



**Janaina Santos de Souto Isidro**

**CORPO INFLADO, EU ACHATADO:**

**Um diálogo sobre a obesidade como metáfora clínica  
do mal-estar contemporâneo da civilização**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

CCE/PUC-Rio - Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro  
Março de 2019



**Janaina Santos de Souto Isidro**

**CORPO INFLADO, EU ACHATADO:**

**Um diálogo sobre a obesidade como metáfora  
clínica do mal-estar contemporâneo da civilização**

CCE/PUC-Rio - Departamento de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce de Sá Freire



**Janaina Santos de Souto Isidro**

**CORPO INFLADO, EU ACHATADO:**

**Um diálogo sobre a obesidade como metáfora  
clínica do mal-estar contemporâneo da civilização**

CCE/PUC-Rio - Departamento de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade.

Banca Examinadora:

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce de Sá Freire

Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/RJ. Mestre em História pela Université de Paris VII – Jussieu – França. Psicanalista, membro efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro – CPRJ. Professora e coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares da CCE/PUC-RJ.

COORIENTADOR: Prof. Dr. Izidoro de Hiroki Flumignan

Médico com especialidade em Medicina Preventiva e Social titulado pela AMB - Associação Médica Brasileira com área de atuação em endocrinologia. Professor do Curso de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares da CCE/PUC-Rio.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

### **Janaina Santos de Souto Isidro**

Graduou-se em Psicologia pela UFF (Universidade Federal Fluminense) em 2000. Possui experiência como Psicóloga Clínica e Institucional. Tem especialização em nível de Residência em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ; Especialização em nível de Residência em Saúde Mental infanto-juvenil pelo Instituto Philippe Pinel; Especializanda em Avaliação Neuropsicológica pela PUC-Rio.

## Ficha Catalográfica

Isidro, Janaina Santos de Souto

Corpo inflado, eu achatado: um diálogo sobre a obesidade como metáfora clínica do mal-estar contemporâneo da civilização / Janaina Santos de Souto Isidro; orientadora: Dirce de Sá Freire. – 2019.

70 f: il. color.; 30 cm

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) –Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2019.

Inclui bibliografia

CDD: 150

“É preciso escrever para reinventar continuamente a ilusão. Escrever é também, de certo modo, recusar ao pensamento a seriedade dos sistemas e permitir assim a livre circulação dos fantasmas. (...). Somente a escrita tem o poder de denunciar o saber e de fazer aflorar no texto a vida pulsional do pensamento. (...) A superfície produzida no ato de escrever é a da pele: a escrita é uma zona erógena. ”

(Pierre Fédida, 1934-2002)

A todos os pacientes que me desafiam a buscar  
compreender mais e mais sobre a subjetividade humana.

## **Agradecimentos**

À toda a turma da Pós pelos debates e encontros, especialmente à Camila, Inês, Iole, Luciana e Natalia, cada uma com seu valor singular, essenciais neste percurso e nos demais que vierem.

À Dirce, coordenadora, professora, supervisora, orientadora, por tantos papéis executados com tanta paixão na Pós, sem deixar de lado sua humanidade, tantas vezes escondida pelos que querem se fazer “mestres”. Por qualificar meu percurso na Pós, incluindo este, por vezes, doloroso processo de escrita, pontuado por muitas mudanças pessoais e profissionais, não se furtando ao diálogo e as costuras necessárias. Agradeço por ter servido de norte orientador no meu percurso de elaboração escrita.

A todo o corpo docente do Curso pela transmissão generosa e viva de saberes, exemplos inspiradores de que teoria e prática clínica se intercambiam e retroalimentam numa dialética sempre rica em ensinamentos.

À Issa pelo reencontro especial.

Aos meus pacientes do SPA que confiaram a mim suas questões mais íntimas e me possibilitaram o tanto de aprendizado que sempre levarei comigo.

Aos funcionários do SPA da PUC – Leila, Tatiana e Leonardo - que me receberam tão bem e só tornaram a convivência institucional mais afetuosa e acolhedora.

Ao Vitor por todo o apoio até, o fim.

Aos meus pais, Tania e Antônio, grandes incentivadores, por sempre confiarem em mim e darem tanto valor ao saber e a minha trajetória acadêmico-profissional.

Às múltiplas linguagens artísticas e culturais, que eu possa cada vez mais dar espaço a elas na minha vida.

E, por fim, à minha vontade de saber.



## Resumo

Isidro, Janaina Santos de Souto. **Corpo Inflado, Eu Achatado: um diálogo sobre a obesidade como metáfora clínica do mal-estar contemporâneo da civilização.** Rio de Janeiro, 2019, 70 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Especialização em Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Podemos dizer que a pós modernidade traria impactos e implicações ao psiquismo? E a obesidade entendida como defesa contra a castração, nos indicaria uma estrutura psíquica específica ou poderia ser tomada como uma metáfora clínica a denunciar o mal-estar contemporâneo da civilização? Neste trabalho de conclusão de curso trazemos para o debate o lugar do corpo como insígnia de valor na cultura, incidindo sobre os modos diferenciados de concepção da obesidade ao longo dos vários tempos históricos da nossa civilização. Embora Freud tenha destacado o lugar do corpo na estruturação do psiquismo, o percurso psicanalítico pós-freudiano colocou sobre a linguagem a primazia de sua atenção numa espécie de soterramento do corpo a tudo aquilo que pudesse ser representado pela linguagem. Buscamos recuperar neste trabalho o lugar destinado ao corpo na constituição do psiquismo no interior da teoria psicanalítica no percurso que vai do ego corporal ao ego psíquico. O nascimento psíquico não é contemporâneo ao nascimento biológico, não se dando ao mesmo tempo, sendo o nascimento psíquico necessariamente posterior ao biológico. Considerando que na obesidade estaríamos diante de uma tendência à impossibilidade de recusa, ou seja, uma impossibilidade de produzir alguma separação em relação ao gozo do Outro, a psicanálise pode se inscrever como um discurso que vai na contramão da saturação do desejo e do imperativo do gozo sem limites postos na contemporaneidade. Interrogar qual lugar destinamos ao sujeito do inconsciente neste contexto de saturação do vazio e achatamento da fala é fundamental, à medida que interrogamos ao mesmo tempo o nosso papel e aposta enquanto clínicos. Na nossa contemporaneidade, o ponto nodal pulsional parece ser o imperativo de supressão da falta e dos contornos que demarcam limites. É diante deste desafio ético, estético e clínico que apostamos em nossas construções clínicas acerca da obesidade, como a trama de um tear, a ser singular, viva e artesanalmente tecida.

### Palavras-chave:

Obesidade; Sintoma; Psicanálise; Corpo; Transtorno alimentar; Cultura.

## Abstract

Isidro, Janaina Santos de Souto. *Inflated Body, I Flattened: a dialogue on obesity as a clinical metaphor of the contemporary malaise of civilization*. Rio de Janeiro, 2019, 70 p. Trabalho de Conclusão de Curso- Especialização em Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Can we say that postmodernity would bring impacts and implications to the psyche? And would obesity, understood as a defense against castration, indicate a specific psychic structure or could it be taken as a clinical metaphor to denounce the contemporary malaise of civilization? In this work of conclusion of course we bring to the debate the place of the body as insignia of value in the culture, focusing on the differentiated modes of conception of the obesity throughout the diverse historical times of our civilization. Although Freud emphasized the place of the body in the structure of the psyche, the post-Freudian psychoanalytic path has placed on language the primacy of its attention in a kind of burial of the body to everything that could be represented by language. We seek to recover in this work the place destined for the body in the constitution of the psyche within the psychoanalytic theory in the course that goes from the body ego to the psychic ego. Psychic birth is not contemporaneous with biological birth, not occurring at the same time, being psychic birth necessarily posterior to biological. Considering that in obesity we would face a tendency towards the impossibility of refusal, that is, an impossibility of producing some separation in relation to the enjoyment of the Other, psychoanalysis can register as a discourse that goes against the saturation of desire and the imperative of enjoyment without limits placed in contemporaneity. To question what place we assign to the subject of the unconscious in this context of saturation of the void and flattening of speech is fundamental, as we simultaneously question our role and bet as clinicians. In our contemporaneity, the drive nodal point seems to be the imperative of suppressing the lack and the contours that set boundaries. It is against this ethical, aesthetic and clinical challenge that we bet on our clinical constructions about obesity, like the fabric of a loom, to be singular, alive, and hand-woven.

**Key words:** Obesity; Symptom; Psychoanalysis; Body; Eating disorder; Culture.

## LISTA DE FIGURAS

Figura	1-	Vênus	de	Willendorf.	Fonte	em:	<
					<a href="https://pt.wikipedia.org/wiki/V%C3%A9nus_de_Willendorf">https://pt.wikipedia.org/wiki/V%C3%A9nus_de_Willendorf</a> >		..... 21

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>Fio 1 – O corpo como insígnia de valor na cultura - aspectos sócio, histórico e culturais sobre os modos de conceber a obesidade.....</b>	<b>19</b>
<b>1.1 - Definindo obesidade e o processo de estigmatização e patologização social que a acompanha .....</b>	<b>25</b>
<b>1.2 – O movimento <i>fat pride</i> – Orgulho de ser gordo – As transformações na identidade social do obeso .....</b>	<b>31</b>
<b>Fio 2 - Psicanálise e a bipolaridade tátil - O ego como projeção mental da superfície do corpo.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1 - Corpo inflado, eu achatado: discutindo a obesidade como sintoma .....</b>	<b>42</b>
<b>Fio 3 - O trânsito sociocultural do processo de intimização e interiorização para os contemporâneos processos de somatização e exteriorização.....</b>	<b>46</b>
<b>3.1 - Fragmentos clínicos do caso de B .....</b>	<b>51</b>
<b>3.2 - Aspectos psíquicos da obesidade – O sujeito obeso e o “dever do sim” .....</b>	<b>54</b>
<b>4 - Tear Textual Conclusivo.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>

## Introdução

A escrita de um trabalho de conclusão de curso (TCC), após quase dois anos de uma trajetória marcada por inquietações e descobertas, faz sentido para mim através da metáfora do tear, ou seja, através de um processo de construção artesanal de saberes que responde a grandes desafios. No entrelaçamento contínuo dos fios vivos de saberes interdisciplinares da pós-graduação em Transtornos Alimentares da PUC-Rio, construí este trabalho de conclusão de curso trazendo, em forma de texto, tecido palavra a palavra, linha a linha, minha trajetória no universo acadêmico-clínico dos transtornos alimentares. É dessa forma que encaro este TCC, menos como conclusão, e mais como construção e apropriação dos fios vivos de saberes os quais tive oportunidade de lidar, reconhecer e tecer relações de sentido.

A obesidade e os demais transtornos alimentares são fenômenos clínicos desafiadores, complexos e multifatoriais. Não havendo, portanto, saber solitário que possa dar conta de assumir toda essa complexidade, mas, antes e sobretudo, é no entrelaçamento e encontro destes saberes que ganhamos vias de acesso, manejo e intervenção.

A pós-graduação em Transtornos alimentares da PUC-Rio traduz essa orientação ética e técnica acerca dos Transtornos alimentares na própria estrutura interdisciplinar do Curso que vai desde a composição do corpo docente à turma, destinada à profissionais da área da saúde como psicólogos, nutricionistas e médicos, dentre outros campos de saber. Minhas reflexões neste trabalho, portanto, guardam ressonância direta com esta experiência singular na minha trajetória clínica e acadêmica.

Os incontáveis avanços científicos nos campos da medicina e da genética impactaram fortemente a relação dos sujeitos com seu próprio corpo. O envelhecimento e o adoecimento do corpo, ou seja, questões que apontam para sua finitude, são cada vez mais entendidos como algo que se pode controlar, afastar e por que não superar. Em contraponto à ideia do corpo como ideal de felicidade e plenitude, temos o mesmo corpo tratado como ultrapassado e obsoleto em sua vulnerabilidade inexorável, uma vez que não escapa à lógica de mercado vigente. A disseminação do investimento maciço sobre o corpo na contemporaneidade pode ser vista em vários âmbitos sociais. Este não é mais visto como “espaço” privativo, íntimo e restrito. Ele foi publicizado, ocupando espaço privilegiado nos *outdoors*,

nas academias de ginástica, nas clínicas de estética, nos boxes de *crossfit*, nas mídias em geral, nas redes sociais, e, claro, nas salas de cirurgia.

As inúmeras mudanças socioculturais que experimentamos na contemporaneidade parecem impor novos destinos pulsionais com impacto direto nos nossos modos de ser, estar e atuar no mundo, ou seja, em nossa economia libidinal. O corpo, nesse contexto, ocupa lugar privilegiado - corpo sarado, tatuado, esculpido, performático, inseminado, transplantado, transsexualizado, com próteses, órteses, bariatrizado, plastificado, medicalizado, teatralizado e exibido como espetáculo e, embora tão midiático e falado, ainda excessivamente controlado e alienado. O filósofo francês Guy Debord em seu célebre livro *A sociedade do espetáculo* afirma que:

“A alienação do espectador em favor do objeto contemplado (o que resulta de sua própria atividade inconsciente) se expressa assim: quanto mais ele contempla, menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo (DEBORD, 1997, p. 24).

As ressonâncias subjetivas do corpo como reserva dos ideais de perfeição e fonte central de preocupação e investimento preferencial do sujeito ganham contornos hiperbólicos em vários aspectos da vida cotidiana chegando à clínica muitas vezes como manifestação desse mal-estar, sofrimento e insatisfação. Apesar do avanço inquestionável das novas tecnologias, nossos sentimentos de insuficiência, incapacidade e impotência nunca foram tão reais e avassaladores. As compulsões, dependências e adições seriam uma espécie de “saída” para lidarmos com os conflitos e com o que fica difícil ou falha em simbolizar? Os comportamentos compulsivos e aditivos seriam um modo, sem limite, de lidar com certo declínio das barreiras externas na contemporaneidade? Seria uma forma de tamponar o sofrimento advindo do ideal performático de homem, de mulher, de ser, sentir, viver e estar no mundo?

O suposto controle exercido sobre o corpo tem lugar cada vez mais marcante na psicopatologia da cultura contemporânea. Podemos perceber essa dinâmica de ascensão do corpo nos diversos quadros psicossomáticos, na magreza como fonte de obsessão sem limites, nas compulsões alimentares, nas múltiplas intervenções cirúrgicas, no consumismo exacerbado e difundido, no horror à finitude e ao envelhecimento do corpo e na compulsão por exercícios físicos mesmo com sérios riscos de danos à saúde. Se entendermos que os modos de expressão do sofrimento

humano, ou seja, as psicopatologias, são norteadoras de como o sujeito é afetado e dialoga com os desafios próprios de sua época, voltarmos-nos ao contexto histórico que nos contextualiza pode nos permitir enriquecer esse olhar.

Se não nos é possível atribuir relação de causalidade cultural à maior prevalência dos transtornos alimentares, posto que seria reduzi-los demais ao que entendemos tratar-se de uma multifatorialidade etiológica (fatores genéticos, ambientais, econômicos, políticos, sociais e culturais concorreriam para o quadro), por outro lado, é importante que o contexto sociocultural contemporâneo seja posto em discussão, tarefa que ora me proponho ao exercício.

A sociedade contemporânea nos convoca a pensar o estatuto do Outro, daquele que sustenta a lei, garantindo a função simbólica de interdição do gozo. Nesse tempo no qual pouco se elabora, em que se executa imperativos de controle social, onde se “engole” indiscriminadamente quase tudo ou se regurgita o que não serve mais com a mesma violência e automatização, há uma forte tendência ao desamparo, à precarização dos processos de elaboração e a um conseqüente colapso da vida psíquica.

O sociólogo francês Alain Ehrenberg (2000) salienta que essa espécie de nova soberania não nos torna onipotentes ou livres para fazermos o que bem entendermos, ela não representa o reino do homem privado como superficialmente se nos parece. O sujeito emancipado nesse contexto de afrouxamento da lei, e esgarçamento dos referenciais e laços sociais, é exigido ao máximo – “seja leve”, “seja belo”, “seja livre”, “seja eternamente jovem”, “seja feliz”! Essas novas exigências trazem muitas repercussões e “preços” subjetivos. Podemos identificar alguns deles nos comportamentos aditivos e na compulsão alimentar. Tais quadros nos revelam uma voracidade consumista indiscriminada, mas também “estados depressivos” que apontam para uma insuficiência e recusa diante de tantos imperativos “seja”. A depressão ameaça um indivíduo aparentemente livre de proibições, mas certamente torturado pela separação dicotômica entre o possível e o impossível. Se a neurose é um drama da culpabilidade, a depressão é uma tragédia da insuficiência. Ela é a sombra familiar do homem sem guia, cansado da tarefa de tornar-se apenas ele mesmo e tentado a se sustentar até a compulsão, através de produtos ou de comportamentos (EHRENBURG, 2000).

Diante do consumismo desenfreado e generalizável marcado pelo imediatismo no qual o *fast food*, a globalização e o *self service* são signos, os efeitos

subjetivos subjacentes ao declínio dos parâmetros simbólicos se fazem notar pelo sofrimento do sujeito em relação à demarcação dos seus próprios limites psíquicos. O aniquilamento das diferenças também é algo fundamental de salientar. A serialização da vida, dos corpos e das singularidades se torna cada vez mais a afirmação de polarizações. A diferenciação é permitida dentro de determinados limites. Nossas liberdades se constroem dentro de certos padrões e parâmetros onde exercemos também uma solidariedade que é seletiva. Se nos identificamos com o outro podemos sofrer por ele e admitir sua dor, do contrário, o aniquilamos, mesmo que discursivamente.

Os transtornos alimentares pensados nesse contexto seriam uma forma do sujeito apontar também para algo que não funciona, algo da ordem do impossível de sustentar ou de uma recusa aos ideais performáticos contemporâneos? Podemos apostar que o sujeito estaria buscando representar algum conflito, na melhor das hipóteses, ao apresentar um transtorno alimentar? Estaria tentando dar visibilidade a algo que não se enquadra ao modo de ser dominante? Talvez possamos pensar que os transtornos alimentares furam o tal projeto de felicidade e hedonismo para todos apontando para um impossível neste projeto. Nesse contexto, gostaria de pensar mais especificamente na obesidade como modo de afirmação de viver numa sociedade onde somos valorados a partir da ascensão cada vez maior dos nossos atributos físicos.

Para Debord (*apud* COSTA, 2004) o dilema moral da contemporaneidade não é mais o da escolha entre “ser” e “ter”, mas o da escolha entre “ser” e “parecer”. A imagem do corpo gordo não é apenas uma imagem desinvestida narcisicamente, rejeitada, depreciada e estigmatizada, mas também pode funcionar, conforme muitas vezes temos acesso na clínica, como continente e fortaleza que protege o sujeito, uma armadura de gordura que o defende, embora nem sempre o sujeito se sinta representado por ela.

Há na civilização contemporânea um forte empuxo à produção da obesidade pela via de um consumo exacerbado e indiscriminado, que vende uma imagem do sujeito numa posição imaginariamente autárquica e soberana, ou seja, como protagonista de sua história. Entretanto, nos subjetivamos num contexto sociocultural da produção em série de comportamentos, que impele ao consumo desenfreado, e absoluto, de tudo e de todos, sem adiamento ao preenchimento imediato do vazio e da falta, num relançamento infinito ao gozo, como salienta o



psicanalista italiano Massimo Recalcati (2002). Desta forma, ter que consumir parece não ser uma escolha, mas um imperativo que captura os sujeitos, inclusive em idade cada vez mais precoce.

Paradoxalmente, notamos também a ascensão do corpo como reserva dos ideais e investimento privilegiado do sujeito - o corpo performático. E desta forma, temos, a um só tempo, uma sociedade lipofóbica e obesogênica. Neste contexto, também vale destacar o movimento *fat pride*, que busca promover estratégias para o enfrentamento dos estigmas acerca da obesidade, como uma possibilidade de dirimir o peso social do estigma e tornar mais possível a convivência com essa condição.

Não se trata aqui de fazer uma espécie de elogio ou apologia à obesidade, tampouco romantizá-la, mas extrair dessa posição o que ela nos apontaria como suposta resistência a um ideal de cultura da ditadura pelo corpo. Do corpo gordo como possibilidade de recusa ao ideal de um corpo performático e de falência do ideal cultural de corpo adestrado e serializado, marcando um impossível desse projeto. A obesidade como metáfora clínica do mal-estar contemporâneo da civilização.

Recalcati (2002) nos adverte que nosso fazer clínico tem uma ancoragem temporal, ética e política que nos coloca em lugar de analisar os marcadores culturais e civilizatórios de nossa época. Não os analisar seria reduzir o sujeito do inconsciente ao discurso do capitalismo e da ciência, discursos esses que muitas vezes anulam e alienam o sujeito, indo dessa forma, na contramão do que pretendemos com a escuta psicanalítica. Intencionamos também neste trabalho discutir a questão da obesidade analisando os aspectos psíquicos aí em jogo a partir do olhar da psicanálise pelas contribuições de Recalcati.

As comorbidades e o risco de morte estão colocados para o corpo na obesidade, tal como na anorexia. E esse real do corpo pode trazer consigo um outro risco que é o de não darmos lugar à fala do sujeito no processo terapêutico.

Este trabalho, concebido como metáfora do tear, foi dividido em 3 partes que foram nomeadas como “Fios” 1, 2 e 3, e as considerações finais foram tratadas como Tear textual conclusivo.

No Fio 1 e seus subitens trazemos a discussão do corpo como insígnia de valor na cultura e os aspectos sócio, histórico e culturais que incidem sobre os modos de conceber a obesidade ao longo de alguns tempos da nossa civilização. Os

discursos médico e científico também são apresentados como modos privilegiados de concepção e apropriação da obesidade na contemporaneidade.

No Fio 2 e seus subitens, revemos o lugar destinado ao corpo na constituição do narcisismo dentro da teoria psicanalítica, tomado não em sua conformação biológica, mas como nascedouro do psiquismo, envolvendo um laborioso e complexo processo que vai do ego corporal ao ego psíquico.

No Fio 3 e seus subitens, discutimos os aspectos psíquicos em jogo na obesidade para psicanálise usando as contribuições de alguns autores como Winnicott, Recalcati e Ivanise Fontes. Alguns fragmentos de um caso clínico de obesidade atendido no SPA da PUC são apresentados. A obesidade é discutida como podendo tratar-se de uma metáfora clínica do mal-estar contemporâneo da civilização – o imperativo do gozo na contemporaneidade corporificado na obesidade. Na obesidade, estaríamos diante de uma tendência à impossibilidade de recusa e um dever do “sim”, ou seja, uma impossibilidade de recusar e de produzir alguma separação. A gordura corporal também pode ser considerada uma prótese psíquica, dando a sensação de sobrevivência psíquica, ainda que precária. A comida ou a gordura desempenhariam a função de ‘envelopes artificiais de continência.

No Fio 4, tentamos, a partir dos Fios de saberes utilizados ao longo do processo de escrita do trabalho de conclusão de Curso, construir um Tear textual conclusivo, no qual são tecidas as análises finais numa proposta de articulação sobre os efeitos subjetivos contemporâneos e seus impactos na clínica psicanalítica, interrogando qual lugar destinaríamos ao sujeito do inconsciente neste contexto de saturação do vazio e achatamento da fala. Se a obesidade pode ser concebida como protótipo do mal-estar contemporâneo da cultura e fenômeno psicopatológico de “eleição” de um número cada vez maior de pessoas no mundo, de qual lugar aceitamos, enquanto analistas, o desafio de acompanhar esses sujeitos?

### **Fio 1 – O corpo como insígnia de valor na cultura - aspectos sócio, histórico e culturais sobre os modos de conceber a obesidade**

“O que as pessoas comem (ou não comem) sempre foi determinado por uma interação complexa de forças sociais, econômicas e tecnológicas. A antiga República de Roma era alimentada por seus cidadãos agricultores; o Império Romano, por seus escravos. A dieta de um país pode ser mais reveladora que sua arte ou literatura” (Eric Schlosser).

O corpo pode ser concebido e apreendido no campo das ciências humanas através de várias abordagens, tais como: desdobramento psíquico do eu/não eu; representação; linguagem; expressão da cultura; identidade social; mercadoria; dominação de gênero; objeto de arte, ponto de resistência, dentre outros.

Se o corpo gordo não pode ser considerado como fenômeno recente na história da humanidade, talvez possamos afirmar que, enquanto estigma, a obesidade o seja. Em nossa cultura, o corpo obeso é carregado de valores pejorativos e naturalizados que causam sentimentos hostis por representarem excesso, indisciplina, comportamento desviante de um padrão de saúde e violação de um padrão de beleza. Se por um lado temos uma intensa valorização da magreza e do corpo performático, por outro, vimos a construção social do horror pela obesidade e a formação de uma cultura lipofóbica.

Foi na década de 60 do século passado que o termo “lipofobia” foi cunhado pelo sociólogo francês Claude Fischler (2001) a fim de caracterizar o efeito de repúdio e aversão à gordura de origem animal e a consequente promoção do corpo feminino magro alçado à grande padrão de beleza e saúde. Diante deste quadro, temos um horror à gordura e aos sujeitos gordos. Como valor social positivado, a magreza tornou-se padrão da indústria da moda, e também dos campos estético, moral, biomédico, subjetivo, cultural e midiático, dentre outros, tendo a padronização e homogeneização deste ideal efeitos globalizantes. Paradoxalmente, temos um contexto sociocultural no qual o apelo ao consumo de tudo e de todos, inclusive de comida, convive com o olhar hostilizante da lipofobia, demarcando um paradoxo e incongruência decorrentes da nossa contemporaneidade – uma sociedade obesogênica e lipofóbica.

O culto à magreza demarca, de forma inequívoca, a revolução da leveza aplicada ao corpo. A obsessão pela magreza não exclui camadas sociais, faixa etária ou gênero, sendo, portanto, generalizada. Pressão pelo padrão construído de culto

ao corpo magro e esculpido através de técnicas diversas como o chamado “estilo de vida saudável”, dietas que propalam “resultados milagrosos”, diferentes intervenções cirúrgicas e treinos físicos, não revelam, mas, ao contrário, obscurecem a realidade da maioria da população mundial, que paradoxalmente não apresenta este padrão estético e estilo de vida.

A indústria de alimentos torna todo um conjunto de produtos mais leve com suas linhas “*diet*” e “*light*”, a medicina e os exercícios físicos declaram verdadeira guerra ao sobrepeso, as cirurgias estéticas aspiram e eliminam tudo o que for considerado como excesso e volume adiposo corroborando para a estigmatização cada vez maior da obesidade, vista como um “comportamento desviante”, além de toda a sorte de sentidos pejorativos daí decorrentes (LIPOVETSKY, 2016). É como se houvesse a produção de um sentido subliminar que nos fizesse crer que “só é gordo e feio quem quer”. Um título parecido foi dado ao livro de um nutrólogo brasileiro, e foi sucesso de vendas na década de 80 no Brasil, ganhando 27 edições e vendendo mais de 500 mil exemplares. O livro propunha ensinar de forma genérica o método de reeducação alimentar do autor. Em contraponto a esta ideia fortemente difundida, outro médico brasileiro afirma que “ninguém é gordo porque quer” (Dr. Alfredo Halpern<sup>1</sup>), levantando uma série de aspectos multifatoriais que concorrem para a propensão à obesidade.

O estado desviante exposto na “feiuura” da obesidade é, portanto, estigmatizado revelando-se um atributo que torna o sujeito estranho e diferente diante dos outros que se encontram em outra categoria e, num caso extremo, uma pessoa má, perigosa e/ou fraca. Desta forma, deixa-se de considerá-la criatura comum e total reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Essa característica pode ser considerada um estigma na medida em que o seu efeito de descrédito é muito grande e também considerado defeito, fraqueza e desvantagem (GOFFMAN, 1980). Mas o corpo obeso foi sempre concebido sob um viés estigmatizado pela nossa herança histórico cultural?

Os sentidos da obesidade, assim como o valor conferido ao corpo, não são estáticos se considerarmos a história da humanidade. A obesidade já foi aceita

---

<sup>1</sup> Considerado um dos mais importantes endocrinologistas brasileiros, foi um dos fundadores da Abeso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica) e um dos responsáveis pela primeira equipe de cirurgia bariátrica do Brasil, na cidade de São Paulo, com Dr. Garrido, o iniciador da cirurgia bariátrica no país.

socialmente e considerada por seu valor estético não sendo atrelada aos padrões de saúde, como atualmente experimentamos. Como valor estético, a obesidade já fora reforçada e valorizada pelas artes, principalmente a pintura, em períodos históricos como a Idade Média e o Renascimento. Ao longo da história da humanidade e sob o crivo da biomedicina o sujeito obeso passa a ser culpabilizado por sua condição porque estigmatizado socialmente. Desta forma, podemos entender que o processo de construção da obesidade como desvio e excesso se deu de forma lenta e em um período histórico longo.

As raízes históricas da obesidade parecem datar da era paleolítica, ou seja, 20.000 até 30.000 anos a.C. A Vênus de Willendorf (imagem abaixo) é umas das primeiras representações da forma humana tratando-se de uma mulher obesa com seios fartos, e estima-se que foi esculpida entre 25.000 e 28.000 anos a.C. Na era neolítica, cerca de 10.000 anos a.C., achados arqueológicos referem deusas reverenciadas e cultuadas como símbolo de beleza e fertilidade devido às suas formas físicas volumosas de coxas, seios e quadris. Isso nos permite analisar que a obesidade já foi condição valorizada como forma de poder, status, fetiche e condição a ser buscada. Não há total concordância se essas deusas de fato teriam existido ou se seriam representações artísticas do ideal de abundância e fertilidade num período histórico em que a escassez de alimentos era uma constante.



Figura 1- Vênus de Willendorf. Fonte em: < [https://pt.wikipedia.org/wiki/V%C3%A9nus\\_de\\_Willendorf](https://pt.wikipedia.org/wiki/V%C3%A9nus_de_Willendorf)>  
Acesso em: 10 jan. 2019

Se a obesidade não é recente na história da humanidade, as técnicas de emagrecimento também não o são, e desde Hipócrates, na Antiguidade (entre os anos 400 e 300 a.C.), podemos circunscrever preocupações nesta esfera. Considerado o pai da Medicina, Hipócrates aconselhava a prática de exercícios

físicos e dieta na busca pela obtenção de um corpo saudável. Seu discípulo, Galeno, considerava a obesidade uma falha da disciplina humana.

Na Antiguidade eram muito comuns os grandes banquetes nas culturas greco-romanas. Para o povo grego o ato de comer possuía valor artístico. Na Roma antiga foram inventados os vomitórios, que eram salas destinadas ao expurgo devido ao excesso de comida e bebida consumidos, garantindo que as pessoas após a prática pudessem retornar aos banquetes. Na Idade Média, “obeso” referia-se ao sujeito que ingeria grandes quantidades de alimentos estando mais relacionado à gula. O corpo excessivamente gordo e a gula não eram aprovados pela igreja e pela aristocracia, aparentemente, muito mais pelo olhar das correntes religiosas, filosóficas, estéticas e morais do que pela sua associação com questões de saúde. O termo pecado surge nesta época, proveniente da lista de oito tentações de Pântico, que enumera os vícios que levariam a humanidade ao inferno. O Papa Gregório reduziu a lista para sete, nomeando-a de Sete Pecados Capitais. A gula é representada em ambas e era considerada um pecado capital, irmão da luxúria. Para Pântico comer em demasia dificultava o exercício da prática da oração. O excesso de comida embotava a mente e enfraquecia moralmente o homem. Por isso todo o esforço da Igreja em dissociar o prazer do comer.

De forma ainda mais austera, o Papa Gregório alegava que comer demais poderia se tornar mortal tanto para o físico quanto para o espírito. Ambas as ideias ganharam eco e, amparadas por justificativas da medicina, ganharam estatuto de verdade. A noção de que comer em demasia matava, originava ou agravava doenças se manterá ao longo do período medieval, sustentada tanto por reprovações morais quanto humoralistas<sup>2</sup> (SANTOLIN e RIGO, 2012). O tormento do corpo e sua ascese eram considerados o caminho mais rápido para a alma chegar até Deus.

No século XIII, Tomás de Aquino define pecado como um apetite de um bem perecível que se deseja de maneira desordenada, e em cuja posse alguém se deleita, conseqüentemente, de maneira desordenada. A gula seria então um pecado carnal ao invés de espiritual, uma vez que o prazer ou o bem-estar provinha dos alimentos, ou seja, do “tato corporal”. Neste período histórico, além de não haver um olhar biológico sobre o corpo, tampouco haviam medidas de avaliação quantitativas,

---

<sup>2</sup> O humoralismo foi um princípio médico da Grécia antiga no qual se postulava que a origem de todas as doenças estava atribuída à alteração dos quatro humores: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma.

sendo assim, impossível a comparação com o discurso contemporâneo patologizante da obesidade. Ainda que a palavra *obesus* e suas derivações tenham sido utilizadas no período medieval, esse termo não possuía a semântica que lhe será atribuída com o desenrolar dos séculos XVIII e XIX, quando será associada às medidas de massa corporal. *Obesus*, provém do latim e seria uma das declinações de *obedere* – se dirigir à comida – e, geralmente, vinha acompanhado da palavra *nimia* – excessivamente, ou seja, *obesus* ou *obesus nimia* se referia àquele que se dirige à comida de maneira excessiva ou àquele que come excessivamente. Considerando tais ressalvas, os registros encontrados de tais termos durante o período medieval devem ser tomados como equivalentes à gula, com forte influência da interdição moral dentro da estrutura teológica cristã. Apesar desta condenação ter sido também amparada pelo humoralismo, tais concepções divergem significativamente do discurso contemporâneo da obesidade, principalmente, por fazerem referência a um êthos – à maneira de agir, ou seja, ao ato de comer excessivamente – e não ao corpo ou a constituição corporal (SANTOLIN e RIGO, 2012).

No livro *O corpo incerto: Corporeidade, Tecnologias médicas e Cultura contemporânea*, Francisco Ortega (2008) nos traz uma análise diacrônica do imperativo ascético fazendo um contraponto à antiguidade greco-romana e à contemporaneidade. O autor distingue a ascese da bioascese. A ascese da antiguidade grega fundamentava-se numa prática de liberdade integrativa corpo e alma e remetia aos valores público-comunitários que demandava a solidariedade política entre seus membros, mas permitia a singularidade e a resistência à cultura. A ascese do corpo era uma ascese da alma.

A Bioascese, vinculada à cultura contemporânea, deu corpo a uma nova forma de sociabilidade – a biossociabilidade, que alude à modos de submissão às normas vigentes e adequação de parâmetros de vida sob uma lógica individualizante em contraponto às práticas de liberdade e de solidariedade política de outrora. O homem contemporâneo se vê obrigado a constituir uma “bioidentidade apolítica” amparado por discursos de parâmetros de saúde e beleza corporal, nos diz Ortega (ORTEGA, 2008, p. 46). Se as ascèses clássicas da antiguidade se assentavam sob um viés político e social, que vinculava a dimensão do coletivo visando a liberdade, as bioasceses coloca o sujeito em função dele mesmo, submetido a um disciplinamento moral pelo corpo.

Durante a Idade Média e mesmo ao fim dela, as altas taxas de mortalidade eram uma realidade. Dentre os principais motivos estariam a guerra, as epidemias de doenças infecciosas e a fome que assolavam a Europa. Desta forma, ao invés do foco de preocupações se dar pela corpulência excessiva decorrente de abundância alimentar, o medo da fome caracterizaria melhor a história da civilização ocidental até o século XX. O corpo gordo e a gula, neste período, eram preocupações raras, praticamente exclusivas das classes mais abastadas, ou seja, da igreja e da aristocracia, uma vez que a escassez de comida era a regra para a maior parte da população. Mesmo àqueles indivíduos pertencentes à aristocracia ou à Igreja, aparentemente, nunca foi aprovada a corpulência excessiva ou a gula, mas não por motivos de saúde, porém devido às correntes, morais e/ou religiosas, filosóficas, éticas e estéticas (SANTOLIN e RIGO, 2012).

Importante citar que na famosa obra do poeta italiano Dante Alighieri *A divina comédia* podemos ver que a gula está colocada no 6º. Terraço dos sete do purgatório. A obra traz a definição de inferno para o ocidente. Quanto mais profundo era o círculo/terraço mais grave o pecado e suas punições, e a gula era o penúltimo círculo mais profundo só “perdendo” para a luxúria.

Com o advento da Revolução industrial, a corpulência da obesidade, antes possível aos mais abastados socialmente, deixou de significar status social, uma vez que a maior acessibilidade aos alimentos foi generalizada em grande parte do mundo.

A primeira e segunda guerras mundiais favoreceram as primeiras suposições de que aspectos emocionais poderiam concorrer para que a obesidade se desenvolvesse. A França foi o primeiro país de destaque nessas pesquisas que observaram um ganho considerável de peso em mulheres que tinham seus familiares mortos ou com futuro incerto na guerra mesmo que a ingestão calórica deles não justificasse esse aumento. Nos campos de concentração também foram observados casos de obesidade grave em pessoas submetidas a longos períodos de inanição.



### **1.1 - Definindo obesidade e o processo de estigmatização e patologização social que a acompanha**

A obesidade não pode ser considerada um fenômeno recente no curso da história da humanidade, uma vez que, pelo menos desde a Antiguidade podemos supor sua existência. Trabalhos científicos dissertando sobre a obesidade no campo da Medicina foram raros até o final do século XIX. Segundo a OMS (WHO, 2000), foram os trabalhos de Antoine Lavoisier no século XVIII que tiveram o pioneirismo de demonstrar a semelhança entre o metabolismo dos animais e a combustão lenta. Assim, Lavoisier e outros teriam associado pela primeira vez a obesidade e a magreza às leis da termodinâmica. Na virada dos séculos XIX e XX, o interesse da Medicina pela obesidade se intensificou quando as empresas de seguros passaram a produzir avaliações que combinavam obesidade e aumento das taxas de mortalidade. Se, em momentos históricos anteriores, a obesidade fora considerada símbolo de poder e fertilidade, passa então a ser considerada risco a partir do século XX, sendo vinculada à morbidade, complicações orgânicas, e, portanto, desqualificada e patologizada.

O início da estigmatização social da obesidade é contemporâneo ao processo de industrialização mundial, acompanhada dos dogmas do cristianismo, do reconhecimento da nutrição como área privilegiada do conhecimento e das contribuições da moda ao referencial de padrão estético. As ideias do cristianismo propagavam o jejum como símbolo de purificação e virtude, incentivado em função da carestia reinante. Já o excesso alimentar era tido como um pecado, a privação como ato sagrado e as imagens dos santos magros como modelo; o reconhecimento da nutrição no século XX como área de saber privilegiada, associava a palavra *diet* à limitação/restrição de alguns alimentos prejudiciais à saúde; e a moda com seu exacerbado valor estético de magreza, como forma única de beleza. O entrelaçamento dessa rede de influências sobre os modos de ser e viver foi decisivo para o processo de alteração de sentidos atribuídos à obesidade, (STENZEL, 2002).

De acordo com Stenzel (2002), no início do século XIX a associação da obesidade com atributos positivos sofre forte mudança, sendo que “em 1900 esta representação se inverteu, e de lá para cá o sucesso e a beleza vêm sendo associados à magreza.” (STENZEL, 2002, p. 29).

Se na nossa contemporaneidade, o culto ao corpo ganha forte apelo na cena social, sendo fonte central de preocupação, investimento privilegiado e reserva dos ideais possíveis do sujeito ganhando contornos hiperbólicos em vários aspectos da vida cotidiana, a obesidade representa um estigma no campo estético. E sob o discurso biomédico, o sujeito obeso também sofre “o peso” do estigma de doente. Recai sobre ele uma série de riscos e conseqüentemente procedimentos que tentam dar conta da chamada obesidade mórbida, como é o caso das gastroplastias ou cirurgias bariátricas para redução do estômago.

As alterações promovidas a partir do fenômeno de transição nutricional<sup>3</sup> mundial que reduziu significativamente os índices de desnutrição infantil aumentando de forma acelerada a prevalência de sobrepeso e obesidade na população mundial, é fato propagado tanto pelas mídias, como tema em congressos e periódicos científicos de várias áreas de saber. Considerada uma pandemia moderna, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública mundiais. Uma das projeções é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso, e mais de 700 milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo pode chegar a 75 milhões, caso nada seja feito para lidar com esta situação.

No Brasil, o quadro não é diferente, e a obesidade vem crescendo de forma exponencial. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade. Entre crianças este número estaria em torno de 15% (ABESO<sup>4</sup>, 2019). A condenação maciça e a patologização àqueles quem tem obesidade também são justificadas por estes números alarmantes sem dúvida e o sujeito obeso, exclusivamente por sua característica física, sofre muitas vezes pelos sentidos a ele imputados de indisciplinado, desestruturado emocionalmente e incompetente moralmente.

Embora as estatísticas revelem de forma inequívoca o aumento da prevalência dos índices de obesidade mundiais, nomear o fenômeno como “epidemia” ou “pandemia” de obesidade, como vimos muitas vezes na mídia e mesmo em artigos científicos, talvez não seja adequado, não havendo concordância absoluta na

---

<sup>3</sup> O fenômeno da transição nutricional se deve a um conjunto de fatores decorrentes de alterações nos modos de vida da população em geral, principalmente como efeito da urbanização, da industrialização, da entrada da mulher no mercado de trabalho e do sedentarismo.

<sup>4</sup> Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.

literatura mundial sobre o tema o uso do termo. Isto porque o significado do vocábulo “epidemia” guarda a ideia da propagação rápida de doenças infectocontagiosas, não se aplicando, portanto, ao fenômeno da obesidade, por esta não ser causada por um vírus, e tampouco ser contagiosa. Marcar a gravidade do incremento do número de casos de obesidade no mundo é importante quando favorece a conscientização dos diversos fatores ambientais e comportamentais que concorrem para esse aumento, mas vincular o sentido pandêmico e contagioso, talvez dificulte a demarcação dos fatores culturais, entre outros, que devem estar em jogo nesta discussão.

A obesidade não é um transtorno alimentar, portanto, não é transtorno psiquiátrico, não existindo uma estrutura psíquica ou perfil psicológico únicos para todos os sujeitos obesos. É considerada pela OMS como uma doença endócrina, nutricional e metabólica. Enquanto doença crônica de etiologia multifatorial (fatores genéticos, econômicos, culturais, sociais, ambientais e políticos) é caracterizada pelo excesso de acúmulo de gordura corporal, sendo importante pensar que os determinantes básicos para as doenças crônicas são reflexos das mudanças sociais, econômicas e culturais.

O incremento dos casos de obesidade mundiais se deu na segunda metade do século XX, sendo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID) desenvolvida pela OMS, um importante instrumento para caracterizarmos esse aumento e olhar mais detidamente voltado ao quadro. A CID, atualmente em sua 11<sup>a</sup>. Revisão, é utilizada para padronização e catalogação das principais doenças e transtornos relacionados à saúde. Uma de suas principais funções é a monitorização da incidência e prevalência das doenças e agravos à saúde, permitindo um panorama mundial da situação de saúde global das populações. A obesidade foi introduzida na CID através de sua nona revisão (CID-IX) sob o código 278 – “*Sobrepeso, obesidade e outras formas de hiperalimentação*”, figurando dentro do grupo das “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, e distúrbios de imunidade”. Na edição seguinte – CID X – a obesidade fora incluída no grande grupo das “*Doenças Endócrinas*” (Grupo E) sob o código E-65 a E-68: “*Obesidade e outras formas de hiperalimentação*”.

Como já dissemos, a obesidade não é considerada um transtorno psiquiátrico. Na CID-X todo o segmento dos transtornos mentais e comportamentais tem um capítulo específico dedicado a este grupo (V) e estão na lista F do indo de F00 a

F99, distinto, portanto, do capítulo destinado às doenças endócrinas, onde encontra-se a obesidade.

A CID foi lançada originalmente em 1893, como “*Lista de causas de morte*”, e a OMS tomou a responsabilidade pelas edições da mesma a partir de 1948, na 6ª. Edição, na qual passou a incluir também as causas de morbidade<sup>5</sup>. Mas a aparição da obesidade na nona revisão da CID, nos anos 70 do século passado, não nos parece um acaso, uma vez que neste período histórico podemos identificar segundo muitos autores apontam, a existência de uma nova ordem social, a pós modernidade ou sociedade do espetáculo como nomeou Guy Debord (1997). A obesidade está inscrita na lógica do consumo sob a qual a sociedade de espetáculo é regida, embora os sujeitos obesos sejam considerados os fracassados dessa lógica por falharem na medida deste consumo, tornando-se a imagem da incompetência, da falta de controle e do excesso. O sujeito obeso é um violador das regras de conduta sociais da cultura do espetáculo. Constrói-se, dessa forma, uma nova classificação para esses “consumidores falhos” (BAUMAN), e a obesidade ganha caráter patológico mundialmente diagnosticada e estigmatizada. Os obesos, de algum modo, revelariam uma falha do sistema onde está estruturada a nossa contemporaneidade, demonstrando que leveza, liberdade, fluidez e saúde não estão dadas nem garantidas.

Por sua vez, o próprio sistema inventa novos produtos seja para reparação da condição obesa (dietas, psicofármacos, shakes, produtos *diet* e *light*, cirurgia bariátrica, dentre outras técnicas) seja para um consumo de nicho específico dessa camada cada vez maior da população mundial ávida por consumir produtos como roupas, etc.

Para a OMS (2000), a obesidade seria um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode levar à presença de comorbidades capazes de atingir graus que possam afetar à saúde. A base da doença está fundamentada num processo de balanço energético positivo que resultaria em ganho de peso, ou seja, o sujeito teria uma ingesta calórica, em princípio, maior que o seu gasto. O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma medida de razão simples entre o peso e a altura mais

---

<sup>5</sup> Morbidade ou morbilidade em Epidemiologia concerne à taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e momento. Cabe à Vigilância epidemiológica a quantificação das doenças ou cálculo das taxas e coeficientes de morbidade e morbimortalidade.

frequentemente usada para classificar a obesidade em adultos. Enquanto fenômeno contemporâneo temos uma verdadeira escalada da obesidade que hoje é considerada uma das doenças que mais cresce no mundo. Segundo a OMS (2014), a obesidade é uma doença endócrina, nutricional e metabólica, não devendo ser confundida com distúrbios mentais ou comportamentais.

A obesidade integra o Grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis ou DANTs que são caracterizadas por serem doenças: 1. Com história natural prolongada; 2. Com múltiplos fatores de risco; 3. Numa interação de fatores etiológicos; 4. Especificidade da causa desconhecida; 5. Curso clínico em geral lento e prolongado; 6. Permanentes manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, dentre outros (SEGAL, 2004).

O número de crianças e adolescentes (de cinco a 19 anos) obesos em todo o mundo aumentou cerca de dez vezes nas últimas quatro décadas. Se as tendências estatísticas atuais continuarem, haverá mais crianças e adolescentes com obesidade do que com desnutrição moderada e grave até 2022, de acordo com um novo estudo liderado pelo *Imperial College London* e pela Organização Mundial da Saúde - OMS (OPAS).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), um dos reflexos do crescimento da obesidade no Brasil é a procura, cada vez maior, por tratamentos para redução de peso. O número de cirurgias bariátricas realizadas entre os anos de 2012 e 2017 aumentou 46,7% em nosso país. De acordo com pesquisa da SBCBM foram realizados:

“105.642 mil cirurgias no ano de 2017 no país, ou seja, 5,6% a mais do que em 2016, quando 100 mil pessoas fizeram o procedimento no setor privado. Os números são crescentes: em 2012 foram realizadas 72 mil cirurgias, em 2013 80 mil procedimentos, no ano de 2014 o número foi de 88 mil e em 2015 foram realizadas 93,5 mil cirurgias, segundo dados do *Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Datasus*. Pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos de cirurgia bariátrica também tiveram crescimento expressivo. Entre os anos de 2008 e 2017, o número de cirurgias bariátricas cresceu 215%. O crescimento anual médio é de 13,5%. O Brasil é o segundo país do mundo em número de cirurgias bariátricas e o sente feminino representa a grande maioria dos casos - 76% dos pacientes” (SBCBM, 2018).

Para a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), esse tipo de cirurgia é indicada, segundo parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), para pacientes com IMC acima de 35 Kg/m<sup>2</sup> que apresentem complicações

tais como apneia do sono, hipertensão arterial, diabetes, aumento de gorduras no fígado e no sangue e problemas articulares, ou para pacientes com IMC maior que 40 Kg/m<sup>2</sup> que não tenham obtido sucesso na perda de peso após dois anos de tratamento clínico, incluindo o uso de intervenções psicofarmacológicas (SBEM, 2018).

Os graus de obesidade são definidos tendo por referência o IMC. São três as classes de obesidade (I, II e III), sendo a III a mais grave e letal, por isso também chamada de obesidade mórbida, pelas complicações orgânicas e comorbidades a ela associados. Desde a década de 90 do século passado, algumas sociedades médicas internacionais vêm estabelecendo como critério para recomendação de cirurgia bariátrica o insucesso no tratamento clínico em pacientes com IMC a partir de 35. É consensual na literatura especializada sobre obesidade seu caráter multifatorial e de difícil controle, sendo a cirurgia bariátrica uma forma de intervenção que vem obtendo respostas positivas no emagrecimento (ainda que nem sempre na manutenção do peso) e aumento da qualidade de vida dos sujeitos, embora as intervenções não devam limitar-se à abordagem cirúrgica, mas também circunscrever os fatores ambientais, comportamentais, psíquicos, assim como os metabólicos e hormonais.

O processo de industrialização do mundo e as novas técnicas de agricultura e manipulação de alimentos, constituiu-se num fenômeno novo para a humanidade que foi uma produção em larga escala que garantiu maior oferta e diversificação dos alimentos e produtos alimentícios. Dados epidemiológicos dão conta que pela primeira vez na história da humanidade o quantitativo de pessoas obesas ou com sobrepeso igualou e/ou superou o de subnutrição com o agravante de que o percentual de desnutrição tem números cada vez mais em queda e o de obesidade só aumenta na curva epidemiológica. *Globesidade* foi o termo cunhado pela OMS para caracterizar a escalada da globalização da obesidade no mundo, especialmente em crianças, e que não restringe classe social, gênero e cultura.

**Fio 1.2 – O movimento *fat pride* – Orgulho de ser gordo – As transformações na identidade social do obeso**

A vivência corporal sempre foi traduzida, alterada e enriquecida pelo contexto sociocultural, não sendo, portanto, algo natural. Os paradoxos de uma sociedade obesogênica e lipofóbica apontam para um cenário no qual o corpo ganha papel central, representando o lugar do sujeito, sua “essência” e sua expressão psíquica, não expressando mais um dos aspectos da sua existência, como sua identidade social ou expressão de um estilo de vida. O corpo na contemporaneidade encerra e limita o ser do sujeito.

O corpo gordo pode potencialmente produzir ressonâncias na subjetividade e vida psíquica levando a realidades sociais limitadoras. No contexto de uma cultura lipofóbica como a nossa, que toma o discurso médico como hegemônico, o mais comum é vermos a simplificação da compreensão do sujeito obeso como alguém desprovido de saúde, com risco de morte, além de todos os demais sentidos morais aí imbricados já discutidos no Fio anterior, funcionando como um forte e poderoso olhar limitador a uma questão complexa e multifatorial como a obesidade. Essa é uma concepção extremamente difundida e naturalizada socialmente que, de tão pregnante, ganha estatuto de verdade entre nós sendo extremamente deletéria e podendo causar ainda mais sofrimento psíquico ao sujeito obeso.

Como estratégia para lidarem com a condenação e patologização morais concernentes à condição de obesidade, os sujeitos obesos recorrem aos mais diferentes recursos de tratamento, incluindo aí as gastroplastias ou cirurgias bariátricas, que apontam como resposta mais recente e, aparentemente, mais eficiente para o manejo e reversão dos casos de obesidade. Entretanto, para a grande maioria da população que mantém a condição de obesidade, um movimento social de posituação vem ganhando visibilidade como modo de resposta à estigmatização sofrida pelos sujeitos nessa condição – o *Fat Pride* ou *Orgulho gordo*.

O movimento *Fat Pride* surge nos Estados Unidos na década de 60 do século passado ganhando ressonâncias em vários países, inclusive no Brasil, pela aceitação social da obesidade em contraponto e crítica à ditadura da magreza, à individualização da questão da obesidade e à visão do corpo obeso como signo de falência moral e ausência de controle. Uma das organizações mais relevantes existente até os dias atuais é a NAAFA – National Association for Advance of Fat

Acceptanc -, uma organização voluntária, sem fins lucrativos e atua para eliminar a discriminação relacionada ao tamanho do corpo, fornecendo às pessoas gordas as ferramentas para o autofortalecimento através de apoio de jurídico, educação pública e outras estratégias de suporte coletivo. Uma das “bandeiras” usadas pela NAAFA é a luta por uma sociedade em que “pessoas de todos os tamanhos” sejam aceitas com dignidade e igualdade em todos os aspectos da vida. (NAAFA, 2019).

Outro marco deste movimento de aceitação social da pessoa obesa foi a publicação do livro *Fat! So? Because you don't have to apologize for your size*<sup>6</sup>! Em 1998, escrito por Marilyn Wann, uma das líderes do movimento *Fat Pride* nos Estados Unidos. O lançamento do livro e de uma revista com o mesmo nome faz o tema ganhar projeção mundial. A aceitação e vivência plena da sexualidade das mulheres obesas participantes do movimento, as análises correlacionando outros movimentos ativistas como os que lutam pela igualdade de gênero com o *Fat pride*, demarcam o aspecto da aceitação social que a vertente norte americana do movimento imprime.

Já no Brasil, o movimento é bem mais recente datando do fim da década de 90 do século passado, e apresenta características algo distintas. A diferença está principalmente no perfil mais comercial se comparado ao movimento de cunho mais social da experiência norte americana. A análise da experiência brasileira aponta para um movimento “menos social” e mais voltado à tendência pela constituição de um nicho de mercado que quer atingir uma população consumidora outrora excluída dos padrões de consumo endereçados exclusivamente às pessoas magras (NEVES e MENDONÇA, 2014).

A condição estigmatizante e moralmente repreensível relacionadas à obesidade tem grande sustentação midiática, uma vez que esta define e reproduz em larga escala um padrão de beleza e saúde muito distantes da realidade de grande parte da população mundial, que vive os impactos do fenômeno de transição nutricional. O movimento *Fat pride* aparece como modo de dar visibilidade à produção de estigma relacionado à associação de valores depreciativos em relação às pessoas obesas e, portanto, à superação da patologização mundialmente disseminada à obesidade.

---

<sup>6</sup> Ou numa tradução livre: Gordura! E daí? Porque você não precisa se desculpar pelo seu tamanho!



## **Fio 2 - Psicanálise e a bipolaridade tátil - O ego como projeção mental da superfície do corpo**

*“O ego é antes de tudo um ego corporal”* (Freud, 1923, p. 238)

Os ecos subjetivos das novas exigências e hiperinvestimento na imagem do corpo, tomados como modos de expressão do mal-estar na contemporaneidade, chegam à clínica de forma inequívoca, desafiando nossa escuta analítica. Será através de alguns autores psicanalistas que pretendemos construir Fios de sentido sobre esse contexto, sem a pretensão de esgotar os possíveis caminhos de análise sobre a questão. Achemos importante marcar aqui que o percurso teórico ora escolhido não é exclusivo, tampouco excludente, mas se afirma como uma proposta teórica de reflexão acerca do lugar do corpo na fundação do psiquismo.

Se para psicanálise quando tratamos de subjetividade, o biológico não é um aspecto abordável, ou melhor dizendo, o corpo puramente biológico não é tomado em si como um objeto de seu estudo, talvez a noção de corpo em suas implicações fundamentais para a constituição da subjetividade, o seja. Está colocada para nós, desta forma, a importância de revermos o lugar destinado ao corpo na constituição do narcisismo dentro da teoria psicanalítica, uma vez, inclusive, que vários autores nomeiam as novas formas clínicas de sofrimento, incluindo os transtornos alimentares, como patologias do narcisismo. Para o pai da psicanálise:

*“O ego é antes de tudo um ego corporal (...), derivando em última instância das sensações corporais, principalmente daquelas que tem sua fonte na superfície do corpo. Assim pode ser considerado uma projeção mental da superfície do corpo e, além disso, (...), ele representa a superfície do aparelho mental”, salientou Freud, [grifos meus] 1923, p. 238.*

A alteridade é uma noção fundamental na abordagem epistemológica que Freud faz sobre o corpo. E embora Freud tenha destacado o lugar do corpo para o psiquismo, o percurso psicanalítico pós-freudiano colocou sobre a linguagem a primazia de sua atenção, o que fez muitos críticos marcarem uma negligência ao lugar destinado ao corpo pela psicanálise criticando a ênfase exclusiva no campo discursivo. Mesmo no interior do movimento pós freudiano, sempre foi forte a inclinação para circunscrever a experiência da escuta analítica a uma leitura das representações e significantes dos processos psíquicos, numa espécie de soterramento do corpo a tudo aquilo que pudesse ser representado pela linguagem.

Birman *apud* Fernandes (2006b) sublinha que “o primado da linguagem e do pensamento, ao restringir a experiência analítica ao mundo da representação, favoreceu o que ele considera uma espécie de “recalcamento” da problemática do corpo na psicanálise” (FERNANDES, 2006b, p.10). Desta forma, diante de um cenário de duplo vínculo, onde as ressonâncias subjetivas do/no corpo ou não tiveram lugar na atenção psicanalítica pós-freudiana ou foram exclusivamente incorporadas ao discurso das escolas de psicanálise psicossomáticas com ancoragem no adoecimento do corpo, é que buscamos um pequeno recorte do lugar do corpo na constituição psíquica, ciente da limitação do alcance deste estudo num trabalho de conclusão de curso.

No interior do pensamento freudiano há duas lógicas distintas e coexistentes que constituem os dois pilares fundamentais sobre os quais se assenta o lugar destinado ao corpo: a da representação e a do transbordamento. O corpo na histeria, obedecendo às leis do desejo inconsciente, não poderia ser interpretado anatomicamente, inaugurando assim, a distinção entre o corpo biológico e o corpo psicanalítico. Partindo desde aí, o funcionamento ou a disfuncionalidade deste corpo seria coerente e poderia ser lido, não em função da distribuição anatômica dos órgãos, mas em função da história do sujeito (FERNANDES, 2006a).

O corpo para psicanálise é, portanto, atravessado pela linguagem, pela lógica da representação. Entretanto, Freud quando analisa a relação entre as psiconeuroses e as neuroses atuais marca que estas últimas evidenciarão uma lógica do excesso e transbordamento da sexualidade no corpo que se refletiria em sintomas somáticos que não seriam equivalentes aos conflitos que gerariam os sintomas somáticos da histeria, por exemplo. Isso posto, considera, portanto, que nem sempre o corpo biológico se vincula a um sistema de representação significativa, ou seja, um sintoma corporal pode não ser passível de interpretação por poder tratar-se da descarga de um excesso, que rompe o aparelho psíquico, não se produzindo numa cadeia de representações obrigatoriamente.

Freud distinguiu em seu postulado teórico as psiconeuroses ou neuroses de transferência (histeria, neurose obsessiva e neurose fóbica) das neuroses atuais (neurastenia, neuroses de angústia e hipocondria), onde, nesta divisão, as primeiras estariam mais relacionadas às experiências e conflitos infantis com apresentação de sintomas psíquicos, e as últimas se caracterizariam por sintomas corporais/somáticos. Ao apresentar o conceito de pulsão de morte em *Além do*

*princípio do prazer*, Freud (1920), faz um retorno à dinâmica psicopatológica em jogo nas neuroses atuais pelo que teria de “fator atual” e pelo que representa de resto não elaborável e não representável pelo sujeito, relançando-o a estados anteriores, e tendo como meta uma descarga pulsional imediata sem consideração ao objeto ou ao próprio ego.

Mais tarde, no texto *Inibição, sintoma e angústia* (1926), Freud de certa forma abandona ou esmaece a distinção entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, postulando que em ambos os tipos de neurose a base explicativa, ou o traço comum entre elas, seria a não satisfação das pulsões sexuais atuais, ou seja, uma espécie de “fator atual” também estaria sempre subjacente às psiconeuroses, demarcando o substrato somático onde se configura o funcionamento psíquico.

O ofuscamento do estudo das neuroses atuais no interior da teoria psicanalítica pode ter sido efeito do investimento no desenvolvimento do estudo das psiconeuroses, que, no limite, foi confundida como sinônimo da própria teoria psicanalítica. Entretanto, é na clínica contemporânea que esse estudo é retomado e faz grande sentido, uma vez que é inquestionável o aumento da incidência de sintomas e quadros que interrogam e fazem questão à psicanálise, na medida em que, diferentemente das psiconeuroses, ancoram-se no corpo somático, seja pelo domínio do impulso e da ação ou pela via do adoecimento do corpo.

Pensar as relações entre corpo e subjetividade, nos aponta Fernandes (2006a), implicaria em não limitar essa análise ao registro do simbólico e da representação, o que significa supor nessa análise que alguns sentidos extrapolariam a lógica do recalçamento. Sobre as novas formas clínicas da contemporaneidade, a autora sustenta que, “embora novas imagens tenham surgido – reflexos da mudança dos tempos –, elas continuam, no entanto, a guardar a mesma característica das imagens dos corpos retorcidos das históricas de outrora, ou seja, a imagem do velamento do sofrimento, do tumulto do conflito, da dor” (FERNANDES, 2006a, p.17). Para a autora, essas novas imagens trariam uma ênfase na exterioridade, ao contrário da ênfase na interioridade de antes, com predominância das patologias do corporal e da ação.

É na pele, então, que o eu aprendi e constitui o psíquico, preparando a diferenciação eu/não eu, devido ao que Freud chamou de *bipolaridade tátil* – ao mesmo tempo em que sinto o objeto tocar sua pele, sinto minha pele ser tocada por ele –, e, desta forma, “a pele ensina o ego a pensar” (FONTES, 2010, p.62). Ou

seja, a pele serve de moldura precursora a preparar para o desdobramento reflexivo do eu psíquico, que se apoia na experiência tátil. É pelo corpo que o “eu” se constitui, sendo o ego a projeção mental da superfície do corpo, como Freud destacou.

Didier Anzieu em *O eu pele* afirma que, “o tátil, em relação a todos os outros registros sensoriais, possuiria uma característica distinta que não somente o coloca à origem do psiquismo, mas também, segundo ele, *permite-lhe fornecer ao psiquismo permanentemente alguma coisa que se pode chamar de fundo mental*” [grifos meus] (ANZIEU, *apud* FONTES, 2010, p. 62). Para o autor, as sensações corporais cutâneas introduzirão o bebê recém-nascido num universo complexo e difuso que incidirá sobre um sistema percepção-consciência, ainda arcaico, dentro de um contexto também ainda episódico de existência que marcará e dará ensejo à criação de um espaço psíquico originário.

Tal sistema de percepção arcaico admite uma experiência perceptiva pré-reflexiva, o que nos aponta uma organização funcional fundada em processos somáticos, ou seja, uma consciência corporal. Retomando as ideias de Freud, Anzieu faz um resgate da noção freudiana de ego corporal elaborando o conceito de “*eu-pele*” e a teoria de envelopes psíquicos, sublinhando de modo incontestável que a experiência somática é o solo fértil e fundamental no qual se desenvolve o psiquismo. Neste processo, o corpo do bebê atravessaria sua conformação puramente biológica para adentrar o registro do pulsional que configura o campo psíquico. E de forma gradativa este corpo sensível, erogeneizado e libidinizado vai se tornando apto a produzir significações e fantasias a partir das relações constituídas com o objeto primário, além de se representar imaginariamente (LEO e VILHENA, 2010).

Vemos que Freud na construção de sua segunda tópica, em - *O ego e o id* (1923) - teorizava a existência de um ego corporal anterior ao próprio ego, salientando aí a importância da pele, ou seja, da superfície do corpo como nascedouro do psiquismo, caracterizando de forma inequívoca o corpo em sua implicação na constituição do eu. A pele seria o terreno fértil que prepara para o desdobramento psíquico do eu/não-eu.

Dando mais consequências a esta ideia, temos que o nascimento psíquico não é contemporâneo ao nascimento biológico, eles não se dão ao mesmo tempo, sendo o nascimento psíquico necessariamente posterior ao biológico. É Margaret Mahler,

psiquiatra e psicanalista infantil, em seu livro *Nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*, que vai dizer que o nascimento biológico é um evento bem delimitado, dramático e observável; já o psicológico seria um desdobramento psíquico de lento desdobrar (MAHLER, 1977, p. 15). Na gênese do eu psíquico está o corpo e as experiências somáticas. O eu psíquico vai desenvolver-se através das trocas com o ambiente externo, principalmente o outro materno, que vai lhe permitir acesso à matriz simbólica significativa.

O conceito de pulsão (*trieb*) em Freud também coloca em evidência esse duplo assentamento e inscrição que o autor dá ao corpo na trama complexa entre o psíquico e o somático: “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” (FERNANDES, 2006a, p. 13).

Freud escolhe nomear as pulsões de saber, ver ou possuir por “pulsões elementares” por crer que todas estas seriam secundárias à pulsão sexual. Mas o que faria da pulsão sexual uma “pulsão elementar”? O que ela guardaria de estrutural e básico para origem do psiquismo?

“As asserções freudianas sobre a originariedade da pulsão são as seguintes: 1As pulsões são um conceito limite, uma demarcação entre o psíquico e o corporal; as pulsões são o representante psíquico dos estímulos contínuos que fluem de fontes somáticas; as pulsões são uma medida da exigência de trabalho que é imposta ao anímico como consequência de sua ligação com o corporal; as pulsões são as forças que se supõe estarem atrás das tensões de necessidade do *Iso*” (COSTA, 2004, p. 31-2).

Enquanto médico, Freud, ao fundar a psicanálise, recusa a primazia do corpo biológico, dando ao corpo o lugar da representação simbólica, mas atribuindo-lhe também um lugar fundamental de relação e manifestação entre o psíquico e o somático, marcando aí essa dupla racionalidade articulada ao desejo inconsciente. A pulsão, desta forma, marca essa interrelação fundamental corpo-mente, definido como conceito limite e fronteiro entre o somático e o psíquico, que não seria equiparável aos instintos (*instincts*), o que também não a faz perder sua potência corporal, uma vez que sua fonte (*quelle*) está ancorada ao corpo. Portanto, o corpo pulsional colocaria por terra a dicotomia oposicionista corpo-mente, uma vez que o corpo pulsional não pode ser reduzido ao corpo biológico nem ao corpo simbólico e também não os exclui.

No texto *Os instintos e suas vicissitudes* (1915), Freud aponta que as pulsões estão na origem de toda atividade psíquica, como um motor, em permanente atividade, buscando inscrição no psiquismo, ou seja, funcionam como exigência que não cessa, desde o corpo para o psiquismo. É assim que Freud nos apresenta o funcionamento distinto dos estímulos pulsionais, já que os estímulos do ambiente externo podem ser evitados, já a tensão interna provocada pelas moções pulsionais, não. Quando o bebê consegue diferenciar os estímulos que incidem desde seu interior ele adquire a capacidade de reagir de forma diferente a cada um deles, constituindo um “dentro” e um “fora”. Esse movimento de diferenciação primário tem regulação automática do princípio do prazer. Nesta lógica, tudo o que é experimentado pelo bebê como prazeroso é incorporado ao ego, e o que é experimentado como desprazer é projetado para fora, configurando-se como “não-eu”.

Para que o bebê constitua um senso de existência de si mesmo, enquanto uma unidade psíquica, ou seja, para que o nascimento psíquico se dê, ele vai precisar construir uma consciência de separação física de sua mãe ou de quem ocupe essa função. Frances Tustin, em sua obra e pesquisa sobre o autismo e a psicose infantil, ampliou os conhecimentos sobre o funcionamento psíquico infantil, salientando que inicialmente essa separação é física. O desenvolvimento de saída da unidade dual – mãe/bebê, para a percepção da existência de um “eu” e de um “não eu”, faz parte do percurso inicial do bebê para o desenvolvimento de seu psiquismo, ou seja, da passagem de um ego corporal para a constituição de um ego psíquico. Tustin postula que o modo como o bebê opera essa consciência do “não eu” será determinante na constituição de sua identidade individual. A questão primordial que se coloca para o bebê sadio é que ele vai precisar constituir gradualmente essa consciência de alteridade, da existência de dois, e não de uma unidade fusionada apenas. Sobre esse percurso gradual, FONTES (2010) nos diz é: “(...) gradativamente porque o bebê vai oscilar entre uma ilusão de continuidade física e uma quebra da continuidade corporal. Oscilação essa necessária para que ele se assegure de uma possibilidade de separação não catastrófica”. (FONTES, 2010, p. 64).

Se para as crianças autistas, um sistema de encapsulamento terá que ser constituído para lidar com a percepção precoce e abrupta de separação a fim de garantir sua sobrevivência psíquica, no desenvolvimento de um bebê normal esse berço de sensações no qual vive, segundo F. Tustin, vai dirigi-lo para as percepções

e para tudo que é da ordem do cognitivo: “Pensar é partir das sensações corporais e transformá-las em ideias e conceitos, em direção à construção de uma equação simbólica. [grifos meus] (FONTES, 2010, p. 64).

O psiquiatra e psicanalista norte americano Paul Federn, desdobrando as contribuições freudianas acerca do narcisismo, desenvolveu uma concepção sobre as fronteiras psíquicas, debruçando-se sobre os sentimentos do eu e de flutuação das suas fronteiras. Para o autor, a constituição do sentimento do eu é dependente de alguns fatores, quais sejam: 1. Do sentimento de unidade no tempo (ideia de continuidade); 2. Do sentimento de unidade no espaço no momento presente; e 3. Do sentimento de causalidade (ideia de historicidade de si), elementos que só ganham à consciência do sujeito quando este se vê em contextos que dificultam o funcionamento psíquico. Livres de grandes ameaças e uma vez consolidados tais sentimentos, a constituição narcísica do eu, se dá mantendo uma fluidez e elasticidade de suas fronteiras, que também são funcionais e porosas, determinando as realidades externa e interna. Tais características psíquicas (fluidez, elasticidade, porosidade e funcionalidade) não se constituiriam em contextos de experiências traumáticas maiores do que o sujeito seja capaz de suportar precocemente. No caso de experiências muito traumáticas para o bebê, haveria uma frouxidão ou esgarçamento dessas fronteiras ou limites psíquicos, ou como diria Anzieu, até mesmo um “envelopamento esburacado” (FONTES, 2010).

Para lidar com os impactos das forças pulsionais, mediando-as e representando-as, ou seja, inscrevendo-as no psíquico, o bebê dependerá das experiências de satisfação oriundas da relação dessas forças com o objeto que tem função principal de paraexcitação, ou seja, a mãe. Nos primórdios de suas experiências de vida, o bebê recém-nascido não é capaz de distinguir na sua totalidade o que é ele mesmo e o que são os objetos do ambiente que o contorna. Por isso, há uma fragmentação vivenciada tanto na percepção do corpo da mãe como do seu próprio, vistos como partes isoladas, ou como objetos parciais (boca, ânus, fezes, etc.). Num momento posterior, o que era “despedaçado” e isolado, de si próprio e do outro, - demarcando o funcionamento autoerótico no estágio do narcisismo primordial -, passa a incluir uma noção de todo e de conjunto. E é assim que o bebê vai conseguindo ampliar sua noção de conjunto para sua mãe e os demais objetos além dela.

Mais contribuições a respeito dos limites psíquicos podemos reconhecer a partir dos construtos teóricos de Donald Woods Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, sobre os fenômenos transicionais. A transicionalidade em Winnicott seria uma terceira área de experimentação habitada pelos objetos e fenômenos transicionais, sendo a primeira possessão original não-eu que, uma vez aceita como espaço potencial, tem papel primordial no desenvolvimento psíquico. A transicionalidade delinea uma área que será gradativamente ocupada por contornos mais nítidos à medida em que a mãe, ou quem ocupa essa função, for desiludindo a criança em relação à unidade psíquica mãe-bebê. A transicionalidade que se faz entre mãe e filho é garantidora da não fusão entre ambos. Essa experiência de separação consiste, paradoxalmente, em unir/separando a mãe de seu bebê. Esta operação, inaugura para o sujeito, a experiência rumo à níveis cada vez maiores de independência, numa trajetória que vai se ampliando e abrangendo outros campos da vida subjetiva.

A constituição de bases narcísicas suficientemente estáveis para a criança, segundo Winnicott (1975), dá a ela um sentimento de continuidade e segurança, fundamentais para que possam usar tais bases como recursos emocionais ao longo da vida. Quando a experiência de transicionalidade não se constitui, as sensações de esvair-se ou derramar-se, são as primeiras e precoces angústias sentidas pelo bebê, que entende seu corpo como líquido inicialmente. Se o bebê não se sente “envelopado” por sua mãe, sente-se em risco de aniquilamento, podendo se esvaziar pelos “buracos” de sua pele ou por seus orifícios. Anzieu (1989, p. 210) fala da existência de um “eu pele poroso” ou de um “eu pele escorredor” nesses casos.

Seguindo as contribuições de Winnicott, entendemos que para nos apropriarmos de um corpo próprio, este corpo precisa, num tempo anterior, ter sido significado libidinalmente por um outro. A experiência repetida de ser tocado e cuidado por um outro contribuem fundamentalmente neste processo. Possíveis falhas prolongadas no processo de constituição da psique através do corpo podem ser identificadas nos cuidados mais arcaicos da mãe endereçados ao bebê no exercício de sua “maternagem suficientemente boa” como as funções de *holding* (sustentação), de *handling* (manejo) e de *apresentação dos objetos*. Para que o pleno desdobramento do processo de maturação do psiquismo se dê estas três funções facilitadoras da “mãe suficientemente boa” vão abranger três tarefas principais, quais sejam: *integração* (através do *holding*), *personalização* (através



do *handling*) e a relação objetal (através da apresentação dos objetos). A personalização seria, no pensamento winnicottiano, a noção, para o bebê, de que ele reside num corpo, sentindo que habita um corpo próprio, nessa teia psicossomática.

As contribuições de Piera Aulagnier (1999) em seu texto *Nascimento de um corpo, origem de uma história* também nos ajudam a pensar a importância do corpo para a construção da psique. A autora enfatiza que o corpo na construção da psique surge como o cenário originário do eu. Sua tese sobre o autoengendramento supõe que enquanto houver indissociabilidade entre o espaço psíquico e o somático, a psique atribuirá às atividades do aparato sensorial o poder de engendramento das suas experiências, ou seja, a única evidência de sua existência. E desta forma, as realidades – interna e externa – serão autoengendradas pelo aparato sensorial. A unidade corporal só será conquistada pelo bebê a partir daí na presença de um outro que inaugura simultaneamente um corpo psíquico. Desta forma, corpo e psique estarão mútua e continuamente relacionados ao longo da vida do sujeito só cessando com sua morte.

“Não existe corpo sem sombra, não existe corpo psíquico sem essa história que é sua sombra falada. Sombra protetora ou ameaçadora, benéfica ou maléfica que protege de uma luz muito crua ou que anuncia a tempestade, mas, em todos os casos, sombra indispensável pois a sua perda implicaria a perda da vida, em todos os seus aspectos” (AULAGNIER, 1999, p. 43)

Para a autora, o trabalho psíquico que o bebê terá que empreender na passagem entre o espaço somático e a realidade psíquica cabe em uma dupla função, de historiador e construtor. E serão os traços indelévels no fenômeno psíquico, seja da criança ou do adulto, que teremos acesso na clínica. Tais traços nos apontarão para a complexidade e singularidades das respostas que cada sujeito soube encontrar para que sua existência subjetiva se conservasse.

A psicanalista francesa Geneviève Haag também ressaltou o aspecto sensorial na arquitetura primordial do psiquismo. Em seu texto *Do nascimento físico ao nascimento psicológico* (1989), a autora discorre sobre a “substância psíquica” que se formaria a partir do momento em que o bebê faz a passagem por uma série de experiências sensoriais com o próprio corpo. A autora, seguidora do método Bick de

observação de bebês<sup>7</sup> fala numa “gestação psíquica” necessária para que haja um “nascimento psíquico”. A primeira fase de integração se daria na introjeção de uma primeira pele psíquica, que se relaciona ao “olho no olho” da mãe com o bebê, que seria somado à interpenetração da boca posteriormente, e combinado com o suporte ulterior da junção costas-nuca-pescoço, integrando também o envelope verbal suave (FONTES, 2006, p. 112). Haag *apud* FONTES (2006) afirma que:

“No estado autista propriamente dito a criança é dominada por angústias do eu corporal: a queda sem fim e a liquefação, até a formação de seu sentimento de envoltório cujo desenvolvimento eles mesmos, à semelhança do que se passa no desenvolvimento normal, conseguiram detalhar para nós: é preciso combinar o tátil das costas, o envoltório sonoro com a penetração do olhar / psiquismo – isso forma um “em volta” (FONTES, 2006, p. 113).

Através das pesquisas de Haag, podemos entender que a simbiose no desenvolvimento normal do bebê não significa uma “fusão” apenas, mas um processo, longo, complexo e fundamental que está na fundação da edificação de um ego corporal e do *self*. Por essa razão o uso do termo “gestação psíquica” faz todo sentido. Para poder separar-se é preciso que o processo de interiorização da não-separação se estabeleça (FONTES, 2006, p. 113).

## 2.1. Corpo inflado, eu achatado: discutindo a obesidade como sintoma

*“Não existe sujeição tão perfeita quanto aquela que conserva a aparência de liberdade”.* (Rousseau, 1712- 1778)

Tomando que o corpo é o nascedouro do psiquismo, como poderíamos pensar a obesidade e as formas contemporâneas de mal-estar e sofrimento neste contexto teórico? Os estudos psicanalíticos a respeito dos transtornos alimentares convergem para a existência de uma fragilização básica nos vínculos mais precoces da relação/função materna, marcando prejuízos na constituição de limites intrapsíquicos e intersubjetivos.

---

<sup>7</sup> Criado em 1948 em Londres por Esther Bick o método permite uma vivência nos primeiros anos de formação de psicoterapeutas e psicanalistas infantis visando garantir uma experiência prática com bebês à medida que propõe uma observação do desenvolvimento infantil desde o nascimento, passando pelo ambiente familiar e na sua relação com a família no acompanhamento de como se originam e desenvolvem tais relações.

Para a psicanálise, todas as formas de sofrimento e adoecimento psíquico revelam um traço característico de sua época e cultura. Desta forma, partimos do pressuposto de que as formas de sofrimento do sujeito concernentes ao corpo não são estanques ao contexto social, histórico e cultural contemporâneo, ao contrário, são modos de análise dos nossos dias porque são aí forjados, neste caldo de cultura. Sigmund Freud em seu texto *Psicologia das massas e análise do ego* nos adverte que a psicologia individual é simultaneamente psicologia social (FREUD, 1921), destacando a dimensão da alteridade posta na constituição da subjetividade, sem a qual não existe sujeito. O sintoma, longe de ser entendido como manifestação patológica, ou algo a ser puramente extirpado do sujeito, nos revela algo sobre o sujeito, nos conta uma história sobre ele, um modo pelo qual construiu sua estratégia de defesa e, por isso, é, para a psicanálise, uma formação inconsciente com estrutura de metáfora.

Diante da ausência ou insuficiência de contenção ambiental que garantam ao sujeito a sobrevivência física e emocional, próteses psíquicas são criadas pelo sujeito e o excesso de gordura corporal é um exemplo delas. As próteses psíquicas dão a percepção da existência de si mesmo, de sobrevivência psíquica, ainda que precária. A comida e a gordura corporal seriam uma espécie de “*envelope artificial de continência*”, segundo Fontes (2006).

Para melhor compreendermos sobre os arranjos psíquicos que levam à fixação na alimentação e no corpo temos que remontar aos primórdios do desenvolvimento infantil, nos quais as questões relativas ao universo da alimentação na relação mãe-bebê estão destacadas na maternagem. Ter maiores elementos teóricos acerca do percurso subjetivo complexo que vai do ego corporal ao ego psíquico, e os “acidentes” deste percurso que podem levar o sujeito à construção de fixações e caminhos de repetição, pode nos ser útil na constituição de modos de compreensão da compulsão alimentar.

Winnicott (1936), em seu texto *Apetite e perturbação emocional* faz uma distinção importante entre apetite e voracidade:

“(…) a voracidade não é jamais encontrada no ser humano, mesmo que se trate de um bebê, sem disfarces, e que, quando aparece como um sintoma, é sempre um fenômeno secundário, que implica ansiedade. Voracidade significa para mim, algo tão primitivo, que não poderia parecer no comportamento humano a não ser disfarçado, e como parte do complexo sintomático” (WINNICOTT, 1936, p. 111).

O autor afirmava que o registro criterioso da história de cada caso atendido revelou para ele uma continuidade clínica das perturbações de apetite, tal qual se apresentavam nos períodos mais arcaicos da infância, na adolescência e na idade adulta, não havendo, portanto, uma demarcação rígida entre anorexia nervosa na adolescência, inibições alimentares na criança ou perturbações alimentares na criança relacionadas a momentos críticos e as inibições alimentares da mais tenra infância. Para o autor, eventos críticos na vida infantil como nascimento de um novo bebê, primeira mudança de casa, perda da primeira babá, primeira refeição com os dois pais, tentativas de induzir à autoalimentação, introdução de alimentos sólidos ou mais consistentes, dentre outros eventos críticos, podem ser agrupados: “(...) em um dos extremos da escala, estão as dificuldades dos bebês; e no outro, estão a melancolia, a drogadição, a hipocondria e o suicídio. Em outras palavras, descobrimos que o ato de comer pode ser afetado nas doenças mais variadas assim como na saúde” (WINNICOTT, 1936, p. 112).

Se para Winnicott, uma marca comum a todos os tipos de quadros psicopatológicos, seriam as perturbações do apetite, tendo em muitos casos a origem do sintoma raízes nas primeiras semanas ou meses de vida, Joyce McDougall (1991), destaca a possibilidade da manutenção do equilíbrio psíquico, em grande parte das situações da vida através da produção de sintomas somáticos, muito mais do que pela produção de sintomas psíquicos - neuróticos ou psicóticos.

Se no início da vida do bebê, sua mãe não puder lhe garantir a experiência de sensação do vazio, este será imperativamente buscado e paradoxalmente temido pelo sujeito. O comportamento bulímico, para Winnicott (1975) é tratado, neste contexto, como modalidade defensiva contra o medo aterrorizante de aniquilamento existencial do vazio.

A transicionalidade, já discutida aqui, é um importante conceito dentro da teoria winnicotiana, porque será por meio deste espaço intermediário, por esse vazio constituído entre o subjetivo e o objeto, que a separação/união da criança com a mãe se fará tendo consequências por toda a vida do sujeito. Será na falta do espaço transicional, garantidor de criação para a criança, que esta se verá na experimentação de um vazio angustiante ou numa tendência a tamponar esse vazio, de preenchê-lo, com objetos ou tarefas. Winnicott (1978/1956) em outro texto discute a compulsão alimentar:

“Um sintoma antissocial muito comum é a gula (...) se examinarmos a gula, encontraremos o complexo de desmame afetivo (...) Quando há uma tendência antissocial, é porque houve um verdadeiro desmame (não apenas uma simples privação); ou seja, houve uma perda de algo bom, que foi positivo na experiência da criança até uma determinada data, e que lhe foi retirado. (...) A gula faz parte da compulsão da criança em procurar curar-se de sua mãe, que causou a privação” (WINNICOTT, 1978, p. 180).

As contribuições de Winnicott sobre o trauma, as agonias impensáveis e o *false self* integram sua teoria sobre o desenvolvimento psíquico. Sua teoria assenta-se na ideia de relações de dependência entre o bebê e sua mãe, uma tendência inata ao amadurecimento e um ambiente facilitador que favoreça esse desenvolvimento. A base de constituição do ser não se encontra no bebê, mas na relação mãe-bebê.

Na trama da teorização winnicottiana, as "agonias impensáveis", o "colapso" e o "trauma" são termos que guardam alguma proximidade, embora cada um enfatize diferentes nuances de um mesmo fenômeno. As "agonias primitivas e impensáveis" aludem à radical sensação de morte psíquica que nem sequer pode ser pensada, uma vez que ocorre numa fase pré-verbal e pré-psíquica. O sentido de "colapso" refere-se à ruptura do si-mesmo unitário e à interrupção de todos os processos básicos do amadurecimento. Já o sentido de "trauma" para Winnicott também se refere à ruptura da continuidade de ser, ressaltando, contudo, um desencontro na relação entre o ambiente e o indivíduo (LEJARRAGA, 2008).

Para Winnicott a única via que o bebê tem para enfrentar a dor proveniente das agonias impensáveis seria a cisão – a defesa primária mais básica:

“Embora existam muitas defesas primitivas (invulnerabilidade, desintegração, despersonalização etc.), a cisão é uma espécie de denominador comum de todas, participando de qualquer organização defensiva mais complexa. A cisão - ou *splitting* ou clivagem - isola o si-mesmo, separando-o do resto do ser, para que não volte a ser ferido (LEJARRAGA, 2008, p. 131-2).

As falhas ambientais traumáticas embora remetam sempre à fatores e eventos do ambiente externo, não significam necessariamente uma violação grosseira, brutal ou ruidosa na adaptação do bebê, podendo muitas vezes se caracterizar por eventos sutis, porém repetitivos e sucessivos no tempo que extrapolam às capacidades psíquicas adaptativas do bebê.

### **Fio 3 - O trânsito sociocultural do processo de intimização e interiorização para os contemporâneos processos de somatização e exteriorização**

Vimos anteriormente nos Fios que antecederam a este que o discurso sociocultural faz inúmeras marcas sobre os psiquismos individuais, incluindo aí seus corpos. Os imperativos da cultura e os modos como os indivíduos podem lidar subjetivamente com eles colocam em evidência mal-estares, uma vez que o que extrapola as possibilidades de elaboração psíquica, revela excessos que dão corpo aos sintomas. Neste Fio pretendemos analisar os processos de ancoragem das subjetividades voltados sobre o corpo e a exteriorização.

Freud em *O futuro de uma ilusão* (1927) aponta as formas substitutas as quais o sujeito usa para se proteger do desamparo, mesmo que pela ilusão, seja pela arte ou pela religião, apresentando a ciência como um caminho possível de conscientização a uma possível alienação às duas primeiras. Se nos voltarmos ao contexto contemporâneo, essas três formas de proteção (arte, religião e ciência) ao desamparo talvez relance o sujeito a uma zona de desamparo ainda maior.

Se na contemporaneidade, distintamente do momento histórico e de longa duração que a precedeu, não temos mais uma instituição privilegiada de controle sobre os corpos e comportamentos, esta exigência de controle que é constante e não cessa, deve partir do próprio sujeito, em sua capacidade de automonitoramento e controle pessoal. O contexto de exteriorização e somatização pelos quais vem sendo forjados os modos de subjetivação contemporâneos diferenciam-se do terreno de interioridade e intimização sobre o qual as sociedades modernas se constituíram. Para Richard Sennett (1999) que, *Em o declínio do homem público*, faz uma grande análise sobre as dinâmicas de atuação, sociabilidade e comunicação entre os sujeitos do século XVIII até a década de 70 do século passado quando o escreveu, foram o modo de vida urbano e as modernas sociedades industriais que deram contorno à privacidade como valor de vida (em contraponto a um esvaziamento da vida pública) e a criação da família nuclear burguesa como refúgio e salvaguarda dos perigos da vida pública.

Podemos circunscrever esse período histórico nos séculos XVIII e XIX. Este modo de organização social forjado na modernidade, com a ascensão das camadas médias da burguesia e o crescimento do consumo de massa das metrópoles industrializadas, desenhavam um modo de vida em que o lugar da personalidade,

encarada como oculta no interior do indivíduo, poderia ser velada pela aparência. A família, neste contexto, tornou-se abrigo dos temores causados pela sociedade e, como refúgio idealizado e investido, ganhou valor superior ao da vida pública. Desta forma, vemos aí um par de oposição – vida pública e vida privada. Sennett (1999) nos sinaliza aí um declínio da vida pública e uma equivalente sobrevalorização da vida privada. Isso se torna visível na disposição espacial que as casas vão ganhar e na nova função que passam a ocupar, qual seja, a de preservar e proteger o desenvolvimento da vida interior e da intimidade.

Na visão de Ortega e Zorzaneli (2010), em contraste a essa vontade de privacidade da modernidade, é que podemos circunscrever os modos de subjetivação contemporâneos. Nessa inclinação à externalização e à somatização das subjetividades vimos impactos tanto no que tange à normalidade quanto ao terreno das patologias, onde podemos destacar sintomas somáticos como a bulimias, anorexias e comportamentos aditivos de várias ordens. Os autores vão sublinhar também que somado a esse tanto de entidades clínicas o incremento de quadros de difícil decifração, como as síndromes fibromiálgica, do cólon irritável, da fadiga crônica e da alergia total, entre outras, que se destacam pela ampla diversidade de sintomas físicos sem substrato anatomoclínico (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010).

Quais sentidos impactariam os novos modos de subjetivação na transição do processo de interiorização e intimização de outrora para os contemporâneos processos de somatização e exteriorização? Os mesmos autores nos propõem algumas pistas:

“Significa o sentido de nós mesmos como indivíduos habitados por um espaço interno, formados pela biografia como fonte de individualidade e lugar de nossos descontentamentos – tal como estabelecido na modernidade – está sofrendo um processo de lenta modificação, no qual passamos a definir aspectos-chave da subjetividade em termos corporais e biomédicos”. (ORTEGA e ZORZANELLI, 2010, p. 63).

Nosso horror pela morte e tudo o que nos remete à finitude trouxe para o mesmo enquadre um fascínio pelas doenças e transtornos, que, a cada revisão da CID e do DSM<sup>8</sup> se amplia e amplifica, fazendo de todo e qualquer comportamento

---

<sup>8</sup> CID (Classificação Internacional de Doenças) e DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) são manuais diagnósticos, estatísticos e classificatórios, sendo o primeiro elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o segundo pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Outra

algo controlado e passível de ser traduzido pelo discurso médico científico. Nada mais, ou muito pouco, escapa ao discurso médico. O sujeito se concebe, ao mesmo tempo, numa onipotência ao crer que ele criará as bases da sua satisfação, numa impotência ao se ver soterrado pela tese dos circuitos neuronais e genéticos sobre os quais ele não tem controle algum.

O imperativo irrefutável do “viver bem”, “viver saudável”, é não apenas título de programas e páginas na web e na TV, como trouxe a importação do discurso médico para nossas relações mais cotidianas e fundamentais, sendo traduzida nas novas relações com o corpo através de múltiplas formas de torná-lo mais eficiente e esculpido através de todo um arcabouço de técnicas psicofarmacológicas e físicas atuais. Neste contexto, a comida é vista e narrada não mais como alimentos, gostos e texturas, mas numa nova cultura de contagem de calorias, macro e micronutrientes. A comida vira remédio e é como se alimentar-se estivesse dissociado de sentidos afetivos, sabores, cores e sociabilidades.

Nessa exposição do corpo e da vida privada, ser visível para alguém, fazer-se visível, é praticamente sinônimo de existir. Outro impacto da era da externalização e somatização pode ser percebida nos novos modos de comunicação através das chamadas redes sociais. Essas últimas têm contribuído para forjar modos inéditos de exibição de si (mesmo nas situações mais banais e corriqueiras até as mais complexas) moldando a forma como constituímos o valor de cada um, ou que cada um pensa de si, através dos impactos que essa exibição reverbera. “*Sou visto, logo existo*” ou “*sou reconhecido, logo existo*” em contraposição à necessidade de privacidade e recolhimento de outrora como valores típicos da Modernidade. Seria uma espécie de fetichização do parecer como apontou Debord (1997):

“A primeira fase da dominação da economia sobre a vida social acarretou, no modo de definir toda realização humana, uma evidente degradação do *ser* para o *ter*. A fase atual, em que a vida social está totalmente tomada pelos resultados acumulados da economia, leva a um deslizamento generalizado do *ter* para o *parecer*, do qual todo “*ter*” efetivo deve extrair seu prestígio imediato e sua função última. Ao mesmo tempo, toda realidade individual tornou-se social, diretamente dependente da força social, moldada por ela. Só lhe é permitido aparecer naquilo que ela *não é*” (DEBORD, G., 1997, p. 18)

---

diferença entre ambos é que a CID engloba todas as doenças não apenas os transtornos mentais e o DSM apenas os transtornos mentais.



Outro impacto nos é explicitado por Joel Birman (2014) em *O sujeito na contemporaneidade*:

“O ser interiorizado no registro do pensamento se transforma no ser exteriorizado e performático, que quer agir, antes de mais nada. Assim, a *hiperatividade* se impõe. Age-se frequentemente sem que se pense naquilo a que se visa com a ação, de forma que os indivíduos nem sempre sabem dizer o que os leva a agir. O sujeito da ação tem a marca da *indeterminação*. No *cogito* da atualidade, o que se enuncia ostensivamente é: agir, logo existir. O agir é o *imperativo categórico* na contemporaneidade” (BIRMAN, 2014, p. 82).

Os esforços cada vez maiores e dispendiosos para aquisição da melhor performance corporal fazem-se destacar como uma das poucas formas de materialidade e concretude física e de certeza que o sujeito pode lançar mão. Num contexto social mundial marcado por territórios fluidos (globalização), efemeridades e inconstâncias de várias ordens ancorados no discurso científico, no esmaecimento das tradicionais instituições de lei e referência presentes na modernidade, próprios do que Zygmunt Bauman nomeou com a metáfora de “liquidez” das individualidades, dos valores, do tempo e da ética das relações, a materialidade do corpo ganha foco central. O lugar ocupado outrora pela igreja como marcador dos limites de como viver e o que fazer foi dando lugar, embora haja ainda uma coexistência, ao reino da cultura da ciência que passa ditar comportamentos, discursos, ganhando poder sobre os corpos e sobre a vida.

Na transição da filiação ao discurso religioso para o discurso científico, a comida é narrada como remédio ou como lixo (*junke food*), e não comemos mais apenas alimentos, mas micro e macronutrientes, proteínas, gorduras e carboidratos. Neste cenário, do corpo magro e performático é símbolo de controle, do triunfo humano e, o corpo gordo, uma imagem que desafia esse triunfo, símbolo de condenação, indisciplina, feiura e estigma, em forte oposição ao ideal corrente que se quer absoluto. Com o advento da cultura somática, o desempenho corporal é símbolo de aperfeiçoamento individual, de caráter, identidade e de sucesso disciplinar. E, apesar de uma aparente falta de compromisso com as questões morais e de uma vida cujo prazer constante é a bússola que orienta os sujeitos, como se não houvesse dor ou desprazer aí, é na produção e eleição dos “novos desviantes contemporâneos” que notamos o paradoxo dessa cultura e sua porção recalçada, uma vez que “toda norma moral exige um dízimo de gozo” nos salienta Costa (COSTA, 2004, p. 194).

Se no século XVIII as questões relativas ao normal e ao patológico ancoravam-se sobre a razão, sendo o louco, a corporificação da desrazão e do estigma, no século XIX, o patológico recai sobre o instinto. E o desviante está corporificado pela fraqueza dos instintos, dos excessos e da indisciplina, onde podemos incluir os sujeitos obesos, incompetentes para exercerem o controle sobre os domínios da mente e do corpo: “O louco de outrora ameaçava a cultura por ser um contra-exemplo vivo da ideia de o homem como *ser racional*” e os atuais incompetentes de exercerem sobre o corpo e a mente o pretense controle ameaçam “pelo mau exemplo da *fraqueza de vontade*” (COSTA, 2004, p. 195).

Os obesos seriam a contrapartida de desvio da moralidade somática da contemporaneidade. Outros desviantes ainda existiriam nessa cultura segundo Jurandir Freire Costa: *os dependentes ou adictos* (de drogas lícitas e ilícitas), de sexo, de amor, de consumo, de exercícios físicos, jogos de azar, internet, etc.; *os desregulados* físicos (bulímicos, anoréxicos) ou mentais (portadores de síndromes do pânico e fobias sociais); *os inibidos*; os “não assumidos”; *os estressados*; e os *deformados*, onde o autor inclui os que ficaram pra trás na maratona *fitness*: obesos, sedentários, envelhecidos precocemente, tabagistas, não siliconados, não lipoaspirados, etc. (COSTA, 2004, p. 195-6).

No complexo jogo cultural, o par tutela e culpabilização animam um paradoxo: o sujeito deve supor o seu sucesso aos esforços de sua vontade e, se fracassar, deve-se supor doente, não questionando assim imperativos dos ideais corporais dominantes. Falhar no projeto de autocontrole não deve colocar à prova a limitação da norma social vigente em relação à complexidade e diversidade expressiva da vida humana, mas incidir sobre o sujeito o dedo imperativo da culpabilização por sua “anomalia”, numa individualização limitante. O corpo elevado a um capital que devemos sobrevalorizar, investir e gerir, é nessa mesma cultura, rejeitado e excluído em sua organicidade, finitude e imperfeição, daí a ideia de impô-lo o sacrifício dos exercícios físicos, das restrições alimentares, das manipulações estéticas e procedimentos cirúrgicos. Um corpo fora dos contornos ditados pelo pensamento corpocêntrico dentro da ideologia da saúde e do viver plenos e perfeitos, seria a marca da falha de caráter e de um descontrole de si. Ou seja, algo que se quer excluir da cultura.

No contexto da contemporaneidade, onde tudo é supostamente permitido e quase nada é realmente proibido, esta espécie aparente de soberania individual, no

lastro de uma sociedade hedonista, nos colocaria em plenas condições de tudo fazer ou de nada realizar?

### **3.1. Fragmentos clínicos do caso de B**

Foi no contexto do percurso da Pós-graduação que tive oportunidade de acompanhar clinicamente o caso de B no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da PUC-RIO. A prática clínica de casos de transtornos alimentares é parte dos critérios para obtenção do título da Pós e, na minha concepção, um dos grandes diferenciais do Curso, aliando ao aparato teórico acerca dos transtornos alimentares, a prática clínica acompanhada por supervisão. A proposta aqui neste Fio não é discorrer sobre aspectos da dinâmica transferencial do caso, mas trazer alguns fragmentos de sua história que funcionam como um caminho introdutório para o próximo Fio que abordará os aspectos psíquicos presentes na obesidade pelo olhar da psicanálise.

B é advogado e tem 40 anos quando chega ao SPA da PUC através da inscrição na lista de espera feita por sua namorada, com quem mantinha relacionamento havia mais de 6 anos. Já no contato telefônico realizado para marcação da primeira entrevista, quando é perguntado se ainda havia interesse pelo tratamento, ele fala sobre não ter sido ele a tomar a iniciativa de buscar ajuda, mas sua namorada, que só depois da inscrição na lista, o avisou. A delicadeza do cuidado para atender B já se deu desde seu primeiro atendimento, buscando encontrar no SPA uma sala que pudesse recebê-lo de forma confortável e que fosse no primeiro pavimento da instituição, uma vez que o prédio tem 3 pavimentos, não possui elevador e B não sobe escadas.

Filho único do primeiro casamento de seus pais, diz que sempre foi “gordo, desde que se entende por gente, mas que isso nunca foi um problema” (sic). Embora seu peso no início do atendimento fosse o maior que tivera na vida. Chega pesando cerca de 170 kg com 1,72 m de altura. Seu IMC está em 49,42 – Grau III de obesidade. Acredita que a partir dos 25 anos tenha engordado mais. Até os 25 anos sempre praticou vários tipos de luta sendo sua categoria sempre a de maior peso. Lembra-se que à época pesava cerca de 88 kg e “não sabe explicar como pulou de 88 para 170 quilos. Do mesmo jeito que nunca levei nada muito a sério foi igual

com meu peso. Não me importei” (sic). Refere-se a compulsão não apenas com comida, mas com bebida alcoólica também.

Embora não considere seus gastos em compras como prejudiciais e excessivos considerando sua realidade financeira, tem um endividamento importante faz vários anos, o que acabou lhe trazendo uma restrição de crédito. Há aproximadamente 4 anos está endividado e, embora seja advogado, nunca tentou negociar suas dívidas a fim de liquidá-las e pagar menos juros: “nunca pensei nessa possibilidade”. A maior parte da sua dívida é “com futilidades”, segundo ele, como gastos no clube, restaurantes e outras saídas com a namorada.

Quando perguntado sobre os impactos que o excesso de peso lhe trouxe, enumera uma série como: comprar roupas, andar, subir ou mesmo descer escadas (“atualmente é impossível por menores que sejam os degraus, eu fico muito ofegante”), no relacionamento sexual, nos ônibus onde sempre pede ao motorista para entrar pela porta, já que não passa na roleta. Diz que nota claramente que as pessoas não querem sentar ao seu lado nos assentos de ônibus “é óbvio, não querem dividir com um gordo”. Passou a ter vergonha de ir à praia ou piscina, lugares que ia com muita frequência, por conta do que chama de “pança”, e diz também que sempre se suja nas refeições devido à distância que o volume da barriga impõe entre a mesa e a boca.

Aos 35 anos desenvolveu um quadro de epilepsia. Passou a ter algumas crises que cursavam com um “apagão e depois quando recobrava a consciência ficava grogue e com a fala enrolada. As pessoas começaram a achar que eu estava tendo um infarto e ficavam desesperadas” (sic), o que não fez B buscar avaliação médica. Até que certa vez, durante uma audiência, esse quadro se repetiu: “eu comecei a falar embolado e caí apagado, chamaram os Bombeiros e tive que sair do Fórum na ambulância do SAMU” (sic). Foi a partir deste episódio que B buscou acompanhamento neurológico e teve o quadro diagnosticado. Devido ao fato de que quando criança nunca tenha apresentado crises epiléticas, nem tenha histórico familiar, a neurologista que o avaliou entendeu que a causa de base do quadro seria estresse e fatores relacionados ao estilo de vida. Na época em que iniciou acompanhamento neurológico, a médica indicou que também iniciasse acompanhamento psicológico, mas nunca procurou até que a namorada o inscrevesse no SPA.

B considera-se uma pessoa muito fechada, “apesar de ser muito brincalhão” (sic). Diz que “nas famosas ‘DRs’ eu fico calado e só minha namorada fala, não sei, não sai nada. Sou do estilo não ligo para nada, sou sempre ‘do deixa disso’”. Narra-se como muito ansioso e “reclamão”. B sempre morou com a mãe e, apesar de reclamar muito da fala queixosa dela, diz não ter vontade de se casar com a namorada nem de morar sozinho. É enfático em dizer que não foi amamentado pela mãe porque acha que “ela não teve leite pra mim” (sic). Sobre casamento e filhos diz: “não quero ter família porque não quero ter limites. Acho que é muita responsabilidade e eu fujo de responsabilidade” (sic).

Sobre os hábitos alimentares diz que come verduras e legumes, mas o problema é o que come antes e depois das refeições: “eu belisco muito, o dia inteiro”. Também não consegue comer um pouco de biscoito, ou um copo de leite: “eu como o pacote inteiro, até acabar. Nunca como um, tem que ser até acabar. Às vezes eu compro aquelas embalagens maiores porque saem mais baratas, mas acabo não fazendo nenhuma economia porque como tudo de uma vez, igual ao leite. Não consigo tomar um copo, dois, tem que ser a caixa inteira” (sic). Certa vez deu um exemplo da noite anterior na qual, após o jantar, cerca de meia hora depois comeu um pacote inteiro de biscoito recheado, “não porque estava com fome, mas porque tinha, estava ali” (sic). Conta que come indiscriminadamente “de tudo”: “não é nada demais para mim. Não me importo e vou comendo”.

Também conta sobre sua dinâmica de alimentação, onde come primeiro o que menos gosta deixando por último o que mais gosta: “eu percebi isso com caixa de bombom. Primeiro como os bombons que eu não gosto e vou deixando os que mais gosto para o final. Só que assim eu acabo comendo a caixa inteira. Acho que é para comer tudo, até o que não gosto” (sic). Também aponta uma forma de comer e de montagem do prato, comendo primeiro tudo o que “mancha o prato como feijão, salada e molhos. E nunca misturo a comida. Primeiro eu tenho que comer todo o feijão para depois comer toda a salada e depois comer todo o arroz” (sic).

Os irmãos por parte de pai também são gordos. Sua irmã chegou a pesar cerca de 150 kg e se submeteu à cirurgia bariátrica. A cirurgia da irmã teve forte impacto sobre B que, embora se negasse terminantemente a fazê-la, aponta que a irmã conseguiu emagrecer muito e rápido logo após o procedimento cirúrgico: “só que eu olho para ela hoje e vejo que ela ainda está gorda apesar de já ter perdido muito peso. Então se ela ainda está gorda, isso significa que eu estou o quê?” (sic),

indagava-se. B. diz que apesar de estar inserido numa família de obesos “superou a todos”, mas nunca havia se dado conta disso antes de iniciar o atendimento comigo.

A escolha por trazer fragmentos do caso B pautou-se na intenção de lançar foco sobre o discurso e dinâmica de funcionamento do sujeito que, embora traga elementos singulares de sua história de vida, nos convida a perceber alguns traços comuns como a inclinação à uma incorporação “infinita”, um certo atrelamento e alienação à demanda do Outro, e um empuxo à satisfação imediata, desenfreada e desmedida à qual o sujeito não consegue recusar, presentes na obesidade. Todos esses elementos serão analisados a seguir quando discutiremos os aspectos psíquicos em jogo na obesidade como metáfora clínica do mal-estar contemporâneo da civilização.

### **3.2 - Aspectos psíquicos da obesidade – O sujeito obeso e o “dever do sim”**

O caminho que percorri até aqui, movida pela metáfora do tear, possibilitou interrogarmo-nos sobre os aspectos psíquicos presentes na obesidade, não como uma proposta de generalização esvaziada de sentido, *prêt-à-porter*. Mas antes, como um referencial para a clínica com esses sujeitos.

É também através da metáfora do enigma da esfinge da mitologia grega – “decifra-me ou te devoro” - que pauto minhas reflexões acerca dos aspectos psíquicos da obesidade. A obesidade e os transtornos alimentares nos colocam diante do enigmático e inquietante ato de comer lançando-nos ao exercício de sua desnaturalização. Come-se para quê? Em busca do quê? Na obesidade, ou melhor, na compulsão alimentar, vemos a manifestação da voracidade pelo comer. Um sujeito que se empanturra, se infla, se alarga e transborda na tentativa obstinada de não ter que se haver com a falta, numa dramática alienação ao Outro.

Os saberes da História, da Medicina, dos organismos internacionais de saúde, da sociologia, aqui já apresentados em Fios anteriores, são extremamente importantes para pensarmos a complexidade de nosso objeto de estudo – o sujeito obeso na contemporaneidade, mas é preciso que estejam articulados ao saber do sujeito, à sua história psíquica, e para isso, neste Fio pretendo dar mais ênfase aos aspectos psíquicos presentes na obesidade.

Assim como na histeria, sua insistência em desafiar à Medicina da época, fez Freud postular que havia algo no quadro que não poderia ser traduzido no corpo biológico, para a Psicanálise, os transtornos alimentares também serão tomados como fenômenos sintomáticos singulares decorrentes de conflitos psíquicos e da constituição subjetiva que irão impactar a trama corporal do sujeito.

O psicanalista italiano Massimo Recalcati em seu texto *O demasiado cheio do corpo. Por uma clínica psicanalítica da obesidade* (2002), sublinha que a obesidade patológica assim como a anorexia, tem inscrição no registro da evidência, apontando ambas para uma “clínica do olhar” (p. 51). O texto de Recalcati é desses encontros teóricos em que temos certeza que não saímos iguais. O autor nos lança de saída a uma questão, qual seja, é possível pensar os quadros de transtornos alimentares sem nos interrogar sobre o mal-estar contemporâneo da civilização?

Recalcati nos adverte que nossa escuta clínica tem uma ancoragem temporal, ético e política que nos coloca como uma das prerrogativas do nosso fazer clínico a análise dos marcadores culturais e civilizatórios de nossa época. Não dar visibilidade a eles seria reduzir o sujeito do inconsciente ao discurso do capitalismo e da ciência, discursos esses que muitas vezes anulam e alienam o sujeito, contrariando o que pretendemos com a escuta psicanalítica. O autor discorre sobre os modos de expressão da obesidade: seja pela via da evidência de obscenidade e exibicionismo da feiura; seja pela via do excesso pulsional da fome de um corpo com fala achatada; seja de um sujeito que trava uma luta inesgotável para manter-se alienado ao desejo do Outro, evitando dramaticamente a separação ainda que, para isso, pague o preço da angústia de sufocamento pelo excesso de objeto e pela falta que a falta faz ao sujeito (RECALCATI, 2002).

Por encontrar-se aniquilado pela demanda do Outro, o sujeito obeso teria seu processo desejante impedido. É, portanto, de um corpo sem fala ou de uma fala achatada que estaríamos diante na obesidade.

A clínica da obesidade e dos transtornos alimentares nos faz refletir acerca do estatuto do objeto em psicanálise e dos aspectos psíquicos aí imbricados. Na obesidade estaríamos diante de uma tendência à impossibilidade de recusa, como nos ensina Recalcati (2002). Por isso, uma inclinação à incorporação “infinita” e um dever do “sim”, marcando uma impossibilidade de produzir alguma separação ao Outro, ou ainda, um imperativo do gozo. Gozo aí colocado como marca de um excesso, uma dimensão do mais além do princípio do prazer e da pulsão de morte.

Neste contexto, para Recalcati, a obesidade se situaria, ao menos tendencialmente, ao lado da alienação, ao passo que a anorexia deverá ser posta do lado da separação. Na clínica da obesidade o sujeito está absolutamente atrelado e alienado à demanda do Outro, não há vazios e o que podemos escutar é um empuxo à satisfação imediata, desenfreada e desmedida à qual o sujeito “não pode” recusar. Não é incomum escutarmos nessa clínica frases do tipo “é mais forte que eu”, “não consigo controlar”, ou como B. disse muitas vezes, “um leva ao outro até acabar tudo”, sobre o ato compulsivo de comer.

A obesidade como uma espécie de “patologia do ato” nos dá a dimensão dos efeitos psicopatológicos do mal-estar contemporâneo produzido pela cultura obesogênica na qual estamos imersos. É nesse sentido que o texto de Massimo nos é tão caro. Porque ele toca em questões da clínica e da contemporaneidade que tornam seu texto tão vivo de sentidos e avanço reflexivo para nossa escuta clínica.

No livro *Os complexos familiares* de 1985, Lacan postula que o desmame é para criança favorecedor de uma crise no psiquismo que poderá servir de solo fértil a contribuir para os quadros patológicos que surjam posteriormente:

“(…) o desmame, por qualquer das contingências operatórias que comporta, é frequentemente um traumatismo psíquico cujos efeitos individuais, anorexias ditas mentais, toxicomanias pela boca, neuroses gástricas, revelam causas à psicanálise. *Traumatizante ou não, o desmame deixa no psiquismo humano o traço permanente da relação biológica que ele interrompe.* [grifos meus] (LACAN, 2003, p. 23).

Já no Seminário IV – *As relações de objeto* (LACAN, 1995), o autor trata da relação com o seio materno no interior das relações de objeto. O desmame, neste contexto, é visto como perda do objeto e será apenas como objeto perdido que o seio materno é apreendido. Freud já havia postulado que o objeto perdido é o objeto das primeiras experiências de satisfação do bebê. O objeto seio materno ficará para sempre ligado ao sujeito por meio da nostalgia. Lacan no Seminário 11 – *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1998) -, revela que no desmame, a perda do seio materno é a representação da castração que estaria por se fundar, constituindo-se na segunda operação de constituição do sujeito. No complexo do desmame, o mais primitivo do desenvolvimento psíquico, a oralidade não está vinculada ao alimento, mas, antes e sobretudo, com os efeitos da mutilação que provoca na relação mãe-bebê. É tomando como base essa postulação que podemos entender a passagem de Recalcati:



“A estratégia da compensação da ausência do signo através do consumo do objeto se declina diferentemente na anorexia, na bulimia e na obesidade. Na bulimia, na obesidade – e mais geralmente nas dependências patológicas - *onde falta o signo, o sujeito consome o objeto*. Na anorexia, faltando o signo, o sujeito *recusa o objeto* até que lhe seja dado o signo do Outro. (...) Contrariamente, a bulimia, a obesidade e as dependências patológicas realizam uma forma de compensação da ausência do signo através do poder da substância”. (RECALCATI, 2002, p. 60).

A obesidade seria uma doença que nos remeteria ao infantil, aos aspectos mais arcaicos da subjetividade, já que o sujeito permaneceria como que congelado em sua posição de objeto do Outro, não cedendo lugar à separação, mas mantendo-se alienado.

Numa operação compensatória, o sujeito para lidar com a ausência do signo consome o alimento. O sujeito obeso então demonstra “o dever do sim”, conforme já dito. A devoração e a acumulação no obeso não é de peso, mas de objeto, nos ensina Recalcati, o que produz uma angústia de sufocamento tantas vezes retratada na clínica: “eu como até me sentir empanturrado”, “até não conseguir mais respirar”, ou “até ver o pote ou o pacote acabar”, como B., muitas vezes disse. Está posta aí uma impossibilidade na introdução de um “não”:

“o traço diferencial mais relevante é que, na bulimia, a devoração está associada à recusa, enquanto que na obesidade encontramos uma tendência à impossibilidade de recusar (...). Se, de fato, a obesidade e bulimia devem ser colocadas tendencialmente sob o eixo da alienação e (*o sujeito é “agido” pela pulsão, está em poder do imperativo do gozo*), a bulimia é uma alienação que preserva, no momento do vômito, a possibilidade de uma separação do Outro. (...) *Contrariamente, na obesidade há somente a alienação*. [grifos meus] (RECALCATI, 2002, p. 58-9).

O risco de morte e de prejuízos na vida cotidiana estão postos para o corpo na obesidade, tal como na anorexia. Onde fica o sujeito aí? Qual lugar para o sujeito? Haveria uma angústia de sufocamento que pode ganhar contornos de sensação de ser soterrado e sufocado pelo peso do próprio corpo na obesidade. Daí que a angústia não seria uma reação à perda ou ausência de objeto, mas ao contrário, à presença demasiada, em excesso de objeto:

“O corpo cheio da obesidade, diferentemente do corpo histérico, não desfruta da faculdade produtiva do símbolo, não é um corpo que fala, é, antes, um corpo que sufoca. Se o corpo histérico fala, o corpo obeso é um corpo impossibilitado de falar devido ao “demasiado cheio” de gozo que o marca. A fala não incide sobre o corpo, é como se fosse separada do corpo do mesmo modo que,

paradoxalmente, o sujeito se percebesse como se fosse nitidamente separado de seu próprio corpo. (RECALCATI, 2002, p. 56).

Em outra importante passagem, temos que:

“A angústia da obesidade é uma angústia de sufocamento (...). Nesses casos, a angústia não surge da ausência ou da perda do objeto, não está associada à falta do objeto, mas surge, antes, de um obstáculo, de um demasiado cheio, de uma impossibilidade de movimento, de uma presença em excesso do objeto. A angústia, aqui, é a angústia do “demasiado cheio”, do excesso de objeto, uma vez que nesse excesso de presença, nesse excesso de objeto, o sujeito acaba por sentir-se engolido”. (RECALCATI, 2002, p. 63-4).

É então que podemos entender que, diferentemente da clínica clássica das neuroses, na qual a angústia que podemos escutar está fortemente relacionada à separação, à falta e à perda de objeto, na clínica da obesidade temos um desafio diferenciado. Na obesidade, a angústia do sujeito não está posta ao lado da falta, posto que há uma alienação ao Outro, mas para Recalcati, tal como na psicose, na clínica da obesidade estaríamos diante de uma angústia relacionada “à falta da falta”. Pensando no objeto comida, alimento, na obesidade, este está sempre ao alcance das mãos e da boca. A angústia de sufocamento se traduziria então em angústia de aprisionamento, sendo a despersonalização do sujeito em relação ao seu corpo, nesta espécie de dissociação sujeito-corpo - na qual o sujeito não reconhece mais esse corpo que habita - uma tentativa de tratar essa angústia mortificante de aprisionamento, “abrindo um outro lugar onde ele vai tentar dar espaço ao desejo aniquilado pela demanda’ (RECALCATI, 2002, p. 64).

Essa angústia de aprisionamento é muitas vezes o que move o sujeito obeso na escolha pela cirurgia bariátrica, entre outras intervenções, numa tentativa, mesmo que fantasiosa, de livrar-se da angústia que “a falta da falta” lhe traz. Entretanto, o que muitas vezes é possível ver na clínica, é que esse aprisionamento não é tratável pela intervenção cirúrgica. É de outra intervenção que precisamos pensar. Sendo essa angústia não tratável por intervenção cirúrgica, apostamos numa intervenção pela palavra que passa por entendermos um aprisionamento ao corpo da mãe, onde o seio materno não é uma lembrança ou algo que remeta à nostalgia, mas uma presença no real colocada sob a forma de um comer em excesso, como Lacan e Recalcati sinalizaram.

Paul Schilder nos ajuda a pensar a problemática da constituição da imagem corporal, ou sua distorção, tão fortemente presente nos quadros de transtornos alimentares, incluindo a obesidade. Para Schilder “entende-se por imagem do corpo humano a figuração dos nossos corpos, formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós” (SCHILDER, 1994, p. 11). É muito comum escutarmos um certo “congelamento” da imagem do corpo dos sujeitos obesos fixada em um período de suas vidas no qual eram magros ou menos gordos. Em geral, é essa imagem que se torna referência e modelo para eles, tendo função de “apagamento” da imagem real atual. Muitas vezes, só um outro pode fazer alguma marca nesta imagem “congelada” que o sujeito sozinho ou o próprio espelho não são capazes de demarcar. As ressonâncias dessa distorção da autoimagem corporal se fazem escutar na clínica trazendo impactos diretos ao tratamento que, poderá enfrentar uma série de revezes, como resistências de várias ordens, buscados pela evitação do fracasso, em virtude da perturbação da autoimagem inconsciente do corpo.

Schilder (1994) corrobora o pensamento de vários autores que já descrevemos aqui de que é nas primeiras experiências infantis que a imagem do corpo se estrutura através do investimento libidinal que vai representando esse corpo. A imagem do corpo é inconsciente e só ligada pela linguagem “ganha corpo” na consciência. A construção da imagem corporal não é única no tempo ou estática, mas viva e mutável, construindo-se e desconstruindo-se o tempo todo em constante diálogo com as realidades interna e externa. Todo investimento libidinal traz impactos na estruturação da imagem corporal, podendo aí alterar também a percepção do próprio corpo no que diz respeito aos seus contornos físicos como o peso, suas formas, etc.

Um outro fio de conexão pelo qual podemos lançar o olhar para a clínica da obesidade diz respeito à relação obesidade-depressão. Em *Luto e melancolia* (1917 e [1915]) Freud nos ensina que o melancólico vive a experiência de perda do objeto de forma dramática, embora não saiba o que perdeu exatamente neste objeto. O quadro melancólico nos revela uma certa indeterminação do objeto perdido, embora a perda seja algo sobre a qual não se tem dúvida. Uma “perda desconhecida”, ou uma “perda objetual que escapa à consciência” como definiu Freud. Seguindo este trajeto, a recusa ao trauma do desmame parece estar em jogo aí. E na obesidade “pode configurar-se como *defesa da depressão*: o colecionismo paradoxal da

obesidade pode, efetivamente, ser uma reação depressiva do sujeito a uma perda do vazio que não pode ser simbolizada” (RECALCATI, 2002, p. 67).

O impulso à devoração indiscriminada do objeto-alimento na obesidade faria função do objeto para sempre perdido, entretanto, sem produzir sublimação, mas assumindo caráter de “objeto-analgésico”, tamponando a dor, mascarando-a sem tratá-la de fato. O impulso à incorporação do objeto manifestaria a intensa ligação do sujeito com a pulsão de morte, não havendo anteparo o filtro da castração.

Os transtornos alimentares, como vários autores marcam, derivam de aspectos psíquicos vinculados aos modos como o vínculo materno foi representado pelo sujeito, tendo os complexos de Édipo e de castração grande importância na constituição dessa trama subjetiva. A mãe, ou quem ocupa essa função, é o primeiro objeto de amor da criança, seja menino ou menina, exatamente pela prematuridade e dependência vital a este objeto que o bebê humano vem ao mundo.

Será na dinâmica da vivência edípica que a castração assumirá uma marca decisiva no desenvolvimento e constituição psíquicos do sujeito, criando condições de possibilidade de aceitação e representação do desmame, ou não aceitação da castração para permanecer alienado ao desejo do Outro com sérias dificuldades em se separar do objeto-mãe.

Por essa razão, Recalcati (2002) entende ser a obesidade uma doença da infância, como vimos, uma vez que o sujeito obeso, assim como recusou o desmame e a separação, recusa a castração. É, por isso, que, muitas vezes, o corte da intervenção cirúrgica não terá efeitos de emagrecimento e manutenção do “peso ideal” porque, a depender da problemática psíquica do sujeito, ela não terá efeito de corte na relação dual do sujeito com a mãe. Por isso, o trabalho de escuta ao sujeito é tão importante, não apenas para liberação ou não da cirurgia, mas para inscrição simbólica no sujeito de sua própria história.

O comer compulsivo do sujeito obeso, que privilegia a apropriação e gozo do objeto, sustenta a negação da falta do Outro (mãe) e a falta do próprio sujeito que não se depara com a angústia de castração. Não recusar o alimento, muitas vezes, revela uma impossibilidade de recusar o gozo do Outro, numa recusa ainda mais primitiva. A obesidade ainda pode funcionar como defesa contra a psicose quando a pulsão de devoração se desregula a ponto de confundir, na realidade, o sujeito com o próprio objeto e o sujeito é literalmente um objeto-devorado. Ou ainda a

obesidade poderia revelar um traço perverso, já que “o caráter obsceno da evidência do corpo gordo revela aqui seu traço perverso” (Recalcati, 2002, p. 54).

Na visão de Freud, compulsão representaria o que a pulsão tem de insuperável, impossível de se defender, e um caminho pelo qual o sujeito recorreria repetidamente. Entretanto, ainda que para o sujeito a experiência seja de algo sobre o qual não seja possível obter controle, ele não é impossível considerando a abordagem psicanalítica.

Os *comportamentos compulsivos* se distinguiriam dos *atos impulsivos*. Os primeiros seriam efeitos de uma tentativa do eu de dar conta e conter o movimento pulsional. Revelam que estaria em jogo aí um conflito intrapsíquico não solucionado entre o *eu* e as pulsões advindas do *id*, que estaria na base da sintomatologia compulsiva. Já os atos impulsivos seriam resultantes de uma desarmonia entre os impulsos e a possibilidade de modulação do eu da descarga pulsional que permitiria aplacar ou amenizar a angústia. Nesses casos, o sujeito, dominado pelo ato impulsivo, teria uma fragilização dos processos de continência com dificuldades na lida da demanda pulsional, não dando conta de postergar a satisfação imediata do impulso.

É possível notarmos nos quadros de obesidade tanto elementos característicos de impulsividade, que impelem o sujeito ao ato de comer, sem possibilidade de negociação, sem espaço de pausa, muitas vezes “sem pensar” nas consequências. Mas também nos é possível notar características compulsivas, que nos apontam mais para uma repetição do comportamento, numa tentativa de aliviar uma angústia. O comportamento compulsivo, uma vez desencadeado, seria mais difícil de controle e interrupção por parte do sujeito.

Essas características da pulsão – atos impulsivos e comportamentos compulsivos – entretanto, considerando todo o exposto neste Fio, precisam ser analisadas no caso a caso, a partir da história singular que cada sujeito vai nos contar dentro do processo analítico. Por isso é fundamental escutar os sentidos que cada sujeito, um a um, dá para cada um de seus atos, sejam eles compulsivos sejam impulsivos.

#### 4 - Tear Textual Conclusivo

Chego ao tear textual conclusivo inundada por muitas questões que ficaram ao longo desta escrita, sempre faltosa, mas com grande potência de elaboração dos Fios de saberes aos quais tive acesso durante a Pós-graduação e neste exercício precioso de escrita de um trabalho de conclusão de curso.

Discutimos até aqui que há na cultura contemporânea um forte empuxo à produção da obesidade como posição imaginariamente soberana do sujeito. Vende-se a ideia de que podemos tudo, como se estivéssemos ilusoriamente livres das amarrações culturais e de instâncias de asseguramento da lei simbólica. E numa sociedade que impele ao ato, e ao consumismo desenfreado, vimos multiplicar-se e intensificar os atos compulsivos de toda a ordem. Paradoxalmente, discutimos também o que se pode chamar de ascensão do corpo como reserva dos ideais e investimento privilegiado do sujeito, numa superexposição do ser performático. Tudo isso nos chega na clínica cotidiana e o que fazemos com isso?

O que podemos ouvir diante do real do corpo obeso? Taxas metabólicas, IMCs, riscos clínicos, comorbidades? Onde fica o sujeito diante disso tudo? O que pode a psicanálise diante da obesidade e dos demais transtornos alimentares, uma vez que estes não se referem a conceitos psicanalíticos? Ouvir o “transtorno” produzindo por sua vez um apagamento do sujeito? Ser mais um saber cuja demanda está no imperativo de emagrecer a todo custo? Fixar-se na paralisia e muitas vezes na impotência produzida na relação com o sujeito obeso?

Acredito que o primeiro passo, o início de tudo, seja nossa escuta clínica e uma posição ética que implica em interrogar o discurso vigente, não fazendo coro à lógica que fusiona aparência com a “essência”, e ser com consumir. É através da escuta e dessa postura ético-política que poderemos inaugurar novos caminhos psíquicos. O que o analista pode oferecer ao sujeito de mais precioso é sua escuta. Abrir-se ao seu discurso podendo deslocar a voracidade do comer pelo apetite pelo dito, pela fala do sujeito, construindo um caminho que favoreça o trânsito do ato ao discurso.

Afinal, qual relação do sujeito com seu corpo? Qual função a gordura corporal acumulada tem para esse sujeito? Como esse sujeito construiu e estruturou sua obesidade? Como se constitui a partir dela? É o *cada um* que precisa ganhar relevo e lugar na singularidade da clínica. Portanto, o que escutamos não são índices – de

massa corporal ou de taxas metabólicas -, não que eles não sejam importantes, mas, na singularidade de cada caso, esses números precisam ganhar palavra e representação na história singular do sujeito.

Nosso fazer clínico tem uma ancoragem temporal, ética e política que nos coloca em posição de analisar os marcadores culturais e civilizatórios de nossa época, nos advertiu Recalcati (2002). Não podemos nos abster desse exercício no contexto da escuta psicanalítica. Não fazer essa análise seria reduzir o sujeito do inconsciente ao discurso do capitalismo e da ciência, reforçando o que pode contribuir para anulação e mais alienação do sujeito.

Possibilitar que possam ser colocadas palavras lá onde só existe ato nos parece a direção. Interrogar o sujeito aí seria não o reduzir a mero receptáculo de objetos, gozos e interpretações. Afirmar a leitura dos *atos-sintomas* implica acolher, no interior da psicanálise, as diversas formas psicopatológicas que denunciam a precariedade dos processos de simbolização atuais. É preciso afirmar a falta como estruturante da subjetividade. Falta essa que remete à castração, tão negada em nossa contemporaneidade.

A leitura do sintoma requer, ao mesmo tempo, a construção de um texto no qual a história do sintoma possa ser, simultaneamente, construída e contada. Trata-se da criação de histórias, lá onde outrora morava o silêncio e o reducionismo do sujeito. Desde Freud, podemos entender que a psicanálise é um modo de leitura da subjetividade e de seus constrangimentos e impasses em cada época histórica. Freud nos ensinou em sua obra que o sintoma nos conta uma história, nos permitindo, ao acolhê-lo, ter acesso às marcas do sujeito e seus modos de defesa, uma vez que toda formação inconsciente tem estrutura de metáfora. Colocar palavra e se dispor à escuta do sujeito pode operar ao deslocamento do sintoma, tenham eles maiores impactos e incidências somáticas e/ou psíquicas.

A imagem do corpo gordo não é apenas uma imagem muitas vezes desinvestida narcisicamente e rejeitada socialmente. Ela pode funcionar também, conforme temos acesso na clínica, como continente e “veste” que protege “o eu sem carne do sujeito”, como uma armadura que o defende, mas que pode, contrariamente, não o representar. Na clínica da obesidade, a angústia não está relacionada à falta, mas “à falta da falta”, como vimos em Fio anterior. Distintamente da clínica clássica da neurose, na qual a angústia manifesta-se em relação à falta, à separação ou perda do objeto. Por isso é tão comum uma certa

dissociação do sujeito em relação ao próprio corpo como tentativa fracassada de tratar essa angústia.

Faz-se fundamental enquanto clínicos não nos paralisarmos diante do horror que o corpo obeso pode causar e de todos os riscos de vida e morte que esse sujeito oferece ao outro. Só assim poderemos nos dispor à escuta do seu discurso. O encontro com o simbólico parece ser o grande desafio da psicanálise diante da clínica da obesidade e dos transtornos alimentares. Desafio posto para cada um, analista e sujeito, sem concessões. É possível notar um pensamento concreto-operatório e uma “tendência ao achatamento da fala” nos sujeitos obesos nos diz Recalcati (2002). No processo de somatização haveria um prejuízo no corpo sem que o *eu* tenha condições de fazer frente e responder ao que lhe chega como exigência, não passando pela elaboração psíquica, “o corpo não pôde traduzir um conflito psíquico em sintoma” (RECALCATI, 2002, p. 56). Nesse processo de somatização haveria uma fragilidade em jogo e um certo empobrecimento na transformação das representações em simbolização. E, diferentemente do corpo histórico, que fala, o corpo obeso, é muitas vezes, um corpo que contém, captura e sufoca.

Se não podemos pensar no mecanismo do recalque nos casos de transtornos alimentares e nos quadros somáticos, o que se evidenciaria nesses casos seria o mecanismo da repressão, no qual o afeto estaria soterrado e o sofrimento comparece em forma de ato, direto e no real do corpo. O ato seria a marca do afeto que estava soterrado e precisa ganhar lugar e descarga.

Como pensamos então a escuta analítica de um sujeito “agido” pela pulsão e aprisionado em poder do imperativo do gozo? Qual lugar para o sujeito?

Não condenar esse sujeito soterrado e achatado nesses atos sintomas pode nos parecer óbvio, mas muitas vezes, o que pode ser um desafio para a Psicanálise, corre o risco de comparecer como impossibilidade de escuta a esses sujeitos por não se “adequarem” à clínica psicanalítica. Se há um corpo sufocado pelo demasiado cheio do gozo do Outro é preciso fazê-lo falar acompanhando a delicadeza desafiadora deste convite.

A construção de possibilidade de colocar palavra onde só existe ato e, nessa construção, a partir do manejo da transferência, poder reconstruir o caminho que vai do ego corporal ao psíquico é uma importante direção deste trabalho clínico. O processo analítico pode servir para viabilizar a reconstrução do ego, como um lugar



de continência, dando consistência subjetiva onde se experimenta esvaziamento e inconsistência afetiva. Favorecer os processos de simbolização na relação transferencial é ampliar possibilidades de mediação, metabolização e simbolização do sujeito obeso diante da falta estrutural que se recusa a admitir. E ampliando as possibilidades de mediação temos a possibilidade de o sujeito inscrever alguma possibilidade de “não” e de recusa, na tentativa de separação do gozo do Outro.

Produzir algum enigma para esses sujeitos, insistindo na produção de uma pergunta e de uma questão em direção ao Outro pode permitir questionar sua consistência achatadora e devoradora de subjetividade. Acolher qualquer demanda, mesmo a somática e poder nomeá-la e inscrevê-la simbolicamente é um caminho ético possível. Permitir que uma trama simbólica se constitua a partir do evento somático é nossa tarefa enquanto clínicos. Na medida em que o consumo desmedido ganha status de ordenador e organizador da vida, sob uma base de promessa de felicidade e plenitude, cabe-nos interrogar essa lógica aprisionadora e limitadora das subjetividades nas nossas práticas teórico-clínicas cotidianas. É de uma saturação do vazio que a contemporaneidade nos convoca diuturnamente num imperativo devastador porque mortificante e impossível de supressão da falta e do desejo e, dessa forma:

“A obesidade é o fenômeno psicopatológico que, talvez mais do que todos, ilustra os efeitos devastadores dessa saturação: o corpo é reduzido a um mero receptáculo de objetos. Receptáculo cuja capacidade de recolher aparece-nos como ilusoriamente infinita. *O obeso, ao identificar literalmente o vazio com o vazio do estômago, comete, de fato, um erro topológico que revela uma verdade de estrutura: o sujeito contemporâneo é reduzido a uma máquina de gozo.* [grifos meus] (RECALCATI, 2002, p. 65-6).

Nosso olhar deve se ater ao sujeito e não ao transtorno psicopatológico, entendendo a obesidade como um fenômeno mundial que mais ilustraria o mal-estar da cultura, evidenciando os efeitos devastadores da saturação do vazio e da falta, pela demonstração no corpo de um sujeito limitado em sua potência psíquica a ser um devorador e receptáculo de objetos. É a partir deste entendimento que também podemos sair da captura do olhar moral que se lança para a obesidade, como um projeto fracassado e falho de subjetividade, para o de escuta do sujeito.

Na nossa contemporaneidade, o ponto nodal pulsional parece ser o imperativo de supressão da falta e dos contornos que demarcam limites. É diante deste desafio ético, estético e clínico que aposto em nossas construções clínicas, como a trama de

um tear, a ser singular, viva e artesanalmente tecida. Investir no corpo do sujeito obeso, podendo acolher e nomear os atos sintomáticos desse corpo, pode fazê-lo um corpo falado, representado e sensível à escuta psicanalítica. O que podemos caracterizar como “obesidade generalizada” colocada na contemporaneidade como indicativa do mal-estar na cultura onde experimentamos uma espécie de abolição da lei é retratada nesta passagem:

“A obesidade se oferece, então, como paradigma clínico da civilização contemporânea, ali onde a queda do signo parece corresponder a um incremento progressivo do impulso ao consumo de objeto. A ab-rogação do signo através do objeto-*gadget* gera no sujeito um empuxo ao preenchimento imediato – sem nenhum adiamento – do vazio” (RECALCATI, 2002, p. 65).

Somos incansável e inelutavelmente expostos à lógica de uma contemporaneidade do controle pela imagem e do consumismo imediatista, obesogênica e lipofóbica que, dentre outras coisas, nos impele a comer, embora não nos tolere acima do peso. Somado a todo esse cenário, vimos neste trabalho que aspectos psíquicos nos sinalizam para subjetividades com fragilidades narcísicas marcantes e prejuízos na simbolização que favorecem, de forma inequívoca, aos comportamentos aditivos de toda ordem, aos atos compulsivos, à fixação e alienação nos objetos-*gadgets*, à somatização/corporificação do mal-estar, onde podemos situar a obesidade generalizada.

A psicanálise, neste contexto, é um discurso e uma prática clínica que vai na contramão da saturação do desejo e deste sistema complexo em jogo. E é aí que aposto em nossa potência de resistência à lógica vigente, constituindo espaços de fala e desejo, onde a falta possa ter lugar para que compareça e subsista o sujeito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Mapa da Obesidade. <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/69/553a2339882b9.pdf>> Acesso em 05 Jan. 2019.

ANZIEU, D. **O Eu-Pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

AULAGNIER, P. Nascimento de um corpo, origem de uma história. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** [online]. 1999, vol.2, n.3, pp.9-45. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999003002>. Acesso em 05 de Fev. 2019.

BAUMAN, Z. Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: J. Zahar, Ed., 2008.

BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

COSTA, J. F. **O vestígio e a aura – corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

EHRENBERG, A. O indivíduo soberano ou o retorno do nervosismo. In: *La fatigue d'être soi*. Paris: Éditions Odile Jacob, 2000.

FEDERN, P. **Psicologia do ego e das psicoses**. Nova Iorque, 1952.

FERNANDES, M.H. Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: **O corpo, o eu e o outro em psicanálise**. Org. Elisa de Ulhôa Cintra. Goiânia: Dimensão, 2006a.

FERNANDES, M.H. **Corpo**. 4ª. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. Coleção Clínica Psicanalítica, 2011.

FERNANDES, M.H. **Transtornos alimentares**. São Paulo: Casa do Psicólogo. Coleção Clínica Psicanalítica, 2006b.

FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: **Psicossoma II – Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

FISCHLER, C. **L'omnivore**. Paris: Odile Jacob, 2001.

FONTES, I. A ternura tátil: o corpo na origem do psiquismo. **Psyche (Sao Paulo)**, São Paulo, v.10, n. 17, p. 109-120, jun. 2006. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382006000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 mar. 2019.

FONTES, I. **Psicanálise do sensível: Fundamentos e clínica**. São Paulo: Ideias & Letras, 2010.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. (1920). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 14, p. 13-82.

\_\_\_\_\_. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905a). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 7, p. 123-228.

\_\_\_\_\_. Os instintos e suas vicissitudes. 1915. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 14, p. 129-167.

\_\_\_\_\_. Psicologia das massas e análise do ego. 1921. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 18, p. 79-154.

\_\_\_\_\_. O ego e o id. 1923. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 19, p. 13-79.

\_\_\_\_\_. Inibição, sintoma e angústia. (1926 [1925]). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 20, p. 107-201.

\_\_\_\_\_. O futuro de uma ilusão. 1927. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 18, p. 79-154.

\_\_\_\_\_. O mal-estar na cultura (1930a [1929]). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. 21, p. 81-174.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1980.

GREEN, A. **O trabalho do negativo**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

HAAG, G. *Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant*. Gruppo. p. 45-51, 1986.

KAËS, R. H. (1993a). **Introdução**: o sujeito da herança. Transmissão da vida psíquica entre gerações. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

LACAN, J. Os complexos familiares na formação do indivíduo (1938). In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais em psicanálise.** (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 4: as relações de objeto.** (1956-7). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LEJARRAGA, Ana Lila. Clínica do trauma em Ferenczi e Winnicott. **Nat. hum.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 115-147, dez. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302008000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302008000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 mar. 2019.

LEO, Aline de; VILHENA, Junia de. A dimensão corporal da experiência psíquica. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 151-170, jun. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382010000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 mar. 2019.

LIPOVETSKY, G. **Da leveza: rumo a uma civilização sem peso.** SP: Manole, 2016.

MAHLER, M. **Nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1977.

MCDOUGALL, J. (1991). **Teatros do corpo. O psicossoma em psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

NATIONAL ASSOCIATION TO ADVANDE FAT ACCEPTANCE. **NAAFA: the National Association to Advance Fat Acceptance** [Online]. Disponível em: <https://www.naafoonline.com/dev2/about/index.html> [acesso em: 12 Fev. 2019].

NEVES, Alden S., MENDONÇA, André L.O., **Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao fat pride.** Demetra, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3; pp. 619-631, 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS.** Outubro de 2017. Disponível em <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820)> Acesso em 10 Fev. 2019.

ORTEGA, F. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea.** Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

ORTEGA, F; ZORZANELLI, R. **A saúde como salvação – contexto cultural da ascensão do corpo como valor na contemporaneidade.** In: ORTEGA, F; ZORZANELLI, R. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO. **Normas para apresentação de teses e dissertações.** Rio de Janeiro: PUC-Rio, 1980.

RECALCATI, M. O “demasiado cheio” do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade. **Latusa**. Rio de Janeiro, n. 7, p. 51-74, 2002.

SANTOLIN, C. B.; RIGO, L. C. A obesidade e a problematização da corpulência na Idade Média. **Revista Fiep Bulletin**, Foz do Iguaçu, v. 82, special edition, Article I, p. 201-204, Jan. 2012.

SANTOS, C.R.A. O império McDonald e a McDonalldização da sociedade: alimentação, cultura e poder. Disponível em: <<https://docs.ufpr.br/~andreadore/antunes.pdf>> Acesso em 24 fev. 2019.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). Cirurgia Bariátrica. <<https://www.endocrino.org.br/tags/cirurgia%20bariátrica/>> Acesso em 24 fev. 2019.

SEGAL, A. **A obesidade não tem cura, mas tem tratamento**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

SENNET, R. **O declínio do homem público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SCHILDER, P. A. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

STENZEL, L. M. **Obesidade: O peso da exclusão**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM) Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>> Acesso em 10 jan. 2019.

WINNICOTT, D. W. A localização da experiência cultural. **O Brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. **Apetite e perturbação emocional (1978/1936). Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

\_\_\_\_\_. **Preocupação materna primária. (1978/1956). Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

WINOGRAD, Monah; MENDES, Larissa da Costa. Qual corpo para a psicanálise: Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v.11, n. 2, p. 211-223, dez. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151636872009000200015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872009000200015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 fev. 2019.

WORLD HEATH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva, 2000.

Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=AvnqOsqv9doC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Obesity:+Preventing+and+Managing+the+Global+Epidemic&ots=6VI28k\\_SaO&sig=wjAIpjqSiolbkW0y5RKLvPhldV0#v=onepage&q=Obesity%3A%20Preventing%20and%20Managing%20the%20Global%20Epidemic&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=AvnqOsqv9doC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Obesity:+Preventing+and+Managing+the+Global+Epidemic&ots=6VI28k_SaO&sig=wjAIpjqSiolbkW0y5RKLvPhldV0#v=onepage&q=Obesity%3A%20Preventing%20and%20Managing%20the%20Global%20Epidemic&f=false)>. Acesso em 12 Mar. 2019.