicas, que envolviam a realização de desenhos e a narração de histórias, mais fáceis de executar nesse período de desenvolvimento. O sexo feminino foi escolhido em função das observações de Zimetkin, Zoon, Klein e Munson (2004) de que, em crianças obesas, as meninas apresentam maiores problemas com a autoestima, pela importância dada à imagem corporal nesse gênero. Além dos critérios de idade e gênero, as crianças deviam apresentar essas características: IMC-por-idade $\geq 95\%$, indicativo do quadro de obesidade infantil; deviam ter passado pela avaliação de um profissional da área médica para que houvesse conhecimento de

possíveis causas orgânicas e endocrinológicas na etiologia da obesidade (que foram descartadas, tratando-se, portanto, de obesidade exógena, nos dois casos).

Com relação aos critérios de exclusão:

-Crianças: não puderam participar da pesquisa crianças cujo quadro de obesidade estivesse relacionado à etiologia endócrina; que apresentassem comorbidades (como hipertensão ou outras) ou que estivessem fazendo uso de medicamentos que pudessem contribuir para o ganho de peso (corticoides).

-Família toda: presença de algum membro participante com histórico de doença mental, internação psiquiátrica ou transtornos psicóticos; que estivesse fazendo tratamento com psicofármacos; com suspeita de patologias neurológicas motoras ou verbais, déficit cognitivo, sensorial ou de comunicação que comprometessem ou impedissem a realização de atividades gráficas ou verbais solicitadas; que estivesse realizando algum tratamento psicológico ou psiquiátrico.

4.4 Instrumentos

a) Critério de Classificação Econômica Brasil (disponível em <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=886>) (Anexo A): Para classificação socioeconômica das famílias.

b) Entrevista semiestruturada, norteadas por um roteiro (Apêndice A). A entrevista foi realizada as mães e avós da criança, focando na história de vida pessoal de cada um dos participantes (descrição de si; vivências da infância, adolescência e vida adulta; experiência parental e como avós da criança em questão). Mesmo dispondo de temas formulados previamente, eles tiveram apenas a função de orientar o discurso do participante, possibilitando brechas para que ele pudesse se expressar livremente, aprofundando em aspectos que julgasse importantes. Esse roteiro foi elaborado para atender aos objetivos propostos pela pesquisa, no que concerne à investigação da transmissão psíquica transgeracional das dificuldades relacionadas às experiências transicionais. Foi utilizado como recurso complementar ao procedimento projetivo e visando o estabelecimento de *rapport*. Ocampo et al. (2009) afirmam a importância do estabelecimento de um bom *rapport* para evitar bloqueios por parte dos participantes, criando um clima favorável para realização das atividades projetivas propostas posteriormente.

c) Procedimento de Desenhos-Estórias ou D-E (Trinca, 2013):

Responderam a esse procedimento a criança, as mães e os avós. Ele consiste em um método projetivo de investigação clínica da personalidade que pode ser utilizado em qualquer faixa etária e população, desde que reúna as condições mínimas em termos de nível intelectual, comunicação verbal e capacidade gráfica para respondê-lo. Diferencia-se de uma técnica projetiva por não apresentar padronização e critérios de interpretação definidos a priori. Portanto, ao contrário desse tipo de técnica, possibilita maior flexibilidade de raciocínio clínico, ampliando a captação intuitiva e o exercício da criatividade e autenticidade por parte do investigador (Gavião, 2013). Demanda o uso da associação livre pelo participante e da atenção flutuante pelo pesquisador, tendo como função revelar aspectos sensíveis e conflitivos da personalidade. Além da investigação diagnóstica da personalidade, cria um campo propício para a elaboração de conflitos, favorecendo a colocação em marcha da tendência inata do *Self* ao amadurecimento emocional (Winnicott, 1971/1975), embora esse não seja o seu objetivo primordial (Trinca, 2013).

O D-E fundamenta-se no pressuposto da existência de uma tendência natural de organização pessoal das respostas diante de estímulos pouco estruturados, de modo que o participante utilize seu mundo interno como referência, favorecendo a comunicação das principais angústias. Ainda, a sequência, pela repetição, de atividades gráficas ou temáticas, consiste em um fator de ativação dos mecanismos e dinamismos da personalidade, favorecendo maior profundidade e clareza na sua expressão (Trinca, 2013). Dessa forma, possibilita o acesso a determinantes inconscientes dos sofrimentos emocionais (Aiello-Vaisberg, 1995; Anzieu, 1986). Promovendo uma investigação indireta da personalidade, permite superar algumas dificuldades que possam surgir na expressão dos participantes quanto à articulação de ideias e sentimentos (Aiello-Vaisberg, 1995).

Também foi empregado baseando-se na premissa de ser capaz de acessar a área intermediária da experiência ou transicional, entendendo-o como forma sofisticada de brincar, semelhante à hora ludodiagnóstica a ao Jogo dos Rabiscos (Aiello-Vaisberg, 1995; Winnicott, 1971/1975). O Jogo dos Rabiscos tem como objetivo facilitar o contato com o paciente através de uma atividade de desenho conjunta, em que cada um da dupla faria um traço de modo despretenso que o outro deveria completar na forma de um desenho, cujo resultado final seria inusitado para ambos os envolvidos. O objetivo seria o favorecimento da comunicação emocional significativa, e não o diagnóstico em si, de modo que o intercâmbio entre paciente e terapeuta é marcado pela flexibilidade e pela singularidade da relação (Winnicott 1971/1984). O estabelecimento de uma relação de proximidade entre entrevistador-entrevistado é essencial

nesse processo, pois só assim esse mundo particular do outro se torna acessível (Fraser & Gondim, 2004).

No presente estudo, a capacidade para usufruir dos fenômenos e experiências transicionais foi observada no D-E a partir do modo como o participante abordava a tarefa (com prazer, resistências, recusas), pela qualidade da produção gráfica e verbal e pela articulação entre elas, pelo surgimento de bloqueios, necessidade de encorajamento, pela capacidade de integração entre presente, passado e futuro nas histórias, pela necessidade ou não de auxílio do pesquisador ou pela irrupção de angústia no participante. Nesses termos, foi dada especial atenção à maneira como o participante se apropriava criativamente da tarefa considerando a realidade dada (adequação às instruções e materiais), como expressava simbolicamente os conteúdos psíquicos e sua capacidade para o relaxamento (Aiello-Vaisberg, 2004). A análise desses aspectos formais estruturais, aliada à dinâmica relacional estabelecida na situação de aplicação norteou a interpretação do D-E, de forma a permitir realizar inferências sobre a natureza da capacidade para as experiências transicionais do indivíduo.

Trinca (2013) descreve que o D-E tem sido amplamente utilizado com famílias, para o estudo de uma diversidade de temas, incluindo a obesidade. Além disso, uma série de pesquisas (Gordon & Trinca, 2004, citado por Martão, Prestes & Souza, 2013) confirmam a sua utilidade na análise conjunta de casos para detecção de fenômenos grupais relacionados à transmissão psíquica transgeracional e também o seu valor para a compreensão de dinâmicas familiares diversas. Essas qualidades sustentaram a sua escolha para fazer parte dos instrumentos desta pesquisa.

Operacionalmente, o D-E solicita que o participante faça cinco desenhos livres (cromáticos ou não), e conte uma história associada livremente após a realização de cada um deles. Após, inicia-se a etapa do inquérito, em que maiores esclarecimentos são solicitados sobre a produção, possibilitando novas associações. Ao final, o participante deve atribuir um título ao que produziu. No total, haverá cinco unidades de produção (UPs), cada uma delas composta por desenho, história, inquérito e título (Trinca, 2013). Os materiais necessários à aplicação do procedimento são folhas de papel em branco, sem pauta, tamanho ofício; lápis preto entre macio e duro (nº 2); e caixa de lápis de cor com doze unidades nos tons cinza, marrom, preto, vermelho, amarelo-escuro, amarelo-claro, verde-claro, verde-escuro, azul-claro, azul-escuro, violeta e cor-de-rosa.

De acordo com Ocampo et al. (2009), um bom psicodiagnóstico é aquele que engloba o maior número possível de condutas, incluindo tarefas verbais, gráficas e lúdicas, pois possibilita a comparação entre as informações obtidas com as diferentes ações e, conseqüentemente, o

estabelecimento de hipóteses clínicas significativas. Também sugerem que o psicodiagnóstico inicie a partir de atividades gráficas livres, pela simplicidade do material utilizado e por sua maior ambiguidade em detrimento de outras técnicas projetivas. Por ter proximidade com aspectos da personalidade infantil do participante, pode despertar alívio ou agrado em pessoas que tiveram boas experiências nesse período desenvolvimental, ou então atitudes de autocritica ou de críticas ao pesquisador, no caso de dificuldades vivenciadas nessa época.

4.5 Procedimentos

4.5.1 Coleta de dados

Os participantes foram contatados por intermediação das profissionais do Ambulatório de Nutrologia da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto e da Clínica de Nutrição da UNAERP, e convidados a participar da pesquisa. As duas famílias que serão apresentadas foram recrutadas na Clínica de Nutrição da UNAERP. As profissionais responsáveis forneceram informações sobre as crianças atendidas (idade, diagnóstico, tempo de tratamento, contato telefônico dos responsáveis, possíveis comorbidades do quadro de Obesidade, entre outras) e as possíveis datas de retorno ao serviço. Nesse encontro com as profissionais, foram selecionadas as crianças que se enquadravam nos critérios de inclusão-exclusão da pesquisa, sendo anotados os telefones dos pais e a data de retorno. No período de início da coleta de dados (agosto de 2017), estavam em tratamento para obesidade sete meninas na Clínica de Nutrição e quatro meninas no Ambulatório de Nutrologia da Secretaria de Saúde.

Na Clínica, foi possível o contato face-a-face, no dia do retorno, com quatro famílias. Uma dessas famílias tinha os sete membros acessíveis, mas a mãe da criança alegou que eles não estavam interessados em participar por falta de tempo; além disso, ela pensava em interromper o tratamento da criança. O contato com essa mãe foi feito duas vezes presencialmente e uma vez por telefone, quando ela decidiu definitivamente pela não participação. Outra dessas famílias tinha todos os avós distantes de Ribeirão Preto, o que inviabilizava a realização do trabalho. A última família foi contatada via telefone e possuía três avós vivos e morando em Ribeirão Preto. Mesmo aceitando participar nesse primeiro contato, não mais contataram a pesquisadora.

A Família Torres-Souza foi convidada no dia do retorno da criança na Clínica, quando foi apresentada a proposta da pesquisa e enfatizada a importância da participação de todos os membros. A criança estava presente no momento do convite, e também consentiu em participar. Depois desse encontro, foi mantido contato telefônico com a mãe e houve outros contatos com ela nos dias de retorno, até que os membros da família estivessem cientes da pesquisa e

aceitassem participar dela. A mediadora desses contatos com os demais membros foi a mãe da criança, inclusive com a família paterna. Com exceção da mãe e da filha, não foi possível realizar um encontro preliminar à aplicação dos procedimentos com os membros da família. A mãe e avós acabaram mediando meu contato com o pai e os avôs. A Família Silveira foi convidada via telefone, pois estavam sem retorno agendado no serviço naquele momento. O contato foi feito com a mãe da criança e foi ela quem mediou o contato com os demais membros da família (avó materna e criança).

As famílias das demais crianças não puderam ser contatadas pelos seguintes motivos: não atenderam as chamadas telefônicas, faltaram no dia marcado para o retorno ou não retornaram ao serviço para agendar nova data para atendimento. Segundo as profissionais, eram frequentes as desistências ao tratamento e as faltas dos pacientes. Também comentaram sobre o número reduzido de crianças, principalmente meninas, em atendimento no momento. É importante frisar a dificuldade de acesso aos sete membros das famílias. Foram raros os casos em que os quatro avós eram vivos (apenas duas famílias contatadas tinham essa característica) e que moravam próximos a Ribeirão Preto. No entanto, no caso da Família Torres-Souza, o fato de estarem todos vivos também não garantiu esse acesso.

Com a maioria dos pais e mães cuja filha estava em tratamento para a obesidade foram feitas tentativas de contato telefônico, para um primeiro convite para a participação. Porém, exceto com a Família Silveira, esse primeiro contato telefônico foi malsucedido, sendo mais comum encontrar as famílias presencialmente quando eu comparecia ao serviço para conversar com as profissionais ou com alguma família agendada para o dia.

No primeiro contato com cada um dos participantes das famílias selecionadas, os objetivos da pesquisa foram explicados detalhadamente e o aceite da participação foi formalizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B e C) e do Temo de Assentimento Livre e Esclarecido -TALE para a criança (Apêndice D). Foram elaborados dois modelos de TCLE, um para os pais consentindo a própria participação na pesquisa (e da filha) e um para os avós. Foram assinadas duas vias, uma para posse do pesquisador e outra para os participantes.

Os dados foram coletados na casa dos participantes, em um único encontro com cada um, porque essa foi a única opção viável fornecida por eles. Essa circunstância deve ser considerada em termos de sua influência nos resultados das avaliações. Não obstante, buscou-se realizar as aplicações da entrevista e do D-E em um local da casa que pudesse atender minimamente as condições mobiliárias, de iluminação, silêncio e privacidade requeridas em um trabalho de avaliação psicológica. No caso da criança da Família Torres-Souza, foram necessários dois

encontros, pela dificuldade demonstrada com a atividade pelos participantes, e o primeiro encontro foi feito em sala reservada da Clínica de Nutrição.

A coleta foi realizada com cada um dos pais e avós individual e separadamente. Foi feita uma conversa inicial com a criança, antes da aplicação do D-E, para estabelecimento de *rapport*. As entrevistas e histórias foram audiogravadas mediante a anuência dos participantes, visando assegurar maior fidelidade dos relatos transcritos para posterior análise dos dados. Em psicanálise, reconhece-se que um relato literal não alcança a riqueza da comunicação da qualidade dos afetos vivenciados no campo transferencial. Mesmo assim, o uso do áudio permite o registro de algumas manifestações sutis por parte do participante: tom de voz, ritmo da fala, pausas, hesitações e marcadores do discurso – que poderiam passar despercebidos. Por outro lado, a inserção de um elemento na relação com o participante pode criar dificuldades, além de não possibilitar a captação de elementos pertencentes ao campo transferencial em si (Lowenkron, 2006). Portanto, foi utilizado, além das audiograções, o registro em diário de campo sobre as impressões da pesquisadora após cada atividade com os participantes.

4.5.2 Análise dos dados

Após realização das atividades propostas, os dados foram analisados qualitativamente, pela perspectiva dos referenciais teóricos psicanalíticos da Teoria da Transmissão Psíquica Transgeracional e da Teoria Winnicottiana do Amadurecimento Emocional - com ênfase em suas contribuições sobre os objetos e os fenômenos transicionais.

a) Psicodiagnósticos individuais

Foi realizada uma síntese psicodiagnóstica para cada um dos participantes, empregando-se a teoria Winnicottiana do amadurecimento emocional como referencial de base. O referencial de base foi o do Psicodiagnóstico Compreensivo (Trinca, 2013), que tem como objetivo a compreensão dos significados dos conflitos psíquicos subjacentes ao sintoma. Nesse processo é enfatizada a dinâmica emocional inconsciente, o foco no que é global, a seleção de aspectos centrais e nodais e o uso de métodos e técnicas baseados na associação livre. Nos momentos da aplicação das técnicas e da sua interpretação, deve haver uma abertura, por parte do profissional, ao fluxo emocional do conteúdo das produções, para que a sua criatividade possa ser utilizada como recurso para o entendimento do que ocorre com a pessoa.

No presente estudo, essas sínteses psicodiagnósticas de cada participante foram realizadas a partir das análises individuais de suas produções nos instrumentos (entrevista semiestruturada e D-E), por meio do método da livre inspeção do material. Esta metodologia

psicanalítica de análise e interpretação dos dados interpretação é baseada na atenção flutuante do profissional, sem uso de intenção pré-determinada ou roteiros prévios. Isto não significa que o profissional não contará com referências teóricas internas, mas que abdicará momentaneamente desse saber para que possa adentrar de fato no mundo psíquico singular do participante, tendo como foco aquilo que ressalta diretamente do material clínico. Portanto, consiste em uma análise do material com base na experiência do psicólogo clínico, levando em consideração a natureza singular dos conteúdos e processos de cada paciente na situação clínica. A partir desse exame, os aspectos significativos da comunicação sobressaem e tornam identificáveis os focos nodais que sustentam as dificuldades emocionais. Nesse processo, as análises realizadas são globalísticas, envolvendo os desenhos, a história, o inquérito e o título das produções (Trinca, 2013).

Nesse mesmo sentido, a recomendação feita por Lowenkron (2006) é de cautela com a possibilidade de uma “surdez do analista”, devido a pressuposições teóricas feitas *a priori* e que conduzem à resistência aos conteúdos do inconsciente, desconsiderando a singularidade de cada paciente (ou participante) e dificultando a abertura ao inusitado das novas descobertas. A análise corresponderia a uma troca de conhecimento entre teoria do analista e a versão que o paciente (ou participante) utiliza para contar sua história, e que às vezes lhe falta a nomeação, de modo que os afetos surgidos na relação transferencial servem de ponte entre os envolvidos, favorecendo uma nova construção (Lowenkron, 2006). Aulagnier (1989) menciona a importância de preservar um espaço para o surgimento do imprevisível e do incompreensível, embora a dificuldade de lidar com o “não-saber” seja uma angústia conhecida pelo analista.

A partir da comunicação de cada participante na entrevista e no D-E, foram abordados na interpretação, além dos critérios referentes à avaliação da capacidade para usufruir dos fenômenos e experiência transicionais, citados anteriormente, também os seus psicodinamismos, incluindo a qualidade de seus objetos materno e paterno, a natureza dos relacionamentos interpessoais estabelecidos, a imagem do filho (para os pais e avós) e da neta (para os avós), os conflitos dominantes da personalidade, a angústia principal e os mecanismos de defesa empregados para dominá-la. Esse conhecimento profundo de cada um dos participantes serviu de base para a construção posterior de inferências sobre as suas relações com os demais membros da família e para a elaboração de conjecturas sobre o modo como poderia ocorrer um processo de transmissão psíquica inter e transgeracional na família e se esta transmissão poderia ou não desempenhar um papel na etiologia da obesidade infantil. Assim, foi essencial conhecer os psicodinamismos individuais dos membros para a posterior verificação de como eles se apresentam nas gerações subsequentes, se repetidos simplesmente,

ou se com alguma forma de elaboração. Nesses casos, uma avaliação do grupo familiar como um todo (permitida por técnicas como a Entrevista Familiar Diagnóstica, a Genografia e a Espaciografia Projetivas, por exemplo, em que o grupo responde conjuntamente às instruções) poderia fazer com que os psicodinamismos de cada indivíduo e sua capacidade para experimentar os fenômenos transicionais se diluíssem na análise conjunta da família.

As limitações impostas por esse olhar individualizado são reconhecidas por nós, visto que a psicodinâmica de uma família não corresponde à somatória daquelas de seus membros, pois como um grupo apresenta normas próprias de funcionamento próprias, com cores e nuances diferentes. Embora um desenho metodológico que combinasse as abordagens individuais e familiares parecesse o ideal, não houve a possibilidade de realizá-lo com as famílias estudadas, em razão da dificuldade de reunir todos os seus componentes.

b) Síntese do grupo familiar

Após as avaliações individuais dos participantes, houve uma integração dos dados dos seus psicodiagnósticos para buscar compreender o funcionamento familiar, por meio de uma avaliação psicológica cruzada (Barbieri, 2013). Posteriormente, foi feita uma discussão do caso de cada família, através da interação entre os dados obtidos nessa avaliação cruzada da família e a literatura científica pertinente, com ênfase nas contribuições da Teoria do Amadurecimento Emocional do Winnicott e a Teoria da Transmissão Psíquica Transgeracional. Esta última foi resgatada visando a captação dos aspectos inconscientes não elaborados e, portanto, sujeitos à repetição, transmitidos através das três gerações das famílias estudadas. Optou-se pelo trabalho com três gerações de cada família por esta ser considerada a análise mínima da transgeracionalidade e, portanto, a mais eficiente (Bowen, 1979; Scantamburlo, Moré & Crepaldi, 2012).

A hipótese foi verificar se teria havido elaborações e simbolizações, nas gerações seguintes, de possíveis sofrimentos familiares, ou se existiriam pontos cegos de conflitos articulados com os da geração anterior, que se repetiam. Ao final, foi feita uma síntese comparativa entre os dois núcleos familiares, averiguando suas convergências e divergências em termos do processo de transmissão psíquica da experiência transicional em uma família cujo único membro obeso é a criança e aquela em que mais de um membro é obeso.

Todo o processo de análise de dados individuais e da avaliação cruzada contou com a colaboração de um segundo avaliador, para a contraposição das interpretações de dados realizadas. Esse método do consenso, garantiu um mínimo de confiabilidade para os resultados que serão apresentados a seguir (Anastasi & Urbina, 2000).

4.6 Cuidados éticos

Inicialmente, foi solicitada autorização da Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto, para que a pesquisa pudesse ser desenvolvida no Ambulatório de Nutrologia (Anexo B) e na Clínica de Nutrição da UNAERP (Anexo C). O projeto foi submetido e aprovado pelo CEP-FFCLRP-USP (Anexo D). A coleta e análise dos dados foram realizadas respeitando os cuidados éticos de proteção aos voluntários e à instituição, de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre “Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (Brasil, 2012). Como o recrutamento dos participantes foi feito nas instituições co-participantes e a coleta de dados poderia ocorrer em suas dependências (como aconteceu em alguns casos), houve a necessidade de obter autorização dos responsáveis pelos dois serviços. Os participantes foram esclarecidos antecipadamente quanto aos objetivos do estudo, assim como às condições de sigilo, de modo que a pesquisa só foi realizada com aqueles que concordaram com as condições especificadas no TCLE. Foi ressaltado o caráter voluntário da participação e a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para os participantes. Para a autorização da participação da criança, o TCLE foi assinado pelos pais ou responsáveis legais, mas sua anuência foi essencial para participar do estudo, através do TALE. Ao final do estudo, a família poderia receber uma devolutiva das atividades realizadas, mas não houve interesse por parte deles.

5 RESULTADOS

A organização dos resultados foi feita da seguinte forma:

- Primeiro foi descrita a família Torres-Souza e depois a família Silveira, separadamente;
- Dentro de cada família, os dados dos membros foram apresentados individualmente, incluindo como se processou o primeiro contato a narrativa do(s) encontro(s), a análise e interpretação dos resultados de cada instrumento e sua síntese psicodiagnóstica, (composta pela integração das análises do D-E, da entrevista e das observações da pesquisadora);
- Ainda dentro de cada família, uma síntese do grupo foi feita, com inferências relativas à sua psicodinâmica, através do entrelaçamento dos dados de todos os membros;
- Após a síntese familiar, uma discussão teórica acerca de cada síntese familiar foi realizada, resgatando a literatura pertinente;
- Por último, foi feita uma comparação entre as famílias, resgatando-se a literatura pertinente.

Figura 3. Organização da apresentação dos resultados

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa almejou compreender o processo de transmissão psíquica transgeracional das experiências transicionais em três gerações de duas famílias, cuja geração mais jovem integra uma criança que sofre de obesidade, e o impacto dessa transmissão na promoção e manutenção do quadro de obesidade infantil. Portanto, foi iniciada a tentativa de uma articulação preliminar entre a teoria da transmissão psíquica, a teoria winnicottiana do amadurecimento emocional e o quadro de obesidade infantil.

Um dos objetivos específicos era caracterizar a qualidade da capacidade de usufruir das experiências e fenômenos transicionais em cada família. Foi necessário compreender os psicodinamismos dos membros, o processo de amadurecimento emocional de cada um marcado, por sua vez, pelas relações que estabelecem com o ambiente (nos âmbitos intra e extrafamiliar). A partir disso, foi possível delinear hipóteses relativas à capacidade para usufruir das experiências e fenômenos transicionais por meio da observação direta dessa vivência no procedimento projetivo que foi utilizado e pela relação transferencial entre pesquisadora-participante. Assim sendo, os dados sugeriram que as duas famílias avaliadas exprimiram restrições importantes na capacidade mencionada, em graus diferentes. Na família Torres-Souza, a restrição foi expressiva na vivência de cada membro e intensificada no decorrer das gerações. Na família Silveira, a área transicional também se mostrou restrita, mas mais ampla em comparação com a família Torres-Souza, o que é indicativo da existência de um maior espaço para o desenvolvimento de recursos pessoais criativos individuais, aprimorados a cada nova geração - ainda que não totalmente.

O segundo objetivo específico foi identificar padrões de repetição e transmissão psíquica das experiências transicionais entre as três gerações, dentro de cada núcleo familiar. Haja vista que a capacidade para usufruir das experiências e fenômenos transicionais está vinculada ao desenvolvimento do *Self* de um indivíduo, ela, por si mesma, é um conteúdo psíquico que está sendo transmitido através das gerações. Nas duas famílias foi observada uma importante conexão (e um padrão de repetição) entre as gerações no que se refere a essa capacidade, ou seja, a amplitude do espaço potencial criativo de uma geração é transmitida e repercute diretamente o processo de desenvolvimento desse mesmo espaço na geração seguinte. Este impacto é responsável por determinar se uma herança será transmitida no plano intergeracional ou transgeracional, isso porque o espaço potencial viabiliza a capacidade de simbolização, elaboração ou transformação das heranças e experiências de um indivíduo.

As análises mostraram que quanto mais ampla é a capacidade individual para mover-se no espaço transicional, mais o indivíduo será capaz de transformar heranças que recebe dos

genitores, fomentando assim um processo de transmissão psíquica intergeracional. Isso ocorre porque o desenvolvimento da potencialidade de alcançar uma subjetividade própria e bem delimitada está assentado no viver criativo. O herdeiro pode se constituir, assim, como o elo de uma cadeia geracional e um fim para si mesmo. Esse percurso explicita a existência de um pano de fundo baseado em um contrato narcísico consistente, que ampara os membros e viabiliza a existência de diferentes subjetividades. A recíproca também se mostrou verdadeira: quanto mais restrita a capacidade para usufruir dos fenômenos e experiências transicionais, mais conteúdos transgeracionais serão transmitidos, portanto, menor a possibilidade de transformação deles. A família, nesse caso, fica conectada através de pactos denegativos. Nesse sentido, será recorrente o aparecimento de sintomas, repetições e *acting outs*, como alternativas não simbólicas, na busca de um sentido para vivências difíceis. Ainda, haverá dificuldades para os herdeiros desenvolverem um verdadeiro *Self*, que ficará ofuscado pela carga emocional não metabolizada pelas gerações anteriores. O funcionamento das duas famílias participantes ilustra essa situação: na família Torres-Souza, houve o predomínio da transmissão psíquica transgeracional, em que as alianças inconscientes formaram pactos denegativos; na família Silveira, prevaleceu a transmissão psíquica intergeracional, com alianças formadoras de um contrato narcísico mais consistente, ainda que com uma herança transgeracional circunscrita.

O processo de transmissão psíquica intergeracional apoiar-se sobre a importância de oferecer um ponto de partida à geração herdeira, garantir a sensação de continuidade, para que então o indivíduo possa encontrar sua própria verdade (Kaës, 2011). De modo análogo, encontra-se o percurso de encontro com o verdadeiro *Self*, na perspectiva da teoria winnicottiana. De início, a figura de cuidado deve atuar como suporte egóico do bebê, oferecendo-lhe um ponto de partida para existir. No desenvolvimento emocional saudável, quando o ambiente dá início às falhas adaptativas ou decepções, é necessário que o processo seja gradual e não abrupto, para garantir a sensação de continuidade do indivíduo. A partir daí, sendo bem-sucedida a entrada da criança na área transicional, será possível ao novo ser empreender a construção de um *Self* verdadeiro, distinto do da figura materna (Winnicott, 1958/2000). Esse foi o processo predominante da família Silveira.

No processo de transmissão psíquica transgeracional, instaura-se um movimento de invasão do psiquismo da prole, de modo a mantê-la como extensão narcísica das figuras parentais. Opera-se, então, a submissão dos herdeiros à trama familiar conflituosa e, como consequência, o distanciamento da própria singularidade. Analogamente, quando a figura de cuidado, na perspectiva winnicottiana, não respeita o movimento do bebê nas etapas iniciais do desenvolvimento emocional, configura-se uma intrusão e uma interrupção na continuidade do

ser, que deverá se proteger através de um falso *Self* reativo e submisso aos desejos do ambiente. (Winnicott, 1958/2000). Esse foi o mecanismo predominante na família Torres-Souza. É nesse aspecto que este estudo permitiu realizar uma articulação entre a transmissão de conteúdos psíquicos e a capacidade para usufruir das experiências e fenômenos transicionais.

O terceiro objetivo específico foi identificar convergências e divergências entre uma família em que há apenas uma criança que sofre de obesidade, e outra, na qual existem também outros membros obesos, na linhagem materna e/ou paterna. A diferença central encontrada entre as duas famílias foi exatamente a amplitude da capacidade para usufruir das experiências transicionais. Na família Torres-Souza, como mencionado, houve maior restrição dessa capacidade, o que contribuiu para a exacerbação da transmissão das heranças psíquicas transgeracionais. Já na família Silveira, a capacidade se mostrou mais ampliada (não por completo); portanto, as heranças transmitidas/recebidas puderam ser melhor transformadas.

A precariedade do *holding* oferecido pelas figuras de cuidado mostrou impactar o desenvolvimento da capacidade para usufruir das experiências transicionais. Na família Torres-Souza, o distanciamento afetivo entre mães e filhos promoveu o sentimento de desamparo nos membros. Na família Silveira, foi a rigidez superegoica, a repressão intensa e a educação baseada em forte moralidade que acarretaram no contato afetivo deficiente. As figuras maternas, caracterizadas pela fragilidade, fomentaram o estabelecimento das relações de dependência com a prole, como forma de se fortalecerem. Nessa dinâmica, os pais (masculinos) se mantiveram distantes (física e emocionalmente) do grupo familiar. Esse funcionamento foi mais intenso na família Torres-Souza, cuja angústia predominante foi a de perda do objeto. A proximidade física entre os membros garantiu a segurança da presença, ainda que às custas da autonomia individual deles. Na família Silveira, a restrição da autonomia esteve ligada à tentativa de contenção do desenvolvimento sexual das filhas, que suscita as decepções já vivenciadas na relação com os homens pelas mulheres das gerações anteriores.

As dinâmicas das duas famílias denunciaram a existência de criptas psíquicas, protetoras contra uma herança marcada pelo que não foi metabolizado. Os fantasmas das criptas apareceram através dos sintomas, repetições e *acting outs*. Na família Torres-Souza, os lutos vividos permanecem impossíveis de serem elaborados, pela maior precariedade dos recursos criativos da família. Como consequência, mais os fantasmas marcaram presença na vida dos membros. Na família Silveira, o luto relativo aos sonhos românticos está em vias de elaboração e os efeitos da cripta foram mais circunscritos. A adolescência apareceu como etapa que mobiliza emocionalmente a família e reatualiza os lutos impossíveis. Na família Torres-Souza, as gravidezes precoces foram a alternativa encontrada para evitar a confrontação com a angústia

de perda do objeto. Na família Silveira, a intensificação da proximidade entre os membros foi a solução buscada para tentar conter o amadurecimento sexual.

No processo de transmissão psíquica transgeracional, o contato com o mundo externo é essencial para a criação do novo e para auxiliar na transformação das heranças. Entretanto, quando há prejuízos intensos na capacidade para usufruir das experiências e fenômenos transicionais, menor a fluidez na relação com o mundo extrafamiliar. Nesse sentido, se consolida o funcionamento observado na família Torres-Souza, em que a família se torna cada vez mais encerrada em si mesma, para se proteger, aumentando as chances de perpetuação da transmissão das heranças transgeracionais.

O alimento foi considerado objeto mediador dos vínculos entre os membros das duas famílias, mas com conotações diferentes em cada uma delas. Na família Torres-Souza, foi essa a herança concreta encontrada para manter a conexão entre os membros. Na família Silveira, o alimento é a via pela qual as mães conseguem expressar sua autenticidade.

As duas crianças ocuparam a função de porta-vozes dos conflitos emocionais familiares, expressos em seus corpos. Na família Torres-Souza, a criança teve sua subjetividade sufocada de modo mais intenso, pelas dificuldades exacerbadas na capacidade para usufruir das experiências transicionais dela própria e dos outros membros. O sintoma da obesidade, nessa família, foi uma herança familiar (herdada das duas avós), que denunciou a transmissão via incorporação presente na família e teve o sentido de manter a criança como extensão narcísica da geração anterior. Já na família Silveira, o sintoma da criança teve o sentido de resgate e valorização da criatividade das gerações anteriores.

Nota-se que o sintoma assumiu uma função e um sentido diferente em cada uma das dinâmicas familiares. Cada família possui suas particularidades, estabelecidas a partir de padrões de organização, definindo papéis e regras, que os membros utilizam como referência para se relacionar entre si. Esses modos de organização interna derivam das experiências internalizadas dos pais em suas famílias de origem, da organização atual da sociedade e da história da relação do casal desde o início da formação da nova família (Werlang, 2007). Essa distinção das duas famílias ampliou o olhar direcionado para o quadro de obesidade infantil, para além do determinante da herança genética (física) envolvido. A herança psíquica mostrou ser um fator igualmente relevante a considerar na etiologia do sintoma; portanto, a hereditariedade não se restringe ao corpo físico, mas também ao psíquico, incluindo as relações interpessoais do indivíduo, que deve ser visto em seu contexto e não de forma isolada. Sendo assim, esta pesquisa confirmou a existência de aspectos emocionais profundos envolvidos na etiologia da obesidade infantil e que são intrínsecos ao processo de transmissão da vida psíquica

através das gerações de uma família, particularmente aquele referente à capacidade de usufruir das experiências e fenômenos transicionais.

Vale destacar os vários desafios que se impuseram no trajeto desta investigação. Um deles foi a dificuldade para encontrar famílias que consentissem em participar do estudo. Quando elas aceitaram, foi bastante difícil conseguir contatar as três gerações nas linhagens materna e paterna. Isso aconteceu porque o movimento de imersão no contexto familiar de um indivíduo faz com que o pesquisador, ocupando o papel de representante externo do grupo, vivencie na prática toda a complexidade do funcionamento interno da família. Observou-se que, enquanto as intervenções incluem apenas o indivíduo acometido pelo sintoma (o porta-voz), a família mantém certa postura de colaboração. Entretanto, quando os demais membros são convidados a participar e a falar por si mesmos (não mais através do bode expiatório), o pesquisador esbarra em um movimento de maior resistência e menor abertura, enfrentando obstáculos importantes. Barreiras são construídas, em um movimento protetor, por parte deles, contra as angústias que são despertadas pela presença do pesquisador. Durante todo o percurso de contato com a família, o emaranhamento entre os psicodinamismos dos membros se escancarou e marcou presença, ilustrando a força das alianças inconscientes atuantes em prol da manutenção psíquica do grupo e de sua coesão interna. As faltas, os vazios e os negativos inquietaram e comoveram, convidando (sem tréguas) o pesquisador a adotar uma postura de constante reflexão e elaboração criativas no contato interpessoal com os membros e com suas histórias de vida. O trabalho psíquico e emocional exaustivo, do pesquisador foi palpável, porque refletiu a própria vivência da família, destacando a pobreza dos recursos encontrados por seus membros na luta pela sobrevivência psíquica individual e grupal.

O processo vivenciado revelou a necessidade de cautela, por parte dos profissionais, com as intervenções que serão realizadas na família (em especial com os indivíduos acometidos pelos sintomas) e os impactos delas no funcionamento do grupo. Isso porque um sintoma é sempre parte constituinte da estrutura psíquica familiar mais ampla e pode estar assumindo importante função na manutenção dos vínculos. Nesse sentido, merece destaque o paradigma da complexidade, em que os diferentes elementos (nomeados de partes) são considerados inseparáveis para a composição do todo, como uma rede (Piva, 2006).

A estratégia metodológica utilizada do estudo de caso foi capital para o alcance das conclusões do presente estudo, pois tornou viável uma compreensão detalhada e profunda da vida psíquica inconsciente familiar – que não poderia ser acessada de outra forma. O procedimento projetivo empregado favoreceu a expressão de conteúdos emocionais difíceis de serem verbalizados e que poderiam ser provenientes das heranças psíquicas transgeracionais,

localizadas fora do registro simbólico. A conciliação entre o procedimento e a entrevista permitiu o acesso àquilo que cada membro conseguiu verbalizar e elaborar (ou não) em relação às próprias angústias.

A complexidade envolvida na etiologia e manutenção da obesidade, ressaltada no presente estudo, revelou a necessidade de intervenções personalizadas, pois o quadro pode se constituir como representante dos conflitos psíquicos inconscientes não elaborados pelas gerações anteriores e que, como sintoma, tenta dar contornos àquilo que não pôde ser expresso pela via da linguagem verbal ou do plano simbólico. Portanto, se forma dentro de um contexto familiar muito particular, como uma tentativa de cura, no intuito de configurar uma possibilidade de reelaboração e ressignificação das histórias pessoais e familiares passadas. Diante disso, a psicanálise mostrou seu valor como teoria e método de investigação do inconsciente familiar no contexto da obesidade infantil.

Os resultados deste estudo podem auxiliar profissionais da área de saúde a obterem uma visão mais profunda e ampliada da dinâmica familiar psíquica e relacional de crianças que sofrem de obesidade, favorecendo o processo de inclusão dos membros da família como sujeitos ativos e implicados em um processo de tratamento mais abrangente e efetivo a longo prazo. Intervenções centradas na sintomática individual, visando solucioná-la por meio da reeducação alimentar, são importantes, mas inócuas quando isoladas da compreensão dos fatores emocionais e familiares envolvidos no quadro. O cuidado multiprofissional é, então, a melhor estratégia na abordagem dessa problemática, pelas diferentes facetas que a engloba e que devem ser cuidadas, respeitando a sua complexidade.

No âmbito da psicologia, intervenções terapêuticas centradas na oferta de possibilidades para a família brincar e exercitar a área das experiências e fenômenos transicionais seriam uma estratégia importante para interromper o processo de transmissão psíquica transgeracional desse quadro. Um espaço favorecedor da escuta, da fala e da espera de manifestação do gesto espontâneo viabilizaria o trabalho de elaboração psíquica desses legados inconscientes através de transformações criativas. Desse modo, tornar-se-ia viável o nascimento de subjetividades marcadas por um mundo mental não alienado, além do fortalecimento dos vínculos familiares com o reestabelecimento e reconhecimento das diferenças individuais e geracionais.

Por se tratar de estudo qualitativo, esta investigação não teve a pretensão de generalização dos dados. Entretanto, a identificação que ela permitiu do sofrimento inerente às famílias, como reflexo da restrição da capacidade de usufruir das experiências e fenômenos transicionais (e a sua transmissão no decorrer das gerações, impactando no sintoma de

obesidade infantil), é passível de **ser** ampliada para outras famílias cuja geração mais jovem é composta por um membro que sofre de obesidade.

Mesmo assim, a presente pesquisa apresenta limitações. Foi um estudo inicial que buscou realizar uma aproximação preliminar entre o conceito das experiências transicionais e da transmissão psíquica no contexto da obesidade infantil, portanto, há necessidade de novas investigações que possam complementar os achados aqui obtidos. É possível que os resultados referentes à dinâmica inconsciente familiar tivessem diferido caso os procedimentos utilizados (entrevista e técnicas projetivas) envolvessem a família conjuntamente. Essa é uma sugestão de estudo a ser empreendido futuramente. Para selecionar as famílias, utilizou-se um critério informal para definir os membros como obesos ou não obesos, ou seja, o relato deles próprios sobre isso (com exceção das duas crianças, o diagnóstico baseado no IMC não foi feito por um profissional habilitado). Por último, as duas famílias aqui avaliadas se enquadraram no estrato socioeconômico de pessoas de baixa renda, o que é um viés de importante influência nos resultados.

REFERÊNCIAS⁷

- Abadi, S. (1998). *Transições: o modelo terapêutico de D. W. Winnicott*. L. Y. Massuh (Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). Adolescência e psicopatia - Luto pelo corpo, pela identidade e pelos pais infantis (Cap. 3, pp. 63-71). Porto Alegre: Artmed.
- Abraham, N., & Torok, M. (1978). *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta
- Aulagnier, P. (1989). O aprendiz de historiador e o mestre feiticeiro: do discurso identifiante ao discurso delirante. São Paulo: Escuta.
- Aguiar, F. (2001). Método Clínico: Método Clínico? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 609-616.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1995). O uso de Técnicas Projetivas na Pesquisa de Representações Sociais. *Projeção e Transicionalidade. Psicologia USP*, 6(2), 103-127.
- Aiello-Vaisberg (2004).
- Albano, M. C., Beguy, A., Cerini, M. A., Ferro, A., Ramos, N., & Rocco-Cozzetti, J. (2015). Prácticas adolescentes y nuevos lenguajes frente a la violencia del desamparo: culturas adolescentes, ¿um modo de sostén subjetivo? *Cuestiones de infancia*, 17 (s/n), 72-88.
- Almeida-Prado, M. C. C., & Féres-Carneiro, T. (2010). Violência familiar: obesidade mórbida e função ômega. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(2), 190-206.
- Amigo, S. (2007). *Clínica dos fracassos da fantasia*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. (7a.ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anzieu, D. (1986). O conceito de projeção em psicologia (pp. 15-34). In *Os métodos projetivos* (5ª Edição). Rio de Janeiro: Campus.
- Appart, A., Tordeurs, D., & Reynaert, D. (2007). La prise en charge du patient obèse: Aspects psychologiques. *Louvain Medical*, 126(5), 153-159.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2016). Diretrizes brasileiras de obesidade. ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/diretrizes>
- Aulagnier, P. (1975). *A Violência da Interpretação – do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago.

⁷ De acordo com as normas APA (6ª edição, 2010).

- Azeredo, F., & Martins, K. P. H. M. (2012). Obesidade na infância: um contraponto entre o discurso médico e os significados atribuídos pelas mães aos impasses alimentares da criança. *Polêm!ca*, 11(1), 13-24.
- Baek, Y. J., Paik, H. J., & Shim, J. E. (2014). Association between Family structure and food group intake in children. *Nutrition Research and Practice*, 8(4), 463-468.
- Barbieri, V. (2008). Por uma ciência-profissão: o psicodiagnóstico interventivo como método de investigação científica. *Psicologia em Estudo Maringá*, 13(3), 575-584.
- Barbieri, V. (2009). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia*, LIX(131), 209-222.
- Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico Tradicional e Interventivo: Confronto de Paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505-513.
- Barbieri V (2013). Laços e embaraços: O Procedimento de Desenhos de família com Estórias na compreensão cruzada dos psicodinamismos de mãe e filha. In W. Trinca, (Org.), *Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (pp. 231-276). São Paulo: Vetor Editora.
- Bath, J. A., & Baur, L. A. (2005). Management and prevention of obesity and its complications in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 182(3), 130-135.
- Benghozi, P. (2010). Conceitualização e clínica da efração: crise narcísica, corpo grupal genealógico e ataque aos continentes identitários. In E. D. Galery (Trad.), *Malhagem, filiação e afiliação. Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social* (pp.73-84). São Paulo: Vetor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução nº 466 de 13 de dezembro de 2012. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União.
- Borgeaud, C. K., Fernández, D. S., & Valenzuela, P. S. (2017). Problemáticas en la separación desde la teoría de los fenómenos transicionales en niño con diagnóstico de trastorno de ansiedad por separación. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 20(2), 294-306.
- Bowen, M. (1998). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Bilbao: Desclee de Bower.
- Bruch, H. (1940). Obesity in childhood. IV. Energy expenditure of obese children. *American Journal of Diseases of Children*, 60 (s/n), 1082-1109.
- Campana, N. T. C., Gomes, I. C., & Lerner, R. (2014). Contribuições da clínica da parentalidade no atendimento de um caso de obesidade infantil. *Psicologia Clínica*, 26(2), 105-119.
- Campos, L. A., Leite, A. J. M., & Almeida, P. C. (2007). Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares do município de Fortaleza, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 7 (s/n), 183-190.

- Chemin, A. C. S. (2006). A transmissão da culpa e do ideal. In A. Piva e Colaboradores (Org.), *Transmissão transgeracional e a clínica vincular* (pp. 35-57). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Coradini, A. O., Moré, C. L. O. O., & Scherer, A. A. (2017). Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(58), 17-37.
- Correa, O. B. R. (2003). Transmissão psíquica entre as gerações. *Psicologia USP*, 14(3), 35-45.
- Corso, A. C. T. et al. (2012). Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do estado de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 29(1), 117-131.
- Cottis, T. (2017). 'You can take it with you': Transitions and transitional objects in psychotherapy with children who have learning disabilities. *Disability Psychotherapy*, 33(1), 17-30.
- Cullere-Crespin, G. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cuynet, P., Sanahuja, A., & Bernard, A. (2012). Le corps obèse, sémaphore de la souffrance familiale. *Dialogue*, 197(3), 43-55.
- Dafunchio, N.S. (2002). El refugio en el cuerpo. *Revista Actualidad Psicológica dedicada à Obesidade*, 300 (s/n), 11-14.
- Davila, A. (1995). Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: Debate teórico e implicaciones praxeológicas. En J. M. Delgado & J. Gutiérrez. (Orgs.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 69-83). Madrid: Síntesis.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dietz, W. H., & Bellizzi, M. C. (1999). Introduction: the use of body mass to assess obesity in children. *American Journal of Clinic Nutrition*, 70(1), 123-135.
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Revista Educar*, 24 (s/n), p. 213-225.
- Faimberg, H. (2001). Escuta da telescopagem das gerações: pertinência psicanalítica do conceito. In R. Kaës et al. (Org.) *Transmissão da vida psíquica entre gerações* (pp. 129-145). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Farrell, E. (2004). Obesity: How Can We Understand it? *Free Associations*, 11 (s/n), 477-496
- Féres-Carneiro, T., Lisboa, A. V., & Magalhães, A. S. (2011). Transmissão psíquica geracional familiar no adoecimento somático. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(2), 102-113.
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.

- Filgueiras, M. S. T.; Lisboa, A. V.; Macedo, R. M.; Paiva, F. G.; Benfica, T. M. S.; Vasques, V. A. (2007) Avaliação Psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 551-60.
- Fisberg, M. (2005). Primeiras palavras: uma introdução ao problema do peso excessivo. In M. Fisberg (Org.). *Atualização em obesidade na infância e adolescência* (pp.1-10). São Paulo: Editora Atheneu.
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Revista Paidéia*, 14(28). 139-152.
- Fulgencio, L. (2010). Aspectos gerais da redescritção winnicottiana dos conceitos fundamentais da psicanálise freudiana. *Psicologia USP*, 21(1), 99-125.
- Ganley, R. M. (1986). Epistemology, family patterns, and psychosomatics: the case of obesity. *Family Process*, 25 (s/n), 437-451.
- Gavião, A. C. D. (2013). Alguns fundamentos psicanalíticos da comunicação inconsciente e sua aplicabilidade ao Procedimento de Desenhos-Estórias. In W. Trinca (Org.) *Formas compreensivas de investigação psicológica: procedimento de desenhos-estórias e procedimentos de desenhos de família com estórias*. (pp.31-52). São Paulo: Vetor.
- Gomel, S. (1991). Narcisismo, ideal y identificación en psicoanálisis de familia. En I. Berenstein, G. K. Biachi, M. C. Rojas, S. Matus, & R. C. Gaspari (Orgs.) *Familia y Inconsciente* (pp. 55-100). Buenos Aires: Paidós.
- 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.
- Gomes, L. R. S., & Neves, A. S. (2013). A mãe frente ao incesto: a condição de ausência, repetição e negação na história da família. *Vínculo*, 10(1), 22-28.
- Granjon, E. (2000). A elaboração do tempo genealógico no espaço do tratamento da terapia familiar psicanalítica. In O. Ruiz (Org.). *Os avatares da transmissão psíquica geracional* (pp. 17-44). São Paulo: Escuta.
- Green, A. (1999). The intuition of the negative in "Playing and Reality". In G. Kohon (Org.), *The dead mother* (pp. 205-221). Londres: Routledge.
- Gurfinkel, D. (2007). Adições: da perversão da pulsão à patologia dos objetos transicionais. *Psychê*, 11(20), 13-28.
- Gus, M. (2007). Acting, enactment e a realidade psíquica "em cena" no tratamento analítico das estruturas borderline. *Revista brasileira de psicanálise*, 41(2) 45-53.
- Gutierrez, D. M. D., Castro, E. H. B., & Pontes, K. D. S. (2011). Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. *Revista do NUFEN*, 3(2), p. 3-24.

- Henriques, M. S. M. T., Falbo, A. R., Sampaio, M. A., Fonte, M. L. A., & Krause, D. F. (2015). O exercício da função materna em mães de filhos obesos na perspectiva da psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18(3), 461-475.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). POF 2008-2009 – Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil.
- Kaës, R. (1998). Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In A. Eiguer (Org.). *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica* (pp. 5-19). São Paulo: Unimarco.
- Kaës, R. (2001). O sujeito da herança. In R. Kaës & H. Faimberg et al. (Orgs.). *Transmissão da vida psíquica entre gerações* (pp. 9-25). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2005). *Os Espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2011). *As alianças inconscientes*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Kater, A. (2012). A Máscara como Objeto Transicional. *Mundo saúde*, 36(2), 340-345.
- Kaufman, A. (1999). Obesidade infanto-juvenil. *Pediatrica Moderna*, 35(4), 218-222.
- Klauber, J. (1968). On the dual use of historical and scientific method in Psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49 (s/n), 80-88.
- Klein, M. (1996). O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In A. Cardoso (Trad.) *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (pp. 385-412). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940).
- Krug, J. S., Trentini, C. M., & Bandeira, D. R. (2016). Conceituação de Psicodiagnóstico na atualidade. In C. M. Trentini, C. S. Hutz, & D. R. Bandeira (Orgs.). *Psicodiagnóstico* (pp. 16-20). Porto Alegre: Artmed.
- Lachal, J., Speranza, M., Taïeb, O., Falissard, B., Lefèvre, H., Moro, M. R., & Revah-Levy, A. (2012). Qualitative research using photo-elicitation to explore the role of food in family relationships among obese adolescents. *Appetite*, 58 (s/n), 1099-1105.
- Laplanche, J. (1988). Interpretar (com) Freud. In D. Vasconcellos (Trad.). *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios* (pp. 21-32). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2013). Redes sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 561-571.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2015). Relacionamentos afetivo-familiares em mulheres com anorexia e bulimia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(2), 181-191.
- Lisboa, A. V. (2006). *Família e adoecimento do corpo: Um estudo da transmissão psíquica geracional e da intersubjetividade familiares*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio, Rio de Janeiro.

- Lisboa, A. V. & Féres-Carneiro, T. (2005). Quando o adoecimento assombra o grupo familiar. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 18(184), 40-48.
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5(1), 4-85.
- Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Winnicott e-prints*, 1(1), 1-29.
- Lowenkron, A. M. (2006). Pesquisa clínica na psicanálise: caminhos. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 39(71), 171-188.
- Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro T. (2007). Transmissão psíquica geracional: um estudo de caso. In T. Féres-Carneiro (Eds.). *Família e casal: Saúde, trabalho e modos de vinculação* (pp. 341-364). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martão, M. I. S., Prestes, C. M. F. M., & Souza, C. A. S. R. Procedimento de Desenhos-Estórias: pesquisas qualitativas. In Trinca, W. (Org.). *Formas compreensivas de investigação psicológica: procedimento de desenhos-estórias e procedimentos de desenhos de família com estórias* (pp.31-52). São Paulo: Vetor.
- Mello, V. M. H. P. (2013). Entre luz e trevas: o legado transgeracional de um luto não elaborado na realidade psíquica de uma criança. In A. R. C. Trachtenberg et al. (Orgs.). *Transgeracionalidade de escravo a herdeiro: um destino entre gerações* (pp. 119-128). Porto Alegre: Sulina.
- Melo, K. M., Cruz, A. C. P., Brito, M. F. S. F., & Pinho, L. (2017). Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 21(4), 1-6.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mills, J. K.; Andrianopoulos, G. D. (1993). The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. *The Journal of Psychology*, 127(5), 547- 551.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.
- Minerbo, M. (2000). *Estratégias de investigação em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mishima, F. K. T. (2007). *Investigação das características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP.
- Mishima, F. K. T., & Barbieri, V. (2009). O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estudos de Psicologia* (Natal), 14(3), 249-255.

- Mishima-Gomes, F. K. T., Dezan, S. Z., & Barbieri, V. (2014). “Não pode!”: A função paterna e a obesidade infantil. *Psico*, 45(2), 176-186.
- Moguillansky, R. & Nussbaum, S. L. (2011). *Psicanálise vincular: teoria e clínica* (Cap.1, pp.34-45). São Paulo: Zagodoni Editora.
- Neovius, M., Line, Y., Barkeling, B. (2004). Discrepancies between classification systems of childhood obesity. *Obesity Review*, 5 (s/n), 105-114.
- Netto-Oliveira, E. R., Oliveira, A. A. B., Nakashima, A. T. A., Rosaneli, C. F., Oliveira-Filho, A., Rechenchosky, et. al. (2010). Sobrepeso e Obesidade em crianças de diferentes níveis econômicos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 12 (s/n), 83-89.
- Nunes, A. A., Nunes, M. S. S., Silva, A. S., & Mello, L. M. (2015). Obesidade na infância. *Pediatric Moderna*, 51(7), 263-272.
- Ocampo, M. L., Arzeno, M. E. G., Piccolo, E. G., & cols. (2009). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (10ª Ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Ogden, T. (1996). O sujeito intersubjetivo de Winnicott. In C. Berliner (Trad.). *Os sujeitos da psicanálise de Thomas Ogden* (pp.45-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, P. E., & Bosco, S. M. D. (2009). Hábitos alimentares de crianças com dois anos de idade em escolas municipais da cidade de Lajeado - RS. *Revista Destaques Acadêmicos*, 1(3), 53-60.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. (2009). *Obesidade: prevenção e controle e epidemia global*. Relatório da Consultoria da OMS. São Paulo: Roca.
- Pacheco-Filho, R.A. (2000). O método de Freud para produzir conhecimento: Revolução na investigação dos fenômenos psíquicos? In R. A. Pacheco Filho, N. Coelho Júnior & M. D. Rosa (Orgs.), *Ciência, pesquisa, representação e realidade em Psicanálise* (pp. 235-270). São Paulo: Casa do Psicólogo; EDUC.
- Passos, D. R., Gigante, D. P., Maciel, F. V., & Matijasevich, A. (2015). Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(1), 42-49.
- Pereira, D. Z. T. (2013). Fantasma transgeracional: possessão ou retorno do não recalado? In A. R. C. Trachtenberg et al. (Orgs.). *Transgeracionalidade de escravo a herdeiro: um destino entre gerações* (pp. 99-118). Porto Alegre: Sulina.
- Piva, A. (2006). Sobre a transmissão. In A. Piva e Colaboradores (Org.), *Transmissão transgeracional e a clínica vincular* (pp. 19-42). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Piva, A. (2009). A Fragilidade do Símbolo e a Transmissão Transgeracional. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 7(s/n), 74-85.

- Potik, D., Adelson, M., & Schreiber, S. (2007). Drug addiction from a psychodynamic perspective: methadone maintenance treatment (MMT) as transitional phenomena. *Psychological Psychotherapy*, 80(2), 311–325.
- Ramos, M., & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76(3), 229 – 237.
- Recalcati, M. (2002). O "demasiado cheio" do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade. In Escola Brasileira de Psicanálise (Org.), *Latusa 7* (pp. 51-74). Rio de Janeiro: Contracapa.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2006). Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In M. L. de Barros (Org.), *Família e gerações* (pp. 91-106). Rio de Janeiro: FGV.
- Rosa, M. V. F. P. C., & Arnoldi, M. A. G. C. (2008). *A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para a validação dos resultados*. São Paulo: Autêntica.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica* (Cap. 1, pp. 33-56). São Paulo: Ideias e Letras.
- Sanahuja, A., & Cuynet, P. (2012). Maigrir enveloppée à l'adolescence et image du corps. *Psychothérapies*, 32(4), 249-261.
- Sanahuja, A., Cuynet P., & Bernard, A. (2013). Pôle isomorphique familial et processus de différenciation chez l'adolescent obèse en perte de poids. *Dialogue*, 201(3), 107-119.
- Sanahuja, A., & Cuynet, P. (2015). L'obésité, une transmission transgénérationnelle du corps familial. *Champ Psychosomatique*, 60(2), 79-95.
- Sanahuja, A., Schwailbold, Hamel-Billot, M. A. & Cuynet, A. (2015). Le corps- symptôme comme révélateur d'une fragilité identitaire familial. *Revue de psychoterapie psychanalytique de goupe*, 64(1), 113-125.
- Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 94(6 Suppl), 2006S-2011S.
- Scantamburlo, N. P., Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2012). O processo de transmissão intergeracional e violência no casal. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 12(44), 35-48.
- Silva, M. C. P. da (2003). *A herança psíquica na Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, G. A., Costa, K. A., & Giugliani, E. R. (2016). Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *The Journal of Pediatrics*, 92(3 Suppl 1), S2-7.
- Silva, P. A. G., Balaban, G., & Motta, A. F. E. A. (2005). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(1), 53-59.

- Silva, S. M. C. S., & Mura, J. D. P. (2007). *Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia*. São Paulo: Roca.
- Sloate, P. L. (2008). From fetish object to transitional object: the analysis of chronically self-mutilating bulimic patient. *Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 69-88.
- Stein, C. J., & Colditz, G. A. (2004). The epidemic of obesity. *The Journal of Clinical endocrinology and metabolism*, 89(6), 2522-5.
- Soares, F. M. G. (1999). Família e Corrupção. In A. Frassetto et al. (Orgs.). *Psicanálise & Debate* (pp.75-81). Editora Rio-Pre tense.
- Stake, R. (2011). Pesquisa qualitativa como as coisas funcionam. In C. Reis (Trad.). *Pesquisa qualitativa: explicando como as coisas funcionam* (pp. 21-45). Porto Alegre: Penso.
- Steiner, J. (1993). *Refúgios psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteiros*. Rio de Janeiro: Imago.
- Sugarman, A. (2017) The Transitional Phenomena Functions of Smartphones for Adolescents. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 135-150.
- Tassara, V., Norton, R. C., & Marques, W. E. U. (2010). Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(3), 309-314.
- Trachtenberg, A. R., & Chem, V. D. M. (2013). Homenagem a René Kaës. In A. R. C. Trachtenberg et al. (Orgs.). *Transgeracionalidade de escravo a herdeiro: um destino entre gerações* (pp. 23-28). Porto Alegre: Sulina.
- Trinca, W. (2013). Bases da interpretação psicanalítica do Procedimento de Desenhos-Estórias. In W. Trinca (Org.), *Formas compreensivas de investigação psicológica: procedimento de desenhos-estórias e procedimentos de desenhos de família com estórias* (pp. 97-126). São Paulo: Vetor.
- Turato, E. R. (2003). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 71-88.
- Valdanha-Ornelas, E. D., & Santos, M. A. (2016). Family Psychic Transmission and Anorexia Nervosa. *Psico-USF*, 21(3), 635-649.
- Valdanha-Ornelas, E. D., & Santos, M. A. (2017). Transtorno Alimentar e Transmissão Psíquica Transgeracional em um Adolescente do Sexo Masculino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 176-191.

- Vargas, T. (2013). Obesidade infantil, uma pandemia do século XXI. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/33333> (Publicado em 08/08/2013). Acesso em: 17 de maio de 2018.
- Vasconcelos, A. T. N. (2013). *A herança psíquica e suas vicissitudes: considerações psicanalíticas*. Dissertação (Mestre em Psicologia). Universidade de Fortaleza, UNIFOR, Fortaleza.
- Vasconcelos, A. T. N., & Lima, M. C. P. (2015). Considerações psicanalíticas sobre a herança psíquica: uma revisão de literatura. *Caderno de Psicanálise – CPRJ*, 37(32), p. 85-103.
- Vasconcellos, M. J. E. (2007). *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: o processo de atendimento sistêmico*. Belo Horizonte: Ophicina de artes & prosa.
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, 20(5), 383-386.
- Vilhena, J. (1988). Psicanálise e terapia de família. In S.A. Figueira (Org.). *Efeito psi, a influência da psicanálise* (p.87-101). Rio de Janeiro: Campus.
- Wanderley, E. M., & Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência da Saúde Coletiva*, 15(1), 185-194.
- Werlang, B. G. (2007). Avaliação inter e transgeracional da família. In J. A. Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V* (pp. 141-150). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. J. O. A. Abreu & V. Nobre (Trad.). Rio de Janeiro: Imago (Publicado originalmente em 1971).
- Winnicott, D. W. (1984). Parte um – Introdução (pp. 9-19). In J. M. X. Cunha (Trad.), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1971).
- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. J. O. A. Abreu (Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (Publicado originalmente em 1978).
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. D. Bogolometz (Trad.). Rio de Janeiro: Imago (Publicado originalmente em 1958).
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (2ª Ed). D. Grassi (Trad.) Porto Alegre: Bookman.
- Zametkin, A. J., Zoom, C. K., Klein, H. W., & Munson, S. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescents obesity: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(20), 134-150.
- Zanetti, S. A. S., & Gomes, I. C. (2012). Efeitos da herança psíquica na opção pela não construção do vínculo amoroso. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 3(1), 57-74.