

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Fabiola Motta Cruz

**O CORPO NA OBESIDADE:
QUANTO PESA O AFETO NESSE M²?**

Trabalho de Conclusão de Curso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Transtornos Alimentares pelo Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

**Orientador: Dirce de Sá Freire
Co-orientado: Márcia Azevedo**

Dezembro de 2020

Dedico esse trabalho a todos os pacientes que já atendi, aos que seguem sob meus cuidados, e aos que vierem a ser ao longo da minha caminhada profissional, que com seus movimentos de mudanças, criam também em mim, o desejo de aprimorar o espaço de acolhimento e amparo que sua historias demandam.

Agradecimentos

Agradeço a minha família pelo apoio e incentivo até aqui, sobretudo à minha “docinho”, minha filha Luiza, que soube da altura de seus 13 anos, identificar o meu gosto pelo estudo da Psicanálise e foi muito compreensiva com o tempo dedicado as constantes leituras e preparos de trabalhos, sobretudo esse, de conclusão.

Agradeço a todos os professores pelo conhecimento compartilhado e em especial as Profs. Dirce de Sá e Márcia Azevedo pela orientação e co orientação deste trabalho.

Agradeço aos demais professores pelo empenho e dedicação no fluxo de seus saberes, pois como diria Cora Coralina, “feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Agradeço da mesma forma, e com a felicidade de ter conhecido, a querida Julia Aboim, que junto com a também querida Evelyn Minair, contribuíram fortemente para meu aprendizado, através da amizade e também do grupo de estudos que formamos. Obrigada pela generosidade, inspiração e incentivo!

Agradeço a PUC- Rio por proporcionar o curso de forma multiprofissional, o que pode ser um grande divisor de águas para muitas carreiras.

Agradeço, ainda, essa instituição, que mediante a pandemia do Covid-19, e o recomendado isolamento social, cumpriu com dedicação, todos os esforços necessários para que o curso desse continuidade a distancia.

Por fim, agradeço por cada dia que fui para o Centro Loyola de Fe e Cultura, na Gávea, nosso local de estudo, para aprender, trocar experiências e somar momentos de diversão e descontração, com alunos e professores. Lembrarei sempre saudosa das sextas em que segui, apreciando, fosse com chuva ou com sol, as belas paisagens do caminho e projetando graciosos futuros!

Resumo

Motta Cruz, Fabiola. **O corpo na Obesidade: Quanto pesa o afeto nesse m²?**. Rio de Janeiro, 2020. 43 paginas. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A obesidade, conhecida por uma doença metabólica crônica e de base multifatorial, vem sendo, ao longo das últimas décadas, reportada pela comunidade científica, como uma crescente epidemia global, que afeta diferentes faixas etárias, recebendo, em concomitância à desnutrição, o *status* de grave problema de saúde pública. Como já bem esclarecido pela comunidade científica, sabemos hoje que a etiologia deste problema advém de causas multifatoriais, mas que tem como base primordial para sua constituição, um balanço energético dietético positivo, em detrimento de um ritmo de vida menos ativo, e que favorece assim, o acúmulo de reservas adiposas no organismo. Sabemos ainda que nas bases multifatoriais do excesso de peso podemos encontrar expressiva correlação com os aspectos psicológicos dos acometidos, mas é certo que nos planos de ação, tanto na esfera pública, como na privada, nem sempre se dá a ênfase suficiente a esse tipo de atenção, o que compromete o melhor entendimento e acesso a etiologia da problemática em questão, no sujeito. A construção de um corpo obeso se dá por uma história, e em boa parte, histórias complexas, fragmentadas, e que nem sempre ganham o devido espaço para que sejam relatadas ou, sobretudo, acessadas, quando assim fazem parte, de um período em que as palavras ainda não existiam... narrativas apenas do sentir... um sentir que requer, antes de tudo, acolhimento, para depois uma interpretação. Esse trabalho teve, então, como objetivo, tentar trazer um pouco mais de clareza para essa escuta, a que torna audível aquilo que não é possível ser dito, mas que se faz expresso pelo corpo, revisando a dinâmica relacional entre ele e seus afetos, e usando a Psicanálise do Sensível, como percurso teórico norteador

Palavras-chave

Obesidade, Psicanálise, Psicanálise do sensível, Ego corporal, Narcisismo, Pulsão, Oralidade, Sintoma

Sumário

Introdução.....	7
1. Obesidade doença metabólica x Obesidade transtorno alimentar.....	9
2. Entendendo os primórdios do Ego - O corpo como alicerce do psiquismo na ótica da Psicanálise do Sensível	15
3. Pulsão, oralidade e afeto - fome e amor.....	21
4. Aspectos narcísicos da obesidade e cultura.....	26
5. Recorte Clínico - Obesidade como sintoma, do que esse corpo quer tratar?.....	29
6. Nutrição e psicanálise, orientando um comer para além da função biológica.....	34
7. Considerações finais.....	37
Referências.....	38

“Longe se vai... Sonhando de mais... Mas onde se chega assim... Vou descobrir... O que me faz sentir... Eu, caçador de mim...” (Caçador de Mim – Milton Nascimento)

Introdução

A obesidade, conhecida por uma doença metabólica crônica e de base multifatorial, vem sendo, ao longo das últimas décadas, reportada pela comunidade científica, como uma crescente epidemia global, que afeta diferentes faixas etárias, recebendo, em concomitância à desnutrição, o *status* de grave problema de saúde pública.

No Brasil, desde 2006, o Ministério da Saúde, realiza, anualmente, uma pesquisa telefônica denominada VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), que dentre algumas doenças crônicas não transmissíveis, e alguns hábitos de vida, investiga a ocorrência do excesso de peso e obesidade na população adulta (a partir dos 18 anos) do país, gerando, assim, relatórios epidemiológicos anuais e que visam auxiliar na elaboração de planos de ação e enfrentamento das ocorrências registradas.

De acordo com o relatório do VIGITEL 2019, lançado em junho de 2020, do ano de 2006, quando as pesquisas deram início, até o ano do último relatório (2019), a obesidade saiu do patamar de 11,8% da população, para 20,3% de acometidos, nesse mesmo documento temos a constatação de que o excesso de peso hoje, está presente em mais da metade da população brasileira (55,4%).

Nessa pesquisa, o indicador utilizado para diagnóstico do excesso de peso e obesidade, se dá pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que vem a ser um cálculo baseado na divisão do peso em quilogramas (Kg) do indivíduo, pelo quadrado de sua estatura em metros (m^2). Para o excesso de peso, a pesquisa considerou o $IMC \geq 25 \text{kg}/m^2$ e $< 30 \text{kg}/m^2$, e, para obesidade, o $IMC \geq 30 \text{kg}/m^2$.

Com a curva do excesso de peso e obesidade ascendendo a cada ano, observamos que medidas que atuam apenas no campo da medicina prescritiva ou orientativa, podem não estar surtindo o efeito esperado frente ao controle desses avanços, o que nos leva a necessidade de um olhar mais ampliado para questões que podem culminar no ganho de peso em demasia.

Aspectos fisiopatológicos variados que tornam o sujeito propenso ao ganho

de peso, como alguns distúrbios neuroendocrinológicos, ou ainda, condições clínicas que limitam seus movimentos, são aspectos primariamente investigados e tratados para o controle do ganho ponderal, no entanto, considerar os aspectos socioeconômicos, que dificultam o acesso da população a alimentos de bom valor nutricional, também demandam relevância nos dias atuais.

Sabemos ainda que nas bases multifatoriais do excesso de peso podemos encontrar expressiva correlação com os aspectos psicológicos dos acometidos, mas é certo que nos planos de ação, tanto na rede pública, como na privada, nem sempre se dá a ênfase suficiente a esse tipo de atenção, o que compromete o melhor entendimento e acesso a base etiologia da problemática em questão, no sujeito.

Uma vez que a obesidade é um fenômeno complexo e multifacetado, sua compreensão exige a articulação de conhecimentos advindos de diversas áreas de estudo.

Esse trabalho terá, então, como objetivo, tentar trazer um pouco mais de suporte a uma escuta mais ampliada, uma aproximação com uma época em que a psicanalista e autora Ivanise Fontes, denomina como um período pré-representacional ou transverbal, e que muitas vezes se faz expresso através do corpo, que, no caso da obesidade, surge como um corpo demasiadamente cheio, revisando a dinâmica relacional entre ele e seus afetos.

¹ A lembrança fica impressa no corpo e é somente lá que ela pode ser despertada. (S. Ferenczi)

¹ S. Ferenczi. “Notas e fragmentos”, in Obras completas – Psicanálise 4. São Paulo, Martins Fontes, 1992, p. 268.

1. Obesidade doença metabólica x Obesidade transtorno alimentar

Para começar nossa jornada, torna-se relevante a compreensão da obesidade, no que concerne a sua etiologia, tanto como fenômeno de base orgânica, bem como pela possibilidade de ser um sintoma psíquico que se instala no corpo.

De forma simplificada, a obesidade pode ser definida, como o excessivo grau de armazenamento de gordura corporal, associado a riscos significativos para a saúde, em virtude de sua vasta relação com complicações metabólicas (WHO, 1995)

Como já bem esclarecido pela comunidade científica, sabemos hoje que a etiologia deste problema advém de causas multifatoriais, mas que tem como base primordial para sua constituição, um balanço energético dietético positivo, em detrimento de um ritmo de vida menos ativo, e que favorece assim, o acúmulo de reservas adiposas no organismo (ZANELLA&CLAUDINO, 2005)

Uehara e Mariosa (2005), apontaram que dentre as diversas causas que estariam envolvidas na gênese da obesidade, teríamos:

- O histórico da gestação e amamentação dos acometidos
- A introdução alimentar enquanto bebê
- O percurso qualitativo alimentar da infância e adolescência
- O nível de atividade de vida diária
- O uso de medicamentos com efeitos colaterais para ganho de peso, como: alguns contraceptivos orais, glicocorticóides, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos (Alta relação: Olanzepina, Clozapina, Quetiapina, Zotepina, Clorpromazin e Tioridazina. Moderada relação: Risperidona e sertindole) e alguns antidiabéticos orais como as Sulfoniluréias;
- Presença de alterações neuroendócrinas como: Hipotireodismo,

Hipercortisolismo, Síndrome de Ovário Policístico, Deficiências de hormônio do crescimento e lesões hipotalâmicas ventromediais;

- Causas genéticas como: Síndrome de Prader-Will (alteração cromossômica que leva a um apetite voraz e conseqüente hiperfagia alimentar) e defeitos em genes como os dos receptores de leptin e da própria leptina; e, como será discutido mais adiante,

- Fatores psicológicos do sujeito acometido.

A classificação da OMS 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. É a partir do IMC, que se chega ao diagnóstico nutricional dos indivíduos, como descrito na tabela 1.

Tabela 1: Classificação do estado nutricional segundo o IMC

IMC	Classificação
até 18,4	Abaixo do peso
de 18,5 a 24,9	Peso normal
de 25,0 a 29,9	Sobrepeso
de 30,0 a 34,9	Obesidade Grau 1
de 35,0 a 39,9	Obesidade Grau 2
a partir de 40,0	Obesidade Grau 3

OMS, 1997

A obesidade é um fator predisponente para vários fatores de risco cardiovascular, incluindo hipertensão arterial, dislipidemias, resistência à insulina e diabetes. Outras doenças como, prejuízos da função pulmonar, hepatopatias, osteoartroses, e mesmo alguns tipo de câncer, também são comorbidades relacionadas ao excesso de peso. Essas considerações realçam a importância em se compreender além de sua etiologia, a patogênese da obesidade (PERES, 2005).

Como visto, a obesidade tem por base o aumento das reservas de tecido adiposo, o que leva a uma hipertrofia e hiperplasia desse panículo, e que acabam por induzir a produção de várias moléculas pró-inflamatórias, tanto pelos próprios adipócitos como pela matriz extracelular que o envolve, que, levam a um desenvolvimento de um processo inflamatório sistêmico de baixo grau (PRADO *et al*, 2009).

Essas moléculas pró-inflamatórias secretadas pelo tecido adiposo são denominadas citocinas, proteínas de fase aguda que, direta ou indiretamente, elevam a produção e circulação de fatores relacionados com a inflamação. Outros efeitos, como sensores do balanço energético, têm sido atribuídos às citocinas (PRADO *et al*, 2009).

Por serem secretadas pelo tecido adiposo, as citocinas, são melhor denominadas pelo termo adipocinas, sendo as mais relacionadas com processos inflamatórios, as chamadas IL-6 (Inteleucina 6) e o TNF-a (Fator de necrose tumoral). Outras como a leptina e a adiponectina vêm, também, recebendo atenção especial da literatura especializada (PRADO *et al*, 2009).

O TNF-a apresenta grande diversidade de atividades biológicas, as quais incluem: respostas imunológicas, reações inflamatórias e neovascularização. O TNF-a *per se* é uma citocina pró-inflamatória que pode inibir a proliferação de células tumorais e promover apoptose celular, mas, Yudkin em 2003, sugeriu a hipótese de que a produção de TNF-a pela gordura ao redor da origem arteriolar inibe o estímulo da insulina para a síntese de óxido nítrico, resultando em incontestável vasoconstrição e, por conseguinte, elevação da pressão arterial – mecanismo este chamado de “sinalização vasócrina”. Estudos observaram que quanto maior o IMC, maior é a concentração de TNF-a (YUDKIN, 2003).

Com efeitos mais positivos sobre o metabolismo, uma outra adipocina, a adiponectina, também conhecida como proteína complementar relacionada com o adipócito (Acrp 30) é, senão, o mais abundante fator produzido exclusivamente pelo tecido adiposo de humanos, macacos e ratos, e está envolvida na resposta inflamatória e regulação do balanço energético, desenvolvendo um papel anorexígeno e anti-inflamatório. Essa citocina também aumenta a sensibilidade à insulina e inibe a inflamação vascular. No entanto, e curiosamente, estudos observaram, que quanto maior o IMC, menor é a concentração da adiponectina. (PRADO *et al*, 2009).

Possíveis efeitos positivos, possuem também a Leptina, uma outra adipocina que atua como um fator de sinalização entre o tecido adiposo e o sistema nervoso central, regulando a ingestão alimentar e o gasto energético, porém, apesar de produzida em grande quantidade na obesidade e excesso de peso, parece ocorrer com tais situações, uma resistência na ação fisiológica

esperada dessa citocina. (PRADO *et al*, 2009).

Essas informações corroboram de maneira interessante, com a compreensão do comportamento alimentar dos obesos, uma vez que regulam o apetite, mas devemos, também, considerar fatores étnicos, socioeconômicos e culturais.

No decorrer dos anos, especificamente após a década de 60, foi possível observar a transição epidemiológica que ocorreu na população referente a desnutrição e a obesidade. Essa mudança é, claramente, resultado de alterações no perfil nutricional, ou seja, ocorrências de modificações no padrão alimentar e a forma de consumo dos alimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O padrão alimentar vem sofrendo mudanças na grande maioria dos países, principalmente na substituição de alimentos *in natura* ou minimamente processados por alimentos industrializados. Tais alimentos consistem, em sua maioria, por produtos ultraprocessados, ricos em gorduras, açúcares, sal e aditivos químicos, como conservantes, corantes e realçadores de sabores, que garantem uma boa durabilidade e palatabilidade aos seus consumidores.

Por serem de rápido e fácil preparo, o uso de alimentos dessa categoria, se justificam, quase sempre, pela falta de tempo para os cuidados dietéticos, e como são produzidos em larga escala por empresas de grande porte, sua precificação costuma ser menor e vista como uma vantagem para grande parte da população.

Schnabel e colaboradores (2019) identificaram que o consumo de alimentos ultraprocessados estava associado com a obesidade, menor renda e nível educacional mais baixo e, além disso, estariam associados a um risco de mortalidade global maior (CARVALHO, 2020)

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014, os brasileiros de todas as idades são diariamente expostos a diversas estratégias utilizadas pelas indústrias de alimentos na divulgação dos seus produtos. Comerciais em televisão e rádio, anúncios em jornais e revistas, matérias na internet, amostras grátis de produtos, ofertas de brindes, descontos e promoções, colocação de produtos em locais estratégicos dentro dos supermercados e embalagens atraentes são alguns dos exemplos mais frequentes dos mecanismos adotados para a sedução e convencimento dos consumidores (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2014).

“Abrir a felicidade” através de um refrigerante, ter a “verdadeira maionese” sem precisar ter um liquidificador e “fazer do leite uma alegria” de forma instantânea com um pó mágico sabor chocolate, podem não tornar o corpo mais leve, mas o imaginário da vida, muitas vezes.

Segundo Seixas (2009), a obesidade, é evidentemente marcada pela insistente evitação do mal estar, que nesse caso, se apresenta como sensação de fome ou mesmo vazio do estomago, e a comida seria o recurso repetidamente usado para a contenção do sofrimento (SEIXAS, 2009).

Comendo cada vez mais, cada vez mais cheios, embora nunca cheios o suficiente, alguns obesos buscam ficar sem espaços a serem preenchidos, sem faltas; no entanto, para o desejo desses sujeitos não existe objeto, é um vazio constitutivo e irreduzível, porque o sujeito constitui-se numa alteridade, mas quando busca constituir-se e definir-se, o obeso não encontra nada que o definiria definitivamente... a falta é tão somente o que ele acha, uma falta radical e fundamental que doravante o constitui (SEIXAS, 2009).. Como já dissera Recalcati (2002), o corpo do obeso, seria um “demasiado cheio”, que o sujeito, contudo, vive como um vazio infinito

Enquanto compulsão, a obesidade evidencia uma distância de si para si máxima, onde não há o controle sobre o comer. O obeso traz o oposto do culto ao corpo, da valorização estética, da agilidade. O obeso se imobiliza aos poucos, até a paralisação quase total. Mas não se trata, numa leitura romântica, de entendê-la como movimento de resistência às exigências visuais contemporâneas. Estaria mais relacionada a uma forma de escravidão, uma inabilidade para o não e facilidade para o sim, ao qual não restaria outro modo de protestar senão pelo adoecimento do corpo (VILHENA & NOVAES).

Freud, em 1915, já relacionava os sintomas somáticos, ou seja, sintomas do corpo, aos sintomas psíquicos. No texto “*Conferencias Introdutórias Sobre a Psicanálise*”, ele diz que: um sintoma é um produto consideravelmente deformado, da satisfação inconsciente de um desejo libidinal, um produto equivoco, habilmente escolhido, e possuindo duas significações diametralmente opostas. Baseando-se nessa idéia, de que o sintoma pode se formar a partir de uma

descarga inapropriada de afeto, que são dependentes das experiências pessoais do sujeito, podemos fazer uma relação com o desamparo inicial próprio dos primeiros anos de vida, o que nos leva a possibilidade dos sintomas psíquicos retornarem em uma experiência que é comum a esse sujeito, como a associação entre o desejo de ser alimentado e a satisfação (FREUD, 1916).

O mesmo foi observado por ele em 1926, em *“Inibições, Sintomas e Angústia”*, texto em que destacou o sintoma como sendo uma manifestação de satisfação pulsional e substitutiva de algo conseqüente de uma repressão. Nele, fica satisfeita, de uma maneira muito disfarçada, irreconhecível, a parte da satisfação do desejo (SEIXAS, 2009).

A teorização sobre a obesidade de um ponto de vista psicanalítico só se faz possível, se consideramos como pressuposto, que o corpo que padece e sofre por seus excessos, pode ser abordado pela palavra e que o discurso, pode produzir efeitos (SEIXAS, 2009).

No percurso trilhado por Freud, acompanhamos sua insistência em circunscrever o corpo com o qual a psicanálise lida, diferenciando-o do corpo da medicina (SEIXAS, 2009).

Para a compreensão desse corpo que trata a psicanálise, torna-se relevante entendê-lo, sobretudo, em seus primórdios.

2. Entendendo os primórdios do Ego - O corpo como alicerce do psiquismo na ótica da Psicanálise do Sensível

Dentre as muitas definições sobre "o que é corpo?", a puramente biológica, nos diz que corpo, é um grande emaranhado de células e tecidos que possuem formas e funções definidas, e que atuam de forma integrada para proporcionar o que chamamos de vida.

Por outro lado, falar de corpo, quando relacionado à psicanálise, nos faz trazer à rememoração, os escritos de Freud, presentes no texto *O Id, o Ego e o Superego* de 1923, onde foi teorizado por ele, a importância do corpo para a inscrição de um *Ego* primordial, em que, a partir da projeção mental de uma superfície engendrada através do toque, se teriam as primeiras percepções de um existir como unidade. Unidade, esta, que teria "um dentro e um fora", a qual Freud denominou por *Ego Corporal*.

Mas para constituição desse ego corporal que, como dito por Freud, estaria anterior a tudo (Freud, 1923), seria preciso ter vivido uma experiência inicial que viesse a garantir a continuidade desse existir (FONTES, 2010).

Em *Memória Corporal e Transferência: Fundamentos para uma Psicanálise do Sensível*, de 2002, a psicanalista e autora, Ivanise Fontes diz que cada indivíduo teria marcado seu corpo diferentemente segundo as impressões (eindrücke freudiana) de sua tenra infância. Essa história pessoal seria registrada inicialmente através das sensações e, somente mais tarde, incluiria a linguagem. Por esse motivo, em uma análise, tais experiências não poderiam ser lembradas pelo discurso do paciente, nem mesmo através da associação livre, porque elas teriam sido impressas por um registro sensorial antecessor a possibilidade dessa representação. (FONTES, 2002).

Essas descrições, foram condensadas pela autora, a partir das observações feitas e estudadas principalmente por Donald W. Winnicott, pediatra e psicanalista, assim como outros autores desta área de estudo, como Didier Anzieu, Francis Tustin, Genevieve Haag e Julia Kristeva.

No contexto psicanalítico, Winnicott, por certo, foi um dos autores que mais se preocupou em sublinhar a importância da corporeidade para uma existência egóica saudável. Da forma como ele o compreendia, o corpo seria essencial para a psique na medida em que ela era vista fundamentalmente como uma organização proveniente da elaboração imaginativa do funcionamento corporal (PEIXOTO JR, 2008).

Em a *Descoberta de Si Mesmo*, de 2017, Ivanise Fontes cita, alguns levantamentos winnicotianos importantes, como os feitos em *Natureza Humana*, onde Winnicott ressaltou, a necessidade de uma localização da psique no corpo, e que culminaria num estado de personalização, onde o indivíduo passaria a se reconhecer no próprio corpo. Uma integração entre corpo e mente, que formaria um psicossoma.

Nesse mesmo texto, Winnicott, trouxe, a importância da pele como a grande unidade que integraria essas duas dimensões, física e mental. Seriam as experiências das sensações cutâneas, que projetariam na mente, a superfície do corpo, que quanto mais integras, funcionariam como um envelope, um espaço de continência, que guardaria um conteúdo, uma substância.

“Winnicott acrescenta a pele: “A pele é de importância óbvia no processo de localização da psique no corpo, exatamente no dentro e fora do corpo”
(Fontes, 2017, p. 46)

Falar de pele, seria também recordar Didier Anzieu, outro autor estudado por Ivanise Fontes, e que lança ao conhecimento psicanalítico, de forma detalhada, o universo tátil e cutâneo, através de sua obra *Eu- Pele*.

Nessa trabalho, o autor francês, configura a experiência sensorial cutânea, como uma introdução a um universo de grande riqueza e de uma grande complexidade, universo ainda difuso, mas que despertaria o sistema percepção-consciência, subentendendo um sentimento global e episódico de existência, que forneceria a possibilidade de um espaço psíquico originário (ANZIEU, 1989, p.27).

Nele, Anzieu define anatomicamente a pele não apenas como um único órgão, mas como um grande conjunto de órgãos, que assumiria uma posição vital

frente a outros ligados aos sentidos, apontando, inclusive, que um sujeito poderia muito bem viver sem a visão, sem a audição, sem o paladar e sem o olfato, mas sem a integridade da maior parte da pele, ele não teria como sobreviver. Ele buscou na embriologia, a corroboração dessa afirmação (ANZIEU, 1989, p.29).

“Ela (a pele) aparece no embrião antes dos outros sistemas sensoriais (em torno do fim do segundo mês de gestação precedendo os dois outros sistemas mais próximos, o olfativo e o gustativo, o sistema vestibular, e os dois mais distantes, o auditivo e o visual), e em virtude da lei biológica segundo a qual quanto mais precoce é uma função, maior a probabilidade de ela ser fundamental.” (ANZIEU, 1985, p.29)

Tendo a descrito, em riquíssimo detalhes, pelo campo biológico, a pele de Anzieu, ganha no avançar de suas postulações, interessantes funções fisiopsicológicas, dentre elas a de servir como um envelope psíquico que cria um continente e se torna meio de comunicação entre mães e bebês (ANZIEU, 1989, p.34).

“O bebê esquimó é carregado nu preso às costas da mãe, a barriga direto sobre seu calor, envolto pela roupa de pele da mãe, suspenso por uma tira de pano amarrada em volta dos dois corpos. A mãe e o filho se falam pela pele. Quando sente fome, o bebê arranha as costas de sua mãe e chupa sua pele; ela o traz para frente e lhe dá o seio. A necessidade de se movimentar se satisfaz pela atividade da mãe. A eliminação urinária e intestinal se faz sem deixar as costas da mãe; ela o retira e o limpa para evitar o desconforto mais dele do que dela. Ela se antecipa a todas as suas necessidades, pressentindo-as pelo tato. Ele raramente chora. Ela lhe lambe o rosto e as mãos para limpá-los, porque é demorado derreter a água gelada. Daí a serenidade subsequente do esquimó diante da adversidade; sua capacidade de viver, com uma confiança de base fundamental, em um meio físico hostil; seu comportamento altruísta; suas excepcionais aptidões espaciais e mecânicas.” (Anzieu, 1989, p.34)

De forma correlacionada, poderíamos então voltar às observações feitas por Winnicott, quando ele trata da “*Preocupação materna primária*” e o ambiente materno suficientemente bom. A mãe suficientemente boa, seria aquela que por sua adaptação sensível e ativa, saberia interpretar as necessidades de seu bebê, de uma forma que não cometeria nem excessos e nem faltas nos cuidados. Um bebê bem interpretado, não invadido e não abandonado, teria poucas perturbações em sua linha da vida, e não haveriam, dessa maneira, ameaças de aniquilamento em seu existir.

Seria, portanto, somente no estado de “*Preocupação materna primária*”,

que a mãe seria capaz de fornecer um contexto para que a constituição da criança começasse a se manifestar e suas tendências ao desenvolvimento começassem a desdobrar-se. E também, somente neste estado, a mãe conseguiria sentir-se no lugar de seu bebê (capacidade de empatia), correspondendo-lhe as suas necessidades, que no início, seriam as necessidades corporais, mas que aos poucos, se transformariam em necessidades do ego, a medida que da elaboração imaginativa das experiências físicas dos cuidados, sobretudo na pele, se emergiria uma psicologia.

Em todos os seus trabalhos, Ivanise Fontes costuma trazer observações feitas pela psicanalista inglesa, Francis Tustin, que a partir do trabalho realizado com crianças autista compreendeu melhor os momentos da separação *eu- não eu*, dos *infans* suas mães (ou figuras que assim se representam). Em “*Psicanálise do sensível – Fundamentos e Clínica*”, obra de Ivanise de 2010, ela destaca a necessidade de uma separação não catastrófica postulada por Tustin. Uma separação gradativa em que o bebê oscila entre uma ilusão de continuidade física e uma quebra de continuidade corporal com a mãe.

A partir das angústias primordiais observadas por Winnicott, em que ele nos aponta que, nos tempos mais precoces, estaríamos diante de angústias corporais provocadas pelas sensações de liquefação, de explosão ou de queda sem fim, é o que o trabalho de Tustin se desenvolve. Essas angústias impensáveis, seriam o que caracterizariam o bebê humano e que o colocaria, portanto, com a necessidade de se sentirem envelopados ou contidos, o que, assim como para Anzieu, inicialmente viria pelo corpo da mãe. Se o bebê, que vive no que ela chama de “um berço de sensações”, raízes do psiquismo, não se sente envelopado por uma mãe, corre os perigos de esvair-se pelos buracos da pele ou de seus orifícios.

Em complementação aos levantamentos de Tustin, Ivanise insere com frequência aos seus trabalhos, descrições de outra psicanalista que, assim como Tustin, também se especializou no mundo autista, que é Genevieve Haag.

G. Haag, em seus apontamentos, nos trás o conceito do que nomina por “*gestação psíquica*” do bebe humano, período que, após o nascimento biológico, culminaria, mais a frente, num nascimento psicológico. Esse nascimento

psicológico, seria o momento em que o bebê se compreenderia, separado do corpo materno seria o momento em que o bebê se compreenderia, separado do corpo materno.

Em seu texto “Do nascimento psíquico ao nascimento psicológico” (1989), ela (G. Haag) esclarece com alguma precisão o termo “nascimento psicológico” que havia sido empregado por M. Mahler nos Estados Unidos e F. Tustin na Inglaterra sem haverem trocado essa informação. Seria um fenômeno observável entre 4 e 5 meses, quando um sentimento de início de separação corporal é testemunhado pelas respostas de participação e de reciprocidade do bebê, uma maior capacidade de estar só com a atividade autoerótica e de explorações e jogos corporais, impressões essas sentidas por quem está a sua volta, e que se conjuga com uma capacidade de pensar, de se ver “sonhando” (bebê “sonhador”), assim como o surgimento de afetos de tristeza novos – “uma pequena tristeza”.
(Ivanise Fontes, 2010, p.31)

G. Haag traçou uma linha do tempo até que esse surgir psíquico venha a acontecer, e nele inclui alguns eventos que dariam base a essa constituição psicológica, pela interiorização, inclusive, da não separação, identificações corporais instaladas em si, graças a alguns processos repetidos.

Seriam esses eventos: o contato olho no olho entre mãe e bebê, concomitante ao suporte costas-nuca e cabeça, envolvidos pelo envelope sonoro suave da fala da mãe e a amamentação, a experiência oral. Essa seria a primeira introjeção, a de uma pele psíquica, concentrando nesse primeiro momento mais pela oralidade, sonoridade e pelo olhar.

O restante do corpo se integraria posteriormente, dos 3 aos 6 meses do bebê, através da descoberta das junções corporais, particularmente entre as duas metades do corpo (mãos que se pegam e pés cruzados), e depois, um pouco mais tarde, junções mãos-pés em torno do eixo horizontal da bacia.

No segundo semestre de vida, seguir-se-iam as introjeções do que Haag chama por *substâncias psíquicas*, potencializadas pelo autoerotismo e os primeiros *rêveries*, o que seria a *substância psíquica* procurando desenvolver-se na ausência do objeto em direção às explorações, em busca de equivalentes simbólicos (sobre o próprio corpo, depois sobre os primeiros objetos manipulados) do encontro primordial.

Por fim, o movimento de dobra, seria outro ponto observado por G.Hagg e

destacado por Ivanise em sua obra. O ritmo da dobradura viria a servir à mentalização da continência. O objeto que sai e entra da boca, o som perto e longe, o olhar que sai e retorna, a luminosidade que aumenta e diminui...um movimento rítmico, que G. Haag chamará de estrutura rítmica do primeiro continente, mesma ilusão postulada por Winnicott de que a troca mãe/bebê parece ser um fluxo e refluxo contínuo e rítmico (FONTES, 2010, p.34).

Em todo esse processo, a figura do pai também entraria como elemento importante a separação do bebê do corpo da mãe, segundo Hagg. O pai, não seria de início aquele que corta uma simbiose imaginada, sempre como perigosa. Ele é, ao contrário, aquele que a sustenta, apoiando a mãe, física e psiquicamente, para que o bebê seja convenientemente amparado, elemento primordial (FONTES, 2010, P31).

Depois de exposto o importante caminho que culmina no corpo que ocorre em sistemas biológicos e pensamentos, de forma segura a um existir, torna-se interessante fechar os pontos destacados, com a leitura de Ivanise Fontes, onde ela descreve que, conhecer melhor o percurso nada simples que vai do ego corporal ao ego psíquico pode servir de mapa, de orientação, diante dos fenômenos de repetição das sensações mais precoces vividas na regressão em análise (FONTES 2010, P35).

Quando falamos em corpo, para a psicanálise, sabemos não se tratar do corpo biológico ou cultural, mas do corpo pulsional, do qual não se pode isolar o puro organismo vivo de sua pulsão.

No próximo capítulo, será tratada a pulsão e a forma como ela atua no corpo.

3. Pulsão, oralidade e afeto - fome e amor

Maria Helena Fernandes, em sua obra intitulada *Corpo*, supõe que, o corpo que a construção teórica de Freud anuncia não se confunde com o organismo biológico, objeto de estudo e intervenção da medicina, ele se apresenta, ao mesmo tempo, como o palco onde se desenrola o complexo jogo das relações entre o psíquico e o somático, e como personagem integrante da trama dessas relações, e essa dupla inscrição se evidenciaria no conceito de pulsão, o conceito limite entre o psíquico e o somático, ao colocar o corpo ao mesmo tempo como fonte da pulsão e como finalidade, lugar ou meio da satisfação pulsional. Assim, ela incita que a teoria freudiana permitiria colocar em evidência que o somático, isto é, o conjunto das funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente, a pulsão. (FERNANDES, 2003).

Para melhor entender o conceito de pulsão, podemos começar citando a definição feita no “*Vocabulário da Psicanálise*” elaborado por Laplanche e Pontalis, em que a pulsão (*Trieb*) seria o processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo. Ainda nesta definição, encontramos que, segundo Freud, uma pulsão teria sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão), e o seu objetivo ou meta seria suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional, sendo no objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir a sua meta (LAPLANCHES&PONTALIS, 2016).

Em “*As pulsões e seus destinos*” de 1915, Freud faz uma diferenciação sobre o que seria um estímulo fisiológico e um estímulo pulsional. Ele nos descreve que o estímulo pulsional, diferente do fisiológico, não adviria do mundo exterior, mas sim do próprio organismo, e que tal estímulo seria uma força constante, onde, por esse motivo, nenhuma tentativa de fuga seria eficaz contra ela. Em outras palavras, Freud coloca o estímulo pulsional, como “necessidade”, e para o que suspenderia essa necessidade, a “satisfação”(FREUD, 1915, pg. 19).

Nesse mesmo texto de 1915, Freud reúne com mais clareza esses quatro

elementos da pulsão: pressão, meta, objeto e fonte da pulsão. Por pressão de uma pulsão, entende-se seu fator motor, a soma de força ou a medida da exigência de trabalho que ela representa. A meta da pulsão, será sempre a satisfação, porém esta sempre será somente parcialmente atendida. Para objeto da pulsão, Freud nos diz ser com o qual ou pelo qual, a meta poderá ser alcançada. E, por fonte da pulsão, ele nos entrega que seria o processo somático num órgão ou parte do corpo, cujo estímulo é representado na psique pela pulsão, mas que não se sabe se esse processo é regularmente de natureza química ou também poderia corresponder a liberação de outras fontes, por exemplo, mecânicas (FREUD, 1915, pg. 25-27).

Freud fala ainda da ocorrência de duas qualidades pulsionais chamadas por ele de primordiais, que seriam as *pulsões do Eu* ou de *autopreservação* e as *pulsões sexuais*. Segundo Joel Birman, em “As pulsões e seus destinos – Do corpo ao psíquico” (2020), em cada uma delas, seria possível evidenciar a existência de diferentes operações e funções no aparelho psíquico, diferentes e opostas.

Voltando ao vocabulário de Laplanche e Pontalis, 2016, temos que as Pulsões de auto conservação, designariam o conjunto das necessidades ligadas as funções corporais essenciais a conservação da vida do indivíduo e a fome constituiria seu protótipo.

Já a pulsão sexual, seria a pressão interna que, segundo a psicanálise, atua num campo muito mais vasto do que o das atividades sexuais no sentido corrente do termo. Nela se verificariam, eminentemente, algumas das características da pulsão que as diferenciariam de um instinto: o seu objetivo, não é predeterminado biologicamente e as suas modalidades de satisfação (metas ou objetivos), são variáveis, mas especialmente ligadas ao funcionamento de zonas corporais determinadas (zonas erógenas), mas suscetíveis de acompanharem as atividades mais diversas em que se apoiam. Esta diversidade das fontes somáticas da excitação sexual implica que a pulsão sexual não está unificada desde o início, mas que começa fragmentada em pulsões parciais cuja satisfação é local (prazer de órgão).

A psicanálise mostra que a pulsão sexual no homem, esta estreitamente ligada a um jogo de representações ou fantasias que a especificam. Só ao fim de uma evolução complexa e aleatória, ela se organiza sobre o primado da genitalidade e reencontra então, a fixidez e a finalidade aparentes do instinto

(LAPLANCHES&PONTALIS, 2016).

Em resumo, fome e amor... um polo de necessidades vitais para a sobrevivência da espécie, e um polo para sua continuidade através do amor e a reprodução.

Curioso, foi que, em “*Três ensaios da teoria sexual*”, de 1905, Freud coloca a fase oral ou canibalesca, como a primeira organização sexual pré genital humana. Nela, ele diz, que a atividade sexual ainda não se separou da nutrição, nem tampouco se diferenciaram correntes opostas em seu interior. O objeto de uma atividade é também o da outra, e o alvo sexual consiste na *incorporação* do objeto – modelo do que mais tarde irá desempenhar, sob a forma da *identificação*, um papel psíquico tão importante.

Na subseção desse mesmo texto, “*O objeto sexual na fase de amamentação*”, ele descreve: o trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela, uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais vindas das zonas erógenas, ainda mais que essa pessoa – usualmente, a mãe – contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo.

Ainda desse trabalho de 1905, podemos destacar de, “*Angústia infantil*”, o trecho em que Freud diz que as próprias crianças se comportam, desde cedo, como se sua afeição pelas pessoas que a assistem fosse da natureza do amor sexual. A angústia das crianças não seria, segundo ele, originariamente, nada além da expressão da falta que sentem da pessoa amada; por isso elas se angustiariam diante de qualquer estranho; temendo a escuridão porque, nesta, não se vêem as pessoas amadas, e que se deixariam acalmar quando pudessem segurar-lhe a mão, na obscuridade.

Freud afirmou somente tenderem ao estado de angústia, as crianças com uma pulsão sexual desmedida, ou prematuramente desenvolvida, ou que se tornou muito exigente em função dos mimos excessivos. Nesse aspecto, a criança portaria-se como o adulto, na medida em que transformaria sua libido em angústia porquanto não pudesse satisfazê-la; e inversamente, o adulto neurotizado pela libido insatisfeita comportar-se-ia como uma criança em sua angústia: começaria a sentir medo tão logo ficasse sozinho, ou seja, sem uma pessoa de cujo amor acreditaria ser seguro, e a vir querer aplacar esse medo através das medidas mais

regredidas.

Ampliando o conceito dessa angústia, ganha-se pertinência a compreensão sobre o afeto, termo que a psicanálise foi na buscar na terminologia psicológica alemã, e que exprime qualquer estado afetivo, penoso ou desagradável, vago ou qualificado, quer se apresente sob a forma de uma descarga maciça, quer como tonalidade geral. Segundo Freud, toda pulsão, se exprime em dois registros, o do afeto e o da representação. O afeto seria a expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional e das suas variações (LAPLANCHES & PONTALIS, 2016).

Foi a partir dos estudos com Breuer, sobre a histeria, que Freud pode identificar com mais clareza essa relação entre afeto e pulsão. A separação de ambas, (afeto sem representação, representação sem afeto) garantiria a cada um, diferentes destinos. A essa cisão, Freud indicou possibilidades diversas de transformação do afeto: “Conheço três mecanismos: 1º. o da conversão dos afetos (histeria de conversão); 2º. O do deslocamento do afeto (obsessões); e 3º. O da transformação do afeto (neurose de angústia, melancolia).” (LAPLANCHES & PONTALIS, 2016).

Em 1915, Freud também observou que a parcela ideacional do representante poderia criar uma formação substitutiva, como a formação de sonhos, atos falhos, chistes e sintomas, o que sugeriria o retorno de um recalçamento (BERG, R, 2008).

Falando de sintoma, a formação dele, teria um desenvolvimento particular, pois o sintoma, segundo Freud, é resultante de um conflito originado na tentativa de satisfazer a libido que, insatisfeita, busca outras formas de satisfação. Nesse caminho, a libido é obrigada a regredir para encontrar satisfação em objetos e modos de funcionamento psíquico deixados para trás ou abandonados ao longo da vida (BERG, 2008).

Quando a quantidade de energia libidinal tende a ficar retida num determinado período dos estágios de desenvolvimento, dá-se o nome de fixação. Fixação nos objetos abandonados (porem mantidos com alguma intensidade nas fantasias), dos quais o ego havia se protegido por meio de repressões e que agora passam a ser reinvestidos libidinalmente para alcance de uma satisfação (FREUD, 1917).

Uma repetição que mais a frente em “*Alem do Principio de Prazer*” (1920),

Freud a melhor desenvolve por uma nova classe de dualismo pulsional: as pulsões de vida e as pulsões de morte, e, ainda, o conceito de compulsão a repetição.

Segundo Maria Helena Fernandes, esse texto seria de importância capital, pois seria ele que traria a nova idéia de que no psíquico, para além do prazer, há a morte e uma implacável compulsão a repetir. A introdução da pulsão de morte, que transformaria a primeira teoria das pulsões (pulsões sexuais/pulsões do ego) fazendo intervir o segundo dualismo pulsional da pulsão de vida/pulsão de morte. Freud insistiria também na exigência de retorno do psíquico ao trauma, pela compulsão à repetição (FERNANDES, 2003. p83)

Na obesidade, estão em jogo a questão do corpo com uma fome que seria, sobretudo, pulsional, corpo que enquanto invólucro determinante dos limites e da expressão do sofrimento, nos fazem pensar também, sobre ser ela, uma patologia narcísica.

4. Aspectos narcísicos da obesidade e cultura

Podemos dar início a este capítulo, fazendo uma breve passagem pelo autoerotismo. Segundo Carlos Augusto Niceas, em “*Para ler Freud: Introdução ao Narcisismo – O amor de si*” (2017), o autoerotismo foi definido por Freud, como o estado inicial da libido. Nele, a pulsão não é dirigida para outro objeto, mas sim se satisfaz no próprio corpo.

Por Laplanche&Pontalis, 2016, em seu *Vocabulário de psicanálise*, o autoerotismo vem a se caracterizar de modo mais específico, por um comportamento sexual infantil precoce, pelo qual uma pulsão parcial, ligada ao funcionamento de um órgão ou a excitação de uma zona erógena, encontra a sua satisfação no local, isto é:

- 1) Sem recorrer a um objeto exterior; e
- 2) Sem referência a uma imagem do corpo unificada.

Seria entre esse autoerotismo e o amor de objeto que estaria o narcisismo, que ganhou sua primeira definição por Freud, em 1911, em “*Caso Schreber*”, vindo a ser aprofundado como conceito em 1914, na obra “*Sobre o Narcisismo: uma introdução*”. Do texto de 1911 de Freud, Laplanche&Pontalis, destacaram que: “o sujeito começa por tomar a si mesmo, ao seu próprio corpo, como objeto de amor”, e complementam: “o que permite uma primeira unificação das pulsões sexuais” (LAPLANCHES & PONTALIS, 2016, p.287).

Nesse plano, que é metapsicológico, o narcisismo diz respeito ao nascimento do ego e faz parte da evolução normal da libido. Esta, que no autoerotismo se satisfaz de forma anárquica e fragmentária, se unifica tomando o próprio ego como objeto de amor para, depois, se dirigir aos demais objetos do mundo (MINERBO, 2014)

O narcisismo seria então, um protetor do psiquismo e um integrador da imagem corporal, em que investiria o corpo e lhe daria dimensões, proporções e a possibilidade de uma identidade, de um Eu. A teoria freudiana nos aponta duas

fases narcísicas, que seriam o narcisismo primário e o narcisismo secundário.

Em Freud, o narcisismo primário designaria, de um modo geral, o primeiro narcisismo, ou seja, o narcisismo da criança que toma a si mesma como objeto de amor, antes de escolher objetos exteriores. (LAPLANCHES & PONTALIS, 2016, p.290).

No texto introdutório sobre o narcisismo de 1914, Freud postula que a criança teria no narcisismo primário, na verdade, dois objetos sexuais, ele próprio e a mulher que cuida dele, o que poderia manifestar-se de forma dominante em sua escolha objetal mais a frente (FREUD, 1914, p33).

Nesse mesmo percurso teórico, ele complementa trazendo ao exposto, que o narcisismo primário, seria a premissa de suas teorias sobre a libido, onde pela atitude afetuosa dos pais para com os filhos, teríamos o reconhecimento de que ela se trataria de uma revivescência e reprodução do próprio narcisismo dos pais, os quais há muito abandonaram. Uma relação de investimento que levaria os pais a atribuírem aos seus *infans*, todas as perfeições e todas as suficiências a que um dia foram-lhe sub-rogadas, protegidos de todas as necessidades e todas as doenças. Uma onipotência onde as leis da natureza e da sociedade seriam revogadas em favor de “Sua majestade o bebê”, como um dia esses pais pensaram de si mesmos. (FREUD, 1914, p37).

Já no narcisismo secundário, teríamos, segundo Freud, um retorno ao ego, da libido retirada dos investimentos objetais, e que apareceriam pela incorporação dessas catexias. Em Laplanches&Pontalis, encontramos que para Freud, o narcisismo secundário não designaria apenas certos estados extremos de regressão; ele seria uma estrutura permanente no sujeito: a) no plano econômico, onde os investimentos de objeto não suprimiriam os investimentos do ego, existindo antes, um verdadeiro equilíbrio energético entre estas duas espécies de investimentos; e b) no plano tóxico, onde o ideal do ego representaria uma formação narcísica que nunca seria abandonada.

Com o exposto, torna-se válida a melhor compreensão sobre a formação dessas instâncias ideais no desenvolvimento do ego, sobretudo por sua importância para a economia psíquica e considerando a influência da cultura para este processo.

Freud (1914) destacou que a formação dos ideais constituiria um dos caminhos percorridos pela libido no sentido do afastamento da posição narcísica originária. O autor introduziu o conceito de *ego ideal*, instância anterior ao superego e que poderia ser compreendido como um ego originário, concebido como, já vimos, por um ideal narcísico de onipotência (Laplanche & Pontalis, 2016). Por sua onipotência narcísica, o *ego ideal* não reconheceria a falta ou a alteridade, sendo como um delírio de grandeza, que mais a frente virá a ser abandonado, pela crítica e censura, e que resultará em um *ideal do ego*, próprio, vigilante e que se compara ao ego ideal, conformando-se ou não a esse novo modelo (FREUD, 1914. p.42-43). Neurotizando ou psicotizando no processo.

No narcisismo estariam em jogo pulsões de autoconservação e sexuais, o que coloca o indivíduo numa existência dúplice entre garantir a sobrevivência ou servir a seus próprios desejos, desejos esses mesclados com as demandas parentais e culturais.

Ribeiro e Cremasco descreveram a importância da relação entre mãe-bebê para a inscrição do narcisismo primário e, conseqüentemente, do ego ideal, já que é neste momento que se inscreve no bebê uma imagem jubilosa de si. Em seus escritos, elas destacaram de Pinheiro, Quintella e Verztman (2010), a questão do olhar materno na subjetivação do bebê, ressaltando que quando o olhar materno não circunscreve este sujeito, não o insere na dinâmica da pluralidade identificatória, restando ao bebê apenas uma profunda identificação com o nada, que o lança em um vazio sem precedentes. (RIBEIRO, 2016).

Esse vazio costuma ser queixa constante na clínica de pacientes obesos que tentam, por intermédio da comida, não somente tamponar o vazio corporal, mas afastar-se da angústia desse vazio, normalmente expressa em sensações corporais não descritíveis ou representáveis, que os levam compulsivamente a comer. E seria justamente nisto que não tem palavra nem representação que ocorreria a aproximação de uma pulsionalidade em seu estado mais puro (RIBEIRO, 2016).

Contextualizando com a cultura, Freire & Andrada (2012) nos descrevem que, uma das marcas características da contemporaneidade, no que diz respeito aos processos de subjetivação atuais, é a sua consequência em termos de corporificação do mal-estar psíquico, que surge sob a forma de novas modalidades de sofrimento ou, como denomina Julia Kristeva, as novas doenças da alma. O

tipo “clássico” de padecimento neurótico vem perdendo terreno para a proliferação categoria dos “novos sintomas” - incluídos aí os transtornos alimentares - que emergem como patologias do ato. Nestes casos, o mal-estar aparece na forma de uma marca muda, impressa no corpo, testemunha de um precário investimento libidinal nos primórdios da vida psíquica. O corpo funcionaria como uma expressão da dificuldade daquele que sofre de algum transtorno alimentar em chegar à palavra, evidenciando sua dificuldade de simbolização (FREIRE&ANDRADA, 2012).

Um recorte clínico poderá nos ajudar na melhor compreensão dos capítulos que lemos até aqui.

5. Recorte Clínico - Obesidade como sintoma, do que esse corpo quer tratar?

Foi em maio de 2018, após algumas experiências recentes com outros profissionais de saúde, que M.F buscou meu atendimento para mais uma vez tentar um emagrecimento. Aos 57 anos, solteira, sem filhos e morando sozinha, ela me trouxe de uma forma muito bem detalhada tudo que acontecera em sua vida, ao longo dos seus últimos 10 anos, em que refere ter aumentado o peso de 95kg para os, então aferidos, 140kg.

Nesse primeiro encontro ela me expôs uma história de significativas perdas e danos, que incluíram, o falecimento de duas irmãs e o acúmulo de limitantes dívidas financeiras, que foram atribuídas aos cuidados de uma delas, portadora de uma doença neurológica.

Com muito pesar, ela citou que por tais situações, teve de abrir mão de uma apreciada vida em Porto Alegre e ter de retornar ao Rio de Janeiro, renunciando ao emprego que afirma ter sido o melhor que já teve, e ao dia a dia prazeroso proporcionado pelo circuito cultural da capital gaúcha.

De volta ao Rio, disse ter optado, então, pela estabilidade de um emprego público, mas que ao mesmo tempo que supriu uma demanda de segurança financeira, a fez reduzir o comum entusiasmo que sempre tivera ao realizar suas atividades laborais, “fossem elas quais fossem, rendessem elas o que rendessem”.

No atual emprego, ela mantém bem poucos relacionamentos, discorda muito da postura de seus colegas e refere com constância, que a única coisa que lhe dá alguma motivação de seguir até sua aposentadoria, é o fato de seu trabalho, por ser público, entregar algo para a sociedade.

Perguntado a M.F sobre aspectos nutricionais, dos quais ela poderia considerar serem os fatores a terem contribuídos para seu aumento ponderal, ela trouxe a desorganização e falta de cuidados com sua rotina alimentar como pontos principais, e disse que apesar de amar “comidas naturais”, estava preferindo comidas mais práticas, rápidas, que a “enchessem” e que fossem

“verdadeiramente” gostosas.

Questionada sobre comportamentos compulsivos ela relata alguns poucos, mas curiosos, episódios em que comia de forma exagerada, “sonhos de padaria”, recheados com doce de leite... comprados de tantos em tantos em algumas padarias diferentes, para evitar, segundo ela, julgamentos. Nessa hora, M.F lembra saudosamente, do doce de leite que sua mãe frequentemente fazia como sobremesa, aos domingos.

Ao final da primeira consulta, apesar da afirmação de não conseguir se ver mais a frente emagrecida, M.F se mostrou muito interessada e esperançosa com o fato de estar agora sob os cuidados da Nutrição Funcional e da Fitoterapia, especializações que a fizeram buscar um novo acompanhamento.

Com mais de 2 anos de acompanhamento, apesar do melhor controle alimentar e uma real implicação em seus cuidados dietéticos, M.F apresenta, uma intrigante resistência para redução de seu peso. Médicos já foram consultados e nenhum impedimento acontece de forma clínica, o que inclina a percepção sobre sua obesidade para um possível fenômeno da psicossomática.

Parece que de alguma maneira, esse corpo trabalha de forma ardilosa e contraria tudo que é feito para o alcance dos objetivos da paciente... às vezes até como se fosse uma outra personalidade, o que pode ser observado em um especial tratamento em 2ª pessoa, que M.F costumeiramente se da:

“As vezes me pego querendo colocar tudo em dobro ou triplo no prato, mas logo falo: M.F, isso vai dar certo para você? Você realmente precisa disso?”

Tentar ouvir, então, o que sua obesidade quer nos dizer, passou a ser o fio condutor de nosso acompanhamento, e abrir espaço para essa escuta, de forma ritmadamente semanal, culminou em achados bem interessantes, sobretudo no campo do sensível.

O primeiro deles foi em relação a necessidade do olhar, onde em uma situação ocorrida no metrô, M.F citou ter se sentido vista de uma forma diferenciada, em virtude de seu tamanho corporal e, não só assim, como também investida de cuidados por conta dele. Em tal ocasião, M.F foi conduzida discreta e gentilmente por uma funcionaria da estação, até uma passagem especial para as

plataformas de embarque, evitando que ela passasse, como disse, pelas apertadas catracas de acesso... em meio a tantas pessoas, indo e vindo, não só a passagem era especial, mas ela própria assim se sentiu... disse ter sido como um olhar exclusivo sobre ela... como se alguém tivesse se importado de tornar sua viagem pelo metro livre de qualquer tipo de risco que pudesse afetar a sua integridade não só física, como moral.

Curioso, é que M.F vem da seguinte estrutura familiar: seus pais, tiveram casamentos anteriores, o pai já tinha 1 filha e a mãe 2 filhas (as duas que faleceram inclusive). Com a união do casal, nasceu M.F, e logo depois dela, vieram mais 3 irmãos, todos homens, tornando M.F. não só a filha do meio, mas a que liga os dois núcleos de irmãos, os 3 dos casamentos anteriores do pai e da mãe, e os 3 do casamento de seus pais como um casal... sendo ela também a filha que une/separa as 3 irmãs mulheres dos 3 irmãos homens... como se fosse uma espécie de eixo que liga duas metades... como se fosse uma coluna que liga os dois lados de um corpo... algo que estrutura.

Para completar essa curiosidade estrutural, aos 20 anos de M.F, seu pai resolveu colocar a casa da família em seu nome, dizendo que somente ela faria o justo na hora de dividir esse bem entre todos os irmãos num futuro. M.F não era então somente o eixo de ligação, desses dois lados, era um eixo com responsabilidades de manter também o equilíbrio... não poderia tombar em demasia, nem para um lado e nem para o outro... M.F como um eixo forte... talvez para aguentar prováveis tentativas de trancos.

Seguindo na atenção dada as possíveis representações de seu corpo, um dia M.F resolve me falar sobre sua função intestinal, do quanto que ela começou a reparar o desempenho desse órgão variando de acordo com sua rotina do trabalho. Como ela está na fase final de seu doutorado, obteve liberação de seu chefe para ficar alguns dias da semana em casa no intuito de concluir sua tese. Nesses dias de dispensa, M.F refere que seu intestino funciona exatamente do jeito que gosta... as fezes são macias, de boa qualidade e boa eliminação, mas no dia em que trabalha em sua repartição, ir ao banheiro, mesmo que quando já em casa, não possui nada de agradável... as fezes parecem não querer sair de seu corpo, segundo ela.

Ao lembrar que a paciente tem uma relação bem pouco amistosa com seu trabalho e seus colaboradores, essa capacidade retentiva do intestino, me faz

pensar no que a psicanalista Francis Tustin nos trouxe, a partir de seus estudos com pacientes autistas, sobre a “produção de formas” a partir das substâncias do corpo (fezes, urina, alimentos...), criando assim um continente físico no corpo do bebe. A retenção das fezes citadas por M.F parece, muito em suas falas, transmitir algo como que: “se eu mantenho dentro, eu não perco a minha forma... eu mantenho meu continente... eu não me esvazio... eu não me perco de mim mesma...”.

M.F me trás ainda, outras passagens que demonstram claramente a necessidade desse tipo de anteparos, agora mais tátil, como, por exemplo, quando ela me diz, que descobriu um grande prazer ao se deitar no sofá no final da tarde. Ela cita que, no momento que isso se dá, é como se ela estivesse em um colo... como se o sofá a acolhesse numa espécie de *holding* winnicotiano... o que automaticamente me remeteu à importância e conforto emocional da proteção e sustentação da junção costas-nuca-cabeça observada por Geneviève Haag.

G. Haag fala sobre posição fetal e o útero materno apoiando esse conjunto, e depois cita o colo materno, que durante os cuidados e a amamentação, imprimam no bebe as experiências bucais e visuais.

Por fim, fecho esse caso clínico com uma ocorrência bem recente, já durante o período de isolamento em virtude da pandemia do Covid-19. Neste dia, M.F estava extremamente preocupada com duas situações: uma retenção hídrica em suas pernas e uma sensação de que sua pressão arterial estaria elevada. Preocupada, pedi para que ela me mostrasse suas pernas pelo vídeo e orientei que pressionasse a região com as pontas dos dedos para avaliar a formação de cacifos (depressões que se formam ao toque em caso de edemas)... curiosamente não surgiram as depressões... segui perguntando se ela se sentia segura em aferir a pressão arterial em casa sozinha, uma vez que ela possuía aparelho para tal, e ela disse que sim... nesse momento, sugeri que chamasse algum vizinho, mas ela preferiu fazer sozinha. Sua pressão arterial, aferida por 3 vezes, com intervalos, estava normal... pedi, então, que me descrevesse as sensações com mais detalhes e ela me trouxe:

“sinto como se meus músculos estivessem encharcados a ponto de se romperem e se esvaírem em água e sinto que posso explodir como uma panela de pressão...”

Proferida a fala, logo me ocorreu Winnicott em suas angústias impensáveis... o medo da dissolução e da explosão sentidas pelos bebês.

Passei a conduzir o contato na tentativa de acalmar a situação, e sem que pudesse fazê-la sentir-se desmentida, tentei oferecer algum sentido para essas sensações. Perguntei o quanto que ela estava saindo de casa, e ela me dissera que muito pouco, no máximo para ir à farmácia ou ao mercadinho próximo... completou dizendo que suas interações pessoais ficaram desde o início do isolamento restritas as chamadas de vídeos e ligações... Rapidamente, ela retoma com uma certa animação, a lembrança de que no dia anterior ao nosso contato, foi um dia em que mais longe saiu de casa, e também o que mais tempo ficou na rua (por volta de 3 horas)... me recordei, nessa hora, das sensações extremas sentidas pelos pacientes autistas relatados por F.Tustin quando eles acessam o olhar tridimensional... fiz a analogia da saída do isolamento com sensações extremas e fez bastante sentido para ela, na hora... Nessa, retomei em minhas lembranças, sua necessidade em ser olhada e cuidada, aquela percebida no metrô, pedi que prestasse atenção aos sintomas, que falasse com um familiar sobre os mesmos e que buscasse ajuda médica para que ficássemos, nós duas, mais tranquilas.

Percebo que as angústias que passam por M.F. refletem algo que a ameaça frente ao seu existir. Seu corpo obeso, parece cuidar para que algo não se apague, desmorone, deságüe ou evapore pelos poros, o que mostra como um corpo obeso pode revelar a fragilidade da constituição de sua subjetividade, expondo de forma explícita o “esburacamento” de um ego corporal.

6. Nutrição e psicanálise, orientando um comer para além da função biológica

Para começar este capítulo, torna-se relevante, trazer um pouco mais sobre a ciência da nutrição e a compreensão de sua finalidade, onde temos que a nutrição como ciência passou a ganhar relevância no início do século XX (TOLOZA, 2003), e foi no período entre guerras, da Primeira e Segunda Grande Guerra, que ela emergira como prática clínica (FIUT, 2020).

A nutrição tem como finalidade básica, contribuir para o processo de saúde das populações, visando a melhoria do estado nutricional dos indivíduos, e consequentemente, de sua saúde. O estudo da nutrição, tem como objetivo geral, investigar os alimentos e suas relações com a saúde, o seu valor nutritivo, o metabolismo, o equilíbrio das dietas e os fatores que interferem na saúde, os quais podem ser sociais, psicológicos, culturais e econômicos (FIUT, 2020).

Em 1937, o médico argentino Pedro Escudeiro, criou as chamadas “Leis da alimentação”, que seriam as premissas básicas para elaboração de um plano alimentar saudável, e que poderiam, por ela, garantir o crescimento, manutenção e o desenvolvimento saudável em humanos (FIUT, 2020). Os quatro elementos básicos dessas leis seriam: “Qualidade, Quantidade, Harmonia e Adequação”(FIUT, 2020), onde coma alimentação quantitativamente suficiente, qualitativamente completa, harmoniosa e adequada em nutrientes, teríamos, enfim, uma alimentação satisfatória

Do final dos anos 90 até os dias atuais, tivemos muitas mudanças e avanços nas pesquisas em saúde, sobretudo na área da nutrição e alimentação. Podemos observar um crescente nos estudos e “pseudo-estudos”, que abordam múltiplas estratégias para apoio nutricional. Da “Dieta das Proteínas de South Beach”, passando pela “Dieta do Tipo Sanguíneos”, até as mais recentes “LowCarb” e “Jejum Intermitente”, nos surge a cada ano as mais diversas ou aprimoradas alternativas para a vida perfeita alimentar e a saúde longa. Para o tratamento da obesidade, essa diversidade de estratégias passa a pertencer a um

leque, ou por que não, um cardápio, de possibilidades, onde inclusive o sujeito obeso pode experimentar todas elas de forma seqüencial e, muitas vezes, repetida, o que alguns profissionais de saúde denominam por “Ciclo de estratégias” ou “Periodização dietética”.

Deparamo-nos hoje com promessas de uma vida mais longa, feliz e saudável, como as compartilhadas pelos habitantes das chamadas “Blue Zones” e seus gloriosos estilos de vida e alimentação, tornando-os modelos a serem alcançados, mesmo que a realidade social circundante seja bem diferente, assim como os mares que banham seus litorais não sejam tão azuis.

Mas se por um lado existe um mundo tão vasto de oportunidades, tem-se por outro que será necessário performar para o alcance dos resultados que delas podem ser adquiridos. Um anseio de viver bem, que para muitas pessoas pode tornar-se, contraditoriamente, um grande mal-estar, mexendo com suas potencialidades e desencadeando inseguranças. Comer algo a mais ou a menos, fora da listagem, com ou sem glúten, com ou sem lactose, zero açúcar, com ingredientes do bem, do mal... dormir cedo, dormir tarde, de acordo com a cronobiologia, ou *clockcircadian*... exercitar-se na hora ideal, na hora do hormônio x, y, z... com o possível reduzindo cada vez mais seu espaço e abrindo frente para um enquadramento rígido e inconsistente. O ato de se alimentar, tão natural e primordial, passa a se desviar para uma zona problemática e, muitas vezes, patológica... assim como a obsessão com o corpo físico, aquele que vai conter a saúde.

Quando pensamos no sujeito obeso, em um contexto cultural de consumo irrefreável, em que ele está invariavelmente submetido às exigências de saúde, beleza e bem-estar, estar acima do peso, mostra-se também como um paradoxo: o ideal de corpo magro opera como exigência sempre inalcançável, que lança, em contrapartida, os sujeitos na compulsão por comer como recurso de enfrentamento da frustração decorrente dessa permanente inadequação.

Temos ainda, que na conjuntura da obesidade, o acúmulo de gordura corporal, pode vir a ser expressão física de processos neuróticos não verbalizáveis. O obeso encontra, no corpo, uma forma de expressar aquilo que não pode ou não consegue expressar pela via da fantasia, do sonho ou da linguagem. O obeso sente, mas, não conseguindo significar a sensação como linguagem falada, ele significa

no corpo (VARELA, 2006).

Partindo da idéia de que há uma falha no processo de simbolização, o obeso fica colocado como um paciente psicossomático, que, por sua vez, está no centro da metapsicologia freudiana, elegendo a teoria das pulsões como ferramenta teórica para abordá-las(VARELA, 2006).

O nutricionista tem como objetivo promover a nutrição, buscando a segurança alimentar e a atenção dietética, visando manter, impulsionar e recuperar a saúde e a prevenção das doenças, procurando contribuir para a melhoria da qualidade de vida do sujeito. Por outro lado, manter sua escuta ampliada para as questões que vão além do aporte biológico, podem servir de apoio a identificação do quanto o sujeito estaria disponível para implicação nesse tipo de cuidado.

Como se tratam de pacientes que freqüentemente já percorreram outras tentativas de emagrecimento, entender um pouco mais sobre a representação de seus excessos, poderia contribuir para que repetições traumáticas de insucessos fossem minimizadas, assim como entender a dinâmica do afeto neste corpo pulsional, poderia tornar o processo melhor suportável, frente à possíveis ameaças de desamparo.

Pegando emprestado de Michael Balint, traçar um “novo começo” com o sujeito, uma construção em conjunto mais segura e ao passo que ele vai amadurecendo.

7. Considerações finais

Gostaria de finalizar esse trabalho com uma reflexão acerca de seu título: “O corpo na obesidade - Quanto pesa o afeto nesse m^2 ?”

Ao longo de minha prática clínica, pude fazer parte da história de centenas de pessoas obesas, boa parte delas chegando ao meu consultório, como se ali fosse um santuário, onde muito provavelmente um grande milagre estaria prestes a acontecer, e seus anseios por um corpo magro, próximo de uma realização.

Quando conversávamos sobre suas experiências anteriores, passei a perceber um movimento de repetição, mas um movimento que não era somente ligado as questões alimentares, nem sempre compulsivas, mas na busca incessante pelo profissional ideal, aquele que faria diferente, que seria a última esperança, que faria dar certo!

Nessa expectativa, me descobri inúmeras vezes absorvendo a necessidade de obtenção de resultados mais para mim, do que para aquele que ali se sentava a minha frente no atendimento, e claro, por muitas vezes falhei na efetividade do tratamento, e aí já não se tinha mais um sujeito frustrado, e sim dois.

Com o amadurecimento e a experiência clínica, comecei a compreender que se fazia necessário entender mais sobre a história desse paciente e de seu ganho de peso, identificando possíveis elementos que deram apoio à construção desse corpo obeso, para que, tecnicamente, eu pudesse melhor intervir, e de forma alinhada a sua disponibilidade para mudanças.

Tratar a obesidade, será sempre tratar além de um corpo físico preenchido de massas magras e gorduras. Tratar um corpo na obesidade, será sempre falar além do m^2 que esses tecidos habitam. Por uma outra dimensão, poderíamos compreender tais preenchimentos como as vozes inaudíveis que desejam expressar suas representações e fragmentos soltos.

Levados esses elementos a uma tessitura, torna-se possível viabilizar, com o paciente, alguma forma dele lidar melhor com seus enfretamentos.

Referencias

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016* / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP

BERG, Raquel. *Medicina, Freud e Obesidade: diálogos multidisciplinares sob a perspectiva de Foucault*. Ágora (Rio de Janeiro) v. XIV n. 2 jul/dez 2011 183-195.

BIRMAN, J. *As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico*/ Joel Birman – 7ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020 – Para ler Freud.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

CARVALHO, V.N, COUTO, A. N, VITIELLO, I.P, SEVERGNINI, C, POHL, H.H. *Consumo de alimentos processados/ultraprocessados e in natura por adultos e sua relação com o estado nutricional*. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo. v. 14. n. 84. p.66-72. Jan./Fev. 2020.

DIDIER, Anzieu. *O eu-pele* / Didier Anzieu; tradutoras Zakie Yazigi, Rosali Mahfuz; revisora técnica Latife Yazigi. — São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

FERNANDES, Maria Helena. *Corpo* - 4. ed. - São Paulo : Casa do Psicólogo, 2011

FIUT, M.A. *Doenças contemporâneas relacionadas a alimentação – contribuições da psicanálise*/ Maria Angélica Fiut – 1. Ed. – Curitiba: Appris, 2020.

FONSECA, P.C.A. *Obesidade como sintoma: algumas considerações sob a ótica da psicanálise*. Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0164.pdf>

FONTES, I. *A descoberta de si mesmo: na visão da psicanálise do sensível*. São Paulo: Ideia e Letras, 2017.

FONTES, I. *A ternura Táctil: O corpo na origem do psiquismo*. Revista Psyche, ano X, n17, São Paulo, p109/120, Jan/ Jun 2006.

FONTES, I. *Psicanálise do Sensível – Fundamentos e Clínica*. Aparecida, SP. Ed Idéia e Letras, 2010.

FREIRE, D.S& ANDRADA, B.C.C. *A violência do / no corpo excessivo dos transtornos alimentares*. Caderno de Psicanálise.- CPRJ, Rio de Janeiro, v. 34, n. 26, p. 27-36, jan./jun. 2012

FREUD, S. (1976). *Além do princípio de prazer*. In S.Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1920)

FREUD, S. (1977). *Inibições, sintomas e ansiedade*. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. 20). Rio de Janeiro: Imago.(Publicado originalmente em 1926)

FREUD, S. (1980). *Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II)*. In S.Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1914)

FREUD, S. (2010). Obras completas, volume 12: *Introdução ao narcisismo (1914)* / Sigmund Freud ; tradução e notas Paulo César de Souza — São Paulo : Companhia das Letras, 2010

FREUD, S. (2010). Obras completas, volume 12: *Os instintos e seus destinos (1915)* / Sigmund Freud ; tradução e notas Paulo César de Souza — São Paulo : Companhia das Letras, 2010

FREUD, S. (2011). Obras completas, volume 16 : *O eu e o id, (1923)* / Sigmund Freud ; tradução Paulo César de Souza — São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, S. (2014). Obras completas, volume 13: *Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)* / Sigmund Freud; tradução Sergio Tellaroli; revisão da tradução Paulo César de Souza. — 1 a ed. — São Paulo: Companhia das Letras,

2014.

FREUD, S. (2016). Obras completas, volume 6 : *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905)*/ Sigmund Freud ; tradução Paulo César de Souza. — 1a ed. — São Paulo : Companhia das Letras, 2016.

LAPLANCHES & PONTALIS. *Vocabulário da Psicanálise*, 4ª Ed – São Paulo: Martins Fontes – selo Martins, 2016.

MACHADO, Maria Goretti. *A obesidade para o obeso: uma leitura psicanalítica* / Maria Goretti Machado. Belo Horizonte, 2011. 105 f. Orientadora: Jacqueline de Oliveira Moreira. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

MCDUGALL, J. *Teatros dos Corpos – O psicossoma em psicanálise* – WMF Martins Fontes, 2013.

MORAISA, A. M, CARVALHO, K., CATTANIA, M.F.M. *Genes do metabolismo associados a Obesidade*. VII Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG & V Salão de Extensão. Caxias do Sul – RS, de 30 de Setembro a 03 de Outubro de 2019

MINERBO, M. *Sofrimento narcísico: diálogo com um jovem colega*. *Jornal de Psicanálise* 47 (86), 207-223. 2014

NICÉAS, C.A. *Introdução ao narcisismo: o amor de si*/ Carlos Augusto Nicéas – 2ª Ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017 – Para ler Freud.

NUNES M.A, APPOLINÁRIO J.C, ABUCHAIM A.L, COUTINHO W. *Transtornos alimentares e Obesidade* - 2 ed - Porto Alegre: Artmed; 2008.

PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. *Sobre a importância do corpo para a continuidade do ser*. *Revista Mal-estar e Subjetividade* – Fortaleza – Vol. VIII – Nº 4 – p. 927-958 – dez/2008

POGGI, B.G. *O movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram a cirurgia bariátrica*/ Bibiana da Gama Poggi. Orientadora: Edilene Freire de Queiroz, 2007. 147f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco – Pro- reitoria de pesquisa e pos graduação, 2007.

PRADO, W.L, LOFRANO, M.C, OYAMA, L.M, DÂMASO, A.R. *Obesidade e Adipocinas Inflamatórias: Implicações Práticas para a Prescrição de Exercício*. Revista Brasileira de Medicina e Esporte – Vol. 15, No 5 – Set/Out, 2009

RECALCATI, M. “*O ‘demasiado cheio’ do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade*”. In: Latusa. Rio de Janeiro, no 7, 2002.

RIBEIRO, Camila Chudek, Maria Virginia Filomena. *Comer para morrer – a obesidade sob a ótica da psicanálise* – Curitiba, 2016. Orientadora: Maria Virginia Filomena Cremasco. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Setor de Ciências Humanas – Universidade Federal do Paraná – 2016.

SEIXAS, C.M. *Comer, demandar, desejar: Considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na obesidade*, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2009.

SEIXAS, C.M. *Dimensões clínicas do ato na obesidade: compulsão por comer e sintoma na perspectiva psicanalítica*. Psicologia em Estudo, v. 24, e 40350, 2019

SEIXAS, C.M & BALBI L.M. *Libido e angústia: economia de gozo na obesidade*. Psicologia Clinica, Rio de Janeiro, vol. 25, n.1, p. 129-143, 2013.

TOLOZA, Daniela Cervo. *Nutricionista: Um Histórico da profissão ate os dias atuais*. Monografia (especialização) – Universidade de Brasília – Centro de Excelência em Turismo. Brasilia, 2003.

TOREZAN, Z.Z.F & AGUIAR, F. *O Sujeito da Psicanálise: Particularidades na Contemporaneidade*. Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza - Vol. XI - Nº 2 - p. 525 - 554 - jun/2011.

VARELA, A.P.G. “*Você tem fome de quê?*” Psicologia ciência e profissão, 2006, 26 (1), 82-93

VIDO, M.P.V, PIRES, F.E.S.S, CARVALHO, A.C.C, TRAJANO, V.S. “*Muito Além do Peso*” – *Uma Discussão sobre Obesidade numa Dimensão Pedagógica*”. Ensino, Saúde e Ambiente – V13 (1), pp. 258-279, Abr. 2020.

VIGITEL BRASIL 2019: “*Vigilância de fatores de risco e proteção para*

doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

UEHARA, M.H & MARIOSIA, L.S.S *Obesidade: Etiologia e historia natural*. In: ZANELLA, M.T. & CLAUDINO, A.M. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp – Escola Paulista de Medicina: Transtornos Alimentares e Obesidade* – São Paulo: Manole, 2005.

VILHENA, J.& NOVAES, J.V. *Da memória da fome à obesidade como sintoma. Sobre estética, corpo e sofrimento psíquico*. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/269574861>.

WINNICOTT, D. (1958) *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2000.

ZANELLA, M.T. & CLAUDINO, A.M. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp – Escola Paulista de Medicina: Transtornos Alimentares e Obesidade* – São Paulo: Manole, 2005.

YUDKIN JS. *Adipose tissue, insulin action and vascular disease: inflammatory signals*. Int J Obesity. 2003;27:S25-8.