



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ELIANE CRISTINA DOS SANTOS AZEVEDO

**OBESIDADE MÓRBIDA: ESTUDO DE CASO DO SOFRIMENTO  
PSÍQUICO NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA DE PACIENTES  
SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Belém

2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ELIANE CRISTINA DOS SANTOS AZEVEDO

**OBESIDADE MÓRBIDA: ESTUDO DE CASO DO SOFRIMENTO  
PSÍQUICO NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA DE PACIENTES  
SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicanálise: Teoria e Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira  
Co-orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli

Belém

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFPA

---

Azevedo, Eliane Cristina dos Santos, 1974-  
Obesidade mórbida: estudo de caso do  
sofrimento psíquico na perspectiva psicanalítica  
de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica /  
Eliane Cristina dos Santos Azevedo. - 2013.

Orientadora: Ana Cleide Guedes Moreira;  
Coorientador: Paulo Roberto Ceccarelli.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal  
do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências  
Humanas, Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia, Belém, 2013.

1. Psicanálise. 2. Obesidade mórbida - Estudo  
de caso. 3. Cirurgia bariátrica. 4. Corpo  
humano. 5. Saúde pública. I. Título.

CDD 22. ed. 150.195

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ELIANE CRISTINA DOS SANTOS AZEVEDO

**OBESIDADE MÓRBIDA: ESTUDO DE CASO DO SOFRIMENTO  
PSÍQUICO NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA DE PACIENTES  
SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cleide Guedes Moreira e co-orientada pelo Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli, para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira - Orientadora  
Universidade Federal do Pará - UFPA - PA

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli - Membro  
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC - MG

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Junia de Vilhena – Membro  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC – RJ

“A meu filhote Lucas e a meu  
marido e companheiro Pedro,  
por fazerem parte de minha  
vida. Amo vocês!”

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais, Azevedo e Lidia, por terem me dado a vida e a ser quem sou.

À minha madrinha Laurinda e meu padrinho Fernando, por terem acreditado em mim. Sei que estão muito orgulhosos lá onde estiverem!

A meu filho Lucas e a meu marido Pedro que com muito carinho e alguns “puxões de orelha” me mostravam que, apesar das dificuldades, era possível conciliar família, estudo e trabalho.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Ana Cleide que com sua escuta e olhar de pesquisadora me fez ver que é possível articular pesquisa à clínica. Sinto-me orgulhosa e privilegiada de ser sua aluna e eternamente grata por suas orientações, sempre muito, muito ricas!

Ao meu querido co-orientador, Prof. Dr. Paulo Ceccarelli, cujos encontros sempre foram muito proveitosos e seus “toques” sempre repletos de muita sabedoria.

À Profa. Dra. Cristina Lyndenmeyer por sua imensa colaboração na banca de qualificação.

À Beth Levy por ter-me ensinado os primeiros passos na clínica psicanalítica da obesidade, a quem recorro ainda hoje sempre que necessário e que me ampara de braços abertos.

À Profa. Laís Zumero por sua disponibilidade, atenção e simplicidade em ensinar.

À minha prima Júlia, para quem sempre corro nos momentos de aperto. E como de costume, nunca me deixa na mão! Ontem, hoje e sempre, em todos os momentos de minha vida.

À minha amiga Jucélia, um dos maiores presentes ganho no Mestrado: sua amizade!

A meu amigo Ronildo que, mesmo longe, está sempre perto me ajudando e me fazendo rir.

Aos meus pacientes, em especial à Cleo que, com sua dor e sofrimento me ajudou a construir esta dissertação.

A Deus, principalmente, por tudo isso.

## RESUMO

Esta pesquisa foi realizada com pacientes do Sistema Público de Saúde e do consultório, com diagnóstico médico de obesidade mórbida que passaram por cirurgia bariátrica (*Bypass Gástrico em Y de Roux*) e voltaram a engordar. Ela é considerada, segundo a Organização Mundial de Saúde, uma doença epidêmica e um problema de saúde pública devido às comorbidades, sendo sua origem multifatorial. Foi realizado o estudo de caso de um paciente do sexo feminino, maior de idade, sem etnia e escolaridade pré-definida, com pelo menos três anos de operada, com o objetivo de analisar o sintoma adicção como portador de um sentido a ser apropriado pelo sujeito, cuja ingestão compulsiva do objeto comida corresponderia à tentativa ilusória de suprir a falha básica e a impossibilidade de introjetar o objeto primário. O engordar e o emagrecer, portanto, estariam relacionados a perdas de objetos, sendo uma defesa contra o desamparo, o que permite pensar o modo de subjetivação adictivo como hipótese para a obesidade. É pela via da transferência como dispositivo clínico que permite ao sujeito tomar seu corpo na dimensão pulsional, diferenciando o corpo orgânico tratado pela Medicina, do corpo erógeno concebido pela Psicanálise, na tentativa de enfrentar o sofrimento psíquico e possibilitar novos destinos pulsionais.

Palavras-chave: Obesidade mórbida. Adicção. Sintoma. Psicanálise. Corpo.

## **ABSTRACT**

This research was conducted with patients from the Public Health System and practice, with diagnosis of morbid obesity who went through bariatric surgery (Gastric Bypass Roux-en-Y) and returned to fatten. It is considered, according to the World Health Organization, an epidemic disease and a public health problem due to comorbidities, and its origin being multifactorial. Was conducted a case study of a female patient, of legal age, without ethnicity and educational predefined, with at least three years since the operation with the goal of analyzing the addiction symptom as having a sense to be appropriated by the subject, whose the compulsive ingestion of the food object would correspond to a illusory attempt to feed the basic failure and the inability to internalize the primary object. The fattening and slimming, therefore, would be related to the loss of objects, being a defense against helplessness, which suggests the mode of addictive subjectivation as a hypothesis for obesity. It is through the use of transference as a medical device that allows the individual to take his body in drive dimension, differentiating the organic body treated by Medicine of the erogenous body designed by psychoanalysis, in an attempt to address the psychological distress and enable new instinctual destinations.

**Keywords:** Morbid obesity. Addiction. Symptom. Psychoanalysis. Body.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBESIDADE: PANORAMA MUNDIAL E NO BRASIL</b> .....	16
2.1 OBESIDADE: UMA EPIDEMIA MUNDIAL .....	16
2.2 O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE NO BRASIL .....	18
<b>3 CASO CLÍNICO: CLEO E O PESO DE SUA OBESIDADE</b> .....	23
<b>4 A CONCEPÇÃO PSICANALÍTICA DA ADICÇÃO</b> .....	27
<b>5 A OBESIDADE A PARTIR DA TEORIA FREUDIANA: OS PRINCIPAIS CONCEITOS</b> .....	33
5.1 PULSÃO E SEXUALIDADE INFANTIL: A FASE ORAL DA LIBIDO.....	33
5.2 NARCISISMO .....	37
5.3 TRAUMA E FANTASIA EM PSICANÁLISE .....	38
5.4 O COMPLEXO DE ÉDIPO E A ANGÚSTIA DA CASTRAÇÃO .....	41
5.5 RECALQUE.....	43
5.6 SINTOMA EM PSICANÁLISE .....	45
5.7 DO ANTIGO AO NOVO DUALISMO PULSIONAL: PULSÃO DE VIDA E PULSÃO DE MORTE.....	47
5.8 COMPULSÃO À REPETIÇÃO.....	51
5.9 SOBRE O DESAMPARO: BREVES CONSIDERAÇÕES .....	54
5.10 A TRANSFERÊNCIA COMO DISPOSITIVO CLÍNICO.....	56
<b>6 SOBRE O COMER COMPULSIVO NA OBESIDADE</b> .....	58
6.1 A COMPULSÃO ALIMENTAR: DA PSIQUIATRIA À PSICANÁLISE.....	58
6.2 A COMPULSÃO ALIMENTAR: CONTRIBUIÇÃO DE OUTROS TEÓRICOS.....	60
<b>7 CORPO</b> .....	63
7.1 A GORDURA E O IMAGINÁRIO SOCIAL .....	63
7.2 A PSICANÁLISE E O CORPO ERÓGENO .....	66
<b>8 DISCUSSÃO TEÓRICO-CLÍNICA: “CLEO E O PESO DE SUA OBESIDADE”</b> .....	70
8.1 O FRACASSO DA PRIMEIRA CIRURGIA: A TRAIÇÃO DA IRMÃ .....	70
8.2 O FRACASSO DA SEGUNDA CIRURGIA: A MORTE DO TIO .....	71
8.3 SEU MAIOR PESO: O PAI .....	72

8.4 A TERCEIRA CIRURGIA: O ABANDONO DA ANÁLISE.....	72
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE A - RESOLUÇÃO N° 196/96 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO A - PORTARIA N.º 628/GM 26 DE ABRIL DE 2001 .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO B - RESOLUÇÃO CFM N 1.766/05 .....</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi fruto de reflexões que surgiram a partir de minha prática profissional como psicóloga clínica e hospitalar, atualmente psicanalista em Formação pelo Círculo Psicanalítico de Minas Gerais, ao escutar pacientes com obesidade mórbida no pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, que teve início em 2001, durante um Treinamento Profissional realizado no Hospital Ophir Loyola, hospital público de referência em Oncologia, em Belém/PA.

Atualmente, continuo a atuar neste campo, tanto na área hospitalar pública, e em consultório particular, pois sou membro de uma equipe multiprofissional de cirurgia bariátrica de clínica particular em Belém desde 2002, cujo atendimento possui algumas especificidades que aumentaram ainda mais meu interesse por este tema, como a diferença de peso entre os pacientes da rede pública e da rede privada que buscam o tratamento cirúrgico para obesidade, muito embora tenha percebido que há algo em comum: o sofrimento psíquico. Comecei então a me perguntar: por que estas pessoas engordavam tanto? Por que, apesar de muitos considerarem a cirurgia bariátrica uma técnica radical e invasiva submetem-se a este tipo de procedimento e voltam a engordar ou começam a apresentar outros sintomas, como beber, fumar, usar drogas, comprar, jogar, dentre outros?

Diante disto, verifiquei a necessidade de conhecer mais sobre os distúrbios da oralidade, quando em 2006/2007 optei por fazer a Especialização em “Transtornos Alimentares e Obesidade”, no Hospital de Clínicas na Universidade de São Paulo; em 2011 iniciei a Formação em Psicanálise pelo Círculo Psicanalítico de Minas Gerais; e no mesmo ano ingressei no Mestrado em Psicologia, na linha de pesquisa Psicanálise: Teoria e Clínica da Universidade Federal do Pará, quando comecei a olhar de fato para a obesidade mórbida não só como psicóloga, mas também como pesquisadora.

Sabe-se que a obesidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (2011), representa na atualidade uma grande preocupação para saúde pública. Verifica-se que pelo menos 1% das pessoas que fazem regime alimentar bem-sucedido conseguem manter um peso satisfatório, levando-nos a pensar que a obesidade em si reflete uma grande frustração para pacientes e médicos, em decorrência da dificuldade em sustentar os meios que levam à sua cura (VASCONCELLOS, 2011).

Isto gera algumas implicações emocionais, principalmente por se viver em uma sociedade cujo corpo magro é considerado um ideal social de perfeição, saúde, produtividade, beleza, em que muitas pessoas fazem qualquer coisa para obtê-lo: tratamentos clínicos,

medicamentosos, estéticos, até intervenções cirúrgicas que vão desde as cirurgias plásticas, até as de redução de estômago, sem considerar a possibilidade da subjetividade também influenciar neste tipo de patologia e no próprio sucesso do tratamento. Como Freud (1923, p. 40) afirmava em seu artigo chamado O ego e o Id: “*O eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal: não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é ele próprio, a projeção de uma superfície*”.

É neste momento que a Psicanálise entra em cena na tentativa de entender porque isto ocorre, já que a Medicina tem seu olhar voltado apenas para questões orgânicas, sem considerar que o engordar e o emagrecer englobam muitos fatores que dependerão de aspectos subjetivos, história de vida e da constituição da subjetividade de cada pessoa, partindo-se do pressuposto de que o corpo que a Psicanálise trata é o erógeno que pode “... *servir de suporte para a reatualização de histórias infantis*”, como afirma Lindenmeyer (2011, p. 207).

É no universo destas questões que tentei investigar o caso com uma paciente que se submeteu a três procedimentos cirúrgicos para reduzir o tamanho do estômago (cirurgia bariátrica) e que voltou a engordar. A revisão dos conceitos psicanalíticos, partindo-se de Freud até autores contemporâneos, ajudou a delinear a lógica psíquica presente na obesidade mórbida, o sofrimento psíquico correspondente e o sentido do sintoma, permitindo formular a hipótese de que a obesidade da paciente é um tipo de adicção.

O Estudo de Caso é um modo de investigação no campo psicanalítico desde sua constituição como área de saber em Freud (1895) com o estudo sobre histeria, o famoso caso Caso Ana O.

Para Moreira (2003), o estudo de caso em psicanálise é o método de pesquisa que associa a escuta analítica a formulações metapsicológicas e psicopatológicas a partir da análise da transferência em *setting* clássico ou não, como o hospitalar. A pesquisa clínica, portanto, permite que novas hipóteses surjam a partir de problemáticas específicas à medida que a investigação caminha.

Segundo Ceccarelli (2012), o que marca a diferença entre a pesquisa analítica dos demais tipos de pesquisa é o objeto a ser pesquisado que são as manifestações do inconsciente, tal como: os sintomas, os atos falhos, os sonhos, dentre outros. A dinâmica psíquica, portanto, não pode ser analisada de forma direta por ter relação com o material recalado, subordinado ao universo fantasmático, sendo esta a “realidade psíquica” de cada um que é algo subjetivo.

Estamos invocando aqui a noção de “realidade psíquica”, dimensão nova e incompreensível para o método lógico que, em certa medida, equivale a realidade do mundo material no sentido de que os fenômenos neuróticos existem devido à sua eficácia. Do ponto de vista da psicanálise, a realidade psíquica, ou o subjetivo, é o seu objeto de pesquisa tendo o mesmo valor do objeto de pesquisa das ciências naturais. Muitas vezes, a realidade psíquica possui, na subjetividade de quem a anuncia, o mesmo estatuto que a realidade “objetiva” (CECCARELLI, 2012, p. 141).

Porém é importante ressaltar que o caso será analisado com enfoque na Psicopatologia Fundamental, sendo que é na psicanálise que se situa a maior parte das pesquisas nesta área, a partir de Pierre Fédida e da tradição francesa. Ela une transferência à noção *pathos* que significa paixão, passividade, sofrimento psíquico, por meio do relato clínico na tentativa de compreender sua natureza dinâmica, assim como elaborar a metapsicologia que represente o que ocorre na clínica (BERLINCK, 2008).

A metapsicologia freudiana é o pano de fundo epistemológico da psicopatologia fundamental, ou seja, seu método de investigação, em que o acesso ao outro é mediado pelo sofrimento e/ou é o outro em sofrimento que permite a apreensão do que é próprio e ao mesmo tempo, compartilhado e compartilhável (DELOUYA, 2002).

Para Mezan (2005), o analista enquanto pesquisador, a partir de sua prática, olha para o objeto que está sendo pesquisado para pensar o caso no confronto com a teoria, sendo o momento que:

[...] já não se dirige ao seu paciente, já não deseja encontrar a interpretação adequada do escutado, ou mesmo do que pensou a partir do escutado, mas busca dar conta em termos conceituais do modo pelo qual puderam se produzir tanto o que ouviu, quanto o que o fez ouvir assim (MEZAN, 2005, p. 103).

Para Mezan (2005), tenta-se vincular a singularidade do experimentado à universalidade dos conceitos que na Psicanálise ocorre pela noção de mecanismos psíquicos em que “... o dito do paciente é considerado como o elo final de um processo, e a abordagem teórica consiste em determinar, com um grau razoável de probabilidade, o tipo de processos que podem ter estado em jogo para produzir tal ou qual fenômeno” (p. 103-104).

O conhecimento do analista que realiza a pesquisa é algo que não é mais proveniente da clínica, mas sim de textos psicanalíticos de outros analistas, começando por Freud que possam conter exemplos e elaborações que servirão como ferramenta de trabalho, ou seja. “... são esquemas para correlacionar dados, para inferir hipóteses, para sugerir derivações” (MEZAN, 2005, p. 104).

Berlinck (2008) difere a psicopatologia fundamental da psicopatologia geral. A psicopatologia geral é objetiva e universal, enquadrando os sinais e sintomas em categorias

médicas (doenças físicas ou mentais), enquanto que a psicopatologia fundamental é subjetiva, singular e depende da realidade e dinâmica psíquica de cada um.

Para Berlinck (2007), o método utilizado em psicopatologia fundamental é o clínico, fundamentado a partir do Naturalismo e do Iluminismo, movimentos culturais ocorridos no século XVIII, formulado plenamente na psiquiatria alemã, na Inglaterra e na França no século XIX, sofrendo uma revolução epistemológica por Freud.

É pela via do método clínico que caminha o pesquisador em psicopatologia fundamental, ao tentar transformar em palavras o sofrimento psíquico, as representações sobre o mundo interno, sendo esta sua finalidade, o que só é possível pela prática clínica, em que se contrói a narrativa tanto do clínico, quanto do paciente, sem seguir uma lógica formal, sendo sempre singular por ser psíquico (BERLINCK, 2009).

Segundo Delouya (2002), existem pontos que diferenciam a análise da pesquisa em psicopatologia fundamental. Ele refere-se ao método psicanalítico como sendo o mesmo, em que ambos pesquisam o sofrimento psíquico a partir das manifestações do inconsciente. Porém o investigador em Psicopatologia Fundamental, além de analista/terapeuta, é também pesquisador, cuja distinção é considerada mais estratégica e didática.

O atendimento clínico permite que seja feito o levantamento de hipóteses a partir de desenhos psicopatológicos obtidos através da transferência e do conhecimento teórico para posteriormente ser comunicado e debatido em forma documentada, através de artigos e obras. Para ele, as hipóteses são “... moldadas em certo conjunto teórico, tendo um arsenal linguístico, um recorte e encadeamento conceitual próprios, por serem pouco esclarecidos seus usuários ou praticantes sobre eles” (DELOUYA, 2002, p. 88).

A pesquisa, então, ocorre em dois momentos: durante a sessão, quando o analista escuta o paciente e constrói hipóteses baseando-se na metapsicologia e na transferência; e fora da sessão, quando o analista/pesquisador confronta o que colheu no atendimento através da transcrição do caso, formando questões em torno de um determinado tema, caracterizando a pesquisa propriamente dita (DELOUYA, 2002).

Porém o grande desafio de se fazer pesquisa em Psicopatologia Fundamental apoiada no *setting* analítico é, segundo Figueiredo (2002), sustentar o lugar de analista e de pesquisador e, com isto, fazer coincidir a ética na clínica psicanalítica e na pesquisa acadêmica.

Segundo Delouya (2002) a interpretação é algo a que se deve estar atento, pois, ao mesmo tempo que é fonte de riqueza, pode ser extremamente perigosa quando se torna impermeável à transferência, abusando da aplicação de conceitos, coagindo e explicando em

demasia o material clínico, perdendo, com isto, seu princípio básico em relação ao *setting* analítico.

Para Figueiredo (2008), o grande desafio é tentar manter tanto a distância quanto a proximidade com o objeto de pesquisa, a fim de não interferir na escuta do analista e do pesquisador, tendo relação com o manejo da transferência e da contratransferência. Logo o analista/pesquisador deve manter o equilíbrio entre reserva e implicação para que tanto o processo analítico, quanto a pesquisa possam caminhar juntos. Para isto, faz-se necessária a sustentação teórica, a supervisão e a análise pessoal.

Esta pesquisa foi feita a partir de uma pesquisa maior que trabalhava com a construção dos dispositivos clínicos em hospital geral, chamada de “Tratamento Psicológico em Hospital Geral: Contribuições da Clínica da Melancolia e dos Estados Depressivos”, coordenada pela Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira desde 2000.

Ela foi realizada no ambulatório de um hospital público, com demanda específica de usuários do SUS, tendo duração de cerca de seis meses, cujos atendimentos foram realizados uma vez por semana, com duração de 50 minutos cada, e os dados coletados após preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde que prevê pesquisas com seres humanos (Apêndice A).

A população foi composta de um paciente do sexo feminino, maior de idade, sem etnia e escolaridade pré-definidas, com pelo menos três anos de operados (*Bypass* Gástrico em Y de *Roux*) que voltou a engordar e que estivesse em acompanhamento psicológico.

Acredita-se que esta pesquisa possa contribuir para a produção científica e compreensão do sentido do sintoma obesidade como tentativa de minimizar o sofrimento psíquico dos pacientes operados de cirurgia bariátrica, cujo recurso metodológico utilizado baseou-se exclusivamente em atendimentos clínicos, os quais podem desencadear angústias e mobilizar os pacientes, sendo oferecido suporte e apoio emocional.

A elaboração desta dissertação, portanto, foi feita da seguinte forma: capítulo inicial inclui a introdução, a qual descreve como surgiu o interesse por esta pesquisa, sua base teórica, objetivos e metodologia utilizada.

O segundo capítulo faz um apanhado geral sobre a obesidade e a cirurgia bariátrica no mundo e no Brasil, com dados atualizados desta doença considerada uma epidemia, seguindo o Brasil a tendência mundial.

O terceiro capítulo inclui o material clínico, ilustrado por meio de fragmentos do caso clínico, a partir do qual surgiram as reflexões que levaram a pensar na possibilidade da

obesidade ser compreendida como uma adicção, assunto este abordado no quarto capítulo e baseado em textos de Joyce McDougall e complementado com outros autores mais contemporâneos, tendo em vista que este conceito não foi abordado nas obras de Freud.

O quinto capítulo refere-se aos principais artigos de Freud, dos quais foram retirados os conceitos considerados fundamentais e usados nesta dissertação, complementado com textos de autores contemporâneos, contribuindo com esta pesquisa na tentativa de enriquecer seus fundamentos com a teoria de que a obesidade pode ser um distúrbio da oralidade como a bulimia, a anorexia, o alcoolismo, dentre outros e que pode estar presente em qualquer tipo de constituição subjetiva, como afirma Gurfinkell (2011). São estes construtos teóricos que compartilho e que sustentam a análise do caso.

O sexto capítulo é uma leitura do comer compulsivo presente na obesidade, perpassando brevemente pela psiquiatria até chegar à psicanálise, fazendo o apanhado em alguns artigos freudianos e de outros autores.

O sétimo capítulo trata das questões referentes ao corpo, do social ao psicanalítico, enfatizando os ideais do mundo contemporâneo. Este capítulo é construído com base principalmente em textos de Junia de Vilhena e Joana de Vilhena Novaes, autoras que considero atualmente referência em produções científicas desta ordem aqui no Brasil, complementados com outros autores.

O oitavo capítulo comporta a análise do caso clínico à luz da teoria revista ao longo desta pesquisa, articulando-o aos principais conceitos usados, quando, então, a hipótese de obesidade como uma adicção é examinada com as devidas discussões finais que irá compor o último capítulo.



## 2 OBESIDADE: PANORAMA MUNDIAL E NO BRASIL

### 2.1 OBESIDADE: UMA EPIDEMIA MUNDIAL

A Organização Mundial de Saúde, no início deste século, apontava para o fato de no mundo existir mais de um bilhão de adultos com sobrepeso e trezentos milhões com obesidade, passando, ao final da primeira década, a ser considerada uma doença epidêmica global do século 21 e um problema de saúde pública que traz consigo uma série de doenças associadas, de difícil tratabilidade devido à complexidade dos fatores envolvidos, sendo sua causa multifatorial, bem como sofrimento psicossocial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

De acordo com uma pesquisa realizada pela *London School of Hygiene & Tropical Medicine*, a população da terra já pesa 287 milhões de toneladas, dos quais 15 milhões referem ao excesso de peso e 3,5 milhões à obesidade, sendo os Estados Unidos o país considerado mais pesado do mundo, a Coreia do Norte o mais leve devido à fome, enquanto o Brasil ocupa a 77ª posição de maior índice de massa corporal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2012).

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (2012), a obesidade é considerada a causa da morte de 2,8 milhões de pessoas por ano devido a problemas cardiovasculares (mais importante causa de morte em 2008), diabetes, problemas musculoesqueléticos (principalmente as osteoartrites), alguns tipos de câncer, como o de endométrio, colón e mama, correspondendo a 2/3 das mortes do mundo, sendo que 26% estão localizadas no continente americano e apenas 3% no sudeste asiático, com aumento significativo em todas as regiões do mundo, duplicando entre 1980 e 2008 nos 194 países, segundo o relatório “Estatísticas Mundiais de Saúde” divulgado em 2012 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2012).

No Brasil, o panorama não é diferente e segue a tendência mundial, é o que aponta a pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2011) realizado anualmente desde 2006, pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP). Foram realizadas 54.000 entrevistas com adultos com idade igual ou acima de 18 anos, em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal no ano de 2011.

O excesso de peso e a obesidade aumentaram nos últimos seis anos no Brasil, é o que aponta o mais recente levantamento realizado pelo Ministério da Saúde. De acordo com o estudo, a proporção de pessoas acima do peso no Brasil avançou de 42,7% em 2006, para 48,5% em 2011. No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8% (VIGITEL, 2011, p. 20-21).

Capitais / DF	Excesso de Peso (%)	Obesidade (%)	Capitais / DF	Excesso de Peso (%)	Obesidade (%)
Aracaju	45	15	Natal	52	18
<b>Belém</b>	<b>46</b>	<b>13</b>	Palmas	40	13
Belo Horizonte	45	14	Porto Alegre	55	20
Boa Vista	49	13	Porto Velho	49	16
Campo Grande	49	18	Recife	47	15
Cuiabá	52	17	Rio Branco	48	17
Curitiba	50	16	Rio de Janeiro	50	17
Florianópolis	48	15	Salvador	45	15
Fortaleza	54	18	São Luís	40	13
Goiânia	47	13	São Paulo	48	16
João Pessoa	50	14	Teresina	45	13
Macapá	51	21	Vitória	47	15
Maceió	53	18	Distrito Federal	49	15
Manaus	52	18			

**Tabela 1:** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) com excesso de peso e obesidade (Índice de Massa Corporal  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) nas 26 capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal (VIGITEL, 2011).

Idade (Anos)	Excesso de Peso		Obesidade	
	Masculino %	Feminino %	Masculino %	Feminino %
18 a 24	29,4	25,4	6,3	6,9
25 a 34	55	39,9	17,2	12,4
35 a 44	63	55,9		17,1
Escolaridade (Anos)	Excesso de Peso		Obesidade	
0 a 8 anos	51	52	16	20
9 a 11anos	51	39	14	13
12 ou mais anos	60	35	17	11

**Tabela 2:** Percentual de indivíduos com excesso de peso (Índice de Massa Corporal  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (Índice de Massa Corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal por sexo, segundo idade e anos de escolaridade\* (VIGITEL, 2011).

Em 2011, o ministro da saúde Alexandre Padilha, baseado no último levantamento realizado pela VIGITEL (2011), resolve criar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), com o objetivo de tentar parar o crescimento de excesso de peso e obesidade no Brasil nos últimos anos, estimulando a alimentação saudável e a prática de atividades físicas, sendo esta a política pública de ação preventiva desenvolvida pelo governo, com o intuito de tentar estacionar o crescimento nos próximos dez anos, caso contrário, corre-se o risco de se chegar ao patamar dos EUA que possui 25% para população obesa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Mas se a obesidade já é considerada uma epidemia, como tratá-la?

## 2.2 O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE NO BRASIL

A obesidade é definida por alterações na composição corporal caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura devido à ingestão alimentar ser maior que o gasto de energia. Ela é considerada uma doença orgânica, crônica, grave, de origem multifatorial que inclui aspectos genéticos, metabólicos, ambientais, comportamentais, psicológicos e sócio culturais que afeta diversos aspectos e interfere na qualidade de vida devido às comorbidades (doenças associadas) como: hipertensão arterial, diabetes, apneia do sono, dificuldades respiratórias, dentre outras, que podem ser causadas, agravadas ou ter o tratamento comprometido devido ao excesso de peso, do qual depende a cura ou o controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2011).

Atualmente existem diversos tipos de tratamentos para perda de peso, como dietas, psicoterapias, medicamentos, programas de atividades físicas, com os quais a maior parte dos obesos mórbidos não obtém sucesso, gerando mais frustração, ansiedade e depressão, refletindo no comportamento alimentar (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

O insucesso nos tratamentos convencionais, associado ao aumento alarmante do número de obesidade fez com que a Medicina desenvolvesse a cirurgia bariátrica para o tratamento desta patologia, que existe desde a década de setenta, trazendo novas perspectivas a estes pacientes, apesar dos poucos estudos realizados com a população que passou por este tipo de tratamento (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Segundo pesquisa realizada por Marcelino e Patrício (2011), a opção pela realização da cirurgia se deve ao fato de terem estas pessoas dificuldade de lidar com a complexidade que envolve a obesidade, caracterizando-se como um fenômeno de perdas, desconfortos e desafios, cujo viver de forma saudável era um grande desafio devido às

comorbidades e outras condições físicas. Isto tudo acabava refletindo no afastamento ao trabalho, custo elevado com tratamentos, restrições para lazer e atividades físicas, além do ônus emocional devido aos estigmas e preconceitos advindos da aparência corporal e da interferência na sexualidade.

Para estes autores, o que dificulta a manutenção do controle alimentar é o “... *prazer de comer tornar-se um substituto no atendimento de outro tipo de necessidade*” (p. 4771), o que leva o obeso à manutenção e agravamento da doença. A sociedade atual considera o corpo gordo como feio e inaceitável, chamado pelos autores de “*cultura da exclusão de corpos*” (p. 4772). Este constante estado de insatisfação foi determinante na escolha da cirurgia bariátrica como método de tratamento para a perda de peso (MARCELINO; PATRICIO, 2011).

Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) apontam para o aumento de 542%, passando de 5000 para 30 mil entre os anos de 1999 e 2009, principalmente após 2001, quando o Ministério da Saúde, juntamente com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, através da portaria nº628/GM de 26 de abril de 2001 (Anexo A) reconhece a necessidade do tratamento cirúrgico no combate à obesidade grau II e III (mórbida), incluindo-a dentre os procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde, cuja procura tem sido cada vez maior, aumentando 800% entre 2001 e 2010, gerando filas de espera de até 8 anos, enquanto no sistema particular, houve um aumento de cerca de 300% na última década (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
16.000	18.000	22.000	29.500	33.000	38.000	45.000	60.000
						25% vídeo	35% vídeo

**Tabela 3:** nº de cirurgias realizadas no Brasil entre 2003-2009 segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2011)

Em 2001 foram gastos R\$ 1.237.000 milhão para 497 procedimentos realizados deste tipo, enquanto em 2008 foram gastos R\$ 15.736.000 milhões e realizadas 3.195 cirurgias, cujo investimento cresceu 1.765%. Também aumentou a quantidade de estabelecimentos habilitados para realizar a cirurgia: de 18 em 2001 para 58 em 2008 em todo o Brasil (BRASIL, 2010).

São Paulo foi o Estado que mais realizou cirurgias deste tipo com um total de 1.068, seguido do Paraná com 954 e Santa Catarina com 344. O maior número de procedimentos é realizado em mulheres, sendo que em 2008 foram 2.639 para 556 homens, ou seja, cinco vezes menos (BRASIL, 2010).

Esses números fazem do Brasil o segundo colocado no ranking de cirurgias bariátricas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos que realizou cerca de 300 mil procedimentos no ano de 2010. No entanto a intervenção cirúrgica não impede futuro ganho de peso, se não houver o devido acompanhamento multiprofissional no pós-cirúrgico que deve considerar os aspectos subjetivos que irão influenciar no processo de readaptação ao novo estilo de vida (MARCELINO E PATRÍCIO, 2011).

Estima-se que no Brasil existam 3,73 milhões de obesos mórbidos, conforme dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2011), onde muitos já estão sendo acompanhados por equipes multiprofissionais pelo Sistema Único de Saúde, em programas de emagrecimento e atividade física (BRASIL, 2010).

Mas afinal, o que é a cirurgia bariátrica? A Cirurgia Bariátrica é o conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, destinadas ao tratamento da obesidade e das doenças que estão associadas e/ou que são agravadas por esta patologia, denominadas de comorbidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2011; MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a cirurgia bariátrica é recomendada a pessoas com o índice de massa corporal (IMC) maior que 40 kg/m<sup>2</sup>, com idade superior 18 anos, de qualquer sexo, quando o IMC estiver entre 35 kg/m<sup>2</sup> e 40 kg/m<sup>2</sup>, associado a comorbidades, excluindo-se os transtornos psiquiátricos e quando o indivíduo vem ganhando peso nos últimos cinco anos, sem resposta satisfatória a tratamentos convencionais. Estes procedimentos, no entanto, só devem ser utilizados quando a obesidade estiver ameaçando a vida e os tratamentos convencionais não tiverem resultados satisfatórios, considerado um método radical de tratamento (MARCELINO, PATRÍCIO, 2011).

<b>Categoria</b>	<b>IMC</b>
Abaixo do Peso	Abaixo de 18,5
Peso Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade Grau I ou obesidade leve	30,0-34,9
Obesidade Grau II ou obesidade moderada	35,0 – 39,9
Obesidade Grau III ou obesidade mórbida ou grave	40,0 – 49,9
Super Obeso	50,0 ou acima

**Tabela 4:** Classificação da obesidade de acordo com o índice de Massa Corporal, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2011).

Elas podem ser restritivas, como a Banda Gástrica Ajustável, quando diminuem a capacidade do estômago, criando a sensação de saciedade com a ingestão de pequena quantidade de alimento; disabsortivas, como a Scorpionaro, cujo tamanho do estômago permanece inalterado, mas com grande desvio da parte intestinal, ingerindo bastante alimento, que é pouco absorvido; mista, que é tanto restritiva (diminuição do tamanho do estômago), quanto disabsortiva (pequeno desvio intestinal), ingerindo-se menos alimento que é pouco absorvido, sendo mais conhecida como *Bypass* Gástrico em Y de *Roux*, o chamado “padrão-ouro” das cirurgias de obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2011).

O *Bypass* Gástrico em Y de *Roux* possibilita a diminuição do peso inicial em média de 40% no primeiro ano de realização da cirurgia, reduzindo o tamanho do estômago em cerca de 20 centímetros e cerca de 90% de sua capacidade de absorção, levando à perda de peso inicial de forma rápida, o que continua a acontecer de forma mais lenta até 18 a 24 meses após a realização do procedimento, podendo manter 50% a 60% desta perda de 10 a 14 anos após a cirurgia (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Em relação às complicações, estão às próprias intercorrências do ato cirúrgico, do excesso de peso ou por agravamento de doenças associadas, cujo risco total varia de 10% a 15%, assim como a mortalidade varia de 0,3% a 1,6%, no geral sendo mais frequente nos indivíduos com fatores de risco (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

A cirurgia bariátrica, segundo dados da literatura médica, é considerada o tratamento definitivo da obesidade somente para alguns tipos de obesos, cujo procedimento é compreendido por muitos como algo milagroso e fonte de cura, muito embora a maioria continue convivendo com os fatores limitantes (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011).

Mas, se esta cirurgia é considerada o “padrão-ouro” e a Organização Mundial da Saúde se refere a este tipo de tratamento como sendo eficaz para o tratamento da obesidade, por que alguns pacientes voltam a engordar? É isto que faz pensar na existência de fatores inconscientes no desenvolvimento e na manutenção da obesidade, seja ela mórbida ou não, daí a importância da inclusão de psicólogos na composição das equipes de cirurgia bariátrica que se tornou obrigatória desde 2005, quando o Conselho Federal de Medicina, pela resolução nº 1766/05 no Diário Oficial da União de 11 de julho de 2005, Seção I, página 114 (Anexo B), ressalta a importância deste profissional devido aos fatores emocionais implicados no desenvolvimento e manutenção da obesidade, e as repercussões emocionais advindas do pós-operatório.

Berg (2008) aponta a existência de fatores psicológicos que estão presentes na dinâmica psíquica do obeso e que irão interferir nos tratamentos para emagrecer, seja cirúrgico ou não, uma vez que o alimento é a primeira forma de o bebê se relacionar com o mundo através da figura materna, sendo algo primitivo na constituição da subjetividade, o que refletirá diretamente na conduta alimentar, no lugar que a comida ocupa na vida da pessoa, em seu significado. O emagrecimento pode trazer à tona conflitos que antes estavam encobertos pela obesidade, o que gera sofrimento psíquico que será abordado a partir da Psicopatologia Fundamental.

A seguir, apresentarei o caso clínico a partir de alguns fragmentos que permitem delinear a problemática.

### 3 “CLEO E O PESO DE SUA OBESIDADE”

Cleo chegou ao atendimento psicológico comigo, encaminhada por seu médico cirurgião após ter feito o segundo procedimento para reduzir o estômago e mesmo assim continuava obesa mórbida. Bem vestida, alta, aparentando elegância e força, também pelo tom de voz e timbres altissonantes, parecia indignada com a medicina, com os procedimentos a que se submeteu, mas também questionava si mesma. Suas primeiras palavras foram: “*Como pode uma pessoa ter feito duas cirurgias de redução do estômago e permanecer gorda desse jeito?*”. Não sei de onde vinha à sensação estranha de vergonha, como um constrangimento que se sente pelo outro que não o percebe. Isso não correspondia ao aspecto altivo daquela mulher que me procurava. O que a levou a desistir de seus tratamentos anteriores, eu me perguntava.

Relatou, repetidas vezes que ‘optou’ pela cirurgia bariátrica depois que sua irmã mais velha já tinha feito a redução de estômago e, estava “*linda e magra*”. E ela dizia “*se ela conseguiu, eu consigo também!*”. Sua afirmação soava mais como dúvida do que certeza, quando tive a impressão de que talvez este tenha sido o motivo que levou Cleo a buscar a cirurgia como tratamento para sua obesidade: a rivalidade entre elas. A partir deste momento, Cleo começou a dirigir sua fala para um campo que se repetiria ao longo de seus atendimentos, a rivalidade fraterna, a competição, o jogo de forças que descambava em violência, em sua família de origem. Essa irmã era filha apenas de sua mãe e depois fiquei sabendo muitas outras coisas sobre o relacionamento das duas, eivado de ambivalência.

Cleo falou muito cedo da morte da mãe, com muito pesar e visível angústia. Ela morreu depois que o marido, pai de Cleo a levou de volta para casa dele, de onde haviam saído algum tempo antes, eis a culpa pela qual não se perdoava. Em suas fantasias teria podido evitar sua morte se houvesse impedido que ela voltasse com o pai. Isso talvez fosse plausível, se ela tivesse apoio de outros familiares, se ela contasse com redes sociais que denunciasses esse cidadão violento, se já houvesse a lei Maria da Penha, foi o que pensei, com meus botões. Mas agora nada mais podia ser feito e ela seguia a vida arrastando essa culpa pesada.

Relatou a conversa que tivera com a mãe sobre a volta dela com o pai com muito sofrimento. Seus olhos se encheram de lágrimas repetidas vezes, mas sem deixar cair uma gota que fosse, então pensei, quantas vezes Cleo precisou engolir o que sentia. Estaria acumulando esses excessos em seu corpanzil ereto e rígido, apesar de toda dor?



Tentava convencer-se de que fora “imparcial”, que “não opinara”, que deixara a mãe livre para decidir. Mas, ao mesmo tempo, arrependia-se por não ter interditado a relação violenta entre mãe e pai. Culpava-se e sofria com seu conflito edípico vivo e atuante manifestamente. Com seu relato angustiado, percebi que ela sabia bastante sobre o conflito vivo e sangrento, mas pouco sobre o quanto de si estava violentamente tomado por essa exigência excessiva de cuidar da mãe.

E como se não bastasse, chegou até mim carregando também o pai em suas costas largas e cada vez mais volumosas. Velho, doente e finalmente contido em sua violência com psicotrópicos, o pai permanecia em sua vida, pesando perigosamente em sua balança psíquica. Dessa filha, ainda oprimida pelo espectro da cena primitiva de um par combinado, que se lhe afigurava como um embate mortífero que não cessava nunca, o que mais eu poderia saber? As primeiras sessões com Cleo não foram fáceis, o que mais viria ainda do lado de lá? Certamente eu não perdia por esperar, não fosse a minha angústia, um sinal que eu bem conhecia. Nada ligeiro ou leve no atendimento dessa paciente tão pesada, eu pensava em silêncio. Sorte quando havia algo que trouxesse bom humor e risos compartilhados. Mas não era o caso de Cleo nessas primeiras vezes.

Quantas cruces pesadas essa moça era capaz de carregar, perguntei-me silenciosamente. Talvez na sua balança psíquica, as culpas sobrecarregassem tanto um dos pratos que, no outro, ela precisasse colocar ainda muito lastro até que o fiel da balança encontrasse um equilíbrio, precário que fosse, provisório que fosse, mas que lhe permitisse sossegar um pouco esse jogo de engorda/emagrece, repetido compulsivamente.

Entre ficar do lado da mãe, contra o pai, ou ficar do lado pai, contra a mãe, Cleo parecia até agora não poder decidir-se. Talvez por isso pensasse em Cleo como uma figura sem definição sexual, apesar das roupas femininas de bom gosto. Enquanto isso, na balança, o peso de seu corpo disparava, parecia não poder viver sem essa sobrecarga no próprio eu. Talvez seu eu precisasse desse tamanho corporal para se sentir forte o suficiente para levar a vida, diante de tantos dramas internos e da presença real do pai em sua casa, em sua vida, nas constantes preocupações que assolam os que cuidam de idosos doentes. Entre uma cirurgia e outra ela conseguia emagrecer, mas nunca o suficiente a seus olhos. Era do que Cleo se queixava: de um eu corporal duramente exigente.

Cleo relatou muitas vezes as brigas que presenciou ainda criança. Seu pai era um homem de origem humilde, garimpeiro nos rincões amazônicos, brutalizado pela dureza das condições de vida na pobreza, mas movido pela ambição do ouro, a riqueza súbita que pode premiar qualquer um que se dedicar diuturnamente à lida, segundo a ideologia ainda reinante

neste segmento. Seus pais teriam se casado ainda jovens, pouca coisa sabia disso. Mas relatava que sua mãe vivia em precárias condições de vida, sob a tutela de um irmão que teria autorizado o casamento.

Nada ficamos sabendo da história da família de sua mãe, que se submetia passivamente ao convívio diário com a bebida e a violência do marido, cujo suplício se repetia sempre que ele chegava em casa bêbado, espancando-a violentamente, a ponto de necessitar de socorro médico, levando consigo suas três crianças apavoradas, que passavam a noite com ela no hospital.

Apesar de serem três irmãs, a mais velha era filha de sua mãe com outro homem, a quem ela teria amado antes do casamento, era o que contava. Cleo, a caçula desta família, em certo momento de sua análise procurou a irmã do meio, filha dele portanto, que revelou a pior violência cometida pelo pai: a sexual. Cleo, que já se questionava se não havia sido abusada pelo pai, busca com a irmã lembranças que a análise ainda não permitia que ela encarasse. Procurava lembranças de outra, que as suas, estas, remotas e temíveis, a deixavam quase paralisada e morta de angústia. Afinal, seu pai estava em casa cada vez que para ali ela voltava. Lembrava do pavor e do cuidado que sua mãe tinha com ela, não permitindo que andasse sequer de calcinha perto dele. Seu olhar assustado parece denunciar o medo de que sua fantasia de sedução paterna fosse verdade histórica.

Neste momento, questiono-me o quanto estas fantasias revividas cotidianamente com a presença do pai tinham a ver com aquilo que mantém Cleo neste lugar de passividade, de submissão, diante de um pai violento e abusador. Essa também era, evidentemente, sua posição subjetiva diante da irmã perversa, a ‘linda e magra’, sobre a qual tratarei depois. Esse questionamento retornou, constantemente, como hipótese interpretativa, ao longo do período em que Cleo esteve comigo.

Cleo relatou que chegou a ser renegada e expulsa de casa pelo pai, após a morte da mãe, indo morar no subúrbio, “*quando conhece todos os tipos de drogas*”. Este foi o único período de sua vida que lembrava ter conseguido emagrecer. Deve ter passado fome e abusado de drogas, por isso emagreceu, é o que parecia me dizer.

Seu olhar expressava o que não conseguia traduzir em palavras: tristeza, raiva e muita culpa. Este foi o momento em que Cleo acredita “*ter chegado ao fundo do poço*”, de onde só saiu com a ajuda de seu tio, irmão de seu pai que, diferente dele, foi capaz de lhe dar o que perdera com a morte de sua mãe: amor e a sensação de família. Ter um pai que dava colo, ao invés de violências, para aquele grande bebê.

A pobreza Cleo superara quase sozinha, com muitas andanças pelo país, quando decidiu sair da casa do tio e ganhar o mundo. Hoje uma mulher bem-sucedida, com emprego e condições diferenciadas, vivendo em uma cidade onde dispõe de relativo conforto, que bem sabe usar na tentativa de apaziguar seu desconforto emocional e talvez seu maior medo: o do desamparo. Buscando na comida, nas drogas e no álcool, seu “porto-seguro”, à maneira de um objeto de amor.

O medo do desamparo era tão claro e recorrente em sua vida que me questionei se este não foi o motivo que a levou a abandonar a análise, ou seja, o medo de ser abandonada, o que ocorreu logo depois de ter feito o terceiro procedimento cirúrgico, desta vez em São Paulo, também sem sucesso, pelo menos até a última sessão.

E aquele corpo grande e forte, depois dos três procedimentos cirúrgicos, parecia portar um peso muito maior do que quando chegou ao atendimento: o de fracasso. E novamente me perguntei: quantas cruces pesadas essa moça será capaz de carregar?

Foi assim que agiu quando soube da morte da mãe, do relacionamento extraconjugal de seu ex-marido com sua irmã mais velha e com a morte do tio.

#### 4 A CONCEPÇÃO PSICANALÍTICA DA ADICÇÃO

O objetivo desta revisão é tentar fazer uma reflexão sobre a economia psíquica da adicção, relacionando-a à proposta deste projeto que é o estudo da obesidade. Para tal, serão usados autores nacionais e internacionais que servirão de base para a compreensão da adicção, a partir dos principais conceitos usados por estes autores, enfatizando a relação de objeto<sup>1</sup>, ou melhor, a relação que o obeso tem com o objeto comida, considerada um tipo de adicção.

A adicção é considerada, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma síndrome de dependência (CID-10), cuja definição considera apenas os aspectos fisiológicos, referindo-se a dependência física, sem mencionar os aspectos psicológicos que geram outro tipo de dependência: a psíquica que talvez seja a mais difícil de se tratar por não ter um remédio que anule os seus efeitos ou consiga romper este ciclo. Além disso, vale ressaltar que este código internacional de doenças também não inclui a adicção sem uso de substâncias tóxicas e sem complicações provenientes de seus efeitos químicos, sendo, portanto, uma definição puramente médica, organicista.

No Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986, p. 16), a palavra adicção significa “adicto”, um adjetivo que corresponde a: “1. Afeiçoado, dedicado, apegado; 2. Adjunto, adstrito, dependente; 3. em medicina é quem não consegue abandonar um hábito nocivo, mormente de álcool e drogas, por motivos fisiológicos ou psicológicos.”

Em francês, adicção equivale a *toxicomanie* que significa “*desejo louco por veneno*”, que, segundo McDougall (1997), não correspondia ao desejo consciente de envenenar-se, mas sim a uma forma ilusória de funcionamento que ajudaria o sujeito a lidar com as dificuldades do dia a dia. Por isto, ela preferiu usar o termo *addict* e *addiction* para definir adicção como a uma luta interna diante de um estado de dependência, de escravidão, seja às drogas, ao álcool, à comida, ao jogo, ao outro, que assume papel de prevalência no psiquismo do sujeito na tentativa ilusória de diminuir a dor e o sofrimento psíquico diante de vivências emocionais consideradas desprazerosas. Seu objetivo é:

[...] dissipar sentimentos de angústia, raiva, culpa, depressão ou qualquer outro estado afetivo que dê origem a uma tensão psíquica insuportável. Esta tensão também pode incluir afetos que são prazerosos, mas que dão origem a sentimentos de excitação, de vivacidade, percebidos como proibidos ou mesmo perigosos (MCDUGALL, 1997, p. 198-199).

---

<sup>1</sup> Modo de relação usada pelo sujeito para se relacionar com seu mundo que demonstra a forma de funcionamento que vai da apreensão fantasística do objeto a alguns tipos de defesa, o que ocorre com cada fase do desenvolvimento, segundo Laplanche e Pontalis (1998).

O comportamento adictivo, segundo Ceccarelli (2011), seria uma resposta do psiquismo de assujeitamento que se esconde em um mundo próprio ao distanciar-se da realidade com o objetivo de diminuir o sofrimento psíquico, funcionando como um “*amortecedor de preocupação*”. Esta é a função das drogas: “... *manter o organismo regulado de forma a causar menos sofrimento e nos tornarmos incapazes de receber impulsos desagradáveis* (p. 70), sendo considerado um substituto daquilo que gera no bebê segurança e que se estabelece nas primeiras relações afetivas com o mundo, mantendo-se como forma de sobreviver psiquicamente.

Segundo McDougall (1997), o bebê e sua mãe vivem, nas primeiras semanas de vida, uma relação de fusão, sem que haja a diferenciação entre eles, a qual investe narcisicamente neste bebê, revivendo aquilo que na sua história um dia teve de renunciar. Esta separação vai ocorrendo de forma gradativa, sendo considerada suficientemente boa quando a criança consegue diferenciar seu corpo do materno ou “seio universo” (primeira representação do mundo externo) e formar uma representação clara de sua imagem corporal, o que dependerá da presença da mãe e da forma como ela vai estabelecer e conduzir esta relação, que pode ser prejudicada por uma necessidade não satisfeita em seu mundo interno, onde o bebê permanecerá em estado de desamparo.

Quando o inconsciente materno funciona como anteparo que bloqueia a escuta das necessidades do bebê, este é freado em sua tentativa de construir lentamente dentro de si a mesma representação de um ambiente maternante que cuida e alivia. Do mesmo modo, o bebê será impedido de poder um dia identificar-se com essa “mãe interna”, e essa falta de imago protetora interna persistirá até a idade adulta e pela vida inteira (MCDUGALL, 1996, p. 67-68).

Balint (1993) chama esta deficiência ocorrida nas primeiras relações estabelecidas entre o bebê e a mãe de “falha básica”, cuja força dinâmica que nela se origina não é nem uma pulsão, nem um conflito, mas uma deficiência que precisa ser corrigida e que envolve tanto o corpo como a mente, sendo mais primitiva que o nível edípico. Para o autor:

Uma necessidade pulsional pode ser satisfeita, um conflito pode ser resolvido, mas uma falha básica talvez possa apenas ser preenchida, desde que os ingredientes que estão faltando possam ser encontrados e, mesmo assim, apenas em quantidade suficiente para preencher o defeito, como uma simples e indolor cicatriz (BALINT, 1993, p. 19).

A “falha básica” se originaria, segundo Balint (1993, p. 20) na “... *discrepância nas fases formativas precoces do indivíduo, entre suas necessidades biopsicológicas e o cuidado material e psicológico, e a afeição disponível em momentos relevantes*”. Isto ocorre devido aos desejos e às necessidades atendidas serem apenas de um dos parceiros, e o outro

seria apenas a fonte de suas gratificações, o que demarca a diferença da relação objetal primária.

Como exemplo, pode-se citar a mãe de um paciente obeso mórbido atendida por mim, que associava o choro de seu bebê à fome, oferecendo-lhe o seio ou a mamadeira, mas continuava chorando mesmo depois de ter mamado. Isto se repetia com frequência e de forma persistente e, quanto mais ele chorava, mais ela lhe oferecia comida. Este bebê só conseguia parar de chorar e adormecer depois que vomitava, não conseguindo a mãe escutar de fato o que ele solicitava, deixando-o cada vez mais desamparado.

Esta criança, então, não consegue estabelecer uma representação interna da figura materna e nem da paterna, que cumpram a função de lidar e conter a dor psicológica ou estados de superexcitação, e conseqüentemente introjetá-las buscando, no meio externo, objetos que ocupem o lugar de falta dos objetos internos que se encontram em vias de introjeção e incorporação (MCDUGALL, 1997).

Chama-se de introjeção a inclusão de parte do mundo externo que se torna objeto de fantasias, sejam elas conscientes ou inconscientes, na tentativa de atenuá-las devido à impossibilidade de serem satisfeitas. Porém existe uma parte que não se deixa expulsar do ego tão facilmente, que é reabsorvido por ele, usando-a a seu favor, o que é chamado de introjeção primitiva, que ocorre devido à ação, na clínica psicanalítica, da transferência, em que uma parte das sensações prazer/desprazer, autoerótica na sua origem, é deslocada para os objetos que originaram (FERENCZI, 1991).

No começo da vida, a criança gosta apenas da sensação de saciedade da fome e só depois do objeto que proporciona a saciedade, ou seja, o seio-mãe, sendo este o primeiro objeto de amor e de ódio também, que será o modelo adotado posteriormente (FERENCZI, 1991). A introjeção, portanto, *“espalha suas emoções por todo tipo de objetos que pouco lhe interessam, para deixar no inconsciente suas emoções vinculadas a certos objetos que lhe interessam demais”* (p. 86).

[...] É essa união entre os objetos amados e nós mesmos, essa fusão desses objetos com o nosso ego, que designamos por introjeção e – repito-o – acho que o mecanismo dinâmico de todo amor objetal e de toda transferência para um objeto é uma extensão do ego, uma introjeção (FERENCZI, 1991, p. 181-182).

Para Abraham e Torok (1995) intro-jetar equivale a *“jogar no interior”*, que tem início com a experiência do nascimento e em condições semelhantes, a partir da experiência de vazio da boca, ao substituir parcialmente as satisfações da boca cheia pela boca vazia do objeto materno, sendo este o primeiro paradigma da introjeção. *“... Esse vazio é inicialmente vivenciado como gritos e choros, preenchimento adiado, depois como ocasião de apelo, meio*

*de fazer surgir a linguagem*” (p. 245-246), o que significa que a presença do objeto deu lugar à apreensão de sua ausência.

A introjeção, segundo Berlinck e Turna (2010, p. 960), corresponde à “... instalação de um objeto em si, é a instalação mesma de si. Desde o corpo alienado e ingênuo até o objeto da realidade, esse é o processo pelo qual passa o sujeito em sua constituição de percepção da realidade”, o que irá estabelecer e ordenar contornos marcantes entre as estruturas clínicas.

Para eles, é isto o que ocorre com os alcoolistas e a evolução constitucional do objeto no corpo, cuja origem é encontrada nas relações mais arcaicas estabelecidas entre mãe-bebê, devido à falha nas primeiras relações objetais, o que também pode ser pensado em relação aos distúrbios da oralidade como a obesidade.

Estas pessoas, então, buscam no objeto externo o que acreditam ser o ponto de ancoragem para toda a angústia, criando a fantasia de retorno do objeto perdido, sendo este o chamado momento da “incorporação” (BERLINCK; TURNA, 2010).

Para Abraham e Torok (1995), *”a incorporação corresponde a uma fantasia e a introjeção a um processo...”* (p. 243). A fantasia de incorporação é algo inconsciente, que tem relação com a cena primitiva, de castração e sedução. Ela corresponde a introduzir, deter ou expulsar todo ou parte de um objeto ou coisa como forma de apropriar a marca de uma situação intrapsíquica criada pela realidade diante de uma perda sofrida pelo psiquismo, o que ocorre de modo mágico. *“É para não “engolir” a perda que se imagina engolir, ter engolido, o que está perdido, sob forma de um objeto”* (p. 245).

A “cura” mágica por **incorporação** dispensa do trabalho doloroso da recomposição. Absorver o que vem a faltar sob forma de alimento, imaginário ou real, no momento em que o psiquismo está enlutado, é recusar o luto e suas consequências, é recusar introduzir em si a parte de si mesmo depositada no que está perdido, é recusar saber o verdadeiro sentido da perda, aquele que faria com que, sabendo, fôssemos outro, em síntese, é recusar sua introjeção. A fantasia de incorporação denuncia uma lacuna no psiquismo, uma falta no lugar preciso em que uma introjeção deveria ter ocorrido (ABRAHAM; TOROK, 1995, p. 245)

Isto ocorre diante de um obstáculo proibitivo, quando a boca não pode enunciar algo, tornando-se fantasia, ou seja, *“... por não poder se nutrir das palavras trocadas com outrem, ela vai se introduzir, fantasísticamente, pessoa inteira ou parte dela, como única depositária do que não tem nome”* (p. 247). Este vazio será preenchido com algo imaginário, criando a ilusão de ausência desta lacuna, deste vazio (ABRAHAM; TOROK, 1995).

Para Laplanche (1998), a incorporação é um modo de relação de objeto característico da fase oral do desenvolvimento psicosssexual do indivíduo (mas não se limita à

atividade oral propriamente dita, apesar da oralidade ser considerada seu modelo), considerada um processo no qual se tenta conservar um objeto no interior do corpo de forma mais ou menos fantasístico, referindo-se ao limite corporal. Além disto, ela possui três significações que são: “... obter um prazer fazendo penetrar um objeto em si; destruir esse objeto; assimilar as qualidades desse objeto conservando-o dentro de si” (p. 238–239) sendo este último aquele que faz da incorporação o protótipo corporal da introjeção e da identificação.

Os objetos adictivos são buscados no meio externo como ocorria no início da infância, os quais são chamados por McDougall (1997) de objetos transitórios, usados na tentativa de preencher a falta de objetos internos, o que não funciona porque esta falta não é somática, mas sim, psíquica, proporcionando um alívio temporário. É aqui que se encontra o recurso compulsivo ao objeto adictivo, cuja “... solução adictiva é uma tentativa de cura de si diante de estados psíquicos ameaçadores” (p. 201-202).

Isto pode ser observado nos casos de obesidade, seja mórbida ou não, os quais buscam na comida uma forma de aliviar seu sofrimento, sua dor, suas angústias em que qualquer manifestação afetiva leva à busca de pratos de comidas, bacias de gelatina, barras e barras de chocolate. Quer dizer, se estão tristes comem, se estão felizes comem, se estão nervosos, comem! Este é o discurso dos obesos: devoram tudo na tentativa de buscar a completude e preencher este vazio. Mas que vazio é este que mesmo a ingestão absurda de comida não consegue preencher, mesmo quando o estômago já está cheio?

McDougall (1992), então, refere-se ao objeto adictivo como algo que, a princípio, é vivenciado como bom, sendo que só depois é atribuído inconscientemente o sentido de maléfico, por ser supostamente uma forma de punição diante da fantasia de posse do seio-mãe, usado exclusivamente por quem o furtou, sendo marcado pela compulsão e pelo desprazer, o que corresponde ao paradoxo do objeto adictivo.

O objeto adictivo, portanto, é uma tentativa de acertar as contas com as figuras parentais do passado que falharam, como substituto deles, sendo uma atitude onipotente e defensiva de que nada o atinge, o que desmorona por não funcionar como acreditavam, repetindo compulsivamente, entregando-se, portanto, ao impulso de morte (MCDUGALL, 1997).

Para McDougall (1992), por trás de toda organização adictiva encontra-se:

[...] a mãe arcaica, a mãe-droga, aquela que não pode ser interiorizada de maneira estável no mundo interno da criança. Essa falha fundamental pode produzir desastres psíquicos em cadeia. O indivíduo incorre no perigo de ser exterior desempenhar o papel do objeto interno que falta ou está estragado, falta simbólica, mas também falta no imaginário, pois uma proibição implícita de fantasiar livremente está



compreendida nessa problemática. O funcionamento psíquico está submetido ao medo da onipotência do desejo e do pensamento (p. 214).

Em suma, o comportamento adictivo, para McDougall, teria origem principalmente, na relação mãe-bebê devido à fusão entre eles, criando, com isto, uma relação de dependência do bebê e a presença dela como um objeto que não é possível se discriminar, devido à incapacidade de desempenhar sua função. Isto gera na criança uma dificuldade de constituir em seu mundo interno as representações maternas e depois as paternas através das identificações primárias capazes de conter e manejar o sofrimento psíquico deste bebê, o que levaria mais tarde a buscar no mundo externo algo que substituísse a mãe como uma droga.

É isto que está por trás de todo tipo de dependência, seja ela química ou não, como a comida, o álcool, as compras, o jogo, dentre outras, cujo objeto entra nesse lugar, na tentativa ilusória de preenchê-lo sem sucesso. Isto pode ser observado em obesos ao referirem sentir fome e um vazio que não é preenchido por mais que tenham comido muito e muitas vezes tudo o que encontravam pela frente, sem selecionar alimentos, como se fossem um saco sem fundo, no qual sempre comporta mais coisas.

É por isto, que muitos pacientes, antes mesmo de chegarem à cirurgia referem-se à passagem por vários profissionais e vários tipos de tratamentos, que vão desde o clínico, com uso de medicação, os famosos redutores de apetite, até os nutricionais, com as mais variadas dietas, todos sem sucesso, o que não é diferente em relação à cirurgia bariátrica, seja qual for o procedimento, cujo estômago é reduzido bruscamente de tamanho, no caso do *Bypass Gástrico em Y de Roux*, e mesmo assim, conseguem engordar ou deslocar este sintoma para o beber, o fumar, o jogar, o comprar, dentre outros.

Então, para se tentar compreender o que faz com que estas pessoas voltem a engordar ou deslocar o sintoma adicção, onde a obesidade é um tipo, deve-se pensar e tentar desmembrar os principais conceitos citados neste capítulo a partir da obra freudiana: fase oral, pulsão oral, narcisismo, trauma, fantasia, complexo de Édipo, recalque, sintoma, pulsão de vida e de morte, compulsão à repetição e desamparo, que servirão de base para a discussão do caso clínico.

## 5 A OBESIDADE A PARTIR DA TEORIA FREUDIANA: OS PRINCIPAIS CONCEITOS

### 5.1 PULSÃO E SEXUALIDADE INFANTIL: A FASE ORAL DA LIBIDO

Um dos principais conceitos utilizados nesta dissertação refere-se à fase oral da libido, a qual servirá de base para o desenvolvimento desta pesquisa sobre obesidade, considerada um distúrbio da oralidade.

Freud (1905), em seu artigo chamado **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**, oficializa sua descoberta sobre a sexualidade infantil, o que já vinha sendo observado em seus artigos anteriores, principalmente em seus estudos sobre a histeria, o que gerou muita polêmica na época.

No começo deste artigo, Freud (1905) refere-se à sexualidade humana como um instinto biológico que surge na puberdade, cujo objetivo é a união entre os parceiros de sexos opostos e a reprodução, a qual:

[...] estaria ausente na infância, fazer-se-ia sentir na época e em conexão com o processo de maturação da puberdade, seria exteriorizada nas manifestações de atração irresistível que um sexo exerce sobre o outro, e seu objetivo seria a união sexual, ou pelo menos os atos que levassem nessa direção (FREUD, 1905, p. 128).

Esta ideia vai aos poucos sendo contestada por Freud (1905), ao fazer referência à variedade de objetos e a alvos sexuais, citando os perversos como exemplo. Logo a sexualidade heterossexual que tinha como objetivo o coito e a reprodução não podia ser considerada a única, o que o leva a ampliar a ideia de sexualidade humana como algo que está para além da função biológica dos órgãos sexuais, tratando-a como algo presente desde a infância.

Este novo olhar sobre a sexualidade humana permitirá que Freud (1905) faça uma distinção importantíssima e que servirá de base para a construção de sua primeira teoria das pulsões, ao diferenciar instinto ou *instinct* que é algo inato, universal, de pulsão ou *trieb*, definida como o “*representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente, para diferenciá-la do “estímulo”, que é produzido por excitações isoladas vindas de fora*” (p.159). Ela se situa, portanto, no limite entre o psíquico e o somático, originando-se a partir de uma exigência psíquica, que vai se diferenciar de acordo com suas fontes somáticas (órgão de origem, as chamadas ‘zonas erógenas’) e seus alvos (local onde o

estímulo orgânico é suprimido), sendo sua melhor definição encontrada no artigo **As pulsões e os destinos da pulsão**:

Uma pulsão é um conceito situado na fronteira entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originaram dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo (FREUD, 1915, p.148).

A pulsão sexual para Freud (1905) passa a ser compreendida, portanto, através da sexualidade infantil, que pode se manifestar de várias formas, onde o sugar é uma delas, que a princípio tem como objetivo a nutrição e preservação da vida (pulsão de auto- conservação ou do ego), na qual a atividade sexual se apoia inicialmente.

Segundo Garcia-Roza (1998, p. 99), o termo apoio ou anáclise é traduzido do alemão *Anlehnung* e corresponde à “... fase na qual a pulsão se satisfaz por “apoio“ na pulsão de autoconservação e essa satisfação se dá graças a um objeto: o seio materno”, sendo anterior à fase do autoerotismo. Este apoio descrito por Freud, não é o apoio da criança na mãe, mas “... o da pulsão sexual em outro processo não-sexual” (p. 99).

O termo apoio designa precisamente essa relação primitiva da sexualidade com uma função ligada a conservação da vida, mas ao mesmo tempo assinala a distância entre essa função conservadora e a pulsão sexual. O objeto do instinto é o alimento, enquanto que o objeto da pulsão é o seio materno (GARCIA-ROZA, 1998, p.100).

A separação entre a pulsão de autoconservação ou do ego da sexual ocorre com o surgimento dos dentes, quando o alimento passa a ser mastigado, o que ocorre posteriormente com o próprio corpo, ao encontrar satisfação sem ter que recorrer a um objeto externo, o que Freud (1905) denomina de pulsão autoerótica, correspondendo à fase do auto-erotismo.

Segundo Garcia-Roza (1998), para Freud, o autoerotismo equivale a “... um estado original da sexualidade infantil anterior ao narcisismo, no qual a pulsão sexual, ligada a um órgão ou à excitação de uma zona erógena, encontra satisfação sem recorrer a um objeto externo” (p. 99), defendendo com isto “... o caráter contingente do objeto da pulsão sexual” (p. 99) o que marcará a diferença entre a pulsão sexual (não tem um objeto pré-determinado) do instinto (tem objeto pré-determinado).

Para Garcia-Roza (1998), a fase do autoerotismo surge quando este objeto externo ao próprio corpo, o seio materno, “... é abandonado, e tanto o objetivo quanto o objeto ganham autonomia com respeito à alimentação, que se constitui o protótipo da sexualidade oral para Freud: o chupar o dedo” (p. 100).

Freud (1905), então, vai apontar o sugar como uma das primeiras manifestações da sexualidade infantil que ocorre pela via oral, através do contato da boca que nem sempre terá a função de nutrição, muito embora ela esteja às vezes associada ao prazer de sugar,

relembrado mediante o ato de sucção da pele ou da mucosa, que tem relação com suas primeiras experiências de satisfação ao mamar no seio materno ou em seus substitutos.

A experiência de satisfação, portanto, foi descrita por Freud em seu artigo chamado **Projeto para uma psicologia científica (1895)**, e corresponde à experiência inaugural de satisfação, viabilizada por quem cuida do bebê ao satisfazer as necessidades emocionais. Ela é de suma importância para a constituição do aparelho psíquico ao permitir que o desejo se instale.

Quando uma pessoa que ajuda executa o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, este último fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover um estímulo endógeno. A totalidade do evento constitui então a experiência de satisfação, que tem as consequências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo (FREUD, 1895, p. 370).

Para Laplanche (1998), a vivência de satisfação corresponde à experiência originária descrita por Freud como a que gera no lactante a sensação de apaziguamento de uma tensão interna através de uma intervenção externa, cuja imagem do objeto que gera prazer adquire valor na constituição do desejo, sendo reinvestida mesmo na ausência do objeto real (satisfação alucinatória do desejo), o que guiará a busca posterior do objeto que gera prazer.

Vale lembrar que na fase do autoerotismo, qualquer parte do corpo pode ser considerada uma zona erógena, como afirma Freud (1905), muito embora existam algumas predestinadas a tal, como os lábios, fontes internas das pulsões parciais que inicialmente não se encontram organizadas, o que só vai ocorrendo nas fases subsequentes. Isto ocorre devido ao prazer ter sido vivenciado antes e depois lembrado, ou seja, prazer com e no corpo, sendo esta a verdadeira finalidade da pulsão.

Não é a pulsão sexual, considerada como um todo, que ao se fragmentar produz as pulsões parciais, mas ao contrário, estas é que são os elementos primeiros a partir dos quais se vão constituir as organizações da libido. As pulsões parciais começam a funcionar num estado anárquico, inorganizado, que caracteriza o auto-erotismo; enquanto umas estão ligadas a uma zona erógena determinada, outras são independentes e definidas pelo seu alvo (LAPLANCHE, 1998).

Os distúrbios na nutrição, segundo Freud (1905), são exemplos de perturbações nas funções erógenas devido à fixação na fase oral, cujo aumento da tensão gera desprazer, que deve ser descarregado, o que ocorre através do contato do corpo (lábios ou seus substitutos) com o alimento. É aqui, portanto, que se localiza a obesidade que ocorre devido à fixação na fase oral, cujo prazer é ilusoriamente buscado na ingestão de alimentos, em situações de conflito psíquico, para onde regride constantemente.

Freud (1905) baseia seus estudos sobre a oralidade ao observar que as crianças, quando sugavam, seja para saciar a fome ou não, direcionavam toda a sua atenção para isto. A excitação era tal que a comparava ao orgasmo, o posterior adormecimento ocorria como efeito da satisfação obtida, o que o fez pensar e denominar esta primeira fase do desenvolvimento psicosexual de fase oral ou canibalesca, a primeira fase da organização pré-genital.

Nesta fase, a atividade sexual ainda não está separada da de nutrição na qual a criança, ao sugar, reproduz o estímulo agradável vivido durante a alimentação. A pulsão irá se manifestar de forma autoerótica e o prazer encontra-se ligado a uma zona erógena específica, a mucosa dos lábios. Ela possui, portanto, o mesmo objetivo, e seu alvo sexual consiste na incorporação do objeto, o que futuramente funcionará como modelo identificatório, significando *comer-ser-comido*, caracterizando a relação de amor estabelecida com a mãe, o que influenciará nas escolhas objetivas que serão feitas na vida adulta (LEVY; AZEVEDO, 2012).

Laplanche (1998) chamam esta primeira forma de identificação feita pela criança de identificação primária, sendo aquela que tem relação direta com a fase da incorporação oral, observada através da relação com a mãe, correspondendo ao *“Modo primitivo de constituição do sujeito segundo o modelo do outro, que não é secundário a uma relação previamente estabelecida em que o objeto seria inicialmente colocado como independente”*(p.230). Para o autor, esta seria *“... a forma mais originária do laço do afetivo com um objeto”* (p.230), presente no início da fase oral, na qual o investimento e a identificação com o objeto não podem nem ser distinguidos.

Freud (1905) tenta explicar como ocorre o aumento da tensão, da excitação sexual, o movimento das pulsões através do conceito de libido que corresponde a: *“... uma força quantitativamente variável que poderia medir os processos e transformações decorrentes no âmbito da excitação sexual”* (p. 205), cuja origem pode ser proveniente de qualquer parte do corpo, diferindo, portanto, das demais formas de energia psíquica. Esta conclusão foi tirada por Freud a partir da análise das perversões e das psiconeuroses.

A palavra libido, segundo Laplanche (1998) corresponde em latim à vontade, desejo, sendo difícil encontrar uma definição precisa. Ela seria considerada por Freud uma energia, *“... substrato das transformações da pulsão sexual quanto ao objeto (deslocamento dos investimentos), quanto à meta (sublimação, por exemplo) e quanto à fonte de excitação sexual (diversidade das zonas erógenas)”* (p. 265-266).

Logo o conceito de libido, além de permitir que seja feita a diferença entre os processos sexuais (pulsão sexual) dos não sexuais (pulsão de conservação ou do ego), é também fundamental para que se possa compreender o conceito de narcisismo.

## 5.2 NARCISISMO

O termo Narcisismo tem sua origem na mitologia, a partir do Mito do Narciso que corresponde ao amor que a pessoa tem pela própria imagem. Ele é definido por Freud (1914) como a fase que se localiza entre o autoerotismo e o amor objetal, compreendido a partir da relação estabelecida entre o ego e os objetos externos, presente no curso regular do desenvolvimento sexual humano. Ele corresponde a:

*“... uma atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo da mesma forma pela qual o corpo de um objeto sexual é comumente tratado – que o contempla, vale dizer, o afaga e o acaricia até obter satisfação completa através dessas atitudes”* (FREUD, 1914, p. 81).

Freud (1914) divide o narcisismo em primário e secundário. O narcisismo primário equivale às expectativas dos pais em relação ao bebê, cujo investimento dependerá de sua própria história de vida, de seu próprio narcisismo, os quais projetam no bebê todas as perfeições e expectativas, através do qual poderão realizar os sonhos que um dia tiveram que renunciar, formando um ideal do ego devido ao sentimento de onipotência criado neste bebê. Para Freud (1914), *“... à atitude de pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, de que há muito abandonaram”*. (p. 97). Além disso, tendem a suspender *“... o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar, e a renovar em nome dela as reivindicações aos privilégios de há muito por eles próprios abandonados”* (p. 97-98).

Para Nasio (1995), Freud denomina de narcisismo primário ao amor, a posição dos pais em relação ao bebê, correspondendo aos seus narcisismos recém renascidos, sendo:

[...] uma “revivescência”, uma “reprodução” do narcisismo dos pais, que atribuem ao filho todas as perfeições e projetam nele todos os sonhos a que eles mesmos tiveram de renunciar. “Sua Majestade o Bebê” realizará “os sonhos de desejo que os pais não puseram em prática”, assim garantindo a imortalidade de seu eu. O narcisismo primário representa, de certa forma, uma espécie de onipotência que se cria no encontro entre o narcisismo nascente do bebê e o narcisismo renascente dos pais (NASIO, 1995, p. 49).

O narcisismo secundário está relacionado com as fantasias do adulto em relação ao bebê e na forma como ele interpreta o investimento dos pais, cuja libido é direcionada a

um ideal do ego vindo de fora, com quem cria uma relação de dependência, ou seja, “... surge através da indução de catexias objetais como sendo secundário, superposto a um narcisismo primário que é obscurecido por diversas influências diferentes” (FREUD, 1914, p. 82).

Para Nasio (1995), Freud denomina de narcisismo secundário ao investimento feito no eu que é tomado como objeto sexual, já que a primazia das zonas genitais ainda não foi instaurada. Para o autor, a passagem para o secundário ocorre quando o eu é confrontado com um ideal formado fora dele, de onde lhe foi imposto, o que ocorre através da linguagem com o qual tem que se comparar, o que ocorre quando:

A mãe fala com ela, mas também se dirige a outras pessoas. Assim, o filho percebe que ela também deseja fora dele e que ele não é tudo para ela: essa é a ferida infligida ao narcisismo primário da criança. A partir daí, o objetivo consistirá em fazer-se amar pelo outro, em agradá-lo para reconquistar seu amor; mas isso só pode ser feito através da satisfação de certas exigências, as do *ideal do eu* (NASIO, 1995, p. 51).

Logo, é a história dos pais vivida com seus pais que influenciará diretamente na formação deste sujeito, que só se constitui como tal quando uma nova ação psíquica é introduzida, permitindo o estabelecimento da relação com a outra pessoa, saindo da relação narcísica (FREUD, 1914).

Porém, se esta relação não for bem dosada, ela poderá gerar um “curto-circuito pulsional”, que ocorre quando o aparelho mental não está preparado para lidar com as excitações sentidas como aflitivas, que teria efeitos patogênicos, influenciando futuramente no tipo de escolha objetal. Para Freud (1914), é o amor que protege do adoecimento, “... devemos começar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doente se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar” (p. 92).

Mas, como ocorre o adoecimento? Como a vida psíquica do neurótico se organiza? O que é que marca o psiquismo de tal forma, a ponto de ser chamado de traumático?

### 5.3 TRAUMA E FANTASIA EM PSICANÁLISE

Freud (1893), em seu artigo chamado **Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar**, começa a estudar o trauma nos estudos sobre a histeria, juntamente com Charcot que, diferente da maior parte da classe médica da época, acreditava na autenticidade dos sintomas histéricos, mesmo diante da não identificação de qualquer lesão orgânica, o que a diferenciava das demais doenças nervosas.

Charcot, assim como Freud (1893, p. 37-38) acreditavam que estas pessoas possuíam uma espécie de predisposição hereditária que, quando desencadeada por uma experiência traumática proveniente do mundo externo, onde o trauma físico gera um trauma psíquico, como por exemplo um acidente, gerava uma série de sintomas, o que foi chamado de “histeria traumática”. Freud (1893, p. 39-43) diverge de Charcot ao observar que existem outros tipos de histeria, marcados por traumas psíquicos, ou seja, por impressões afetivas que podem evocar afetos aflitivos, o que ele chamou de “histeria não traumática ou comum”.

Para Freud (1894), o surgimento do trauma psíquico não estaria relacionado com o acontecimento em si, mas ao momento em que a ideia se tornou patogênica, quando houve a cisão psíquica, ou seja, a dissociação da lembrança do trauma do afeto correspondente, sendo uma forma de defesa contra o conflito psíquico em virtude de não ter sido ab-reagido.

Para Nasio (1991), o trauma significa:

[...] excesso de afeto inconsciente na ausência da angústia necessária, que, no momento do incidente, teria permitido ao eu da criança amortecer-se e suportar a tensão excessiva. Se houve trauma, foi justamente porque a angústia que deveria surgir – faltou. A partir daí instala-se no inconsciente da criança um excesso de tensão inassimilável e errante, que não consegue descarregar-se sob a forma de um grito de socorro, por exemplo, ou de uma ação motora de fuga. Esse excedente de afeto passa então a subsistir no eu à maneira de um cisto, ali constituindo o núcleo mórbido que é gerador dos futuros sintomas histéricos (NASIO, 1991, p. 26).

Freud (1896), em seu artigo chamado **A etiologia da histeria**, ao escutar suas pacientes histéricas, começou a observar que havia algo em comum em seus relatos, relacionado ao sexual que estaria associado ao trauma e que ocorria muito precocemente: o da sedução da criança por um adulto. Porém, este trauma sexual só seria suficiente para desencadear a neurose quando fosse associado a algo verdadeiramente patogênico e que estaria relacionado com o sexual.

Vale ressaltar que na infância, a cena de sedução não possui qualquer conotação sexual, o que só vai acontecer na puberdade, com o despertar da sexualidade propriamente dita, a cena da sedução poderá se tornar traumática (FREUD, 1896).

Para Laplanche e Pontalis (1988), o trauma ocorre em dois momentos: o primeiro quando ocorre a “cena de sedução” propriamente dita, na qual a criança sofre um atentado sexual por parte do adulto, sem que a sexualidade seja despertada, não sendo compreendida pela criança como tal; e o segundo ocorre na puberdade, sendo menos traumática que a primeira, evocando o primeiro por associação, sendo este o momento em que a lembrança é recalçada.

Logo, é a lembrança da primeira cena que deflagra o recrudescimento de excitação sexual, tomando o “eu” de surpresa e deixando-o desarmado, sem condições de



utilizar defesas normalmente, voltadas para o exterior e suscitando, assim, a entrada em ação de uma defesa patológica ou “processo primário póstumo”: a lembrança é recalçada” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988, p 29).

Com a teoria da sedução, todo o trauma seria proveniente do exterior (no geral dos pais) e do interior (pela via da reminiscência, da lembrança da situação traumática). O trauma, então, pode ser dividido em dois momentos: o da cena da sedução e o da sua reminiscência (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

A teoria da sedução, portanto, é algo de suma importância para a psicanálise, pois foi a partir daí que Freud formulou o conceito de realidade psíquica que se tornou o núcleo do inconsciente e objeto de estudo da psicanálise, assim como o de fantasia ao questionar a veracidade das cenas de sedução, o que ocorre através de sua autoanálise e de seus estudos sobre a histeria, dando um passo importantíssimo em direção à sexualidade infantil.

Na **carta 69** endereçada a Fliess, Freud (1897) revela que “não acredita mais em sua neurótica”, questionando, a veracidade do relato de sua paciente, ao se referir à cena da sedução. Para ele todos os pais, inclusive os seus, poderiam ser considerados perversos, o que faz em tom de questionamento, quando então começa a pensar na perversão infantil como sendo algo normal, e que toda criança seria chamada de pequeno perverso polimorfo, o que ocorre em 1905.

Com isto, Freud (1897) constata que no inconsciente não há indicação de realidade, o que impede que se descubra realmente se aquilo que a paciente relata é realidade ou ficção, apontando para a questão das fantasias, as quais vão adquirir uma realidade psíquica que domina o mundo das neuroses, que não deve ser confundida com a realidade material.

Segundo Laplanche e Pontalis (1988), é neste momento que Freud, associa a noção de realidade psíquica ao inconsciente, considerado o herdeiro do princípio do prazer, na qual a prova da realidade não podia operar por ser considerada uma realidade externa. A realidade psíquica, portanto, corresponde ao subjetivo, ao interno, fonte de interesse da psicanálise.

As cenas de sedução, então, passam a ser consideradas realidade psíquica, ou melhor, fantasias, sendo uma forma de manifestação da sexualidade infantil, relacionada com a fase do autoerotismo, quando ocorre a separação entre sexualidade e necessidade, as quais tentam reproduzir a primeira experiência de satisfação via alucinação do objeto perdido, tendo relação, portanto, com o desejo. (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

Na época em que a satisfação sexual estava ligada à absorção de alimentos, a pulsão encontrava seu objeto no exterior, na sucção do seio materno. Esse objeto foi

ulteriormente perdido, talvez precisamente no momento em que a criança se tornou capaz de ver em seu conjunto a pessoa a quem pertence o órgão que lhe proporcionou uma satisfação. A pulsão sexual torna-se, por conseguinte, auto-erótica... (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988, p. 96-97).

Nos rascunhos **N e M<sup>2</sup>**, Freud (1897) refere-se à formação das fantasias a partir da combinação inconsciente de coisas que foram ouvidas (relacionadas a fatos passados da história dos pais e de seus antepassados) e vistas, o que faz com que a lembrança responsável por um determinado sintoma se torne inacessível, assim como as relações cronológicas.

Um fragmento da cena visual se junta depois a um fragmento da experiência auditiva e é transformado numa fantasia, enquanto que o fragmento restante é ligado a alguma outra coisa. Desse modo, torna-se impossível determinar a conexão original. Em consequência da construção das fantasias como esta (em períodos de excitação), os sintomas mnêmicos cessam. Em vez destes, acham-se presentes ficções inconscientes não sujeitas à defesa. Quando a intensidade desta fantasia aumenta até um ponto em que forçosamente irromperia na consciência, ela é recalçada e cria-se um sintoma mediante uma força que impele para trás, indo desde a fantasia até às lembranças que a constituíram (FREUD, 1987, p. 302).

Laplanche e Pontalis (1988) referem-se a dois grupos de fantasias. As primeiras são chamadas de fantasias originárias (*Urphantasien*), aquelas que se repetem e têm uma explicação filogenética por estarem presentes desde a origem da família humana, usada para preencher as lacunas individuais, onde surgem os conflitos psíquicos, considerados o núcleo do inconsciente. Já o segundo grupo de fantasias se originam a partir do primeiro, do grupo das fantasias originárias, ou seja, a fantasia de origem está relacionada com a cena primitiva e com as origens dos indivíduos, as fantasias de sedução com o surgimento da sexualidade, as fantasias de castração com a origem da diferença entre os sexos, abordada posteriormente a partir do complexo de Édipo.

#### 5.4. O COMPLEXO DE ÉDIPO E A ANGÚSTIA DE CASTRAÇÃO

Freud, desde o início da construção de sua teoria, usava a mitologia para tentar analisar, a partir de uma experiência pessoal, individual, alguns comportamentos que teriam valor universal, como por exemplo o mito do Édipo.

Freud (1897) em seu **Rascunho N**, já fazia referência aos sentimentos hostis dos filhos contra os pais, que no menino estaria voltado para o pai e na menina para a mãe, que em parte é substituída por fantasias, sendo uma forma de defesa contra os desejos sexuais considerados proibidos.

Na **carta 71** endereçada a seu amigo Fliess, Freud (1897) faz referência ao Édipo, baseado em sua autoanálise, quando observou algo em sua experiência pessoal que poderia

ser considerado um evento universal que ocorre no início da infância ao se referir a paixão sentida pela mãe e o ódio pelo pai.

Em seu artigo chamado **Fantasia histérica e sua relação com a bissexualidade**, Freud (1908) relaciona as fantasias aos sintomas neuróticos e a forma de realizar um desejo. Elas podem ser sempre inconscientes ou então serem conscientes e se tornarem inconscientes pela ação da repressão quando se tornam patológicas, podendo se manifestar através dos sintomas.

Em seu artigo chamado **Totem e Tabu**, Freud (1913), utiliza o mito do Édipo, que será responsável pela organização das pulsões parciais da criança e, apesar de ser considerado universal, pode ser observado em cada história singular ao revelar a interdição do incesto, considerado o fundador da cultura.

No mito do Édipo, o pai da horda primitiva era aquele considerado tirânico, cuja vontade tinha que ser obedecida, sendo o único que poderia possuir todas as mulheres. Sua tirania era tanta que, assim que seus filhos cresciam, ele os expulsava de seu reino, o que fez com que eles se rebelassem contra ele, matando e o devorando, pondo fim ao seu reinado, com o qual passam a se identificar. É neste momento que o pai morto se torna mais forte do que quando estava vivo, impedindo que os filhos tivessem poder e satisfação sexual.

Freud (1923), em seu artigo chamado **O ego e o id**, momento em que anuncia a segunda tópica do aparelho psíquico que passa a ser dividido em id, ego e superego, refere-se à entrada do Édipo como sendo diferente para o menino e para a menina. O menino desenvolve um investimento objetual pela mãe muito cedo, cujo desejo se intensifica a ponto de querer ficar com ela e livrar-se do pai, com quem passa a manter uma relação ambivalente, o que origina o Complexo de Édipo, cuja resolução ocorre diante do medo da castração. Na menina, a entrada no Édipo ocorre de forma inversa, onde é o complexo de castração que a prepara para a entrada no Édipo, sentindo afeição pelo pai e ódio pela mãe.

Logo, pode-se dizer que o complexo de Édipo é reprimido pelo superego, considerado seu herdeiro, onde “...os pais da criança, e especialmente o pai, eram percebidos como obstáculo à realização dos desejos edipianos, de maneira que o ego infantil fortificou-se para a execução da repressão, erguendo-se esse mesmo obstáculo dentro de si” (FREUD, 1923, p. 47).

Em seu artigo chamado **A dissolução do complexo de Édipo**, Freud (1924) refere-se às experiências traumáticas provenientes do complexo de Édipo como sendo algo inevitável, devido ao medo da castração, relacionado ao valor que os meninos possuem por

seus órgãos genitais, cuja angústia de castração surge diante da percepção da diferença entre os sexos.

Se a satisfação do amor no campo do complexo de Édipo deve custar à criança o pênis, está fadado a surgir um conflito entre seu interesse narcísico nessa parte do corpo e a catexia libidinal de seus objetos parentais. Nesse conflito, triunfa normalmente a primeira dessas forças: o ego da criança volta as costas ao complexo de Édipo (FREUD, 1924, p. 196).

É isto que irá diferenciar o menino da menina, pois para ele, a castração seria uma forma de punição, enquanto para a menina, esta seria a precondição para que entre no Édipo. É neste momento que a censura e o recalque começam a operar devido aos desejos incestuosos proibidos, quando a menina tende a se identificar com a mãe e o menino com o pai (FREUD, 1924).

As tendências libidinais pertencentes ao complexo de Édipo são em parte dessexualizadas e sublimadas (coisa que provavelmente acontece com toda a transformação em uma identificação) e em parte são inibidas em seu objetivo e transformadas em impulsos de afeição. Todo o processo, por um lado, preservou o órgão genital – afastou do perigo de sua perda – e, por outro, paralisou-o – removeu sua função. Esse processo introduz o período de latência, que agora interrompe o desenvolvimento sexual da criança (FREUD, 1924, p. 196)

Nasio (1991) refere-se à castração no menino como algo diferente da menina. No caso do menino, ao perceber que sua mãe não possui pênis, teme que ele também seja castrado, o que é associado à proibição do incesto feita pelo pai, e desencadeará a chamada angústia de castração que ocorre frente a ameaça de castração. Na menina, ao perceber que já é castrada, sente ódio e o ressentimento pela mãe, com quem revive um sentimento antigo ligado ao desmame, não havendo, portanto, ameaça de castração.

Logo a forma como cada um passa e resolve seu Édipo será determinante para a constituição da subjetividade e para a formação de sua identidade sexual, assim como para o desenvolvimento de várias patologias como a neurose.

Mas afinal, o que acontece com os desejos considerados proibidos? Por que eles são recalcados? Como o recalque opera? É isto que será discutido a seguir, para que se possa compreender posteriormente o surgimento do sintoma na neurose.

## 5.5 RECALQUE

Freud, em vários momentos de sua obra, refere-se ao recalque como uma nova ação psíquica que surge quando algo considerado desprazeroso (por ter relação com os

desejos sexuais) ameaça o psiquismo, que segue o modelo proposto pela primeira teoria das pulsões que visa ao prazer e a evitar o desprazer.

Porém foi só no artigo chamado **O recalque** que Freud (1915) irá sistematizar sua teoria sobre o recalque que ocorre quando o representante psíquico da pulsão está submetido a exigências externas (princípio da realidade) que impedem que a pulsão se realize com o objetivo de evitar o desprazer, cujo conteúdo é mandado para o inconsciente, o que ele denomina de recalque original. Esta primeira fase do recalque consiste em:

[...] interditar ao representante [*Reprasentanz*] psíquico da pulsão (à sua representação mental [*Vorstellung*]) a entrada e admissão no consciente. Esse recalque estabelece então uma fixação, e a partir daí o representante em questão subsistirá inalterado e a pulsão permanecerá a ele enlaçada. (FREUD, 1915, p. 178-179).

Neste primeiro momento, são feitas marcações no psiquismo, cujo material considerado proibido é enviado para o inconsciente de onde tenta sair o tempo todo, sendo impedido de se tornar consciente pela ação da repressão, pois se isto fosse permitido, geraria desprazer, o que corresponde à segunda fase do recalque, chamado de recalque propriamente dito (FREUD, 1915).

O recalque propriamente dito corresponde a representações derivadas do representante recalcado ou cadeia de pensamentos provenientes de outros lugares, cujo destino é o mesmo do recalque original: o inconsciente. Isto pode ocorrer de duas formas: quando o consciente que faz o movimento de repulsão sobre o conteúdo recalcado ou através da atração que o recalque original exerce naquilo que de alguma forma pode ter conexão com ele (FREUD, 1915).

Vale ressaltar que o recalque não impede que o representante pulsional continue a existir, no inconsciente, onde continua a atuar e formar novas representações e a fazer novas ligações. Na verdade, o que o recalque faz é perturbar a relação com o sistema psíquico consciente, que fica brigando o tempo todo para que este material não se torne consciente, sendo esta a forma de evitar o desprazer (FREUD, 1915).

Para Freud (1915), a forma que o psiquismo encontrou de fazer o material inconsciente se tornar consciente é tentando burlar o sistema consciente, o que pode ocorrer através das formações substitutivas e dos sintomas, quando este material proibido se torna consciente, o que ocorre de forma disfarçada. Esta é, portanto, a terceira fase do recalque, chamada de retorno do recalcado.

Mas então, pensando na teoria do trauma e do recalque, como surge o sintoma? O que é um sintoma para a psicanálise? É isto o que será abordado a seguir, pois como foi visto

até então, o sintoma é uma forma de tornar consciente um desejo sexual considerado proibido e que tem sua origem na infância.

## 5.6 SINTOMA EM PSICANÁLISE

O sintoma é algo que é tratado de forma diferente pelas diversas ciências e pelo próprio senso comum. Para a medicina, o sintoma não equivale à doença, assim como a sua cura não o elimina necessariamente. Já para os leigos, o sintoma equivale à essência de uma doença e a cura a sua remoção. Para a psicanálise, os sintomas psíquicos (ou psicogênicos) e as doenças psíquicas correspondem, como afirma Freud (1916/1917) na **Conferência XXII** chamada de **Os caminhos da formação dos sintomas** a:

[...] atos, prejudiciais, ou, pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que por vez, deles se queixa como sendo indesejados e causadores de desprazer ou sofrimento. O principal dano que causam reside no dispêndio mental que acarretam, e no dispêndio adicional que se torna necessário para se lutar contra eles. Onde existe extensa formação de sintomas, esses dois tipos de dispêndio podem resultar em extraordinário empobrecimento da pessoa no que se refere à energia mental que lhe permanece disponível e, com isso, na paralisação da pessoa para todas as tarefas importantes da vida (FREUD, 1916/1917, p. 361).

Para Freud (1916/1917), ‘ser doente’ é nada mais que um conceito prático, uma vez que as precondições necessárias para a formação dos sintomas podem ser observadas também em pessoas normais, cuja diferença é marcada pela ação do recalque, quando surge o conflito de forças entre os sistemas psíquicos conscientes e inconscientes.

O sintoma neurótico, portanto, é nada mais que um acordo, a reconciliação de forças que operam em um conflito psíquico que é fruto da libido que foi impedida de se satisfazer devido à intervenção do princípio da realidade, o que só ocorre por vias indiretas, sendo o sintoma uma delas (FREUD, 1916/1917).

Logo o sintoma emerge como um derivado distorcido da realização de um desejo inconsciente em que a libido escapa pela via do conflito psíquico, regredindo à fase em que houve a fixação, na qual busca os objetos que irão satisfazê-la, contornando o recalque, quando é descarregada, ou seja, é pelo “... *caminho indireto, via inconsciente e antigas fixações, a libido finalmente consegue achar sua saída até a satisfação real – embora seja uma satisfação extremamente restrita e que mal se reconhece como tal*” (FREUD, 1916/1917, p. 363).

O sintoma em psicanálise, então, corresponde a:

[...] um substituto da satisfação frustrada, realizando uma regressão da libido a épocas de desenvolvimento anteriores, regressão a que necessariamente se vincula um retorno a estádios anteriores de escolha objetal ou de organização” (FREUD, 1916/1917, p. 367).

Pode-se, então, dizer que o neurótico está ancorado em algum ponto de seu passado, o qual corresponde a um período no qual a libido não se privava de satisfação, e que estava a disposição do princípio do prazer buscando, portanto, algo na sua história que corresponda a este período para onde retornará. O sintoma, então, de alguma forma:

[...] repete essa forma infantil de satisfação, deformada pela censura que surge no conflito, via de regra transformada em uma sensação de sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença. O tipo de satisfação que o sintoma consegue, tem em si muitos aspectos estranhos ao sintoma” (FREUD, 1916/1917, p. 368)

Porém vale ressaltar que o sintoma, apesar de satisfazer o princípio do prazer, causa estranheza por rejeitar o princípio da realidade, cuja satisfação é sentida como sofrimento, sendo esta a função do conflito psíquico, a partir do qual ele se formou. Portanto, aquilo que em outra época trouxe satisfação, hoje gera resistência, como forma de impedir que os desejos inconscientes sejam revelados. Como exemplo, Freud (1916/1917) cita o sugar e o desmame.

A mesma criança que em determinada época sugava com avidez o seio materno, alguns anos depois, provavelmente, mostrará uma intensa aversão a tomar leite, o que causa dificuldade na sua criação. A aversão aumenta até a repugnância, no caso de se formar uma película sobre o leite ou sobre a mistura que contenha leite. Talvez não possamos excluir a possibilidade de a película reviver a lembrança do seio materno, outrora tão ardentemente desejado. Entretanto, entre as duas situações coloca-se a experiência do desmame, com seus efeitos traumáticos (FREUD, 1916/1917, p. 368).

Nos sintomas, tal como nos sonhos, operam dois processos inconscientes que são a condensação e o deslocamento. Freud (1915) em seu artigo chamado **O Inconsciente** refere-se ao deslocamento como a passagem de uma carga de investimento de uma ideia ou representação para outra ideia ou representação. Já a condensação corresponde à apropriação feita por uma ideia ou representação da carga de investimentos de outras ideias ou representações.

Um sintoma, tal qual um sonho, representa algo como já tenha sido satisfeito: uma satisfação à maneira infantil. Mediante uma condensação extrema, porém, essa satisfação pode ser comprimida em uma só sensação ou inervação, e, por meio de um deslocamento extremo, ela pode se restringir a apenas um pequeno detalhe de todo o complexo libidinal (FREUD, 1916/1917, p. 369).

Para Laplanche (1998), o deslocamento ocorre devido a “... *uma representação ser suscetível de se destacar dela para passar a outras representações originariamente pouco intensas, ligadas à primeira por uma cadeia associativa*” (p.116); já a condensação ocorre

quando “... *uma representação única representa por si só várias cadeias associativas, em cuja intersecção ela se encontra*” ( p. 87).

Então, vale lembrar que a libido encontra-se fixada nas experiências infantis, responsáveis pela formação dos sintomas são misturas de realidade e de fantasias. Porém, mesmo as fantasias devem ser consideradas realidade, pois é assim que o paciente a percebe. Quer dizer: “... *As fantasias possuem realidade psíquica, em contraste com a realidade material, e gradualmente aprendemos a entender que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva*” (FREUD, 1916/1917, p. 369-370).

Segundo Laplanche (1998), a realidade psíquica corresponde ao “... *que no psiquismo do sujeito apresenta uma coerência e uma resistência comparáveis às da realidade material; trata-se fundamentalmente do desejo inconsciente e das fantasias conexas*” (p. 426).

Para Freud (1916/1917) é pela via da retração da libido para a fantasia que se chega ao caminho intermediário na formação dos sintomas, sendo a forma encontrada de compensar a renúncia imposta pelo princípio da realidade de se obter prazer livremente, com quem mantêm, de alguma forma, os objetos e derivados, para onde a libido se retira em direção às fixações recalcadas, evitando o confronto com o ego. Com isto, “... *na atividade da fantasia, os seres humanos continuam a gozar da sensação de serem livres da compulsão externa, à qual há muito tempo renunciaram, na realidade*” (p. 374).

Freud (1916/1917), na **Conferência XVII** chamada de **O sentido dos sintomas**, conclui que o sintoma em Psicanálise é algo individual, singular e que depende da história de vida de cada um, sendo portador de um sentido, o que vai diferenciar claramente da forma como a psiquiatria o concebe.

Como afirmam Pimenta e Ferreira (2003), para a medicina, é o médico que dá o sentido ao sintoma, que pode ou não ser o sinal de uma doença; na psicanálise, o sintoma só pode ser apreendido a partir da própria história do indivíduo, que é o responsável pelo sentido dado a ele.

Então, pergunta-se: qual o sentido do sintoma obesidade? É isto que será discutido a seguir, a partir do novo dualismo pulsional que divide as pulsões em de vida e de morte.

## 5.7 DO ANTIGO AO NOVO DUALISMO PULSIONAL: PULSÃO DE VIDA E PULSÃO DE MORTE



A questão da vida e da morte é algo que Freud utiliza desde o início da construção de sua teoria. Em seu **Projeto para uma psicologia científica**, Freud (1895) tentava explicar o funcionamento do aparelho psíquico baseando-se na neurologia, da qual se vai afastando gradativamente. Neste momento, segundo Birman (1999), ele seguia o modelo do vitalismo (biológico), cuja vida seria o início de tudo e a morte o fim, citando a sexualidade como exemplo.

Freud (1895) tenta explicar os processos mentais através de dois princípios: o da inércia e o da constância. O princípio da inércia corresponde à tendência que o neurônio tem de se livrar do excesso de excitação, o que só não ocorre com os estímulos endógenos considerados os precursores da pulsão, por não terem como fugir deles. É isto que leva Freud (1895) a formular o princípio da constância que seria uma forma de tentar manter o mais baixo possível o nível de excitação, de energia, o que mais tarde terá relação direta com o princípio do prazer.

Segundo Birman (1999), para Freud o princípio da inércia corresponde à eliminação total da energia pelo organismo que levaria à morte, enquanto que pelo princípio da constância, parte desta energia seria eliminada e parte ficaria retida no organismo, o que levaria a pensar em um esquema de satisfação, ou seja, em um princípio que estaria presente desde o início que Freud chamou mais tarde de princípio do prazer, sendo a pulsão sexual seu melhor exemplo, em que a “... *ordem vital se identificaria, então, com a sexualidade e o prazer*” (p. 21).

Neste período, Freud já supunha que haveria uma sexualidade infantil, mas pensava que seria diferente da sexualidade adulta, o que foi postulado alguns anos depois, no artigo chamado **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade** (1905), dividida em duas fases: a pré-genital (subdividida em oral, anal e fálica, pertencente à infância) e a genital (pertencente à fase adulta) que é o reflexo da anterior.

É neste estudo que Freud (1905) irá diferenciar instinto de pulsão, dividindo-a em dois grupos que formam a primeira teoria das pulsões: as pulsões de autoconservação ou do ego, as quais visam à conservação, à sobrevivência física, sendo a nutrição seu melhor exemplo; e as pulsões sexuais que se apoiam inicialmente nas de autoconservação ou de ego, das quais vão se tornando independente gradativamente, quando entram na fase do autoerotismo, ao buscarem prazer em uma determinada zona (erógena) do corpo, de acordo com cada fase do desenvolvimento psicosssexual.

Mas foi no artigo chamado de **Formulação sobre os dois princípios do funcionamento mental** que Freud (1911) definiu e diferenciou o princípio do prazer do

princípio da realidade. O princípio do prazer corresponde aos processos inconscientes mais antigos, desde a época em que era o único a operar, cujo objetivo era a busca do prazer e evitar o desprazer, na tentativa de colaborar com o princípio da constância, em que a energia psíquica escoava livremente, sendo considerada um processo primário. O princípio da realidade é aquele que surge, quando as necessidades internas não são satisfeitas de imediato e livremente, o que leva à alucinação do objeto desejado na tentativa de obter prazer, cuja energia psíquica escoava de forma controlada, correspondendo à forma de funcionamento dos sistemas pré-consciente/consciente, sendo, portanto, um processo secundário.

[...] uma organização que fosse escrava do princípio do prazer e negligenciasse a realidade do mundo externo não se poderia manter viva, nem mesmo pelo tempo mais breve, de maneira que não poderia ter existido de modo algum. A utilização de uma ficção como esta, contudo, justifica-se quando se considera que o bebê - desde que se inclua o cuidado que recebe da mãe - quase realiza um sistema psíquico deste tipo. Ele provavelmente alucina a realização de suas necessidades internas; revela seu desprazer, quando há um aumento de estímulos e uma ausência de satisfação, pela descarga motora de gritar e se debater com os braços e pernas, e então experimenta a satisfação que alucinou (FREUD, 1911, p. 238).

A introdução do princípio da realidade ocorre, portanto, de forma gradativa a partir do momento em que a criança vai passando as fases do desenvolvimento psicosssexual, em que a sua presença não elimina a do princípio do prazer. Quer dizer, ambos estão presentes no aparelho mental, mas sempre um prevalecendo sobre o outro de acordo com cada momento específico e é justamente aí que se encontra o conflito psíquico.

Segundo Birman (1999), Freud demonstra com isto que o circuito pulsional não nasce organizado, o que vai ocorrendo gradativamente quando a outra pessoa oferece objetos que satisfaçam a pulsão. Logo:

[...] a ordenação do circuito pulsional a partir da força pulsional, no qual o outro é operador deste agenciamento, pela oferta de objetos de satisfação, a partir da nomeação da demanda da força pulsional. Seria o outro, pois, que realizaria o trabalho de ligação da força da pulsão aos objetos de satisfação, pela interpretação que faria daquilo que demanda aquela força (BIRMAN, 1999, p. 23).

Mas foi nos textos escritos após os anos 1920 que Freud começa a modificar o modelo do vitalismo, substituindo-o pelo do mortalismo, segundo Birman (1999) ao enunciar em seu artigo **Além do princípio do prazer** (1920) que “*O objetivo de toda a vida é a morte, e remontando ao passado: o inanimado já existia antes do vivo*” (p. 161), o que o levará a formular o conceito de pulsão de morte, a qual não pode ser compreendida racionalmente por ser algo puramente pulsional.

Segundo Birman (1999), seguindo as ideias de Freud, agora o que está na origem é a morte, e a vida passa a ser compreendida como “... a possibilidade que o ser adquiria

*para se opor à iminência e à irrupção da morte. A vida seria pois uma aquisição e não algo originário do vivente, que neste se inscreveria então a partir do outro”* (BIRMAN, 1999).

Logo, o que Freud chama de pulsão de morte seria:

[...] uma força primordial que tende para a descarga total, colocando em questão a ordem da vida. A tendência originária do organismo seria, pois, para o esvaziamento energético total, visando, assim, à quietude do ser, com um retorno radical ao inorgânico, isto é, ao universo inanimado e mineral. Enfim, a morte estaria na origem do ser e da vida, presença silenciosa que se impõe imediatamente (BIRMAN, 1999, p. 21).

Freud (1920) chamará o outro grupo de pulsão que se opõe as de morte de pulsão de vida. Para ele:

[...] É como se houvesse um ritmo alternante na vida dos organismos: um grupo de pulsões precipita-se à frente, a fim de alcançar o mais breve possível o objetivo final da vida; o outro grupo, após chegar a um determinado trecho desse caminho, apressa-se a voltar para trás, a fim de retomar esse mesmo percurso a partir de um certo ponto e assim prolongar a duração do trajeto (FREUD, 1920, p. 164).

Mas foi apenas em seu artigo chamado **O ego e o Id** que Freud (1923) introduz de fato este novo dualismo pulsional. Agora as pulsões de autoconservação ou do eu e as sexuais se agrupam no grupo chamado de pulsão de vida ou *Eros*, cujo objetivo é manter a vida, que se contrapõe às pulsões de morte, cujo objetivo é conduzir a vida ao estado inanimado, tendo a compulsão à repetição sua forma de expressão.

Para Freud (1923), estas duas novas classes de pulsão são conservadoras por tentarem restabelecer um estado de coisas que foi perturbado pelo surgimento da vida que seria ao mesmo tempo sua continuidade e seu esforço no sentido da morte. Logo, a própria vida seria, ao mesmo tempo, um conflito e uma reconciliação de forças existentes (de investimento e contrainvestimento) entre elas, que veio perturbar a morte (princípio de nirvana).

Freud (1923) faz referência à fusão entre pulsão de vida e de morte quando há avanço de uma fase anterior em direção à genital e a energia psíquica permanecerá ligada. Já a defusão ocorre sempre que há a regressão da libido à fase anterior na qual se encontra fixada.

Para Garcia-Roza (1995), este novo dualismo pulsional deve ser compreendido “... não como um dualismo de natureza das pulsões, mas como um dualismo de modos da pulsão”. Segundo o autor:

Se a pulsão se faz presente no aparato anímico promovendo e mantendo uniões, conjunções, ela é dita “de vida”; se ela se presentifica no aparato anímico disjuntivamente, “fazendo furo”, então ela é dita “de morte”. Dessa forma, *pulsão de vida* e *pulsão de morte* seriam modos de presentificação da pulsão no psiquismo e não qualidades das pulsões elas mesmas (GARCIA-ROZA, 1995, p. 162).

Mas o que Freud quer dizer quando se refere à compulsão à repetição como uma forma de expressão da pulsão de morte? Como ela opera e o que ela significa? O que é que faz com que uma pessoa repita o mesmo sintoma várias vezes?

## 5.8 COMPULSÃO À REPETIÇÃO

O conceito de compulsão à repetição em psicanálise é utilizado por Freud a partir de 1920 como uma das formas de manifestação da pulsão de morte, muito embora já fosse citado anteriormente em vários artigos.

Na **Carta 52**, Freud (1896) tenta demonstrar como ocorre um registro no psiquismo e o que acontece quando isto falha, o que é de suma importância para se compreender o recalque, a compulsão à repetição e a relação existente entre eles. Para Freud, os registros psíquicos de um desenvolvimento considerado normal representam o trabalho executado no psiquismo os quais ocorrem em épocas, fases sucessivas da vida, em cuja fronteira entre uma e outra deve ocorrer a tradução para que possa ser transcrita na seguinte, para onde o processo de excitação caminha, retirando da anterior, inibindo-a, o que não ocorreu com as psiconeuroses, havendo uma falha na tradução de uma parte deste material, formando “furos”, por onde a excitação retorna, não conseguindo passar para o período posterior, formando uma defesa patológica chamada de recalque que surge sempre que a lembrança de um determinado evento desprazeroso é despertada.

Freud (1896) chama de compulsão à repetição o despertar da lembrança do evento que gera desprazer e não consegue ser inibida, mantendo o processo de excitação como algo atual. Para ele, “... *uma experiência sexual é recordada numa fase diferente, a liberação de prazer é acompanhada por uma compulsão e a liberação de desprazer pelo recalque. Em ambos os casos, a tradução para as indicações de uma nova fase parece ser inibida (?)*<sup>2</sup> (p. 284).

Freud (1896), então, vai tentar explicar por que as experiências sexuais na época em que foram vividas geraram prazer, e ao serem recordadas em uma fase diferente passam a gerar desprazer para algumas pessoas e para outra persistem como compulsão. A resposta seria que no primeiro caso, o que ocorre é a liberação de um desprazer, em uma época posterior, que não foi liberado no início, quando ocorreu pela primeira vez.

---

<sup>2</sup> Corresponde a citação original na obra de Freud.

Freud (1914), em seu artigo chamado **Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II)**, faz referência à compulsão à repetição relacionando-a a três grupos de lembranças que foram esquecidas e que podem aparecer no *setting* analítico através da transferência. O primeiro grupo se refere ao esquecimento das impressões, cenas ou experiências ocorridas na infância, retidas nas lembranças encobridoras. O segundo grupo é aquele no qual se recorda de algo que nunca foi conhecido por não ter sido consciente, sendo puramente inconsciente e que têm relação com fantasias, impulsos emocionais, vinculações de pensamento e processos de referência. O terceiro grupo é composto por lembranças que não podem ser recuperadas e que tem relação com as experiências da infância muito remota.

Para Freud (1914), uma forma de repetir o que esqueceu é pela via da atuação (*acts it out*), quando se reproduz algo como ação, e não como lembrança, sem saber o que está fazendo, sem que haja qualquer tipo de elaboração, de trabalho psíquico. Esta repetição, portanto, tem relação com o material reprimido, local onde se situa o conflito psíquico.

O tema da compulsão à repetição continua a ser o foco de interesse de Freud (1919), quando retoma o assunto no artigo chamado **O Estranho**. Para ele, o estranho era considerado, a princípio, algo desconhecido, novo e não familiar, mudando de opinião ao avançar em sua discussão ao se referir a ele como: “... *aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho e há muito familiar*” (p. 238), relacionado com os eventos da infância e com o “duplo”, observado através da telepatia, identificação e repetição da mesma coisa.

Freud (1919), então, relaciona o estranho ao material recalcado que se encontra inconsciente, que pode retornar e se tornar consciente através do sintoma. Logo, para ele, o recalque é considerado “... *a condição necessária de um sentimento primitivo que retorna em forma de algo estranho*” (p. 259), contrariando o princípio do prazer ao se revelar, por gerar desprazer e angústia, o que ocorre “... *quando os complexos infantis que haviam sido reprimidos revivem uma vez mais por meio de alguma impressão, ou quando as crenças primitivas que foram superadas parecem outra vez confirmar-se*” (p. 266).

Freud (1919) refere-se à compulsão à repetição como um fenômeno presente: “... *no comportamento das crianças e no tratamento psicanalítico; sugere que essa compulsão é algo derivado da natureza mais íntima dos instintos e a declara ser suficientemente poderosa para desprezar o princípio do prazer*” (p.123).

Em seu artigo chamado **Além do Princípio do Prazer**, Freud (1920) trata à compulsão à repetição e sua relação com o material recalcado que se torna consciente e

consegue se expressar devido ao enfraquecimento da repressão, causando desprazer ao ego em função do conteúdo deste material ser de cunho sexual e considerado proibido.

Freud (1920), então, prossegue em sua discussão apontando para um dado importante para que a compulsão à repetição possa ser compreendida: a de que ela possui as mesmas características da pulsão, correspondendo a uma força que impele sem limites e sem a intervenção da realidade, visando à descarga imediata. A pulsão, então, seria compreendida como o representante das forças que possuem suas origens no interior do corpo e são transmitidas ao aparelho mental e que precisam ser descarregados, associando-os ao material inconsciente e que obedece ao processo primário, no qual a energia psíquica permanece livre.

A compulsão à repetição, pois equivale a “... *um impulso inerente à vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas, impulso que a entidade viva foi obrigada a abandonar sob a pressão de forças perturbadoras externas...*” (FREUD, 1920, p.45), que, quando é recalcada:

[...] nunca deixa de esforçar-se em busca da satisfação completa, que consistiria na repetição de uma experiência primária de satisfação. Formações reativas e substitutivas, bem como sublimações, não bastarão para remover a tensão persistente no instinto reprimido, sendo que a diferença de quantidade entre o prazer da satisfação que é exigida e a que é realmente conseguida, é que fornece o fator impulsionador que não permite qualquer parada em nenhuma das posições alcançadas (FREUD, 1920, p. 52-53).

Para Laplanche (1998) a compulsão à repetição equivale ao processo inconsciente, cujas experiências se repetem “... *sem se recordar do protótipo e tendo, pelo contrário, a impressão muito viva de que se trata de algo plenamente motivado na atualidade*” (p.83), sendo um fator autônomo e irreduzível, correspondendo: “... *a uma dinâmica conflitual onde só entrasse o jogo conjugado do princípio do prazer e do princípio da realidade. É referida fundamentalmente ao caráter mais geral das pulsões: o seu caráter conservador*” (p. 83).

Para Garcia-Roza (1999), a compulsão à repetição equivale à base para explicar a pulsão de morte, sendo algo mais primitivo que o princípio do prazer. Logo, o que se repete é: “... *o mais arcaico, o estado inicial do qual o organismo se afastou por exigência de fatores externos: o inorgânico.*” Por isto pode-se dizer que o objetivo da vida é a morte, muito embora a pulsão de vida tente evitar que ela ocorra de forma não natural.

Segundo estes autores, o caráter pulsional da compulsão à repetição se instala nas primeiras atividades da vida mental infantil cujo objetivo é tentar restaurar um estado anterior de coisas o qual a pessoa teve de abandonar devido à incidência do princípio da realidade, aparecendo, posteriormente, de forma disfarçada, mas com o mesmo objetivo, o que pode

ocorrer tanto por caminhos velhos, quanto por novos, buscando a satisfação completa na repetição de uma experiência primária de satisfação.

As formações reativas e substitutivas, bem como as sublimações não serão suficientes para remover a tensão existente e persistente da pulsão recalçada, em que a diferença entre o prazer exigido e o conseguido não permite a parada em nenhuma posição alcançada.

Em suma, a compulsão à repetição corresponde à força que impele sem limites e sem a intervenção da realidade, tal como a pulsão, quando se rememora experiências infantis onde houve fixação, as quais são consideradas desagradáveis. Seu objetivo seria a descarga imediata, repetindo algo na tentativa de ligar a energia livre a alguma representação, tendo relação com o material recalçado, o qual traria desprazer caso se tornasse consciente.

Mas o que se busca quando se repete algo e como isto se instalou? Para tal, faz-se necessário voltar ao início da vida psíquica, quando o bebê era considerado um organismo desamparado, dependente total dos cuidados de outra pessoa, o que é determinante para que um desenvolvimento seja considerado saudável ou não.

## 5.9 SOBRE O DESAMPARO: BREVES CONSIDERAÇÕES

Freud (1895) trata a questão do desamparo desde o **Projeto para uma psicologia científica**, muito embora ocorra de forma bem restrita no início da psicanálise. Ele utiliza a palavra alemã *Hilflosigkeit* para se referir ao desamparo.

Ceccarelli (2006) define o “desamparo”, usado por Freud, como “Insocorrível”, representado pela palavra alemã *Hilflosigkeit*, pois *Hilfe* significa socorro, *los* significa sem e *keit*, aquilo que forma o subjetivo. Logo, “... ser desamparado atesta a condição de insocorribilidade do sujeito” (p. 115).

Hanns (1996), em seu dicionário comentado do alemão de Freud, afirma que *Hilflosigkeit*, corresponde a:

[...] um estado próximo do desespero e do trauma. Esse estado é semelhante aquele vivido pelo bebê, o qual, após o nascimento, é incapaz, pelas próprias forças, de remover o excesso de excitações pela via da satisfação, sucumbindo à *Angst* (medo, eventualmente, ansiedade ou angústia) (HANNIS, 1996, p. 228).

Freud (1895) vai associar o desamparo à experiência inaugural de satisfação, compreendida como uma ação específica realizada por quem cuida do bebê, com quem mantém uma relação de dependência devido à incapacidade de realizá-la sozinho, referindo-se

neste momento ao desamparo em termos concretos, à satisfação das necessidades fisiológicas, vitais, como a nutrição.

Para Laplanche (1998), o desamparo corresponde, na teoria freudiana, ao estado de dependência total do lactante em relação a outra pessoa para que suas necessidades vitais, fisiológicas possam ser satisfeitas, tais como, a fome, a sede, dentre outras, o que é importante para que a tensão interna possa ser eliminada.

Porém esta relação inicial estabelecida entre o bebê e a mãe ou quem ocupa este lugar começa a exigir uma nova ação psíquica que organize as forças pulsionais que se encontram em total estado de desorganização, o que irá caracterizar o desamparo psíquico que, segundo Freud (1915), é proveniente das demandas pulsionais filogeneticamente herdadas pelo bebê, com as quais ele não tem como lidar. Como afirmam Levy e Azevedo (2012, p. 05), é neste momento que *“o universal do desamparo se singulariza na história de cada um, a partir da relação que a criança estabelece com quem lhe deu vida psíquica”*.

Esta dinâmica pulsional que caracteriza o desamparo psíquico, segundo Levy e Azevedo (2012), irá demandar outra espécie de alimento como afeto, amor, reconhecimento, dentre outros, gerando dependência psíquica. É neste momento que o vital se identifica com o sexual, com o erógeno da relação, o que será determinante para que o psiquismo vá se constituindo.

Para Birman (1999), o conceito de desamparo em Freud só surge de fato ao final de sua formulação metapsicológica, a partir do conceito de pulsão de morte, quando o bebê tenta alcançar um estado de quietude, de retorno ao estado inanimado, por não ter recursos próprios para lidar, dominar e encaminhar as excitações no sentido da vida. Para ele, o desamparo corresponde, então, ao:

[...] correlato, na natureza humana, de sua propensão originária para a descarga total e absoluta das excitações, na medida em que inexiste no interior qualquer meio de domínio destas, apenas restando, para aquele, a possibilidade de sua eliminação. Assim, o vivente almejava um estado de quietude, pelo apagamento mesmo de sua condição animada e o retorno à suposta condição anterior de inanimado e de mineral (BIRMAN, 1999, p. 23-24).

Freud continua a explorar o tema do desamparo alguns anos depois, no artigo chamado **Inibições, sintomas e ansiedade** (1926), ao apontar o desamparo como um dos fatores causadores da neurose devido ao tempo em que o ser humano encontra-se em situação de desamparo, dependendo do outro para manter-se vivo, o que origina a necessidade vital de todo ser humano de ser amado, o que carregará pelo resto da vida. Com isto, ele demonstra que o perigo do desamparo psíquico corresponde exatamente:



[...] ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo da perda do objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo da castração até a fase fálica; e o medo do seu superego até o período de latência. Não obstante, todas essas situações de perigos e determinantes de ansiedade podem resistir lado a lado e fazer com que o eu a elas reaja com ansiedade num período ulterior ao apropriado; ou, além disto, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo (FREUD, 1926, p. 140).

Para Birman (1999), o sujeito se constitui como tal a partir desta outra pessoa com quem cria dependência da qual nunca se libertará, mesmo quando já possui recursos internos para manejar tais excitações, justificando pelo fato da força pulsional ser constante e contínua, a qual o recoloca na condição de desamparado sempre.

Porém, quando este bebê não é amparado psiquicamente (ou não é amparado adequadamente), as consequências podem ser inúmeras, como afirmam Levy e Azevedo (2012), e a adicção pode ser um exemplo, ponto de partida e hipótese utilizada nesta dissertação para tentar compreender a obesidade.

## 5.10 A TRANSFERÊNCIA COMO DISPOSITIVO CLÍNICO

Foi a partir das particularidades do caso Dora, que Freud (1905) começa a tratar a transferência com as devidas considerações, por perceber que o sucesso da análise dependia de seu manejo, passando a vê-la como algo pertencente à relação analista-analisando, estando “... destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente” (p. 112), o que não ocorreu com esta paciente.

Freud (1905), em seu artigo chamado **Fragmento da análise de um caso de histeria**, define a transferência como:

[...] reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévias é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. (FREUD, 1905, p. 111).

Em seu artigo chamado **A dinâmica da transferência**, Freud (1912) vai se referir à transferência vivida no *setting* analítico como a reprodução, na figura do analista, de protótipos infantis vividos como algo atual, pela qual o tratamento analítico se faz acontecer.

Sobre a transferência em psicanálise, Laplanche (1998, p. 514) a descreve como “... o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam...”, o que ocorre na relação analítica, quando se instala o conflito psíquico.

Segundo Freud (1912), existe dois tipos de transferência: a “negativa”, quando sentimentos hostis são dirigidos ao analista; e a “positiva”, composta pela transferência de sentimentos amistosos e afetuosos ao analista, os quais irão permanecer no inconsciente do paciente por ter relação com a sexualidade. Elas por sua vez podem servir de apoio para a manifestação das resistências, ao estarem associadas a impulsos sexuais recalçados os quais devem ser removidos para se obter sucesso no tratamento.

Em seu artigo chamado **Recordar, Repetir e Elaborar**, Freud (1914) vai apontar para o esquecimento como uma forma de manifestação das resistências, que estão relacionadas com as chamadas lembranças encobridoras, de conteúdo sexual, provenientes de eventos ocorridos nos primeiros anos de vida. É aqui que a análise vai atuar, ao tentar tornar consciente o material inconsciente pela interpretação, quando as resistências começam a ser quebradas.

Nesse texto, Freud (1914) afirma que não é só a recordação que ampara a técnica analítica, mas também a repetição das lembranças recalçadas pela atuação (*acting out*), sendo a tentativa de representar os conflitos compulsivamente, o que ocorre não como lembrança, mas como ação, sendo uma forma de expressão do inconsciente, o que pode ocorrer na análise com a figura do analista para quem transfere seus afetos, tentando associar os conceitos de compulsão à repetição, à resistência e à transferência, cujo manejo é de fundamental importância para o desenvolvimento da análise e a obtenção da cura.

O analista, ao manejar a transferência deve possibilitar que aquilo que o paciente manifesta através da ação seja transformada em palavras, permitindo não só recordar e repetir, mas também elaborar, o que exigiria trabalho psíquico, quando as resistências seriam quebradas, o que estaria no caminho da cura, o que só seria possível de acontecer no tempo do paciente, sendo algo subjetivo, e não cronológico, o que é de fundamental importância para que a análise caminhe.

## 6 SOBRE O COMER COMPULSIVO NA OBESIDADE

### 6.1 A COMPULSÃO ALIMENTAR: DA PSIQUIATRIA À PSICANÁLISE

A compulsão alimentar, “episódios bulímicos” ou “binge eating” é caracterizada, segundo o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - Quarta edição, 1995), como uma grande ingestão de comida em um curto espaço de tempo, acompanhada de sensação de descontrole e sofrimento psíquico que, quando ocorre pelo menos três vezes por semana durante o intervalo de tempo de seis meses, levariam ao diagnóstico de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica ou TCAP para a psiquiatria.

O TCAP difere da Bulimia Nervosa por não incluir o uso de métodos compensatórios como o vômito, o uso de laxantes e diuréticos, atividades físicas em excesso jejum ou dietas restritivas, pois não evitam o ganho de peso. Ele é descaracterizado quando os episódios de comer compulsivo ocorrem de forma isolada e não preenchem os critérios de diagnóstico, podendo levar ao desenvolvimento da obesidade.

A compulsão alimentar, segundo a psicanálise é o comer sem que esteja com fome enquanto necessidade orgânica, buscando satisfazer outro tipo de necessidade de ordem psíquica, emocional, diante de alguma situação de conflito.

Freud, apesar de ter feito pouca referência à compulsão alimentar em sua obra, já apontava para a existência de processos psíquicos envolvidos no sintoma comer compulsivo. Em 1895, em seu artigo chamado **Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”**, chamava de “*acessos de fome devoradora*” (p. 97), exatamente a definição da palavra bulimia, a um dos sintomas possíveis na neurose de angústia. Moreira e Orenge (2010) afirmam que a fome devoradora, em grego *bulimia*, ou seja, fome de boi, tem sido descrita na literatura psicopatológica como um sofrimento psíquico caracterizado pela ingestão excessiva de alimentos, acompanhada de dolorosos esforços de purgação e vômitos, podendo levar à prostração e à morte, comum em ambos os sexos.

Na **Carta 55**, endereçada a Fliess, Freud (1897) referia-se à dipsomania, definida como compulsão por bebida, correspondendo à substituição de uma pulsão sexual reprimida, conforme citação: “... *A dipsomania surgiu através da intensificação – ou melhor, através da substituição do impulso sexual correlato por esse impulso [para bebida]*” (p. 288). Ideia complementada na **carta 79<sup>1</sup>**, conforme citação: “...*Comecei a compreender que a masturbação é o grande hábito, o “vício primário”, e que é somente como sucedâneo e*

*substituto dela que outros vícios – álcool, morfina, tabaco etc. – adquirem existência”* (FREUD, 1897, p. 323).

Em seu artigo chamado **“Inibição, sintoma e ansiedade”**, Freud (1926) referia-se à compulsão por comida ao medo de morrer de fome, sendo um assunto considerado pouco estudado. Para ele:

A função da nutrição é, com a maior frequência, perturbada por uma falta de inclinação para comer, acarretada por uma retirada da libido. Um aumento do desejo de comer também não constitui coisa incomum. A compulsão para comer é atribuída ao medo de morrer de fome, mais isto é um assunto pouco estudado (FREUD, 1926, p 92).

Já em seu artigo chamado **“O humor”**, para Freud, a intoxicação é uma forma de funcionamento que teria como objetivo amenizar o sofrimento psíquico. Em suas palavras: *“... Seu desvio da possibilidade de sofrimento coloca-o entre a extensa série de métodos que a mente humana construiu a fim de fugir à compulsão para sofrer – uma série que começa com a neurose e culmina na loucura, incluindo a intoxicação, a auto-absorção e o êxtase”* (1927, p. 166-167).

Freud (1930), em seu artigo chamado **Mal estar na Civilização** refere-se às substâncias tóxicas como uma medida paliativa usada para lidar com as dificuldades impostas pela vida. Para o autor, elas *“... influenciam nosso corpo e alteram sua química”* (p. 83).

Seguindo as ideias de Freud, Abraham se torna o pioneiro no estudo mais profundo dos chamados “sentimentos anormais de fome”. O comer compulsivo, a “gula”, o “vício por comida”, a fome neurótica como é chamada por Abraham (1970), não tem relação com o estar ou não com o estômago vazio, ou seja, com a necessidade orgânica de nutrição. A fome da qual ‘reclamam’ os pacientes é de outra ordem, é uma ‘necessidade’ psíquica.

Os pacientes queixam-se de suas ‘crises de fome devoradora’. Reconhecem a diferença entre a fome normal e essa ‘fome devoradora’, mas, não obstante, acham-se inclinados a confundir as duas condições. Apresentam as mais violentas resistências quando a psicanálise revela ligação de sua fome voraz e neurótica com a libido reprimida (ABRAHAM, 1970, p. 64-65).

Segundo Abraham (1970), a ‘fome neurótica’ estaria associada à libido reprimida, ao material inconsciente, que ganha força como sintoma oral que emerge devido à falha no recalque, os que muitas vezes faz com que a pessoa mude seu modo de vida em função deste desejo mórbido por comida, o que atinge principalmente o sexo feminino.

Fortes impulsos libidinais, contra cujo aparecimento sem disfarces se protege a consciência, excepcionalmente podem achar-se mascarados por uma sensação de fome, porque a fome é uma sensação que pode ser admitida por nós próprios e pelos outros, mesmo que seja excessiva (ABRAHAM, 1970, p. 65).

Abraham (1970), então, compara o comer excessivo e compulsivo aos morfinômanos e os dipsomaníacos, que geram uma satisfação substitutiva dos impulsos sexuais que foram reprimidos.

[...] pacientes desta espécie, que anseiam por comida em curtos intervalos e passam por torturas se seus desejos não são satisfeitos, é extraordinariamente similar ao dos morfinômanos e de uma boa quantidade de dipsomaníacos. Com referência a estas condições, a psicanálise conseguiu mostrar que o veneno intoxicante concede ao paciente uma satisfação substitutiva daquela atividade de sua libido que lhe é negada. O sintoma do comer excessivo e compulsivo pode ser encarado à mesma luz (ABRAHAM, 1970, p. 66).

Abraham (1970) afirma que o que caracteriza a compulsão não é a quantidade de comida que é ingerida, mas a forma como o sujeito a utiliza, por não tolerar a diminuição da mesma, ou seja, a abstinência. É isto que, tal como Freud, para Abraham irá diferenciar o que poderia ser considerado normal do patológico.

Para Abraham (1970), o que irá diferenciar o hábito da inclinação patológica, é a forma como lida com a frustração diante daquele objeto, como a comida. Para ele:

Não é possível, neste assunto, fazer uma distinção nítida entre a inclinação normal e o hábito, por um lado, e a compulsão patológica, por outro. Para fins práticos, contudo, podemos em geral estabelecer um critério, que é a maneira pela qual o indivíduo tolera a abstinência temporária do estímulo a que está acostumado. A reação de uma pessoa à frustração de uma fonte de prazer à qual se acha morbidamente fixada apresentará um cunho patológico. Ela formará sintomas neuróticos (ABRAHAM, 1970, p. 72).

## 6.2 A COMPULSÃO ALIMENTAR: CONTRIBUIÇÃO DE OUTROS TEÓRICOS

Para Brunch (1973) a origem dos transtornos alimentares e da obesidade estaria relacionada com a dificuldade da mãe em escutar as necessidades emocionais do bebê. Ao compreendê-las apenas enquanto necessidade orgânica, de base nutricional e, alimentando-o apenas com comida, acarretaria em seu pequeno filho, enorme dificuldade de reconhecer seus apelos internos, próprios dele, um novo ser humano. Em geral, isso ocorreria muito precocemente, desde os primeiros dias de vida.

Para McDougall (1996) devido às suas próprias questões inconscientes, a mãe falha em sua função e, com isto, impede que o bebê se separe, diferencie-se dela e construa um mundo interno que cuide e alivie, impedindo que o desenvolvimento psíquico ocorra de forma saudável.

Jeammet (1999) partilha a ideia de McDougall, referindo-se à origem das patologias alimentares devido à dificuldade de diferenciação entre mãe-bebê, os quais permaneciam em estado de fusão.

Para a psicanálise, portanto, para que o bebê consiga sobreviver psiquicamente, a mãe deve estar preparada para escutar as ‘necessidades’ dele, e não somente as suas, amparando-o física e psiquicamente, o que ocorre ao introduzi-lo na linguagem, permitindo assim sua individualização. Teoricamente afirma-se que isso não ocorre nos casos de compulsão, seja alimentar ou não, em que o que pode ser observado é o fracasso na função materna, chamado por Balint (1993) de ‘falha básica’, cuja consequência principal é o fracasso no processo de introjeção, quando a incorporação toma a vez.

É isto que Abraham e Torok (1995) chamam de experiência do “vazio na boca”, cuja transformação ocorre devido ao processo de introjeção, quando a espera pelo leite é vivenciada inicialmente com choros e gritos, e depois passa a ser preenchida com palavras, necessária para o desenvolvimento da subjetividade. Logo *“a passagem da boca cheia de seio à boca cheia de palavras se efetua por meio de experiências de boca vazia”* (p. 246), o que parece falhar nos casos das adicções, como a obesidade, hipótese sustentada nesta dissertação.

Esta falta de imago protetora pode levar o indivíduo a buscar objetos substitutivos, na fantasia de não perder o objeto amoroso, primário, estabelecido nas primeiras relações entre o bebê e o mundo externo. Na tentativa ilusória de evitar a angústia e o desprazer, o indivíduo procura compulsivamente reproduzir a primeira experiência de satisfação, que ocorreu ao mamar no seio materno, do qual foi privado devido às exigências da realidade. A comida pode ocupar este lugar vazio. É neste momento que a incorporação toma o lugar da introjeção, ao preencher o “vazio da boca” com um objeto concreto, e não com palavras, como tentativa mágica, ilusória, de recuperar o objeto perdido, lugar ocupado pelo objeto adictivo, o que ocorre sem que haja qualquer tipo de trabalho, de elaboração psíquica.

É isto que McDougall (1992) postula como “ato-sintoma”, aquele que geraria uma espécie de curto-circuito pulsional que ocorre diante da descarga rápida e imediata da excitação vivida como excesso, diante de acontecimentos internos (medos, frustração, dentre outros) e externos (perdas reais), sem que haja qualquer tipo de elaboração. Para a autora, eles corresponderiam *“... a toda organização psíquica que tende a resolver, pela atuação no mundo exterior, um conflito interno”* (p. 213).

Logo, os conflitos de ordem psíquica são dissipados pela via da atuação, o que impede que sejam elaborados e traduzidos em palavras. Segundo Loli (2000, p. 57), *“... os conflitos que deveriam ser resolvidos nessa instância dirigem-se para o funcionamento orgânico produzindo e mantendo a obesidade”*.

A comida é então considerada um objeto adictivo, comparada aos objetos transitórios, aqueles que urgentemente são recriados pelo sujeito como forma de evitar a solidão e o sentimento de inferioridade e, conseqüentemente a dor, a angústia, o sofrimento psíquico, tão necessários para que outros objetos que se encontram em vias de introjeção possam ocupar o vazio, transformado-o em ausência (MCDOUGALL, 1997).

O comer compulsivo, na obesidade, é, portanto, considerado um tipo de adicção e, corresponde, em psicanálise, a um sintoma. Logo o sentido dado a ele é algo particular, singular e que depende da história de vida de cada um, não podendo ser generalizado, de uma vez por todas para todos os pacientes. Isso que faz na medicina, a cirurgia bariátrica viceje, pois, se o paciente possui os critérios exigidos pelos códigos legais, como o IMC (Índice de Massa Corpórea), ou, as comorbidades, ele já se torna um candidato em potencial à cirurgia, independente de seus aspectos subjetivos, os quais deveriam ser previa e rigorosamente considerados para que pudesse ser indicado qualquer tipo de tratamento para obesidade. Aliás, o que está previsto nas normas brasileiras, quase inutilmente.

## 7 REPRESENTAÇÃO CORPORAL

### 7.1 A GORDURA E O IMAGINÁRIO SOCIAL

Desde os primórdios da psicanálise, as questões corporais já chamavam a atenção e demonstravam ser um campo de interesse, tanto que Freud construiu sua teoria sobre as neuroses baseada no estudo de caso da famosa paciente Ana O, em 1895, cujos sintomas não podiam ser explicados pelo modelo tradicional da medicina por não haver correlação com causas orgânicas, apesar dos sintomas físicos.

Estes sintomas corporais continuam a comparecer de várias formas, muito embora com outras configurações, sustentadas por tecnologias e recursos científicos cada vez mais avançados atravessados pela cultura da estética, que prometem felicidade plena diante das exigências sociais de corpo perfeito, sem que se considere as particularidades e a subjetividade de cada um, o que demonstra claramente que o corpo erógeno, tratado pela psicanálise é diferente do corpo orgânico, tratado pela medicina, como ocorre com alguns casos de obesidade mórbida e da busca da cirurgia bariátrica como forma de tratamento para obesidade, como ocorreu no caso trabalhado nesta dissertação.

O corpo passa a ser fonte de investimento, cujos padrões adotados demonstram a forma de funcionamento de uma sociedade que, na atualidade, busca um ideal de perfeição, jovialidade e beleza, como sinônimo de poder, status, produtividade, sendo uma forma também de “evitar” o envelhecimento e a morte. Estar fora destes padrões significa fonte de exclusão e preconceito, como ocorre com a obesidade (NOVAES, 2006; VILHENA; NOVAES, 2008; VILHENA; NOVAES, 2012).

A obesidade, além de não seguir os padrões de beleza exigidos pela sociedade contemporânea, ainda ocupa o lugar de doença, quando então convoca a medicina a curá-la quando entra em cena, seguindo os ditames sociais de culto ao corpo perfeito, cujos profissionais são menos tolerantes com estes pacientes, considerados, no imaginário social, preguiçosos, desleixados, sem força de vontade (NOVAES, 2006; VILHENA; NOVAES, 2008; VILHENA; NOVAES, 2012). Segundo as autoras:

A conduta médica faz sentido quando pensada espelhando uma cultura que moraliza a beleza e convoca incessantemente o sujeito a engajar-se no projeto de modelação corporal. As pessoas obesas ocupam socialmente o lugar de transgressores, uma vez que não reproduzem de maneira eficaz e disciplinar as práticas corporais que as levariam a perder peso. O resultado para tal desobediência é o peso da exclusão socialmente validada e o sentimento de insuficiência e incapacidade pessoal pela falta de adesão ao programa de *fitness* e *body building* (VILHENA; NOVAES, 2008, p. 383).



Vale ressaltar que estas imagens são o reflexo da cultura e desse mal estar presente na atualidade, colocando em evidência os modos de subjetivação de uma época, o que já era tratado por Freud (1921), quando se referia à psicologia individual como sendo grupal, social, considerada a mais antiga psicologia humana. Segundo o autor:

Cada indivíduo é parte componente de numerosos grupos, acha-se ligado por vínculos de identificação em muitos sentidos e construiu seu ideal do ego segundo os modelos mais variados. Cada indivíduo, portanto, partilha de numerosas mentes grupais – as de sua raça, classe, credo, nacionalidade, etc - podendo também elevar-se sobre elas, na medida em que possui um fragmento de independência e originalidade (FREUD, 1921, p. 139)

Para entender como ocorre a passagem da psicologia de grupo para a individual, Freud (1921) utiliza o mito científico do pai da horda primeva e o mito do herói, que culmina no complexo de Édipo, quando o universal se singulariza na história de vida de cada um. A partir daí, segundo Fernandes (2003), “... *fica mais fácil entender como o imaginário da época, com suas referências estéticas, opera na constituição dos novos sintomas*” (p. 16).

Estes novos sintomas seriam a forma de expressão do funcionamento do mundo contemporâneo, no qual parece se ter dificuldade de se deparar com as perdas, com a castração, sempre adiadas por intermédio da compulsão: compulsão por compras, por álcool, por drogas, por comida, por beleza, por cirurgias.

Ser bela, portanto, passa a ser, segundo Vilhena e Novaes (2008), uma obrigação devido às facilidades que a modernidade oferece, como se fosse uma questão de escolha e de vontade, cuja responsabilidade depende de cada um. De dever social, a beleza passa a ser um dever moral, uma obrigação, cujo fracasso é considerado falta de empenho pessoal.

A gordura, paradigma da feiura, em uma sociedade imagética, do espetáculo, como a do mundo contemporâneo, onde “só é feio quem quer”, é considerada fonte de angústia e sofrimento psíquico, o que interfere diretamente na formação da subjetividade (NOVAES, 2009).

Logo é entre a subjetividade/interno e o social/externo que o conflito e as questões corporais se instalam, originando, como diz Fernandes (2003), as “patologias de ação corporal”, nas quais os problemas internos, de ordem psíquica se manifestam no corpo que, de “... *veículo ou meio da satisfação pulsional, o corpo passa a ser veículo ou meio de expressão da dor e do sofrimento. Um sofrimento que parece ter dificuldade de se manifestar em termos psíquicos*” (p. 17).

Nesta sociedade imagética e lipofóbica, a busca por este corpo ideal é algo que está incorporado no dia a dia das pessoas, que se comportam sem que haja qualquer tipo de

reflexão sobre seus atos, o que demonstra uma nova forma de alienação, cuja imagem deve seguir os padrões estipulados pela ditadura da beleza, fato este que ocupa o centro da vida das pessoas. Esta é, segundo Vilhena e Novaes (2008), a marca da cultura narcísica contemporânea, cuja imagem deve ser apresentada ao outro, sem que cause qualquer tipo de mal-estar. Logo o espelho que antes era usado para admirar, agora parece ser usado para criticar, principalmente entre as mulheres que “... lutam contra si, perdendo-se no espelho à procura delas mesmas. Se antes as roupas as aprisionavam, agora se aprisionam no corpo – na justeza das próprias medidas” (p. 390).

Porém é importante ressaltar que o ideal de corpo almejado pelas mulheres varia de acordo com a classe social à qual pertencem. Segundo pesquisa realizada por Novaes (2006), nas classes média e alta, o padrão de beleza adotado é o do corpo magro associado ao desejo de sentirem-se bem consigo mesmas, reflexo de um discurso individualista. Em 2010, a autora fez outra pesquisa, seguindo o mesmo protocolo, mas contemplando as classes mais baixas, na qual se observou que o padrão de beleza adotado por estas mulheres é o de “gostosas”, associando-o ao desejo de manterem-se atraentes para os homens.

Mas então vem a pergunta, por que as pessoas obesas buscam a cirurgia bariátrica como tratamento para obesidade, considerada pela grande maioria como algo invasivo e radical? Será que, se não fosse este olhar preconceituoso, estas pessoas buscariam este tipo de tratamento para combater a obesidade? Por que estas cirurgias, em muitos casos, não são consideradas bem sucedidas do ponto de vista emocional?

É neste momento que a psicanálise entra em cena ao ser convocada a olhar para o corpo erógeno, cuja imagem se constitui na relação estabelecida com o outro, nas primeiras relações com o mundo externo, cuja falha pode se manifestar através de um sintoma corporal na tentativa ilusória de buscar a completude.

Este sujeito pós-moderno torna-se escravo do olhar de “qualquer outro”, como forma de mascarar este vazio, a sensação de solidão e de desamparo. O corpo, então, seria uma forma de representar “... as demandas de um mal-estar contemporâneo, onde tudo tem que ser previsível, imediato, como se o que está fora seja capaz de curar o que está doendo por dentro, onde a possibilidade de suportar perdas torna-se cada vez mais intolerável” (LANGE, 2011).

Sem querer reduzir a obesidade a um problema puramente psicológico, Novaes (2012) sustenta que se deve tentar fazer uma articulação entre corpo e psiquismo na tentativa de fazer com que o sujeito se implique e se responsabilize por seu sintoma e, conseqüentemente, consiga aderir ao tratamento, uma vez que existem muitos casos que

passaram pelo procedimento cirúrgico e que voltaram a engordar ou a apresentar compulsão por álcool, drogas, compras, fato este observado em minha prática clínica, como o caso escolhido para ser analisado nesta dissertação.

## 7.2 A PSICANÁLISE E O CORPO ERÓGENO

O psiquismo humano se constitui a partir da relação estabelecida com o outro que é o responsável pela constituição psíquica, aquele que dá vida ao bebê, satisfazendo suas necessidades orgânicas e emocionais também, ao ter seu corpo erogenizado por quem cuida dele. Como apontam Levy & Azevedo (2012, p. 2), “... é no corpo que as primeiras sensações e sentimentos são vividos pelo sujeito”.

O que Freud demonstra ao longo de sua obra é que, desde a origem, o destino do ser humano seria a morte se não fosse a presença do outro, ao possibilitar a ligação das forças pulsionais que o ser humano seria incapaz de inicialmente fazer sozinho.

Sabemos que é na relação mãe bebê que esse corpo se constitui banhado pelo erógeno ofertado pela mãe ou substituta, atravessado pela cultura, pela linguagem. É na relação com o outro que o sujeito se forma psiquicamente, inaugurando assim o sexual com seu conteúdo energético do qual Freud revela ao longo de sua obra (LEVY; AZEVEDO, 2012, p. 03).

Vale lembrar que o corpo erógeno foi descoberto por Freud em seus estudos sobre a histeria no ano de 1895, ganhando novos contornos e um estatuto peculiar ao demonstrar que o corpo está para além do biológico, referindo a existência do corpo pulsional rompendo neste momento com o modelo médico. A pulsão seria descrita por Freud (1920) como o representante de forças que se originam no interior do corpo e são transmitidas ao aparelho psíquico e que precisam ser descarregadas.

Freud (1905), em seu artigo chamado de **Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade Infantil**, refere-se à sexualidade infantil e às fases do desenvolvimento psicosexual como fundamentais para se compreender os destinos pulsionais tomados por cada sujeito. Como afirma Ceccarelli (2011), é pelo movimento pulsional que o sujeito vai estabelecendo sua dinâmica identificatória que formará o eu e sua imagem corporal.

Para Lindenmeyer e Ceccarelli (2006), o *eu* é formado a partir dos outros “*eus*” que foram significativos na história dos movimentos identificatórios do sujeito, em que se encontra o sistema de valores e os ideais da cultura, cujas mudanças podem causar desorganizações identitárias que repercutem no corpo.

É o que demonstra Freud em seu artigo chamado **O Ego e o Id** (1923), a se referir ao ego como “... *primeiro e acima de tudo, um eu corporal: não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é ele próprio, a projeção de uma superfície*” (p. 40). É na superfície do corpo que o bebê recebe as primeiras sensações vindas do meio externo. É neste corpo que a mãe ou quem ocupe este lugar investe (ou não) narcisicamente, projetando seu desejo, fundando aos poucos o corpo pulsional e, conseqüentemente, o *eu* e sua imagem corporal, o que depende, portanto, da história de vida de cada um.

Para Dolto (2001), a imagem do corpo é eminentemente inconsciente, e começa a se formar com a erogenização do corpo, com a introdução da linguagem e a inserção da cultura. Ela se manifesta através do esquema corporal, considerado, a princípio, o mesmo para uma mesma espécie.

O esquema corporal reporta o corpo atual no espaço à experiência imediata. Ele pode ser independente da linguagem entendida como história relacional do sujeito com os outros. O esquema corporal é inconsciente, pré-consciente e consciente. O esquema corporal é evolutivo no tempo e no espaço. A imagem do corpo reporta ao sujeito do desejo a seu gozar, mediatizado pela linguagem memorizada da comunicação entre sujeitos. Ela pode tornar-se independente do esquema corporal. (DOLTO, 2001, p. 15-16).

O esquema corporal caracteriza uma espécie por onde a imagem do corpo pode ser visualizada, carregando a história de vida de cada um. Já a imagem do corpo é a história de vida em si, demonstrando como o psiquismo se foi constituindo, sendo a projeção do psiquismo, do narcisismo dos pais e da própria cultura.

Para Nasio (2009), a imagem inconsciente do corpo é o conjunto de impressões gravadas no psiquismo ainda imaturo, proveniente das sensações corporais advindas do contato com a mãe, responsável pela formação da imagem inconsciente do corpo que é considerada “... *o próprio inconsciente, e o solo fértil desse inconsciente é o corpo*” (p. 24), sendo reativada sempre que a criança atravessa suas primeiras crises de crescimento e depois no corpo adulto.

A imagem do corpo, para Dolto (2001) é:

[...] aquilo onde se inscreveram as experiências relacionais da necessidade do desejo, valorizantes e /ou desvalorizantes, ou seja, narcisantes e/ou desnarcisantes. Estas sensações valorizantes ou desvalorizantes manifestam-se como uma simbolização das variações de percepção do esquema corporal e', mais particularmente, daquelas que induzem os encontros interhumanos, dentre os quais o contato e os dizeres da mãe são predominantes (DOLTO, 2001, p. 27).

Então, a forma como cada um vai agir com seu corpo dependerá da história de vida e do narcisismo de seus pais, revividos na relação estabelecida com seu bebê, podendo

ser observados pelo investimento que faz sobre ele e que o “alimentará” psiquicamente. A boca que antes se enchia com comida, passa a ser preenchida com outro tipo de alimento: com palavra, afeto, amor, reconhecimento, cuidado, captados pelas diversas áreas do corpo, que têm relação com cada fase de seu desenvolvimento que, para Freud (1905) corresponde à fase: oral, anal, fálica e genital. É assim que o corpo vai sendo erogenizado. Segundo Dolto:

É por meio da palavra que desejos findos puderam organizar-se em imagem do corpo, que lembranças passadas puderam afetar zonas do esquema corporal, tornadas, conseqüentemente, zonas erógenas, ainda que o objeto do desejo não esteja mais ali (DOLTO, 2001, p. 30).

É importante ressaltar que o “alimento psíquico” difere do “alimento biológico” que satisfaz as necessidades orgânicas, muito embora eles sejam confundidos muitas vezes. É como se encher o filho de comida, de brinquedos, não deixando “faltar nada”, fosse tudo. Na verdade, o tudo aqui pode representar o nada ou o quase nada, mantendo este ser em total estado de desamparo.

Este tipo de investimento (psíquico) é tão importante que, mesmo crianças que possuem alteração em seu esquema corporal, podem possuir uma imagem corporal saudável. Do mesmo modo, o inverso pode ocorrer no caso de crianças que possuem o esquema corporal saudável, íntegro e sua imagem corporal adoecida devido à falta de investimento dos pais, como pode ser observado nos casos de autismo, na psicose e até mesmo nas neuroses mais graves (DOLTO, 2001).

Segundo Lindenmeyer (2012), o corpo é considerado um lugar de expressão dos conflitos inconscientes, “(...) é o lugar do qual emerge o pulsional e seu meio de chegar a sua satisfação, seja ela no prazer ou no desprazer. Daí viria sua capacidade de se transformar em um ‘Teatro’ e colocar em cena os conflitos inconscientes mais variados”. (p. 03).

A construção desta imagem do corpo é de tanta importância que ela carrega consigo marcas que acompanharão a pessoa por toda a vida e cuja manipulação, seja por meio de cirurgias plásticas, seja por meio de cirurgia bariátrica, acaba gerando um problema no subjetivo, pois estes aspectos não são levados em consideração, ou quando o são ocorrem mais como forma de “evitar dor de cabeça” por serem casos em que o médico considera o paciente “problemático”. Para Freud (1926):

O ser adulto não oferece qualquer proteção absoluta contra um retorno da situação de angústia original. Todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas (FREUD, 1926, p. 146).

O desamparo, portanto, é inerente ao ser humano e, por mais recursos internos que se possa ter, nada e nenhum objeto é capaz de completá-lo totalmente. É o que motiva os seres humanos, pelo menos os neuróticos, a buscarem sempre o outro lado da moeda, a metade da maçã, que o complete, o que é feito por toda a vida.

Pode-se dizer, pois que o desamparo é considerado o protótipo da cena/situação traumática que ocorre devido à falha na relação inicial estabelecida com o outro, que seria a responsável pelo desencadeamento do processo de ganho de peso, refletindo, portanto, diretamente nas questões corporais que estariam relacionadas com a pulsão sexual, os conflitos, as fantasias e a própria realidade psíquica (NOVAES, 2012).

Os episódios de comer compulsivo podem ser compreendidos como uma forma de anestesiar a dor, a angústia e o sentimento de culpa que “não pode vir à tona”, funcionando como uma espécie de interdição do desejo. A gordura, então, pode ser compreendida como um escudo protetor contra afetos considerados perigosos e proibidos, o que parece refletir diretamente na adesão ao tratamento (NOVAES, 2012).

Diante disto, questiona-se: será que estas intervenções cirúrgicas que cortam o estômago conseguem cortar o circuito pulsional presente na obesidade? Por que alguns pacientes voltam a engordar ou começam a apresentar outro distúrbio da oralidade depois da cirurgia? Será que, apesar de se viver em uma sociedade do espetáculo, imagética, lipofóbica, que tem um ideal de beleza, de corpo, diferenciado para mulheres e homens e até mesmo entre classes sociais (gostosa e magra/ forte e sarado/ sinônimo de saúde, produtividade, jovialidade) e que oferta inúmeros tratamentos para se alcançar este ideal, só é feio quem quer? Será que estas intervenções generalistas conseguem alcançar o que há de singular em cada caso?

Apesar de todo e qualquer ser humano tentar buscar o que o complementa, nada parece preencher este buraco, este vazio. O que a história libidinal da humanidade mostra é que os dispositivos usados como forma de conforto sempre falharam, pois não há nada, nenhuma crença, organização psicossocial, ciência, objeto, laço social, que possa ocupar este lugar e proteger do desamparo (CECCARELLI; LEVY, 2012).

## 8 DISCUSSÃO TEÓRICO-CLÍNICA: “CLEO E O PESO DE SUA OBESIDADE”

### 8.1 O FRACASSO DA PRIMEIRA CIRURGIA: A TRAIÇÃO DA IRMÃ

Logo em sua primeira sessão, Cleo demonstrava incômodo com seu corpo, mas me questionava se este seria o motivo real que a levou a fazer a cirurgia para tratar sua obesidade mórbida. Aos poucos Cleo foi revelando as razões de minha dúvida: havia algo a mais que não só o emagrecer? O que será que estava por traz deste desejo súbito de ser operada?

Cleo revelou que sua irmã mais velha que já tinha feito a cirurgia de redução de estômago estava “*linda e magra*”, acreditando que ficaria assim também. E ela dizia “*se ela conseguiu, eu consigo também!*”. Uma certa ambiguidade que sentia em sua afirmação, em certo momento ficou mais clara, quando tive a impressão de que o motivo que levou Cleo a buscar a cirurgia como tratamento para sua obesidade estava ligado à rivalidade entre as irmãs.

Essa irmã, que chamarei aqui de Melissa, era filha apenas de sua mãe, e com ela mantinha um relacionamento ambivalente. Melissa, por algum tempo, havia recebido em sua casa Sebastião, mas alimentar e cuidar do velho biltre talvez só tivesse uma razão, já que Cleo enviava regularmente ajuda financeira para Melissa. Certa época, Sebastião veio passar uns tempos com Cleo, mas instalou-se de vez, como se dono da casa fosse, recusando-se a sair. Talvez a disputa entre elas tenha motivado Cleo a se submeter a este método de tratamento que considerava radical, o que continuava me intrigando, principalmente ao perceber através de suas expressões corporais, o quanto era dolorosa sua história. Uma coisa era clara, havia uma intensidade enorme na dor de ter fracassado em seu desejo de emagrecer! Mas será que era só o desejo de emagrecer que motivara a cirurgia?

Logo ficamos sabendo que esse fracasso se seguiu a uma traição: Melissa havia tido um relacionamento extraconjugal com seu marido, o que revelou de forma perversa, quando Cleo, se recuperava da cirurgia. A traição de Melissa era o que se repetia insistentemente, como se precisasse se convencer disto, como se não acreditasse, ou talvez não quisesse acreditar. E indagava-se: “*como pode uma pessoa que tanto ajuda financeiramente fazer isto comigo?*”.

Dependente dos outros, sem poder alimentar-se bem, como antes, sorvendo pequenos bocados irrisórios, corpo ferido, pedaços arrancados, cicatrizando lentamente, os grandes sacrifícios que são impostos pela cirurgia bariátrica, Cleo se recuperava da primeira

cirurgia quando o trauma veio, inclemente! Em suas palavras: “*parece que tiraram meu chão*”. Traição, susto, desamparo, raiva, tudo se parece ter misturado, naquele momento, à semelhança do choque da notícia da morte de sua mãe.

A partir disso, separa-se do marido, recupera-se da cirurgia e, volta a engordar tudo de novo, agora não só comendo, mas bebendo também. Mais do que nunca talvez necessitasse de um corpo forte e grande para conter o *pathos*.

## 8.2 O FRACASSO DA SEGUNDA CIRURGIA: A MORTE DO TIO

Cleo decide, algum tempo depois, fazer outro procedimento cirúrgico de redução de estômago e, quando estava começando a obter sucesso por estar finalmente emagrecendo, seu tio, irmão de seu pai falece, o que relata com muita tristeza, mas sem deixar cair uma lágrima sequer. Por que Cleo não podia demonstrar, chorando, o que estava sentindo, me indaguei várias vezes. Não podia, talvez, assumir para si mesma a dor desta perda. Havia um trabalho de luto necessário, mas não foi nesta análise que Cleo pode realizá-lo.

Ele foi a pessoa que conseguiu resgatá-la daquele que considera “o pior momento de sua vida”. Momento em que estava perdida no meio das drogas, no fundo do poço, logo após a morte de sua mãe. E ele fez isto da forma mais simples possível, com amor. É o que este bebê grande demanda o tempo todo em sua análise: a falta de amor. Cleo perdera, neste momento, novamente seu chão. Seu desamparo emerge e com toda a força. Só que agora sem ter o tio para ampará-la. Perguntei-me neste momento, o que será deste pequeno grande bebê? E claro, que Cleo volta a engordar.

O sentimento de fracasso toma conta de Cleo novamente, parecia não saber lidar com as perdas. Fracassada por não conseguir sustentar seu desejo de emagrecer, por não conseguir manter seu casamento, por não conseguir sair do lugar devido ao corpo cada vez mais pesado. Não o peso da balança, mas o peso da vida. Era o que parecia que seu corpo expressava: o sofrimento acumulado ao longo de sua vida e que tivera que engolir. Perguntei-me várias vezes, quantos sapos ela precisaria ainda engolir para amenizar sua culpa. Que tamanho este corpo vai alcançar para poder suportar o peso de tantas cruces?



### 8.3 SEU MAIOR PESO: O PAI

É neste momento que Cleo parece conseguir traduzir, em algumas poucas palavras, outros traumas vividos por ela, principalmente de seu pai que, além de violento, também era incestuoso. Imaginava como deveria ser difícil para ela ter que conviver com ele, desobrigando-se de retomar sua própria vida, tentando parasitar as filhas que se recusavam a recebê-lo. Mas Cleo não o rejeitava, Cleo era grande e forte, acolheu o velho infame, cuidou dele, pagou suas necessárias medicações, manteve-o, e lá se vai mais um pedaço de seu corpo, segue para a 3ª cirurgia...

Pensei novamente: por que Cleo precisa se submeter a mais este tipo de agressão, pois era assim que a presença do pai me parecia, por mais contido que ele estivesse com o uso de psicotrópicos, atuantes como camisa de força química. Era assim que ela tentava justificar suas crueldades, inclusive as surras que deu em sua mãe e os abusos que cometeu com todas elas, os abusos físicos e morais: ele era “paciente psiquiátrico”. Masoquista Cleo? Parece que não se pode negar. Mas o que a levou a esta posição subjetiva? Apesar de que talvez fosse mais saudável emocionalmente mantê-lo longe de si, ela assinalava o tempo todo que não ‘tinha condições’ de desprezá-lo ou simplesmente afastar-se dele. Então, para suportar este peso excessivo, parece que o que lhe restava era comer, beber, sempre muito e ter um corpo cada vez maior.

Este foi um momento extremamente delicado da análise. Momento em que as resistências emergiram com toda a sua potência. Manejar a transferência era algo decisivo para o direcionamento deste tratamento. Mas o que mais temia, aconteceu! Cleo interrompe o tratamento depois de expressar a dúvida de ter sido abusada pelo pai. Dúvida que se transformou em certeza impensável, quando se evadiu da análise, pensei eu. Imaginei como era difícil para Cleo escutar as suas certezas e não conseguir fazer nada para mudar aquela situação.

### 8.4 A TERCEIRA CIRURGIA E O ABANDONO DA ANÁLISE

Depois de algum tempo, fui pega de surpresa. Cleo me ligou para retomar sua análise. Perguntei-me o que teria ocorrido que fizera com que ela mudasse de ideia. De cara pensei que talvez ela precisasse de um tempo para elaborar o que havia dito nas últimas sessões. Sessões por sinal bastante pesadas, tão pesadas quanto ela.

Em sua primeira sessão, fui surpreendida novamente. Cleo fizera novo procedimento cirúrgico em São Paulo. Perguntei-me novamente o porquê e o que ela queria com tanta agressão? O que ela estava querendo me dizer com aquilo? Percebi que neste momento, diferente do anterior, parecia que Cleo encontrava-se mais na defensiva, como se não quisesse mexer naquele ponto que estava quando interrompeu a análise. Parece que estava ali apenas porque seu médico pediu, condicionando a cirurgia ao tratamento psicológico, como ocorre no pré-operatório quando buscam o parecer psicológico.

E, quando seus traumas começam a emergir, ela novamente não suporta: Cleo abandona o tratamento. Pensei cá com os meus botões, se não estaria repetindo comigo o seu maior medo: o do desamparo. Talvez tenha abandonado a análise exatamente por temer ser abandonada por mim ao revelar o quê? Lembremos, foi assim que ela chegou à análise, abandonando os profissionais que a estavam tratando quando começou a perceber seu fracasso, pois continuava obesa. Fracasso. É o que parecia significar os procedimentos cirúrgicos para Cleo. A obesidade que até então parecia pesar, mas não tanto, depois de três procedimentos cirúrgicos sem sucesso, parecia acumular um peso que talvez nunca tenha tido antes: o peso do fracasso. Seria esse seu desejo último? Manter-se penosamente sobrecarregada de dores sem que ninguém pudesse aliviá-la? Atuar em seu corpo o desamparo que é de todos os humanos, como se fosse a única no mundo a ser insocorrível? Que sorte de narcisismo era esse? Insocorrível como foi sua mãe? Cleo identificou-se irremediavelmente com a mãe perdida, aquela que morreu porque ela não foi suficientemente forte para proteger? Estas são questões que continuam a ecoar em meu espírito, que dirigiram minhas reflexões, que sustentaram o desejo desta pesquisa. Mas ficam aqui em aberto. Quem sabe Cleo ainda voltar para análise, e então eu terei, não o socorro que pede, mas pelo menos mais perguntas a lhe fazer, até que possa construir, junto comigo, sua psicopatologia fundamental.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, trabalhou-se com a hipótese da obesidade como um tipo de adicção que se manifesta através do comer compulsivo, cujo sentido deve ser apropriado pelo sujeito. A ingestão compulsiva dos objetos externos teria como objetivo, ao serem incorporados, suprimir a falha básica diante da impossibilidade de introjetar o objeto primário. Porém esta finalidade da pulsão não se cumpre, pois a incorporação do objeto externo, concreto, na obesidade, a comida, satisfaz apenas a necessidade de ordem orgânica, e não a do excesso pulsional que continua buscando satisfação, de forma compulsiva e repetitiva.

O engordar e o emagrecer, no caso de Cleo, estariam relacionados com a perda do objeto primário, aquele estabelecido nas primeiras relações entre o bebê e as pessoas responsáveis pelos cuidados físicos e emocionais, cujo lugar, no geral, é ocupado pela figura materna ou seus substitutos, sendo algo arcaico na constituição psíquica, uma forma de defesa diante do medo do sentimento de desamparo.

Neste sentido, pode-se pensar a obesidade como um sintoma, portador de um sentido implícito e organizado como um conflito psíquico, juntamente com o sofrimento que lhe corresponde. Seu sentido só pode ser construído, pois está sobredeterminado pelo modo como o sujeito constrói sua história de vida no contexto social, o que permite que seja pensada como um modo de subjetivação adictiva, e não como uma estrutura psíquica. É, antes, um *devoir*.

Para a psicanálise, a constituição psíquica de pessoas obesas não obedece a um modelo objetivo, quantificável e preciso. O que se observa a partir da prática clínica é a presença da compulsão alimentar principalmente no funcionamento neurótico, como pode ser verificado no caso de Cleo, cuja investigação dedicamos um percurso analítico-conceitual, após o processo psicoterápico ter se encerrado, resultado apresentado nesta dissertação. Porém vale ressaltar que a obesidade também pode estar presente em outras formas de funcionamento psíquico, como na psicose.

Lembremos que aqui construiu-se um percurso que remete às fases mais arcaicas, às fantasias mais primitivas investidas de libido que o bebê humano pode imaginar, enquanto não pensa com palavras. Em um período anterior à linguagem apenas a função psíquica de imaginar é disponível ao bebê, enquanto a capacidade de simbolizar vai sendo construída aos poucos. Quando as primeiras relações estabelecidas entre o bebê e o meio externo falham, o alicerce para a constituição da subjetividade, que é sempre psicopatológica, resta insuficiente.

Assim, diversos modos de subjetivação adictiva podem resultar, como o singular caso de obesidade aqui examinado.

Nesta perspectiva, pensando a obesidade a partir da compulsão à repetição, o sintoma oral de comer compulsivo é uma forma de descarga, um modo arcaico de eliminar o excesso de tensão pulsional. A compulsão sem elaboração psíquica, em um modo de automatismo, ocorre sem que haja qualquer tipo trabalho psíquico defensivo capaz de suportar a avalanche. É o agir para atuar o desejo inconsciente, sem saber o que está repetindo da sua própria história, que aguarda ser posta em palavras.

Na psiquiatria existe uma proposta de classificação nosográfica que se pretende clara e definida sobre a compulsão alimentar que, também supostamente, permite a definição e exclusão diagnóstica. No assim chamado Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), o comer compulsivo vem associado ao sentimento de perda de controle e sofrimento, mas sem o acompanhamento de métodos compensatórios como ocorre na bulimia, o que deve ocorrer em um período de seis meses, pelo menos duas vezes por semana, como pode ser verificado no Apêndice B do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1994, p. 688-690).

Em relação à obesidade, na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1992, p. 284-286), não existe uma seção específica que trate desta patologia, compreendida como uma doença endócrina, nutricional e metabólica que pode estar associada a outros transtornos mentais, com o seguinte código: E 66 – obesidade.

Logo é a distinção da compulsão alimentar presente na obesidade, do ponto de vista médico e a forma como olham para este sintoma e se debruçam, ou não, para examinar o corpo obeso, que colocará para todos profissionais de saúde um dilema ético: qual a melhor terapêutica para cada caso?

Como psicoterapeutas, a questão é, diante do risco de morte real, teriam tempo estes pacientes para a progressiva elaboração psíquica dos conflitos e traumas, há longo tempo cultivados, a custo de intenso sofrimento? Certamente a cirurgia pode ser útil em alguns casos, com criterioso processo de exame e avaliação, mas nem sempre é a melhor indicação.

Será que, apesar de se viver em uma sociedade capitalista do espetáculo, imagética, lipofóbica, que tem um ideal de beleza, de corpo, diferenciado para mulheres e homens (gostosa e magra/ forte e sarado/ sinônimo de saúde, produtividade, jovialidade) e que oferta inúmeros tratamentos para se alcançar este ideal, só é feio quem quer? Será que estas intervenções generalistas conseguem alcançar o que há de singular em cada caso?

Creemos que Cleo, caso clínico estudado nesta dissertação, tenha permitido demonstrar clara e distintamente, que os aspectos subjetivos envolvidos em sua psicopatologia devem ser levados em consideração, antes mesmo de se indicar qualquer tipo de tratamento para obesidade, seja ele cirúrgico ou não. Parece-nos que isto não foi feito, e correu-se o risco de produzir efeitos e implicações psíquicas importantes, as quais podem levar, inclusive, à morte da paciente. No desenvolvimento de outras formas compensatórias, como o beber, Cleo foi levada a uma sobrecarga psíquica, ou seja, ao seu peso corporal, que até então “não pesava tanto”, somou-se o peso do fracasso. Carga corporal e sobrecarga psíquica que só um corpo com ossatura muito maior seria capaz de carregar, assim como um aparelho psíquico que não era o dela.

Portanto, sem querer reduzir a obesidade a questões puramente psicológicas e, “psicologizar” tudo, o que seria igual a usar o mesmo lado da moeda, os médicos só conseguem ver o corpo orgânico. Deve-se tentar articular os fatores psicológicos, inconscientes aos fatores orgânicos, na tentativa de fazer com que os pacientes se impliquem e se responsabilizem por seus sintomas e, conseqüentemente, consigam aderir ao tratamento, seja ele cirúrgico ou não. No *setting* analítico isso pode ocorrer pela via da transferência como dispositivo clínico, ao se transpor as resistências, quando as ações são transformadas em palavras, na tentativa de enfrentar o sofrimento psíquico e possibilitar novos destinos pulsionais.

Esta pesquisa pretende contribuir para sensibilizar os profissionais da medicina que reproduzem um discurso ideológico capitalista, ao enfatizar a necessidade de um procedimento considerado radical, como foi observado no caso de Cleo. Sensibilizar o paciente, tarefa que está longe de ser simples, diante de uma ideologia que vende o fetiche do corpo magro, datado historicamente, não é possível, certamente, nos moldes preconizados pela legislação. Ao contrário, é algo extremamente difícil, principalmente diante do curto tempo no pré-operatório, quando os psicólogos são solicitados a produzir “um laudo para ontem”, como esta pesquisadora ouviu em tempos idos.

Mas o tempo pode-se tornar o maior inimigo da terapêutica, pois não se pode mobilizar o paciente para refletir, pensar, se já chegam à consulta psicológica “resolvidos”, ou “decididos”, afirmando “saber e querer” e, supostamente, ter “consciência” do que se trata a cirurgia. Eis a função da ideologia: iludir, enganar, colocar de cabeça para baixo a verdade.

Cleo foi uma criança abusada e se tornou uma adulta trabalhadora, digna, provedora da família. Entretanto a criança passiva e masoquista ainda habita Cleo, como um de seus *eus*, dos quais ela não tem consciência. A criança aterrorizada diante da violência do,

que não respeitava seus direitos de menina, nem os de sua mãe e irmãs, continua fazendo dela ainda uma vítima do que nela sobrevive, recalcado e infantil. Essa posição de vítima de seus próprios processos psíquicos inconscientes, Cleo não pôde reconhecer ao longo de sua curta análise comigo. Mas esse modo de subjetivação adictivo responde compulsivamente aos desejos da criança que não entendia aquela linguagem corporal, violenta e sexual, que o adulto usava com ela. O pai, que deveria, de fato, ser penalizado por suas inúmeras e cruéis transgressões, permanece produzindo em Cleo as fantasias mais terríveis, as angústias mais arcaicas. E o que é pior, todos os dias, está sempre ali perto, em sua própria casa.

Como podemos verificar ao longo desta dissertação e principalmente do relato e análise do caso Cleo, parece não se tratar de questões apenas conscientes, de como é a cirurgia, como vai ficar o estômago, como será a alimentação depois da cirurgia. Trata-se de problemas de outra ordem, de questões inconscientes que não são formuladas diante do paciente, que possui o direito de ter o tempo necessário, embora subjetivo, para serem olhadas e tratadas, a fim de que novos encaminhamentos possam ser destinados às suas pulsões.

Novos destinos para suas pulsões só o próprio sujeito pode dar, seja conseguindo amansá-las, seja decidindo por qualquer outro modo de subjetivação frente ao irreduzível pulsional. A psicopatologia fundamental de Cleo apenas começou a ser construída. Quiça ela volte a procurar o dispositivo clínico que mantenho disponível para ela.

## REFERÊNCIAS

ABESO – Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **População da terra já pesa 287 milhões de toneladas, 2012.** <<http://www.abeso.org.br/>> Acesso em: 17 jul. 2012

ABRAHAN, K. **Teoria psicanalítica da libido:** sobre o caráter e o desenvolvimento da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ABRAHAN, K; TOROK. **A casca e o núcleo.** São Paulo: Escuta, 1995.

BALINT, M. **A falha básica:** aspectos terapêuticos da regressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 16-23.

BERG, R. **Uma análise freudiana da obesidade.** 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - USP, São Paulo, 2008.

BERLINCK, M. T. **Psicopatologia fundamental.** São Paulo: Escuta, 2008

\_\_\_\_\_. O método clínico 2. In: **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental.** v. 10, n. 4, dez., p. ix-xii, 2007.

\_\_\_\_\_. O método clínico: fundamento da psicopatologia. In: **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental.** v. 12, n. 3, set. p. 441-444, 2009.

BIRMAN, J. A dádiva e o outro: sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 09-30, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Excesso de peso cresce nos últimos cinco anos, 2011.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 02 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 628/GM-MS,** 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/atos.../cirurgia-bariatronica/portaria-0628.pdf>> Acesso em: 30 jun. 2011

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.569, de 28 de junho de 2007**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 30 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Quase metade dos brasileiros tem excesso de peso, 2010**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 02 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Excesso de peso atinge quase metade da população brasileira, 2012**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 17 jul. 2012.

BRUCH, H. **Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within**. New York: BASIC Books, 1973.

CECCARELLI, P. R. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, 2005. Disponível em: <<http://www.ceccarelli.psc.br>> Acesso em: 07 set, 2011.

\_\_\_\_\_. Uma Breve História do Corpo. In: Orgs. LANGE, E. S. N.; TARDIVO, L. S. L. P. C. **Corpo, alteridade e sintoma: diversidade e compreensão**. 1. ed., São Paulo: Vetor, 2011, p. 15-34.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a economia psíquica das adicções. **Reverso**: Belo Horizonte, ano 33, n. 62, p. 69-78, set. 2011. Disponível em: <<http://www.ceccarelli.psc.br>> Acesso em: 07 set, 2011.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre pesquisa em psicanálise. In.: MELO e JÚNIOR (Orgs). **Diálogos contemporâneos**. Curitiba: CRV, p. 137-146, 2012 Disponível em: <<http://www.ceccarelli.psc.br>> Acesso em: 01 dez, 2012.

CECCARELLI, P. R.; LEVY, E. S. A patologização da normalidade: rumo a uma nova ordem repressiva. In: LEMOS, F.; SANTOS, A. L. (Org.). **Transversalizando no ensino, na pesquisa e na extensão**. Paraná: CRV Editora, 2012.



CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Coordenação: Organização Mundial de Saúde. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1766/05**. Diário Oficial da União de 11.07.2005, Seção I, pág. 114. Disponível em: <<http://ebookbrowse.com>> Acesso em 30. jun. 2011.

DELOUYA, D. Pesquisa em psicopatologia fundamental: método e metapsicologia. In: QUEIROZ, E. F. de; SILVA, A. R. R. Q. (Org.). **Pesquisa em psicopatologia fundamental**. São Paulo: Escuta, 2002, p. 79-92.

DOLTO, F. **Imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FERENCZI, S. **Transferência e introjeção**. In: Obras completas: Psicanálise I. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1991, v. 1, p. 77-108.

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio escolar da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988, p. 16.

FIGUEIREDO, L. C.; JUNIOR, N. C. **Ética e técnica em psicanálise** 2. ed. São Paulo: Escuta, 2008. p. 13-66.

FIGUEIREDO, L. C. A ética da pesquisa acadêmica e a ética da clínica em psicanálise: o encontro possível na pesquisa psicanalítica. In: QUEIROZ, E. F. de; SILVA, A. R. R. Q. (Org.). **Pesquisa em psicopatologia fundamental**. São Paulo: Escuta, 2002. p. 129-142.

FREUD, S. (1895) Projeto para uma Psicologia Científica. In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 335-454. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII.

\_\_\_\_\_. (1896) Carta 52. Científica. In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 281-288. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII

\_\_\_\_\_. (1897) Carta 55. Científica. In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 288-290. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII.

\_\_\_\_\_. (1897) Rascunho L. In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 297-300. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I.

\_\_\_\_\_. (1897) Rascunho M<sup>2</sup>. In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 300-303. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I.

\_\_\_\_\_. (1897) Rascunho N. In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 304-307. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I.

\_\_\_\_\_. (1897) Carta 69. In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 309-311. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I.

\_\_\_\_\_. (1897) Carta 71. In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 314-317. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I

\_\_\_\_\_. (1897) Carta 79. In: \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 323-324. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I.

\_\_\_\_\_ (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. In: \_\_\_\_\_. **Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.35-47. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. III.

\_\_\_\_\_ (1894). As neuropsicoses de defesa. In: \_\_\_\_\_. **Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 51-72. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. III.

FREUD, S. (1895[1894]) Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In: \_\_\_\_\_. **Primeiras Publicações Psicanalíticas**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 89-118.

\_\_\_\_\_ (1896). A etiologia da histeria. In: \_\_\_\_\_. **Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.187-215. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud,v. III.

\_\_\_\_\_ (1905[1901]) Fragmento da análise de um caso de histeria. In: \_\_\_\_\_. **Um caso de histeria, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 13-116.

\_\_\_\_\_. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 117- 231. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII.

\_\_\_\_\_. (1908) Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade. In: \_\_\_\_\_. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 147-154. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX.

\_\_\_\_\_ (1912). A dinâmica da transferência. In: \_\_\_\_\_. **O caso de Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 107-120. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII.

\_\_\_\_\_ (1914[1912-1913]). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II). In: \_\_\_\_\_. **O caso de Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 161-174. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII.

\_\_\_\_\_ (1913[1912-1913]). Totem e Tabu. In: \_\_\_\_\_. **Totem e tabu e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 11-163. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIII.

\_\_\_\_\_ (1914) Narcisismo: uma introdução. In: \_\_\_\_\_. **Além do princípio do prazer, psicologia de grupos e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-75. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII.

\_\_\_\_\_ (1916-1917[1915-1917]). Conferência XVII: O Sentido do Sintoma. In: \_\_\_\_\_. **Conferências introdutórias sobre Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 265-280. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVI.

\_\_\_\_\_ (1916-1917[1915-1917]). Conferência XXIII: Os Caminhos da Formação dos Sintomas. In: \_\_\_\_\_. **Conferências introdutórias sobre Psicanálise**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 265-280. v. XVI.

\_\_\_\_\_ (1919) O estranho. In: \_\_\_\_\_. **História de uma neurose infantil e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 235-273. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVII.

\_\_\_\_\_ (1920) Além do princípio do prazer. In: \_\_\_\_\_. **Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupos e Outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-75. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII.

\_\_\_\_\_ (1921) Psicologia de grupo e análise do Ego. In: \_\_\_\_\_. **Além do princípio do prazer, psicologia de grupos e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 77-154. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII.

\_\_\_\_\_ (1923) O Ego e o Id. In: \_\_\_\_\_. **O ego e o id e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-80. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX.

\_\_\_\_\_ (1924) A dissolução do complexo de Édipo. In: \_\_\_\_\_. **O ego e o id e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 191-199. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX.

\_\_\_\_\_ (1926). Inibição, sintoma e ansiedade. In: \_\_\_\_\_. **Um estudo autobiográfico; inibição, sintomas e ansiedade; a questão da análise leiga e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 79-170. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XX.

\_\_\_\_\_ (1927) O humor. In: \_\_\_\_\_. **O ego e o id e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 163-169. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX.

\_\_\_\_\_ (1930[1929]) O mal-estar na civilização. In: \_\_\_\_\_. **O ego e o id e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 67-148. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX.

\_\_\_\_\_ (1911). Formulação sobre os dois princípios do acontecer psíquico. In: HANS, L. A. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 63-77. v. 1.

\_\_\_\_\_ (1914). À Guisa de introdução ao narcisismo. In: HANS, L. A. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 95-132. .v 1.

\_\_\_\_\_. (1915). Pulsões e destinos da pulsão. In: HANS, L. A. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 133-173. v. 1.

\_\_\_\_\_. (1915) O Recalque. In: \_\_\_\_\_. R. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 2007. p. 175-193.

\_\_\_\_\_. (1915). O inconsciente. In: HANS, L. A. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 13-74.

\_\_\_\_\_. (1920) Além do princípio do prazer. In: \_\_\_\_\_. R. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2007. p. 123-214.

GARCIA-ROZA, L. A. **Introdução à metapsicologia freudiana 3**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 79-163

\_\_\_\_\_. **Freud e o inconsciente**. 15. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. **Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões**. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 21-26.

GURFINKELL, D. **Adições: Paixão e vício**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

HANNS, L. **Dicionário comentado do alemão de Freud**. Rio de Janeiro: Imago , 1996.

JEAMMET, P. Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: Urribarri, R. **Anorexia e bulimia**. São Paulo: Escuta, 1999. p. 29-49.

LANGE, E. S. N. Primeiro ato, o corpo toma a cena: representações da pós-modernidade. In: Lange, E. S. N.; TARDIVO, L. S. L. P. (Org.). **Corpo, alteridade e sintoma: diversidade e compreensão**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2011.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da Psicanálise Laplanche e Pontalis**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Fantasias originárias, fantasias de origens; origens da fantasia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LEVY, E. S.; AZEVEDO, E. C. S. V. Cirurgia bariátrica: Rita e as marcas do desamparo. Mesa redonda 64: Transformações no corpo e sociedade atual. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPTOLOGIA FUNDAMENTAL, 11, 2012. **Anais...** Fortaleza, 2012.

LINDENMEYER, C. Corpo e sexualidade feminina. In: LANGE, E. S. N.; TARDIVO, L. S. L. PLATA (Org.). **Corpo, alteridade e sintoma: diversidade e compreensão**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2011. p. 203-214.

LINDENMEYER, C. S. M. Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? **Revista Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, 2012.

LOLI, M. A. A. **Obesidade como sintoma**. São Paulo, Ed. Vetor, 2000.

MARCELINO, L. F.; PATRICIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4767-4776, 2011.

MCDUGALL, J. **Teatros do eu**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

\_\_\_\_\_. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

\_\_\_\_\_. **As múltiplas faces de eros**: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MEZAN, R. **A sombra de D. Juan e outros ensaios**. São Paulo: Brasiliense, 2005. p. 95-133.

MOREIRA, A. C. G. **Modo de constituição da subjetividade na clínica da melancolia**. Projeto de Pesquisa. Belém, 2003. Mimeo.

MOREIRA, A. C. G.; ORENGEL, J. Melancolia e bulimia: *pathos*, oralidade e amor. Trabalho apresentado no CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 4 e CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, NO SIMPÓSIO, 10: **O amor, a oralidade e seus destinos**, Curitiba, 4 a 7 de setembro de 2010.

NASIO, J. D. O conceito de narcisismo. In: **Lições sobre os 7 conceitos cruciais em psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 45-67.

\_\_\_\_\_. **A histeria**: teoria e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

\_\_\_\_\_. **Meu corpo e suas imagens**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

NOVAES, J. V. **O intolerável peso da feiura: sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro: Ed. PUC Rio, 2006.

NOVAES, J. V. Sobre uma falta que o excesso não cobre: reflexões clínicas acerca de uma jovem obesa e suas relações familiares. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza. v. 9, n. 4, dez., p. 1253-1278, 2009.

NOVAES, J. de V. Você tem fome de quê? Sobre a clínica da obesidade em um hospital público. In: VILHENA, J.; NOVAES, J. V. (Org.). **Corpo para que te quero? Usos, abusos e desusos**. Rio de Janeiro: PUC-RIOaPPRIS, 2012.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e comportamentais da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Obesidade mata 2,8 milhões por ano**.

Disponível em: <[www.abeso.org.br](http://www.abeso.org.br)> Acesso em: 30. jun. 2011.

PIMENTA, A. C.; FERREIRA, R. A. o Sintoma na Medicina e na Psicanálise – Notas Preliminares. **Revista Med**, Minas Gerais, v. 13, n. 3, p. 221-228, 2003.

ROCHA, L. J. L. F.; VILHENA, J.; NOVAES, J. V. Obesidade Mórbida: quando comer vai muito além do alimento. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 15, n. 2, ago. p. 77-96, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Cirurgia Bariátrica e Metabólica**: A cirurgia 2011. Disponível em: <<http://www.scb.org.br>> Acesso em: 30 jun. 2011.

TURNA, J. W. T.; BERLINCK, M. T. O jogo do morto no corpo: introjeção e mortificação. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 10, n. 3, set., p. 951-968, 2010.

VASCONCELLOS, S. C. O. O inconsciente não é light: conseqüências e responsabilidades da cirurgia bariátrica. In. BATISTA, G.; DECAT DE MOURA, M.; CARVALHO, S. B. (Org.). **Psicologia e Hospital 5**. Rio de Janeiro: WAK Ed., 2011.

VIGITEL BRASIL. **Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/vigitel\\_2011\\_preliminar\\_web](http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/vigitel_2011_preliminar_web)> Acesso em: 30 jun. 2011.

VILHENA, J.; NOVAES, J. V. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 8, n. 2, jun., p. 379-406, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. 2011. Disponível em: <mhtml:file://E/Eliane/WHO obesity and overweight 2.mht>. Acesso em: 30.06.2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on diet, physical activity and health**. 2011 < mhtml:file://E/Eliane/WHO Chieldhood overweight and obesity.mh>. Acesso em: 30.06.2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. 2011. Disponível em: <mhtml:file://E/Eliane/ Obesity: preventing and managing the global epidemic>. Acesso em: 30.06.2012.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE - A**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HUIBB  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 196/96 - Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **Obesidade Mórbida: Estudo de Caso do Sofrimentos Psíquico na Perspectiva Psicanalítica de Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica**, que tem como objetivos: investigar o sofrimento psíquico e o sentido do sintoma obesidade em pacientes que já passaram pela cirurgia bariátrica e voltaram a engordar, realizada no Hospital Universitário João de Barros Barreto e consultório particular de psicologia. Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa chamado *Tratamento Psicológico em Hospital Geral: Contribuições da Clínica da Melancolia e dos Estados Depressivos*, realizado no HUIBB desde 2003, coordenado pela Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira.

Sua **participação** nesta pesquisa ocorrerá durante os atendimentos com duração de 50 minutos cada, realizado uma vez por semana, para posterior transcrição, que será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Suas informações serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento** e seu tratamento seguirá da mesma forma. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**, já que os recursos usados serão da própria pesquisadora. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área da Psicanálise.

Ao final da pesquisa você poderá receber a devolutiva sobre os dados coletados que serão usados pelo pesquisador na elaboração desta dissertação, podendo ser apresentados em eventos, revistas e livros científicos.

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do Paciente

---

Assinatura da Coordenadora / Pesquisadora

Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira – fone: 8117-7158

---

Assinatura da Mestranda / Pesquisadora

Eliane Cristina dos Santos Azevedo – fone: 8134-9093

**APÊNDICE - B****INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Eu, **ANA CLEIDE GUEDES MOREIRA**, responsável pela orientação da dissertação de mestrado da aluna Eliane Cristina dos Santos Azevedo, a qual pertence ao curso de Pós-Graduação do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará, venho por meio deste, me comprometer a utilizar todos os dados coletados para o trabalho intitulado de **“OBESIDADE MÓRBIDA: ESTUDO DE CASO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA”**, bem como, manter sob sigilo a identificação dos sujeitos, cujas informações terei acesso, respeitando assim, os preceitos éticos e legais exigidos pela Resolução n 196/96 do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

**ANA CLEIDE GUEDES MOREIRA**

Ciência do orientador

**ELIANE CRISTINA DOS SANTOS AZEVEDO**

Ciência da Orientanda

## **ANEXOS**

**ANEXO - A****Portaria n.º 628/GM 26 de abril de 2001**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a transformação que vem ocorrendo nos últimos anos nos padrões nutricionais da população brasileira;

Considerando que a obesidade constitui-se em preocupação relevante para a saúde pública, uma vez que impõe a seu portador fator de risco à saúde e limitações de qualidade de vida;

Considerando a prevalência da obesidade mórbida e a verificação de casos que não respondem aos tratamentos habituais, implicando num aumento da morbimortalidade de seus portadores;

Considerando a necessidade de ampliar a oferta de serviços na área de gastroplastia e de criar mecanismos que facilitem o acesso dos portadores de obesidade mórbida, quando tecnicamente indicado, à realização do procedimento cirúrgico para tratamento, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do [Anexo I](#) desta Portaria, o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º O Protocolo de que trata esta Portaria deverá ser observado na avaliação inicial dos pacientes, na indicação do procedimento cirúrgico e na descrição da evolução daqueles pacientes submetidos à gastroplastia;

§ 2º É obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas no Protocolo, pelas unidades que efetuarem a avaliação inicial e pelos Centros de Referência que realizarem o procedimento e o acompanhamento clínico dos pacientes;

§ 3º Decorridos 12 (doze) meses da realização do procedimento cirúrgico, o Centro de Referência deverá, obrigatoriamente, enviar o Protocolo devidamente preenchido ao Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais/Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade, para inserção no banco de dados de acompanhamento de cirurgia bariátrica;

§ 4º O não cumprimento do estabelecido no § 3º acarretará o descadastramento do Centro de Referência.



Art. 2º Aprovar, na forma do [Anexo II](#) desta Portaria, as Normas para Cadastramento e Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Art. 3º Relacionar, na forma do [Anexo III](#) desta Portaria, os hospitais já cadastrados no Sistema Único de Saúde como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Art. 4º Manter na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, o Grupo de Procedimentos e o procedimento abaixo discriminados:

33.106.04-5 – Cirurgia de Estômago V

33.022.04-6 – Gastroplastia

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOME D	ANES T	PER M
1.000, 67	215, 90	130, 58	1.347, 22	386	284	10

Art. 5º Manter na Tabela de Órteses e Próteses do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS o material abaixo, para uso exclusivo no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida:

Código	Quantidade	Nome	Valor
93.481.30- 6	01	Kit Grampeador Linear Cortante + 03 Cargas	1.265,09

Art. 6º Manter a compatibilidade entre o procedimento e o material a baixo descritos:

33.022.04-6 – Gastroplastia
93.481.30-6 - Kit Grampeador Linear Cortante + 03 Cargas

Art. 7º Estabelecer que o procedimento e o material mantidos na Tabela do SIH/SUS, respectivamente pelos artigos 4º e 5º desta Portaria, somente poderão ser realizado/cobrado por hospital que esteja previamente cadastrado como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Parágrafo único. As despesas decorrentes do Tratamento Cirúrgico de Obesidade Mórbida serão custeadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC

Art. 8º Definir que a Secretaria Executiva e a Secretaria de Assistência à Saúde poderão emitir atos conjuntos em complemento ao disposto nesta Portaria.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as Portarias GM/MS nº 252, de 30 de março de 1999, Conjunta SE/SAS nº 45, de 10 de novembro de 1999, GM/MS nº 196, de 29 de fevereiro de 2000, e GM/MS nº 1.157, de 11 de outubro de 2000.

**JOSÉ SERRA**

**ANEXO - B****RESOLUÇÃO CFM N 1.766/05**

(Publicada no D.O.U., 11 jul 2005, Seção I, p. 114)

Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n° 3.268/57, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045 de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (Art.2° do CEM);

**CONSIDERANDO** que o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente (Art.5° do CEM);

**CONSIDERANDO** que é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida (Art. 46 do CEM);

**CONSIDERANDO** que o Conselho Federal de Medicina é órgão supervisor da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgador e disciplinador da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerça legalmente (Art.2° da Lei n°3.268/57);

**CONSIDERANDO** a necessidade de normatização do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;

**CONSIDERANDO** o parecer aprovado na sessão plenária de 13/05/05,

**RESOLVE:**

**Art. 1°** - Normatizar, nos termos dos itens do anexo desta resolução, o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

**Art. 2°** - Novos procedimentos serão analisados pela Câmara Técnica sobre Cirurgia Bariátrica para Tratamento de Obesidade Mórbida.

**Art. 3°** - O paciente e seus familiares devem ser esclarecidos sobre os riscos da Cirurgia e a conduta a ser tomada no pós-operatório.

**Art. 4°** - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.