



**Juliana Ilele**

## **SÓ É GORDO QUEM QUER?**

**A obesidade como manifestação somática.**

### **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: Prof. Dirce de Sá Freire  
Co-orientador: Prof. Izidoro Flumignan

Este trabalho é dedicado a Anita minha gatinha que ficou ao meu lado e foi testemunha de todas as horas de pesquisa, escrita, certezas e incertezas que passei na frente deste computador. Ao meu marido que sempre manteve o bom humor e a paciência frente ao mau humor que se abateu sobre mim em vários momentos desse projeto. À minha mãe que sempre, sempre acredita que terei sucesso nas minhas empreitadas.

## **Agradecimentos**

Aos meus queridos professores da especialização que com muito carinho, paciência e dedicação fizeram através de suas aulas ter valido ainda mais a pena concluir este trabalho e esta etapa da minha vida.

A todas as minhas colegas e ao meu colega Alexandre. Foi muito bom voltar para sala de aula fazendo parte deste grupo, a cada encontro saía renovada.

À Dirce minha orientadora que entendeu as circunstâncias de minha mudança de rumo me acolhendo, além de ter tido o cuidado e o carinho de devolver meu trabalho corrigido sempre na data marcada, apesar dos imprevistos que a vida impõe.

## Resumo

Ilele, Juliana. **Só é gordo quem quer? A obesidade como manifestação somática**. Rio de Janeiro, 2019. 40 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A chamada lipofobia está fortemente presente em nossa sociedade atual, em que padrões estéticos de magreza excessiva são impostos a todos nós. Atributos como: bem sucedido, saudável, bem cuidado e até mesmo bom caráter são designados para uma pessoa magra, porém ao se designar a um obeso essas características não são consideradas. A obesidade é considerada uma demonstração de fraqueza e preguiça, é vista como uma escolha e tratada como um defeito moral. O médico João Uchoa Jr. defende essa idéia em seu livro "Só é gordo quem quer". Porém o que se pode perceber é que o número de obesos só aumenta a cada dia no Brasil e no mundo. Provando que é uma questão muito mais ampla, que deve considerar muito mais fatores do que a mera diminuição ou aumento de manequim, que não uma questão de escolha. Diante de tantas questões que cercam a obesidade é possível se pensar pela via da psicanálise que há algo mais profundo relacionado a ela, algo que para o sujeito se encontra encoberto. O presente trabalho teve como objetivo mostrar através de revisão bibliográfica, inclusive *online* de artigos, livros, revistas e sites sobre alguns dados disponíveis na literatura, que o paciente obeso deve ser olhado para além de seu peso. Que sua história de vida desde o nascimento e como se deu seu crescimento influenciam em sua forma de se relacionar com o mundo a sua volta. Que é fundamental se considerar os aspectos psicológicos envolvidos no surgimento e manutenção da obesidade, pensando nessa condição como uma manifestação somática. O objetivo foi contribuir na ampliação do olhar lançado para o paciente obeso em tratamento psicoterápico. Concluindo assim que “não é gordo quem quer, mas quem tem propensão a sê-lo” (Alfredo Halpern – Obesidade: mitos e verdades).

## Palavras-chave

Obesidade; Psicanálise; Sintoma; Oralidade; Pulsão

## Sumário

Introdução	9
1. O que é obesidade?	12
1.2. O peso da obesidade no Brasil	14
1.3. Obesidade na história da humanidade	17
2. A obesidade é uma manifestação de sofrimento psíquico?	21
2.2. Fase oral e o alimentar-se no lugar de afeto	24
3. A obesidade pode ser um sintoma?	29
3.2 .Obesidade como prótese psíquica	31
Considerações finais	34
Referências	38

## Lista de figuras

Figura 1 – Fórmula para cálculo de índice de massa corpórea	<b>Erro!</b>	<b>Indicador</b>
<b>não definido.</b>		
Figura 2 - Classificação do peso corporal pelo IMC de acordo com a OMS.....	13	
Figura 3 - Prevalência em porcentagem, de obesidade e desnutrição em três décadas, em duas regiões do Brasil.....	15	
Figura 4 – Custo da obesidade para o SUS.....	17	



“Não é gordo quem quer mas quem tem propensão a sê-lo”  
Alfredo Halpern

## Introdução

Só é gordo quem quer. Essa afirmativa, título do livro feito nos anos 1980 pelo médico anestesista João Uchôa Jr., lança luz sobre uma visão preconceituosa que nossa sociedade tem sobre os obesos: de que é uma escolha estar acima do peso.

Segundo Stenzel (2003) atualmente a sociedade nos bombardeia com "supostas" soluções para o problema da obesidade. Temos nos supermercados uma profusão de alimentos diet e light, a todo momento surgem novas medicações milagrosas para emagrecer; os meios de comunicação são cheios de material sobre emagrecimento que contém uma mesma mensagem: Depende de você. Você pode mudar sua vida; isto é, ser gordo é mesmo uma escolha. Será que realmente funciona dessa forma?

A obesidade é descrita como provavelmente a enfermidade metabólica mais antiga do ser humano. Desde a antiguidade, existem relatos e figuras de pessoas obesas e em algumas sociedades antigas a obesidade chegou a ser sinal de beleza. "Um das primeiras representações da forma humana nomeada de Vênus de Willendorf é datada do período Paleolítico (20.000 até 30.000 a.C.) e trata se de uma estátua de uma mulher extremamente obesa com grandes peitos e abdome enorme". (LOLI, 2000 p.17). O corpo obeso como podemos notar, nem sempre foi sinônimo de algo pejorativo como é atualmente considerado por grande parte da sociedade, houve um tempo em que ser obeso era sinonimo de status. Diante disso o corpo obeso ocupou no passado um lugar de destaque fazendo parte das telas do renascimento.

No século XIX compreendia – se a obesidade como o resultado de problemas morais ou ainda de problemas psíquicos. Desse modo, o obeso passou a ser visto como uma pessoa com problemas de auto estima, com restrições intelectuais, com mal funcionamento mental, covarde e egoísta. A obesidade era associada também à falta de caráter e auto indulgência. (VIGARELLO 2012)

Atualmente a obesidade não apenas é considerada uma doença, como também tornou – se um fenômeno mundial. Durante as últimas décadas ela passou a ser uma doença, de alta prevalência em países desenvolvidos e agora vem atingindo países

em desenvolvimento em todos os níveis socioeconômicos. A obesidade se caracteriza por ser uma doença crônica multifatorial, marcada pelo excesso de peso, cujo processo de adoecimento sofre influência de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos e ambientais. É descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) como uma epidemia global, definida como excesso de gordura corporal relacionada à massa magra.

Levando em consideração a multifatorialidade que pode levar uma pessoa a se tornar obesa, ela passa a ser uma doença de difícil tratamento, de modo que é pouco provável o controle total de fatores externos, como por exemplo, a cultura que influencia diretamente na constituição do sujeito, e ainda, o controle de fatores psíquicos que, na maioria das vezes, encontram-se desconhecidos para as pessoas que sofrem desse problema.

Edler (2017) destaca que paralelo ao aumento do número de pessoas obesas, surgiu a supervalorização da aparência. O bem estar é listado como um dos principais atributos para a felicidade, ser magro se tornou um valor universal e conservar a magreza um dever. A sociedade contempla a busca frenética por um desejado corpo, por meio das mais avançadas tecnologias, da medicina, das academias de ginásticas, dos centros de estética, de produtos de beleza, mesmo que para isso a saúde seja sacrificada. Cria-se um ideal de beleza do corpo, que deve ser alcançado de qualquer maneira, e em alguns casos paga-se um preço muito alto por isso. Visando apenas os valores externos o sujeito muitas vezes fica limitado a eles ignorando assim suas possíveis questões internas, que podem estar influenciando na sua obesidade.

Diante das exigências do mundo contemporâneo, os homens vivem apressados, estão sempre buscando acesso a tudo que surge de novo, e que passa automaticamente a ser imprescindível na vida dessas pessoas, consumindo vorazmente e por outro lado completamente sem tempo para investirem na vida interior. Sem condições de refletirem sobre os acontecimentos as pessoas são absorvidas por eles, nem sempre conseguindo digeri-los e elaborá-los. (EDLER, 2017)

Como já foi dito, a sociedade atual vem sofrendo um considerável apelo estético, onde a busca pela perfeição da imagem é a meta de grande parte da população, mas precisamente a busca pela magreza.

Essa mobilização pela magreza vem dando lugar a uma série de dietas irregulares e fórmulas ditas como milagrosas que vem causando um prejuízo à saúde das pessoas que buscam esse tipo de alternativa, além da banalização dos procedimentos cirúrgicos para a aquisição do corpo ideal. Em alguns casos esses procedimentos tem efeito imediato, mas não duradouro, gerando um sofrimento ainda maior. (STENZEL, 2003)

De encontro com essa tendência à magreza surge uma série de sintomas alimentares, como o excesso ou a falta extrema de peso e todo o sofrimento ligados a ele. É necessário levar em consideração que o comer é algo que vai além da função fisiológica, come-se para além da fome. O comer tem uma função social, quando comemos para festejar, psicológica quando comemos para anestesiarmos nossas emoções desagradáveis ou para nos dar prazer e função espiritual, pois os Cristãos comem o "Corpo de Cristo e bebem o seu sangue" para entrar em comunhão com Deus. (CARNEIRO, 2003)

Nesse ponto se apresenta uma grande contradição, como ser magro em uma sociedade que circula em torno da comida?

Loli (2000) aponta que a psicanálise revela que as funções desempenhadas pela comida e pela gordura, para cada indivíduo, revelam um profundo valor e significado simbólico na estruturação psíquica das pessoas. O laço entre obesidade e distúrbio emocional é citado na Medicina primeiramente no século XIX, na literatura francesa, atribuindo-se o desenvolvimento da obesidade a períodos de grande estresse emocional. Os estudiosos dessa época baseavam-se em casos nos quais algum familiar sem história de obesidade, que perdera um ente querido, começava a engordar de modo abrupto e incompreensível. Esses fatos também foram observados durante a primeira e a segunda grandes guerras, observações que influenciaram as primeiras hipóteses sobre a relação dos aspectos emocionais na instalação da obesidade. Pesquisadores observavam que algumas mulheres, no período de guerra, ficavam angustiadas devido à possibilidade de perda de seus amores, e, justamente nesse período de angústia, apresentavam um aumento de peso significativo. O que caracterizava esse tipo de obesidade era a rapidez com que ela se instalava. "Nessa época, era comum observar a utilização de uma palavra do vernáculo germânico, *kummerspeck*, que queria dizer 'gordo de tristeza'" (LOLI, 2000, p. 20).

Segundo a autora embora a obesidade tenha uma condição multideterminada, observa-se que na maioria dos casos não se tem uma justificativa orgânica para o desencadeamento da doença, isso corrobora a idéia de que a obesidade possa vir a ser uma forma de sintoma psíquico que se instala no corpo.

Diante de tantas questões que cercam a obesidade é possível se pensar pela via da psicanálise que há algo mais profundo relacionado a ela, algo que para o sujeito se encontra encoberto. O presente trabalho tem como objetivo mostrar através de revisão bibliográfica, que o paciente obeso deve ser olhado para além de seu peso. Que sua história de vida desde o nascimento e como se deu seu crescimento influenciam em sua forma de se relacionar com o mundo a sua volta. Que é fundamental se considerar os aspectos psicológicos envolvidos no surgimento e manutenção da obesidade, pensando nessa condição como uma manifestação somática. Tendo como objetivo contribuir na ampliação do olhar lançado para o paciente obeso em tratamento psicoterápico. Tentando Justificar assim que não é gordo quem quer mas quem tem propensão a sê-lo”

## **O que é obesidade ?**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como uma condição de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2000).

A definição de obesidade mais utilizada é baseada no índice de massa corporal (IMC). Desenvolvido pelo belga Adolphe Quételet no fim do século 19,

o IMC ou índice de Quételet tornou-se o preditor internacional de obesidade adotado pela OMS (Souza; L.L ; Guedes E. P; Bechimol A.k; 2015).

Apresenta um cálculo simples e rápido, como mostrado a seguir.

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{\text{ALTURA} \times \text{ALTURA}}$$

Figura 1- Fórmula para cálculo de índice de massa corpórea

(<https://indicedemassacorporal.com/imc-formula.html>)

A medida do IMC tem como objetivo avaliar se a pessoa está no peso ideal e identificar a associação entre IMC e doença crônica ou mortalidade. A classificação adaptada pela OMS baseia-se em padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus, com os mesmos pontos de corte aplicados para homens e mulheres (Souza; L.L ; Guedes E. P; Bechimol A.k; 2015).

IMC	Classificação
< 16	Magreza grave
16 a < 17	Magreza moderada
17 a < 18,5	Magreza leve
18,5 a < 25	Saudável
25 a < 30	Sobrepeso
30 a < 35	Obesidade Grau I
35 a < 40	Obesidade Grau II (severa)
≥ 40	Obesidade Grau III (mórbida)

Figura 2 Classificação do peso corporal pelo IMC de acordo com a OMS. (<https://guiatech.net/python-algoritmo-para-calculo-do-imc/>)

Apesar de o conceito de obesidade ser baseado no acúmulo de tecido adiposo no organismo, o sistema de classificação mundialmente aceito e proposto pela OMS

não utiliza a quantidade ou a distribuição de gordura corporal como critério básico. Um IMC elevado pode ser razoavelmente assumido como um excesso de massa gorda, sendo um índice de obesidade aceitável, embora não forneça informações sobre a composição corporal ou sua distribuição.

Para o tratamento de pacientes obesos, é recomendada a realização de atividade física, a qual promove aumento de músculo esquelético e de massa magra corporal e redução significativa de massa gordurosa, incluindo a abdominal, o que pode não impactar significativamente em redução do IMC, superestimando-o. Já em pacientes idosos que tendem a apresentar sarcopenia, que é um processo progressivo de perda de massa muscular, o IMC pode ser subvalorizado. Também é importante considerar que a gordura visceral é um fator de risco potencial para a doença cardiovascular, independentemente da gordura corporal total, e que indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral. Além disso, a distribuição de gordura abdominal é claramente influenciada pelo gênero: para determinado acúmulo de gordura corporal, o homem tem, em média, o dobro da quantidade de gordura abdominal em relação à mulher na pré-menopausa. Outra limitação do IMC é que também existem variações na forma corporal e na estrutura esquelética entre as diferentes etnias, as quais podem influenciar sua avaliação; assim, para um mesmo IMC, o percentual de gordura corporal é maior em indivíduos asiáticos que em caucasianos. (Souza; L.L ; Guedes E. P; Bechimol A.k; 2015)

A obesidade pode ser caracterizada como uma epidemia mundial, dado o aumento de sua prevalência em escala global e não apenas restrito a determinadas regiões geográficas, países, graus de desenvolvimento ou grupos étnicos específicos. Segundo Moller & Kaufman (2005) citados por Neufeld; C.B., Moreno; A.L., Affonso; G. (2012 p.233), atualmente, estima-se que cerca de 300 milhões de indivíduos no mundo sejam obesos, e esse número tende a dobrar até o ano de 2025.

### **O peso da obesidade no Brasil**

No Brasil, a análise de quatro estudos de base populacional realizados no país - Estudo Nacional sobre Despesas Familiares (ENDEF), realizado entre 1974-1975; a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989; a Pesquisa sobre

Padrões de Vida (PPV), desenvolvida em 1996-1974; e a Pesquisa de Orçamentos Familiares<sup>12</sup> (POF), de 2002-2003 - permitiu avaliar a magnitude dos problemas nutricionais mais relevantes, incluindo a emergência da obesidade e verificar seus principais determinantes, assim como traçar a tendência do comportamento desses desequilíbrios no país. De acordo com esses estudos, a prevalência da desnutrição em crianças e adultos teve um declínio acelerado nas últimas décadas, enquanto o sobrepeso e a obesidade aumentaram na população brasileira, principalmente entre os adultos (KAC, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ 2003).

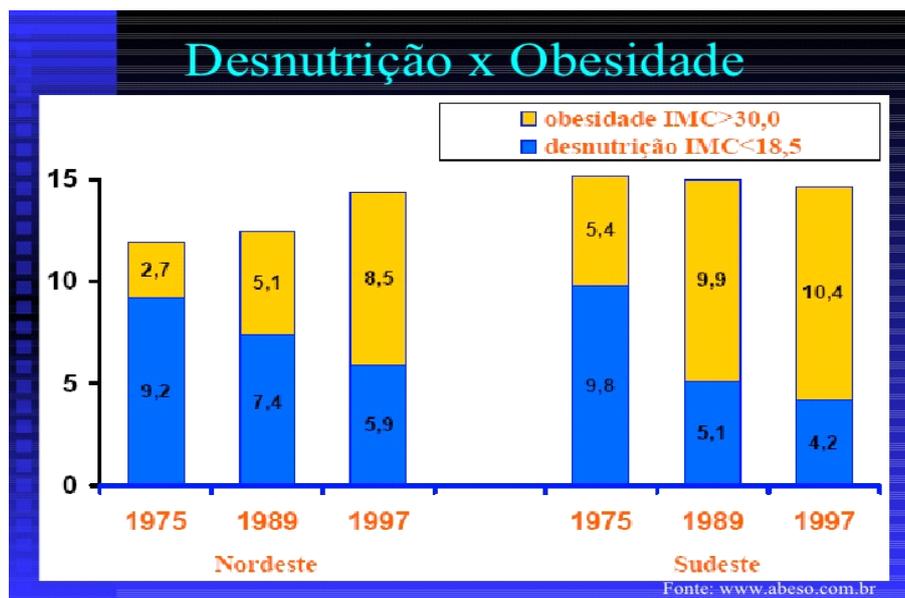


Figura 3- Prevalência em porcentagem, de obesidade e desnutrição em três décadas em duas regiões do Brasil (ABESO 1997 <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/69/553a2339882b9.pdf>)

Segundo a OMS (2016) atualmente mais da metade da população brasileira está com sobrepeso e a obesidade já atinge a 20% das pessoas adultas. Os dados são do novo relatório da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) “Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe”.

O sobrepeso em adultos no Brasil passou de 51,1% em 2010, para 54,1% em 2014. A tendência de aumento também foi registrada na avaliação nacional da obesidade. Em 2010, 17,8% da população era obesa; em 2014, o índice chegou aos 20%, sendo a maior prevalência entre as mulheres, 22,7%. de acordo com dados da OMS.

Segundo Anjos (2006) estima-se que o Brasil gaste 1,5 bilhão de reais por ano com internações hospitalares, consultas médicas e remédios para o tratamento do excesso de massa corporal e doenças associadas (600 milhões vêm do Sistema Único de Saúde – SUS – o equivalente a 12% do orçamento do governo gasto com todas as outras doenças).

Segundo Coutinho W., Lins A.P.M.; (2015) os custos diretos estimados para o sistema de saúde no Brasil atribuídos ao excesso de peso e às doenças a ele associadas não são somente próximas aos valores observados em países desenvolvidos, como projeta um cenário alarmante em um futuro próximo. A questão relativa aos custos engloba aspectos tanto diretamente relacionados com os serviços de saúde como os outros setores da sociedade – cuidados preventivos, consultas médicas, consumo de medicamentos, internação hospitalar, exames diagnósticos e cirurgias – e aqueles indiretamente relacionados que são menos palpáveis, mas não menos importantes, os custos indiretos expressos pelos aspectos psicossociais relacionados com a questão do estigma e da discriminação sofrida por indivíduos sob essa condição devem ser levados em consideração já que impactam na qualidade de vida, na produtividade, no tempo de lazer perdido e na taxa de mortalidade. A soma desses fatores aumenta a vulnerabilidade de segmentos menos favorecidos da sociedade que geralmente encontram dificuldades no acesso a serviços, diagnóstico efetivo e tratamentos adequados, fatores que certamente agravarão o processo, considerando-se a necessidade de assistência mais especializada e a utilização de tecnologia de custo mais alto que o novo padrão epidemiológico parece exigir. Dessa maneira, o tratamento e o acompanhamento médico da obesidade e de doenças a ela associadas têm consequências econômicas relevantes para os serviços de saúde, configurando-se não somente como importante problema de saúde pública como também de forte repercussão para a economia de um país.

## OBESIDADE

### Doenças associadas ao excesso de peso

#### CUSTOS DA OBESIDADE PARA O SUS (R\$ MILHÕES)

##### Por setor



##### Por tipo de doença/patologias relacionadas

Doenças isquêmicas do coração	166,1
Câncer de mama	30,6
Insuficiência cardíaca congestiva	29,5
Diabetes	27,1

##### Produção de cirurgia Bariátrica no SUS



**R\$ 116,2 mi**  
total de gastos do SUS com pacientes de obesidade grave

Fontes: Ministério da Saúde / GRAFFO

Folha Arte

Figura 4 – Custo da obesidade para o SUS (Ministério da Saúde 2013 <https://www.folhadelondrina.com.br/saude/obesidade-custa-r-488-mi-por-ano-ao-sus-837131.html>)

### Obesidade na história da humanidade

Na Grécia antiga a manutenção de peso já era vista como fundamental para a saúde. Alguns diálogos do filósofo Platão, (Século V ac) já enfatizavam a importância de consumir com moderação carnes, doces e vinhos. Priorizando o consumo de cereais, legumes, frutas leite mel e peixes. Segundo ele o excesso alimentar deveria ser evitado já que acarretaria mal estares e enfermidades. (DONATO, OSORIO, PASCHOAL & MARUM, 2004).

De acordo com Carvalho e Pereira Junior (2008) Hipócrates (406-356 AC), considerado o pai da medicina ocidental, sempre defendeu o princípio da “força

curadora da natureza”. Ele baseou seus tratamentos em uma boa dieta, ar fresco, purgativos suaves, sangrias moderadas, caminhadas, ginástica, massagens, banhos medicinais e, sobretudo, na busca do equilíbrio físico, mental e emocional.

Segundo os autores o grande princípio hipocrático acerca do universo é o equilíbrio. Se um indivíduo dele se desvia, em qualquer sentido - como excesso ou carência de alimentação, exercícios ou repouso - todo seu sistema fisiológico e psicológico é prejudicado; onde existe falta de equilíbrio não há bem estar pessoal. O excesso era considerado, por ele, uma oposição à natureza. Desse modo, afirmava que “nem a saciedade, nem o apetite, nem nada que seja além do natural é bom” (HIPOCRATES, 1992 apud CARVALHO e PEREIRA JUNIOR, 2008). Cada parte do mundo, por minúscula que seja, deveria permanecer num estado de equilíbrio, e o mesmo se daria com o corpo humano. Hipócrates entendia que a saúde do homem depende única e exclusivamente dele mesmo. Tudo que se ingere, tudo que se faz ou se deixa de fazer, causará alguma reação. Ele ressaltou que somos responsáveis, como seres racionais, por todo desencadeamento de ações e reações que vigoram no mundo. Dentre os diversos ensinamentos deixados pelo médico grego, três princípios centrais se ressaltam no Corpus Hippocraticum: "todo excesso se opõe à natureza"; “andar é o remédio para o ser humano” e “que o teu alimento seja o teu remédio e teu remédio seja teu alimento” (HIPOCRATES, 1992 apud CARVALHO e PEREIRA JUNIOR, 2008). Dessa forma podemos ver como o alimento e os hábitos de excesso já eram criticados desde a Grécia antiga.

Desde o fim da Idade Média, o gordo têm sido uma figura impressionante e alvo de elogios e críticas, ao mesmo tempo sendo objeto de estudos científicos, curiosidades mundanas e de reprovações morais. (VIGARELLO, 2012)

Os graus de gordura e a ideia de que os mais gordos não representavam apenas um excesso quantitativo e sim uma desordem surgiu no século XVIII. Naquela época, passou-se a falar mais em obesidade do que em corpulência, quando a palavra obesidade, derivada do latim *obesitas*, surgiu nos dicionários franceses, já relacionada à medicina. Assim, o excesso de gordura passou a ser sinônimo de fraqueza e debilidade. (VIGARELLO, 2012).

O excesso de gordura transformou-se em ocorrência mórbida a partir do século XIX, quando muitos problemas de saúde tais como respiratórios, digestivos e circulatórios, foram associados à obesidade. Sobre as diversas fantasias criadas a respeito do gordo e do obeso ao longo da história da humanidade, Vigarello (2012)

afirma que, primeiramente existiu a questão moral, que atribuiu um comportamento transgressivo aos muito corpulentos, como se sua gordura fosse resultado de uma gula incurável. Houve ainda a suposição de que eles comeriam os alimentos que pertenciam aos outros, transgredindo também a ordem social. Em segundo lugar, existiu a história estética do gordo, relacionada às categorias do belo e do feio. Em momentos de carestia, a saúde era ligada a barriga cheia e corpulência. Em seguida houve a história do interesse médico. Para a medicina antiga, por exemplo, a saudável passagem dos humores entre as diversas partes do corpo podia ser obstruída pela gordura acumulada. Acreditava-se que seu excesso sufocava e enfraquecia.

Ainda no século XIX houve uma dominação do critério estético. É este critério, sobretudo, que transformou a obesidade em algo refutado socialmente. As revistas femininas começaram a mostrar que o corpo exibido nas praias durante o verão traía as formas das roupas que o cobriam e disfarçavam durante o inverno, e passou-se a publicar artigos sobre dietas e exercícios e a destacar as mulheres magras. A magreza passou a ser associada a jovialidade através dos anúncios publicitários. O porte atlético e magro era ilustrado pelas revistas. No final do século XIX e no início do XX, o excesso de vigilância sobre as medidas do corpo se torna lugar comum na vida cotidiana e a imagem do corpo magro foi obsessivamente valorizada (VIGARELLO, 2012). Em seu livro *Tempos Compulsivos* Sandra Edler reforça essa tendência:

“Mas - com a aparência supervalorizada e o bem-estar listado entre os principais atributos para a felicidade - ser magro converteu - se em valor universal e, conservar a magreza, (quase) um dever.[...] Socialmente no entanto avança a lipofobia : medo e rejeição a gordura e a gordos. [...] Além disso a medicina veio estabelecer os benefícios de um corpo magro e os inúmeros inconvenientes do sobrepeso, ainda mais com o avanço da longevidade”. Edler (2017, p. 87)

Do início do século XX em diante crescem as narrativas sobre os problemas dos obesos, assim como o desejo de modificar suas formas físicas, recriando uma anatomia existente. Percebe-se que o modo de denegrir o glutão medieval não é o mesmo usado para o gordo moderno e, menos ainda, para o obeso dos dias atuais, geralmente julgado como uma pessoa “incapaz” de emagrecer, que não consegue gerir a própria vida, alguém que não possui autocontrole nem autocrítica.

De acordo com CORI, PETTY, E ALVARENGA (2015) essa percepção pode ser confirmada em um estudo exploratório recente, realizado em âmbito

nacional. Seu objetivo foi identificar as atitudes de nutricionistas em relação às crenças sobre características atribuídas às pessoas obesas, fatores de desenvolvimento e a obesidade em si. Os participantes (n = 344; 97,1% mulheres) foram contatados via conselho profissional (CFN) e responderam à uma pesquisa online. As questões do estudo foram adaptadas de trabalhos internacionais com as respostas analisadas por frequência de concordância. As respostas indicaram forte estigmatização da obesidade e preconceito contra o obeso, atribuindo características como: guloso (67,4%), não atraente (52,0%), desajeitado (55,1%), sem determinação (43,6%) e preguiçoso (42,3%). Dentre os principais fatores listados como “causas” da obesidade estavam: alterações emocionais e de humor, vício ou dependência de comida, e baixa autoestima. Os autores observam a importância de uma discussão e formação ampla sobre os significados da obesidade, e tratamento mais individualizado e humanizado para pacientes obesos.

## **A obesidade é uma manifestação de sofrimento psíquico?**

Atualmente comenta-se muito sobre o "ambiente obesogênico" presente em nossa sociedade. Discutimos sobre questões socioculturais e nutricionais que influenciam a obesidade, porém, pouco considerados são os aspectos psíquicos que envolvem seu surgimento e manutenção (DONATO, OSORIO, PASCHOAL & MARUM, 2004)

Pesquisas sobre esse assunto começaram a ser desenvolvidas com mais frequência a partir de 1950 e atualmente sabe-se que a causa da obesidade é extremamente complexa envolvendo a interação de fatores biológicos e psicológicos com questões culturais e ambientais (BARLOW & DURAND, 2011). De acordo com Tomaz & Zanini (2009) comportamentos alimentares inadequados estão ligados a formas de enfrentamento dos problemas como descarga emocional. De acordo com estes autores indivíduos inseguros, com labilidade emocional, irritadiços, nervosos ou com dificuldade para lidar com situações estressantes, ao enfrentarem problemas, ao invés de utilizarem atitudes de resolução de problemas tendem a descarregar emocionalmente seus sentimentos no consumo de alimentos para diminuir a sua ansiedade, desenvolvendo transtornos. Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004), encontraram correlações entre a obesidade e alterações emocionais típicas de ansiedade e depressão, e verificaram que a obesidade se encontra correlacionada a perda da qualidade de vida.

Ribeiro e Cremasco (2014) defendem a necessidade de superar a compreensão da tradicional obesidade apenas como uma doença que deve ser combatida a qualquer custo, mostram a importância de compreendê-la como uma manifestação de um sofrimento psíquico, na qual se expressa a singularidade de um sujeito, cuja relação com o comer revela a forma como ele interage consigo e com o mundo. Citam ainda observar que em alguns pacientes o comer em excesso parece prestar-se mais a uma necessidade psíquica que à obtenção de prazer físico; ainda que tenham consciência dos prejuízos em sua saúde e possuam vasto conhecimento de dietas e valores calóricos, algo "escapa" a estes sujeitos, que parecem ficar sem controle diante da voracidade de seu comer.

Pensando na obesidade como uma manifestação somática pelo prisma da psicanálise faz-se necessário falar sobre o conceito de pulsão pois é a partir dela segundo Freud (1915) que se dá a relação entre o corpo e o psiquismo

" Vivemos um desconforto constante, que não podemos definir com clareza. Muitas vezes o sentimos, sem reconhecê-los; outras, não é perceptível. No entanto ali está. Pulsa. Pede algo como remédio. Reclama solução. Aumenta - e pode mesmo tornar insuportável. Em outros momentos, fica adormecido, quase suportável. Mas não cessa de todo e pode reaparecer com força total. Essa condição aponta para uma falta estrutural, um vazio que não pode ser preenchido de forma completa. Os objetos encontrados são apenas aproximações possíveis - insuficientes, portanto - para aplacar a dor e preencher o vazio." (Edler, 2017 p 19)

Na psicanálise, a pulsão é a responsável pela busca incessante da satisfação e que na tentativa de alcançá-la dirige-se a determinado objeto. Considerando que se trata de uma força constante que nunca cessa, podemos entender que nunca haverá uma satisfação total por parte dela. A pulsão não tem um objeto definido e como foi dito não pode ser plenamente satisfeita, o que torna possível compreender que por esse motivo o objeto alvo dela será sempre incapaz de fornecer uma satisfação completa, somente alcançando uma satisfação parcial levando o sujeito ao infundável ciclo da repetição. (EDLER, 2017)

Na obesidade o que se percebe é que não se come apenas por necessidade fisiológica, do contrário não haveria a presença do excesso, do sobrepeso, mas come-se sim por uma espécie de desejo, desejo esse que nunca está satisfeito. Freud (1920) defende que a pulsão é um impulso traduzido em desejo e que a satisfação total por ela almejada já foi um dia obtida na história de cada sujeito, de modo que ao longo da vida tentamos reencontrar essa satisfação um dia já experienciada. Para o autor:

"o curso desses eventos são colocados em movimento por uma tensão desagradável e que toma direção tal, que seu resultado final coincide com uma redução dessa tensão, isto é, como uma evitação do desprazer ou uma produção de prazer" (Freud 1920,p 17).

Desse modo podemos remeter a obesidade ao ideal de satisfação pulsional, considerando que se come não apenas pela satisfação orgânica mas também pelo prazer que se encontra através disso podendo assim, estabelecer a relação entre obesidade e pulsão.

No seu artigo " O inconsciente" de 1915 Freud nos diz que a pulsão é composta por dois representantes, sendo eles o afeto e a ideia. O autor conclui que uma pulsão nunca pode tornar - se objeto da consciência - só a ideia que a representa. Ele chega a dizer que mesmo no inconsciente a pulsão só pode ser representada por uma ideia. Para Freud a pulsão se apresenta portanto como o "representante psíquico das excitações que originam no interior do corpo" (GARCIA-ROZA 2009 p 116 apud FREUD 1915, p 142 ). No âmbito dessa ligação entre somático e psíquico o autor afirma que essa relação cobra do psiquismo determinado preço, na forma de ânsia e na forma de procura de objetos.

A pulsão precisa de um trabalho de ligação e simbolização para que possa se inscrever no psiquismo. Além disso , é necessário que essa força pulsional se transforme em um circuito pulsional , de forma que permeiem mediações que evitem descargas imediatas. Essas formas de mediações surgem do outro e pretendem oferecer arcabouços simbólicos onde possivelmente se encontre o caminho para a satisfação ainda que não seja plena. (BIRMAN, 1997)

No primeiro momento de vida, a pulsão começa a ser inscrita em nosso psiquismo através do contato primordial com a mãe. A criança nesse momento passa por um processo de libidinização ao ser cuidada, tocada e acalentada, podemos dizer que é nessa circunstância que se instalam as marcas mnêmicas e que essas serão futuras selecionadoras dos futuros recalques . Esse momento de investimento libidinal e inserção da pulsão no psiquismo são fundamentais para a seleção do recalque posterior que na tentativa de alcançar a consciência pode vir a se apresentar de forma substitutiva de um sintoma. (FERNANDES, 2006)

Freud (1915) trata a questão da libidinização na segunda seção de seu artigo "Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade" onde ele designa fases do desenvolvimento sexual aos quais estariam relacionados a zonas erógenas.

"O conceito de fase tem que ser pensado com a idéia de relação de objeto, relação que a criança estabelece com o mundo em determinado momento. A primeira fase definida por Freud foi a fase oral, sendo a primeira fase da evolução sexual pré-genital. O prazer está ligado à ingestão de alimentos e à excitação da mucosa dos lábios. O objetivo sexual consiste na incorporação do objeto, ou seja, essa é a forma de o bebê relacionar-se com o mundo. Isso se apresenta como protótipo para identificações futuras, pois é a partir da significação comer-ser comido que se caracterizará a relação de amor com a mãe. Essa fase não se caracteriza somente por uma determinada parte do corpo, e sim, por um modo de relação de objeto: a incorporação." ( VARELA, P 87 2006)

Considerando que na obesidade o objeto de apoio ou de apropriação é a comida podemos ressaltar a sua relação com a fase oral, destacando que nessa fase o prazer está ligado a ingestão de alimentos (VARELA, 2006) .

Segundo a autora "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." e ainda : " O obeso sente, mas, não conseguindo significar a sensação como linguagem falada, ele significa no corpo." . Ou seja é possível dizer que como a pulsão sempre busca sua satisfação, em se tratando de corpo pulsional, podemos pensar em uma busca pela satisfação através do próprio corpo, o que se aplica claramente nos casos de obesidade onde através de um corpo satisfeito pelo exagero de alimento tem se a sensação de estar plenamente satisfeito. (VARELA, 2006)

Acredito ter neste ponto do trabalho ter estabelecido um vínculo entre obesidade, pulsão e a organização oral ou fase oral. Em função dessa relação acho importante falar com mais enfoque sobre essa fase e sobre como o alimentar-se passa a ocupar esse lugar do afeto.

### **Fase oral e o alimentar se no lugar de afeto**

O que vivenciamos na infância tem forte influência sobre a personalidade adulta, e o desenvolvimento dessa personalidade envolve uma série de conflitos, já que o sujeito fica sempre entre a satisfação dos seus impulsos e a sociedade que o restringe. Desse modo uma personalidade adulta reflete os efeitos distorcidos ou não, dos percalços da infância. Freud acreditava que a personalidade de uma pessoa estaria formada ao final da terceira fase pré genital, aproximadamente aos cinco anos de idade, onde o indivíduo possivelmente já teria desenvolvido estratégias fundamentais para a expressão dos seus impulsos, sendo que essas estratégias constituiriam a personalidade. Essas três fases seriam a fase oral, anal e por fim a fase fálica ( CLONINGUER, 2003)

Segundo Freud (1905) algumas mucosas do corpo poderiam ser a fonte física dos impulsos, ou seja, das pulsões, seriam elas as zonas erógenas. Na infância existem zonas que provocam mais prazer que outras como por exemplo o lactante tem seu prazer mais concentrado na boca. Essa fase onde a criança deposita na boca sua maior fonte de prazer é denominada de fase oral, considerando mais uma vez

que Freud (1905) não se utiliza do termo fase, nela o prazer está ligado a ingestão de alimentos e a excitação bucal de modo geral, por esse motivo, a criança deseja constantemente ser alimentada e assim ir de encontro com sua satisfação. No entanto, para que isso aconteça é preciso que haja uma intervenção do Outro, no caso a mãe. A partir desse ato de amamentar juntamente com o contato direto com a mãe essa criança vai ser libidinizada. A associação feita pelo bebê entre o desejo de comer e a satisfação pode persistir ao longo da vida, a forma como isso vai se dar depende da maneira como esse bebê vai ser libidinizado. Mc Dougall (1987) defende que o fracasso nesse processo faz com que a criança tenha dificuldade de reconhecer seu corpo, seus pensamentos e seus afetos como seus.

A fase oral do desenvolvimento ocorre no primeiro ano de vida, (FREUD, 1920) devido a isso relaciona-se a um estado de desamparo e dependência inicial do sujeito. Nesse momento a criança incorpora para ela os demais objetos, o que significa dizer que para o bebê ele e seu cuidador são uma coisa só assim como tocar e ser tocado. É por essa característica que essa fase é marcada pela incorporação de objetos, como sendo objetivo pulsional. De acordo com o autor a decadência ou adoecimento podem ser exemplos de fonte de desamparo, ressaltando que o conceito de desamparo nos remete a falta de defesas para lidar com a angústia. Esse desamparo trata de um estado inicial do sujeito, que está relacionado à situação de dependência entre ele e a mãe, relação essa fundamental para sua sobrevivência. Essa sensação de desamparo pode ser disparada novamente, no futuro, caso o sujeito se encontre em situações extremas. As ferramentas para lidar com tais situações serão construídas a partir das relações que estabelece com o Outro, dessa maneira o Outro se torna imprescindível na constituição da subjetividade. Dentre todas as espécies existentes o homem é o mais dependente, o mais desamparado e o que mais precisa do outro inclusive para sua sobrevivência.

Ressaltando que o conceito de desamparo nos remete a falta de defesas para lidar com a angústia. Esse desamparo trata de um estado inicial do sujeito, que está relacionado à situação de dependência entre ele e a mãe, relação essa fundamental para sua sobrevivência. Essa sensação de desamparo pode ser disparada novamente, no futuro, caso o sujeito se encontre em situações extremas. As ferramentas para lidar com tais situações serão construídas a partir das relações que estabelece com o Outro, dessa maneira o Outro se torna imprescindível na constituição da

subjetividade. Dentre todas as espécies existentes o homem é o mais dependente, o mais desamparado e o que mais precisa do outro inclusive para sua sobrevivência.

“Quando observamos um recém nascido agarrando-se com sofreguidão ao seio da mãe, percebemos que ele busca alívio para tensão: fome , sede, calor, aconchego, ancoradouro. Sugando, obtém alimento e amparo. Volta à calma, dorme. Torna se presente a condição da falta e, com ela a tensão. Em consequência o movimento de busca, a que Freud chamou de experiência de satisfação e registrou a idéia de que o alívio da tensão que provem de fonte interna deixa uma marca, um rastro que ficará para sempre fixado. Essa fixação irá determinar uma via de facilitação, através da qual o princípio do prazer não cessará de buscar repetir a experiência primordial. Mas é importante ressaltar que o recém nascido em sua impotência não dispõe de recursos para eliminar sozinho o estado de tensão. Necessita de um Outro que - articulando se à condição do desamparo em que se encontra - realize o movimento de coloca lo ao seio ou de dar - lhe uma mamadeira. Essa articulação se manterá necessariamente, de tal modo que, no caminho da satisfação pulsional, existirá sempre a mediação do Outro. Forma - se um circuito de satisfação que vai do Outro ao bebê e vice -versa, que engendrará todo o mecanismo da demanda do sujeito.” ( EDLER pg 93 )

O bebê ao nascer possui reflexos de sucção sendo este reflexo inato, ou seja, basta que coloque este bebe em contato com o seio ou com qualquer outro objeto em sua boca, para fazer surgir este ato reflexo. Assim, embora outros grupos de reflexos existam nesse momento, a primazia é do reflexo alimentar, sendo este considerado pela psicanálise como o fator central da organização infantil inicial. Sendo assim é a partir disso que o ser humano inicia sua busca de adaptação ao mundo e a procura de prazer advinda dessa fase ( VARELA 2006)

Ainda segundo a autora se a criança funciona apreendendo o universo que a rodeia, não é difícil compreender o quanto importante e delicada é essa primeira fase da organização da libido, a qual pode ser comprometida pela inadequação afetiva no processo de maternagem.

Fernandes (2006) relata que Ferenczi introduziu em 1909 na teoria psicanalítica o conceito de projeção - que consiste em expulsar para fora de si desejos e interesses próprios - e introjeção que consiste em absorver para si desejos e interesses do Outro. Esses conceitos fazem parte de como o bebê apreende o mundo. Esse modo de apreensão faz parte da constituição psíquica de todo sujeito.

Segundo a autora nos o ato de projetar é para o bebê um recurso para poder lidar com os afetos e sensações desagradáveis que provém de dentro, enquanto que o ato de introjetar surge para tentar suprir as suas necessidades internas. No início da vida, o bebê ainda não tem como diferenciar se os incômodos que experimenta vem de dentro ou de fora dele mesmo. "Quando, pela primeira vez, ele distigie uma

percepção objetiva da vivência subjetiva, ele efetua sua primeira operação projetiva, a projeção primitiva" (FERNANDES, 2006 p 207 apud FERENCZI, 1909 p100).

É justamente dessa relação que o corpo biológico encontra condições para se transformar num corpo erógeno, ou seja, num corpo pulsional demarcado pelo olhar, pelo toque e cuidados advindos da mãe. Com relação a essa transformação encontramos aqui a função libidinizadora, onde as trocas efetuadas com esse bebê ficarão registradas em seu psiquismo, e que representa uma possibilidade para a fusão das pulsões. (VARELA, 2006)

Fernandes (2006) diz que ao ocorrer dificuldades na função materna, haverá dificuldades na aquisição do mecanismo de introjeção. Essa introjeção é que irá assegurar, na ausência da mãe, a possibilidade de um apaziguamento através da constituição de um objeto interno capaz de garantir o enfrentamento das adversidades ao longo do crescimento. É graças a essa troca mãe - bebê, que a criança adquire um conhecimento de seu corpo, de suas sensações, de suas necessidades e de seus afetos. É essa mediação que organiza o contato da criança com seus amores e seus ódios, sua capacidade de amar e de destruir, de vincular-se ao outro ou de isolar-se, mas também de promover o prazer e de suportar o sofrimento.

Sem esta introjeção o processo primário fica restrito à incorporação própria da fase oral. Considerando que é a introjeção que permitirá ao sujeito diminuir e limitar sua dependência com relação ao objeto, enquanto que a incorporação do objeto, ao contrário, reforça essa dependência, pode-se entender que uma relação de dependência estabelecida pela oralidade através da incorporação do objeto esteja relacionada com o ato de comer na obesidade. ( FERNANDES , 2006)

Nos obesos , afirma Varela (2006), os desejos, satisfações e insatisfações aparecem pela via do corpo, e do encher esse corpo. Com isso, há um empobrecimento das associações e da compreensão dos sentimentos. Essa satisfação pelo concreto permite ao obeso erotizar a si mesmo por meio da satisfação de uma forma de prazer já experimentada, em que não é fome pela falta de nutrientes que está procurando ser sanada. Com a experiência da perda do seio, o bebê tem a percepção de ausência materna, e busca formas de simbolização para conter o sofrimento vinculado a perda. O obeso, nessa dinâmica, come para

preencher o sentimento de vazio e para não dar espaço para a simbolização desse sofrimento.

Sendo assim podemos concluir que marcas nessa etapa do desenvolvimento podem vir a retornar em forma de sintoma se apresentando como a própria obesidade.

## **A obesidade é uma manifestação psicossomática?**

Segundo Mello Filho (2002) a patologia sempre deve levar em conta a dimensão simbólica e o conhecimento dos aspectos psicossociais sob o olhar de uma vertente psicodinâmica, que considera os aspectos do mundo interno e do mundo externo do paciente. Segundo o autor a psicossomática vem abarcar as manifestações sintomáticas do plano orgânico e que na verdade possuem uma origem psíquica. Propõe ainda entender os sintomas psíquicos para além das neuroses, ou seja, do dito simbólico que seria a melhor expressão de algo relativamente desconhecido afetando diretamente o soma, o corpo.

Atualmente são inúmeros autores da psicanálise que se dedicam a estudar a obesidade e relacionam sua causa a fatores psíquicos. Porém Freud em 1915 já relacionava os sintomas somáticos, ou seja, os sintomas do corpo aos sintomas psíquicos. Em 1926, Freud em “Inibições, Sintoma e Ansiedade,” destacou o sintoma como sendo uma manifestação de satisfação pulsional substitutiva de algo consequente de uma repressão. Nele fica satisfeita, de uma maneira muito disfarçada, irreconhecível, a parte da satisfação do desejo.

Relacionando pulsão, fase oral e sintoma poderíamos então compreender a obesidade como um sintoma, sendo este um dos destinos da pulsão? Freud em Conferências introdutórias sobre psicanálise em 1916, nos 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” (FREUD, 1916, p 141). O autor diz ainda que de algum modo o sintoma pode reproduzir a satisfação ou a insatisfação da primeira infância, que é deformada por meio da censura que nasce de um conflito, e que geralmente está acompanhada por uma sensação de sofrimento.

Diante dessas colocações por que não se pensar a obesidade como um sintoma psíquico refletido no corpo? Sendo a comida utilizada nesses casos, como objeto propulsor da satisfação procurada pela pulsão e ainda um recurso de contenção do sofrimento, sendo considerada imaginariamente como o objeto capaz de conter a

angústia inserida pelo sintoma. Baseando-se na ideia de Freud de que o sintoma pode se formar a partir de uma descarga não apropriada de afeto, que são dependentes das experiências pessoais do sujeito, podemos fazer uma relação com o desamparo inicial próprios dos primeiros anos de vida, o que nos leva a pensar na possibilidade dos sintomas psíquicos retornarem em uma experiência que é comum a esses sujeitos, como a associação entre o desejo de ser alimentado e a satisfação.

O sintoma é também fundamentado em um desejo inconsciente que, por não ser suportável à consciência, faz com que o sujeito tente se defender de tais pulsões e desejos através do recalçamento destes. Desse modo, os sintomas podem ser considerados como substitutos de uma representação inconsciente que ultrapassa a barreira do recalçamento, utilizando-se de mecanismos de deslocamentos. (Garcia-Roza, 2009)

De acordo com o autor o recalçamento é um dos destinos que a pulsão segue quando encontra algum tipo de barreira que impede a sua ação. No entanto não se trata da pulsão propriamente dita e sim um dos seus representantes, no caso o representante ideativo, pois não se pode recalcar o afeto. Esse afeto por sua vez pode vir a ligar-se a uma nova idéia, fazendo assim uma falsa associação. O fracasso desse recalque acaba por produzir o retorno do recalçado, o que vem a exigir do sujeito mecanismos complementares para sua defesa. É nesse ponto que o sintoma se instala, sendo que o material recalçado nunca volta à consciência em sua forma original em função da censura pré consciente, ele sempre sofrerá alguma deformação. Considerando aqui o recalque na sua essência, onde apenas se implica na ação de expulsar algo para fora do consciente e assim mantê-lo.

Podemos então pensar que há algo na ordem do desejo da pulsão que não pode retornar à consciência da maneira como se encontra no inconsciente e que por sua vez retorna de maneira deformada e suportável à consciência com o intuito de satisfazer essa pulsão, dessa forma se instala o sintoma, como um acordo de consciente e inconsciente (Freud 1926). Sendo assim podemos dizer que a obesidade seria uma forma que o sujeito encontrou para satisfazer essa pulsão de maneira que seja suportável à consciência.

Para a psicanálise o corpo se faz presente em diversas expressões, tais como as somatizações, as doenças psicossomáticas ou a conversão. Portanto podemos afirmar que quando há falha na possibilidade de representação, é grande a possibilidade de um sintoma se manifestar no corpo.

O fato é que um sintoma é um sinal de que algo não vai bem, ou seja é a forma pela qual o problema encontrou de se apresentar. No caso da obesidade é algo do somático que diz sobre o psíquico. Desse modo se faz necessário que o sujeito em questão busque se questionar acerca do seu sintoma. Nos remetendo a obesidade, é necessário que os obesos se questionem acerca da sua obesidade, e que assim tenha a possibilidade de reconhecer que há algo por trás desse comer que nunca está satisfeito. O obeso expressa através do corpo o que não é capaz de simbolizar. Ele sente mas não consegue significar de outra maneira que não seja fisicamente, todas as questões que carrega de maneira inconsciente, isso pode ocorrer por uma falha da inscrição da pulsão no psiquismo.(VARELA 2006).

De acordo com Varela (2006) em algumas situações a mente não consegue dar conta de algumas experiências vividas pelo sujeito, devido a uma falha na inscrição da pulsão, e baseado nisso a autora acredita que uma pessoa pode responder a uma insatisfação comendo para não sentir e sofrer. Esse comportamento estaria substituindo uma atividade mental de assimilação.

### **Obesidade como prótese psíquica**

Segundo Freire e Andrada (2012) na origem do psiquismo encontra-se o corpo, por isso é preciso que se olhe sensivelmente para a história deste e para o modo como o psiquismo dele emergiu no processo de subjetivação. Tentando, dessa forma, perceber que o sintoma eclodiu como sofrimento psíquico numa tentativa de dar conta daquilo que ficou “des-simbolizado”.

As autoras utilizam o termo proto-psíquico ao defenderem a importância da pele, nossa superfície, fronteira corpórea, maior órgão anatômico que marca o dentro e fora, o “eu” e “não-eu”, enfim, o limite. Este termo é inspirado e baseado na direção apontada por Freud em sua afirmação de que “o ego é antes de tudo um ego corporal”, derivado de sensações da superfície do corpo e sendo uma projeção mental deste. É esse “ego corporal” que mostra que o nosso contato físico com o mundo externo é o responsável por nos fazer ter a consciência do nosso “Eu” interno/psíquico. Por ter essa função tão fundamental no processo de subjetivação, é importante considerar a pele, não somente como invólucro, barreira física do

corpo, mas também como pele psíquica e como estrutura que servirá de arcabouço e continência para o limite do eu.

Dessa forma a gordura corporal pode funcionar como uma “prótese psíquica”. A prótese psíquica é como um envelope artificial de continência, que pode servir para dar conta da dificuldade de diferenciação da figura materna. Como ressalta Fernandes (2006), a mãe que falha na adaptação dos cuidados do bebê, não consegue estabelecer uma diferenciação entre ela e seu bebê. A vida psíquica do bebê começa com a experiência de fusão com a mãe. Como foi dito anteriormente, progressivamente, mãe e filho vão se diferenciando, de tal modo que a criança separa seu próprio corpo do corpo da mãe e, paralelamente, o que é psíquico vai se diferenciando do que é somático na mente da criança. Qualquer fracasso nesse processo compromete a possibilidade de a criança integrar e reconhecer, como seus, o seu corpo, seus pensamentos e seus afetos.

Fernandes (2006) nos aponta que essa falha na relação da mãe com seu bebê pode pender para dois polos extremos, ambos prejudiciais para o bebê e seu desenvolvimento. Como a autora nos diz: “A mãe intrusiva é tão nociva quanto a ausente, denotando assim os efeitos nefastos da mãe de extremos.” (p. 222). A mãe intrusiva é aquela que tem muita dificuldade na separação de si com seu bebê. Fernandes (2006) também utiliza uma expressão da psicanalista Joyce McDougall que sintetiza bem essa indiferenciação entre o corpo da mãe e de seu próprio filho: “Um corpo para dois”. É necessário que essa criança crie mecanismos para se proteger dessa invasão materna que é sentida tão intensamente, e a gordura corporal que envolve o corpo do indivíduo obeso pode ser um deles.

Garcia (2012) cita como exemplo de mãe ausente o “complexo da mãe morta”, apresentada pelo psicanalista francês André Green, em que o investimento libidinal materno repentinamente deixa de existir. Essa mãe é absorvida por um luto interminável, por perda significativa, que afeta a criança. Inúmeras causas como a morte de uma pessoa querida, uma traição amorosa, falência financeira ou perda de status profissional assim como um aborto secreto são acontecimentos que podem desencadear uma depressão materna. Seja qual for a causa em questão, a depressão materna implica numa diminuição de interesse pela criança, isto é, num desinvestimento materno, inexplicável para a criança que se vê submetida a uma perda repentina e catastrófica, depois de um período de felicidade inicial na relação com a mãe. Este traumatismo narcísico, fruto de uma enorme decepção, não apenas

redunda na sensação de perda do amor materno, mas também afeta drasticamente a capacidade de compreensão e atribuição de sentido, da criança.

Segundo a autora essa percepção da perda do amor materno desencadeia várias reações iniciais de agitação, insônia, terrores noturnos mas também de alegria artificial como estratégia para reanimar a mãe e restabelecer a relação com ela. Estas tentativas, se não percebidas e respondidas a tempo acabam resultando em dois movimentos cruciais: o desinvestimento do objeto materno e a identificação com a mãe morta o que resulta em uma dificuldade futura de estabelecer limites e fazer frente aos excessos.

De acordo com Freire e Andrada (2012) esse fracasso no processo de diferenciação também pode justificar uma característica geral da dinâmica psíquica presente nos transtornos alimentares, incluindo aí a obesidade. Ocorre o atrelamento do funcionamento psíquico às marcas necessariamente corporais que passam a operar como continente, num esboço de limite que se mostra sempre precário e que não permite ao sujeito fazer frente ao excesso. A continência do psiquismo, fortemente dependente do corpo, cria uma relação de insuficiência entre limite e excesso representada, por exemplo, pelo funcionamento compulsivo. Toda a compulsão se apresenta como tentativa de alívio da angústia. Os indivíduos obesos parecem recusar todo o limite através de sua compulsão. Encarar um limite é encarar, em maior ou menor grau, a frustração. Em pacientes obesos a dificuldade em lidar com limites não é somente no que diz respeito a comida, mas também em todas as manifestações do comportamento humano. Em consequência há dificuldade nas relações interpessoais em geral.

Os sintomas corporais passam a espelhar as necessidades do sujeito, passam a falar por ele. Este sujeito precisa utilizar dos desconfortos corporais para se sentir vivo. As angústias que sente lhe concedem um lugar no mundo que, muitas vezes, de outra forma ele não saberia ocupar. Para se sentir vivo ele “come demais” ou “não-come demais”. A dor física, ou outro excesso de sensação somática, como por exemplo a fome, lhe possibilita um reconhecimento enquanto pessoa.

Lembrando ainda que por não possuir os elementos necessários para plena constituição do ego corporal, não consegue desenvolver um ego psíquico suficientemente forte para aceitar os limites que a boa saúde exige. Utilizando-se dessa forma da dor para mostrar ao outro, muito bem colocado pelas autoras que pode já não ser, necessariamente a mãe, ou a si próprio que está vivo. Dessa forma,

será pelo excesso que seu corpo falará e se fará visível. Através de uma manifestação somática esse sujeito tenta compensar a ausência de representação e dificuldade de simbolizar. Ao não encontrar outra forma de se expressar o corpo fala através do comer e engordar. Tentando assim marcar no soma, expressando pela via corpórea aquilo que psiquicamente não se foi capaz de construir, é a forma encontrada de comparecer enquanto sujeito. “Em função de seus frágeis recursos simbólicos, sua fala torna-se insuficiente, e o corpo funciona como metáfora para o sujeito emergir. Se o sujeito não fala o corpo fala pelo sujeito” (FREIRE e ANDRADA, 2012)

### **Considerações Finais**

A proposta desse trabalho foi pensar a obesidade sob a ótica da psicanálise, com o intuito de fazer uma articulação entre alguns conceitos importantes da psicanálise que justifiquem a possibilidade da obesidade ser uma forma de sintoma psíquico que se apresenta pela via corpórea. Esta proposta surgiu da tentativa de desmistificar a afirmação lançada em 1986 pelo médico brasileiro João Uchôa Jr. em seu livro: “Só é gordo quem quer”. O autor, ao colocar esse título no livro, ajudou a embutir um pensamento errôneo sobre a obesidade, de que esta condição seria uma escolha.

. Para tanto foi observado o fator epidemiológico da obesidade no mundo e no Brasil, além da correlação entre o aumento de peso e o surgimento de patologias a ele associadas. Acarretando assim um grande aumento nos custos relacionados à saúde gastos pelo governo ano após ano direta e indiretamente.

A obesidade se tornou um paradigma não só por trazer prejuízos a saúde, mas também porque ela é o oposto do ideal atual de corpo perfeito. A partir do momento que passou a ser relacionada com doença e mortalidade, criou-se um campo de trabalho acerca das causas e do tratamento, onde a principal preocupação é a perda de peso e a melhora das condições de saúde física. Os tratamentos tornaram-se um passaporte para se alcançar um protótipo de beleza considerado ideal. Numa

realidade em que o belo é o corpo magro. No processo de revisão bibliográfica ficou clara a correlação que nossa sociedade estabelece entre ser bom caráter e bem sucedido com o fato de ostentar um corpo magro.

Foi possível também perceber que a obesidade assim como a preocupação com o corpo e o emagrecimento é um tema muito atual, mas que ainda demanda pesquisas mais aprofundadas. A intenção deste trabalho foi mostrar que a obesidade não pode ser vista apenas como a ingestão calórica maior do que o sujeito necessita para a sua sobrevivência, mas sim ser vista como um sintoma que demanda análise e tratamento mais aprofundado. É preciso fazer o seguinte questionamento: o que leva o sujeito a essa voracidade? A esse descontrole de comer de maneira a ter que encher-se cada vez mais e mais sem nunca ser o suficiente? Afinal realmente só é gordo quem quer?

Para tentar responder essa pergunta foi preciso olhar para a obesidade de diversas formas, a social, a histórica, a biológica e a psicanalítica, pois todos esses âmbitos constituem o sujeito.

A obesidade não pode ser compreendida somente como um desvio de conduta alimentar. No percurso do trabalho podemos perceber que a meta da pulsão é a satisfação, e que por vários meios essa pulsão tentará ser satisfeita, de modo que a apresentação do sintoma é uma consequência desse esforço. Na obesidade as questões subjetivas se apresentam ao invés de se representarem. Diante do estudo ficou claro que no que diz respeito a obesidade algo falhou no processo de libidinização.

O sujeito psíquico se constitui pela ação da função materna através da erotização do seu corpo. A mãe tem a função de libidinizar o corpo do seu bebê até que este seja constituído como um corpo erógeno marcado pelos movimentos das pulsões. Após um período inicial de fusão com a mãe a separação torna-se necessária, para que aos poucos a subjetividade deste ganhe espaço. É através desta separação que o sujeito começa a ganhar um lugar na sociedade. Nesse processo o sujeito constitui os seus próprios sintomas, por exemplo, a obesidade. O que se pode perceber, é que provavelmente na etapa oral, quando o bebê sente sua boca erotizada pelo seio e em seguida tem esse seio retirado, a falta se faz presente, falta esta que jamais poderá ser reconstituída. É uma falta que deixa marcas na estrutura psíquica do sujeito. Essa ruptura é necessária e precisa ser bem trabalhada pela mãe, caso contrário pode vir a prejudicar o processo de projeção e introjeção e, facilitar

o processo de incorporação, para que esse possa suprir a ausência do objeto que não foi introjetado. Deixando assim que o sujeito permaneça em situação de desamparo. Desse modo podemos dizer que a comida surge como objeto de satisfação próprio do desamparo inicial, já que o comer remete a esse seio, a uma situação infantil em que o bebê era alimentado, cuidado, e amado.

Na obesidade o que está em jogo enquanto limite da expressão do sofrimento do sujeito é o corpo. A fome do obeso é pulsional, portanto, o entendimento dessa patologia pela via da psicanálise só é possível quando articulamos corpo e satisfação. Desse modo traços afetivos da organização infantil mais precoce parecem se manifestar na medida em que o sentimento que restou dessa organização infantil é um sentimento de carência, uma sensação de que é preciso comer, incorporar e de que o que é recebido não basta.

Na vida adulta a procura por essa falta, por este objeto perdido de prazer, pode retornar e o alimento pode entrar para substituir esta falta que jamais será tamponada. Dessa forma o ato de comer descontroladamente sem entender o porquê, se instala levando assim ao desenvolvimento de um corpo cheio e ao mesmo tempo vazio. Recalcatti (2002), em seu texto “O demasiado cheio do corpo, por uma clínica psicanalítica da obesidade”, nos apresenta os vários modos de expressão da obesidade. Seja pela evidência obscena e exibicionismo da feiúra, seja pelo excesso pulsional da fome de um corpo sem fala. Seja de um sujeito que luta todo o tempo para se manter alienado ao desejo do Outro, evitando a separação, mesmo que pague com o preço da vivência de uma angústia de sufocamento pelo excesso de objeto e pela falta que a falta faz neste sujeito. Isso lhe impediria o movimento do desejo, já que este se encontra aniquilado pela demanda do Outro. O corpo obeso é demasiado cheio sendo que a pessoa, contudo vive um vazio infinito

Por isso é difícil pensar em um tratamento para obesidade excluindo o corpo psíquico, e apenas tratando o corpo físico, porque ambos encontram-se completamente implicados um ao outro. Através da psicoterapia é possível sair da questão fixada no corpo e questionar a qual desejo este corpo está submisso.

Pudemos observar que diante da dificuldade de reagir às imposições sociais e à própria voracidade, o obeso marca sua presença por meio de seu próprio tamanho físico, de sua “prótese psíquica” e pela dificuldade de lidar com limites. Sendo a obesidade não somente uma relação entre o sujeito e a comida, mas sim

uma relação entre sujeito e objeto, se faz necessário uma análise mais à fundo de cada sujeito com suas subjetividades individuais para que se possa tentar entender como se dá essa relação.

A experiência na construção deste trabalho foi satisfatória e ao mesmo tempo angustiante. Ao perceber que a obesidade ainda necessita muito de um olhar e de um espaço na sociedade para poder ser tratada de forma que corresponda a expectativa do sujeito de se colocar como um ser subjetivo e de ser aceito da forma como ele mesmo foi constituído. Confrontando assim rótulos tal qual o do livro “Só é gordo quem quer”, que lança um olhar simplista e reducionista ao tratar a obesidade como uma questão simples, puramente dietética e comportamental.

## Referências

- ANJOS, L. A. **Obesidade e saúde pública** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Temas em saúde collection. 100 p. ISBN 978-85-7541-344-9. Disponível em :SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10.07.2018.
- BARLOW, D. H. & DURAND, V. M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. (Trad. R. Galman). São Paulo: Cengage Learning 2011
- BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo. Editora 34, (1997)
- CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: Uma história da alimentação** 7 ed. Editora Elsevier 2003
- CARVALHO; M. A.; PEREIRA JUNIOR; A. **Nutrição e estados de humor: Da medicina chinesa antiga a neurociência** Rev. Simbio-Logias. V.1, n.1, maio 2008. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Alfredo\\_Pereira\\_Junior/publication/242226005\\_NUTRICA\\_O\\_E\\_ESTADOS\\_DE\\_HUMOR\\_DA\\_MEDICINA\\_CHINESA\\_ANTIGA\\_A\\_NEUROCIENCIA/links/00b4952209dbfa4bc5000000/NUTRICA\\_O-E-ESTADOS-DE-HUMOR-DA-MEDICINA-CHINESA-ANTIGA-A-NEUROCIENCIA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alfredo_Pereira_Junior/publication/242226005_NUTRICA_O_E_ESTADOS_DE_HUMOR_DA_MEDICINA_CHINESA_ANTIGA_A_NEUROCIENCIA/links/00b4952209dbfa4bc5000000/NUTRICA_O-E-ESTADOS-DE-HUMOR-DA-MEDICINA-CHINESA-ANTIGA-A-NEUROCIENCIA.pdf) Acessado em: 15 de novembro de 2019
- CLONINGER, S. C. **Teorias da Personalidade**, Martins Fontes, 2003.
- CORI, G. C., PETTY, M. L. B., & ALVARENGA, M. S. (2015). Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20, 565-576
- COUTINHO W; LINS A.P.M; Custo econômico da obesidade no Brasil e no mundo In: MANCINI, Márcio C. **Tratado de obesidade** Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2015.p 114-115.
- DONATO, A., OSORIO, M. G. F., PASCHOAL, P. V., & MARUM, R. H. (2004). Obesidade. Em S. R. Busse (Org.). **Anorexia, Bulimia e Obesidade** (pp. 329-366). São Paulo: Manole.
- EDLER, S **Tempos Compulsivos**; Casa da Palavra 2017.
- FERNANDES, M. H. **Transtornos Alimentares**. Casa do psicólogo, São Paulo, 2006.
- FREIRE, Dirce de Sá; ANDRADA, Bárbara Costa C.. **A violência do / no corpo excessivo dos transtornos alimentares**. Cad. psicanal., Rio de Janeiro , v. 34, n. 26, p. 27-36, jun. 2012 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952012000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952012000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 14 nov. 2019.
- FREUD, S. **A pulsão e suas vicissitudes** (1915) ed standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago 1996.vol. XIV

- FREUD, S . **Três ensaios sobre a sexualidade** (1915) ed standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago 1996.vol. VII
- FREUD, S . **Além do princípio de prazer** (1920) ed standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago 1996, vol. XVIII
- GARCIA, C. A.. **O trauma em André Green**. Alter-Revista de Estudos Psicanalíticos, p 19-30.2012. Disponível em: [http://www.spbsb.org.br/site/images/alter/dez\\_2012/Alter\\_2\\_2012\\_completa.pdf#page=19](http://www.spbsb.org.br/site/images/alter/dez_2012/Alter_2_2012_completa.pdf#page=19) Acessado em 15 de novembro de 2019.
- GARCIA-ROZA, L. **Freud e o inconsciente**. 24 ed Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2009
- KAC G, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad Saude Publica** 2003
- LOLI; M.S.A. **Obesidade como sintoma Uma leitura psicanalítica** Editora Vetor 2000.
- MC DOUGALL, J. Conferências Brasileiras: **Corpo físico, corpo psíquico, corpo sexuado**. Rio de Janeiro Xenon 1987
- MELLO FILHO, Julio de. **Concepção psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2002
- NEUFELD; C.B., MORENO; A.L., AFFONSO; G. Programas Cognitivos Comportamentais Direcionados para a obesidade e emagrecimento In:\_\_\_\_FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; OLIVA, Angela Donato; FIGUEIREDO, Cristiane. **Produções em Terapia Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 233 - 245 .
- ONU Disponível em :<https://nacoesunidas.org/aumentam-sobrepeso-e-obesidade-no-brasil-aponta-relatorio-de-fao-e-opas/> . Acessado em 26/06/2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1536:rednutri-divulga-documento-enfrentamento-da-obesidade&Itemid=499](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1536:rednutri-divulga-documento-enfrentamento-da-obesidade&Itemid=499). Acessado em 26/6/2018.
- RECALCATTI, M. **O “demasiado cheio” do corpo. Por uma clínica psicanalítica da obesidade**. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise. 2002
- RIBEIRO, C. C. & CREMASCO, M. V. F. (2014a). **Comer para morrer: a obesidade sob a ótica da psicanálise**. *Anais do VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*, Belo Horizonte. 144  
<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/45462/R%20-%20D%20-%20CAMILA%20CHUDEK%20RIBEIRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SOUZA; L.L ; GUEDES E. P; BECHIMOL A.k; Definições antropométricas da Obesidade In: MANCINI, Márcio C. **Tratado de obesidade** Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2015.p 53-54

STENZEL,L.M. **Obesidade: O peso da exclusão** 2 ed.Porto Alegre. Edipucrs 2003  
TOMAZ, R. & ZANINI, D. Personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2009. p 447-454.

TRAVADO, L., PIRES, R., MARTINS, V, VENTURA, C, & CUNHA, S.  
(2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. **Análise Psicológica**, 22, 533-550.

VARELA, G., **Você tem fome de que?:** Psicologia, ciência e profissão, Brasília,(2006) disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n1/v26n1a08>

VIGARELLO, G.**As metamorfoses do gordo. História da obesidade no Ocidente: da Idade Média ao século XX** (M. Penchel, Trad.). Vozes 2012.