

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

OBESIDADE INFANTIL: DA FALTA DE AMOR À FOME DE AMOR

Vanessa Gontijo de Freitas

BELO HORIZONTE
2009

Vanessa Gontijo de Freitas

OBESIDADE INFANTIL: DA FALTA DE AMOR À FOME DE AMOR

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia da
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito
I para a obtenção do título de Mestre em Psicologia
Área de concentração: Processos de subjetivação

Orientadora: Jacqueline de Oliveira Moreira

BELO HORIZONTE
2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

F866o Freitas, Vanessa Gontijo de
Obesidade infantil: da falta de amor à fome de amor / Vanessa Gontijo de Freitas. Belo Horizonte, 2009.
125f.

Orientadora: Jacqueline de Oliveira Moreira
Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Obesidade nas crianças. 2. Relações mãe-filho. 3. Pós-modernismo. I. Moreira, Jacqueline de Oliveira. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 613.24-053.2

Vanessa Gontijo de Freitas

Obesidade infantil: da falta de amor à fome de amor

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Belo Horizonte, 05 de junho de 2009.

Jacqueline de Oliveira Moreira (Orientadora) – PUC Minas

Joel Alves Lamounier – UFMG

Ana Cecília Magtaz – PUC-SP

Dedicatória

Meu pai era um homem difícil: cabeça-dura, não aceitava que estava errado, era dono da verdade. Intransigente, não aceitava regras que não fossem postas por ele mesmo. Durante minha escrita, perdi meu pai. Durante minha escrita, ganhei minha filha.

Aos dois, que marcaram de forma tão diferente e intensa a minha vida e esta passagem dela.

Agradecimentos

Preciso

Preciso agradecer a Deus pela esperança de que há algo maior e melhor do que tudo que há no mundo e que protege e acredita na humanidade.

Preciso agradecer ao André, meu companheiro, pelo exemplo de perseverança, de conhecimento, e por acreditar em mim.

Preciso agradecer à Nazaré, minha mãe, pelo tempo me auxiliando e cuidando de mim e da minha filha para que eu pudesse escrever, ler ou descansar.

Preciso agradecer à Darlene e à Sirlene, minhas babás, por permitirem que minha escrita fosse possível.

Preciso agradecer à Jaqueline, minha orientadora, pelos ensinamentos, paciência e, sobretudo, pelo respeito pelo lento processo de amadurecimento da minha escrita.

Preciso agradecer aos muitos amigos, que me acompanham sempre, mesmo de longe.

Preciso agradecer aos meus pacientes, por me instigarem a aprender.

Preciso agradecer à minha Nina, por ser fonte de ternura e paz na minha vida.

Resumo

Este trabalho teve como objetivo estudar a obesidade infantil na pós-modernidade e sua possível relação com as bases da constituição do sujeito que se dão dentro do viés psicanalítico, com a formação do complexo edípico e a vivência do narcisismo, na construção do corpo atravessado pelo outro na relação materno-infantil. Objetivou-se entender este processo para, assim, poder contribuir para a abordagem dos pacientes na clínica. Verificou-se a influência de fatores pós-modernos como a falta de tempo, o imediatismo, a competitividade, o descartável, o poder de compra e o ter nas relações das mães com seus bebês e crianças. Pôde-se verificar, então, por meio do diálogo entre a clínica com pacientes crianças obesas e suas famílias e a psicanálise como estes mesmos fatores atravessam a subjetividade das relações humanas e atingem a vivência do narcisismo e a construção do corpo, trazendo inúmeras possibilidades de adoecimento deste. Viu-se, por fim, que a obesidade pode ser uma saída do sujeito criança, uma forma de esta tentar se estruturar diante de uma relação ameaçada por uma construção de corpo espelhada em uma maternagem que não pode lidar com a falta. Uma maternagem pós-moderna que preenche o vazio com o dar o que se pode comprar e não com o que se tem. O corpo obeso como limite para afastar o outro devorador – corpo armadura, ou o corpo obeso como limite para não experimentar a vida e ficar atrelado somente ao outro – corpo colagem. Em ambos, verificou-se uma tentativa da saída de uma relação que não “relou” o suficiente para que o sujeito pudesse ver-se e sentir-se esvaziado.

Palavras-chave: obesidade infantil, pós-modernidade, relação materno-infantil.

Abstract

The aim of this study was to think about childhood obesity in post-modernity and its possible relationship with the constitution of subjects' foundations which are formed within the psychoanalytic bias, with Oedipal Complex formation and the experience of narcissism in body's construction through the other in mother-child relationship. The objective was to understand this process in order to help the approach of these patients in the clinic. We found out the influence of post-modern factors as lack of time, the immediate, competitiveness, disposable, the power of purchasing and the act of "have" in the relations of mothers with their babies and children. Then, it was verified through dialogue among the professionals and the patients (children) with clinically obese and their families and the psychoanalysis how these factors go through the subjectivity of human relationships and affect the experience of narcissism and the construction of the body, providing numerous opportunities for this disease. It was finally observed that obesity can be an outflow of the subject child, a way of attempting to build a relationship threatened by the construction of a body in a motherliness mirror that can not struggle with the need. A postmodern motherliness that fills the emptiness with what you can buy and not with what you have. The obese body as a limit to exclude the other devouring – armour body, or obese body as a limit for not enjoy life and being tied only to the other – gluing body. In both, there was an attempt to exit from a relationship that does not "relou" enough for the subject could see it and feel himself empty.

Keywords: childhood obesity, post-modernity, mother-child relationship.

SUMÁRIO

PARTE I – TRABALHO INTRODUTÓRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	16
2.1 Origem da proposta.....	16
2.2 Metodologia.....	17

PARTE II – OBESIDADE E NOSSO TEMPO: UNIVERSAL

3 A OBESIDADE INFANTIL: CONCEITOS E PROBLEMÁTICAS.....	22
4 PÓS-MODERNIDADE E OBESIDADE.....	29
4.1 O corpo na pós-modernidade.....	29
4.2 Um diálogo entre a pós-modernidade e a problemática em questão.....	36
4.3 A possível influência da pós-modernidade na relação mãe-bebê.....	42

PARTE III – OBESIDADE E PSICANÁLISE: PARTICULAR

5 A MÃO QUE BALANÇA O BERÇO: A CONSTRUÇÃO DO ÉDIPO E A DÍADE MÃE/FILHO.....	48
6 EU SOU EU DEPOIS DE SER VOCÊ: O NARCISISMO.....	62
7 “E O PULSO AINDA PULSA”: O CORPO NA TEORIA PSICANALÍTICA.....	69

PARTE IV – A OBESIDADE NO SUJEITO: SINGULAR

8 ESTA NÃO SOU EU”: O CORPO NA OBESIDADE OU O INDIVÍDUO DENTRO DO CORPO OBESO.....	87
9 DA FALTA DE AMOR À FOME DE AMOR: O MAL-ENTENDIDO QUE VAI PARA O CORPO: FRAGMENTOS CLÍNICOS.....	100
9.1 Fragmento Clínico – Luiza: a menina que não podia crescer.....	100
9.2 Fragmento Clínico – Rafael e o encontro da mãe sem o pai.....	107

PARTE V – REFLEXÃO CAUSUÍSTICA

10 CONCLUSÃO.....	114
REFERÊNCIAS.....	120

PARTE I – TRABALHO INTRODUTÓRIO

1 INTRODUÇÃO

As áreas da saúde como um todo, nos últimos anos, têm se deparado com um aumento da prevalência da obesidade tanto em adultos como em crianças e em adolescentes. Por suas altas taxas de associações com outras doenças, seus prejuízos para o corpo e dificuldades de intervenções, a obesidade tornou-se um agravante problema nutricional e social para a rede de saúde, pois há um acometimento nos âmbitos sociais, profissionais, psíquicos e físicos que podem comprometer a vida do indivíduo.

A obesidade infantil especificamente se apresenta como um desafio para as diversas camadas relacionadas ao problema e é considerada hoje, no Brasil, uma epidemia, com números que superam estatisticamente os números da desnutrição. A prevalência da obesidade no Brasil aumentou em torno de 50% na última década; cerca de $\frac{1}{4}$ das crianças são obesas ou apresentam sobrepeso. Aproximadamente 40 a 80% das crianças obesas serão adultos obesos. Diversos estudos estimam que cerca de 50% das crianças obesas aos sete anos serão adultos obesos e 80% dos adolescentes obesos se tornarão adultos obesos (OLIVEIRA, 2000).

A globalização, na chamada era pós-moderna, trouxe benefícios, avanços tecnológicos e práticos que facilitam a vida urbana e auxiliam o homem no seu dia-a-dia. No entanto, há que se considerar que também houve malefícios com o ritmo imposto nesta mesma era. O excesso de propagandas de guloseimas, a proliferação das redes de *fast-food* e sanduíches, as facilidades dos elevadores, escadas rolantes, controles remotos, a substituição das brincadeiras e jogos de rua por brinquedos eletrônicos e computadorizados vêm fazendo surgir uma geração de crianças inativas fisicamente. Somando-se ao fator falta de tempo, comum em todas as famílias, aos horários de trabalho dos pais, ao medo da violência que tem deixado as pessoas cada vez mais em casa, à distância e à dificuldade de transporte e trânsito, e às residências cada vez menores, o Brasil tem seu nome na lista de um dos maiores países de risco para a obesidade.

Se a obesidade vem como desafio, é certo que podemos notar a tentativa de diversos órgãos públicos e privados, a iniciativa de pais e educadores e, sobretudo, o empenho da tecnologia farmacológica e os avanços médicos na tentativa de solucionar a questão. Não é raro nos depararmos com reportagens na TV, nos jornais e nas revistas abraçando o tema. No entanto, apesar de estudos, a obesidade ainda é misteriosa no seu contexto etiológico e de tratamento.

A psicanálise, com seu aporte teórico e clínico, ao escutar o homem que sofre com a obesidade deparou-se com o corpo. Sendo a obesidade um acometimento que se manifesta no corpo, requer esclarecer que a leitura que a psicanálise faz do corpo difere da leitura do corpo orgânico que é próprio da medicina. A psicanálise vem falar e escutar um corpo investido de pulsão, um corpo libidinizado, que é construído nas relações primeiras e, por isso, não nasce no mesmo momento que o nascimento/parto do bebê.

Na medicina, o corpo obeso é colocado como corpo adoecido, uma síndrome com várias causas, caracterizado por um excesso de tecido gorduroso, (GAYTON,1995) que precisa ser tratado, medicado. Na psicanálise, o que está em evidência é o sujeito, o que ele pode dizer deste corpo acometido pelo excesso de gordura. A obesidade causa um impacto no sujeito; traz consigo pré-conceitos e estigmas, que, por vezes, são relacionadas como consequências deste impacto. No entanto, parece haver um limite muito tênue entre causas e consequências quando se trata de obesidade. O que realmente pode ser colocado como causa e o que pode ser colocado como consequência? Desta forma, cria-se uma via de mão dupla: a psicanálise escuta um sujeito que é suporte de um corpo e um corpo que é suporte do sujeito. Um corpo invólucro, um corpo que pode ser usado pelas vias psíquicas como forma de manifestação de uma desordem do sujeito.

Para a construção do corpo, em psicanálise, é preciso que possamos entrar nas bases da construção da subjetividade humana: as primeiras relações, a vivência edípica e o narcisismo para delinear a formação do corpo erógeno em psicanálise, para dialogarmos com a pós-modernidade e suas possíveis influências na formação da subjetividade, mais precisamente na relação da mãe com seu bebê e, por fim, questionarmos se a obesidade infantil pode ser um fruto das mudanças nesta relação primeira.

O tema deste estudo parte da observação clínica no tratamento de crianças obesas e foi instigado pelo sofrimento destas e de suas famílias na busca de

soluções. O estudo passa pelo desejo de poder investigar caminhos na escuta deste sujeito que sofre pelo seu corpo adoecido.

A pesquisa foi dividida em cinco partes que se subdividem em capítulos e formam o eixo de nossa construção.

A Primeira Parte abarca esta introdução e a metodologia utilizada: a pesquisa qualitativa, os motivos que nos levaram a optar por esta linha de pesquisa, bem como a importância e o cuidado para a escolha e elaboração dos fragmentos clínicos escolhidos.

A Segunda Parte revela o que há de universal na discussão: situaremos a obesidade infantil – conceito, dados estatísticos, problemáticas – fazendo uma interlocução com outro saber que é a medicina e que foi importante trazendo enriquecimentos que nos ajudaram, à luz do referencial teórico psicanalítico, observar como os componentes psíquicos atravessam o corpo. A reflexão da pós-modernidade – o que a faz ser assim denominada por alguns autores, suas características e como isto se reflete no modo de subjetivação¹ das pessoas, e mais especificamente como se manifesta na relação corpo/obesidade – também é discutida neste espaço.

Na segunda parte, encontraremos também a ponta de um *iceberg* sobre nossa discussão: a possível influência na subjetivação pelas características da pós-modernidade na específica relação dual: mãe-bebê. Não se trata ainda neste ponto de retratar e discutir as possíveis consequências destas mudanças, mas deixar o leitor íntimo da ideia de uma “maternagem pós-moderna”. O termo sugere não generalizações ou abafamentos do que é singular de cada relação e de cada vivência humana, apenas quer marcar uma especificidade discutida, como se, para chamar a atenção, colocássemos a palavra em negrito. Maternagem pós-moderna é um negrito, algo que quer primar pela atenção que se deve haver na vida gestacional e no ritmo de vida impostos culturalmente às mulheres e seus diversos papéis na sociedade e na família.

A Terceira Parte fala de conceitos relevantes para desenvolver nossa indagação, tratando do que nos é particular: a obesidade para a psicanálise. A discussão aqui permanece em nível teórico-geral, posto que a discussão clínico-específica será realizada no intermédio das construções clínicas mostradas na

¹ Subjetivação se refere às diversas maneiras possíveis de um indivíduo constituir sua subjetividade, individualidade, seus processos de relação com o mundo.

Quarta Parte sob o título *A mão que balança o berço*. Temos a interlocução com psicanalistas que discutem em seus escritos o tema da relação mãe/bebê e sua importância na constituição da subjetividade.

É verdade que em psicanálise este tema é vasto, posto que, tendo como pai Sigmund Freud, esta ciência foi uma das primeiras a estender seus olhos sobre a relação materno-infantil. Não para falar do senso-comum ou para fazer julgamentos e introduzir o certo ou o errado, mas para colocá-la no ponto mais alto da constituição humana: o ser humano é inatamente dependente, desamparado e fragmentado; é só a partir da mão que o acolhe, que o canta, que o suspira, que o deseja; que ele se faz *ser*.

Freud, em seu clássico “O mal-estar na civilização” (1930[1929]), fala do desamparo inato do homem, da sua condição de solidão e de duas necessidades primordiais: a de viver sua pulsão sexual, sua energia vital, e a e a de ser amado pelo outro. São duas prioridades que, ao mesmo tempo em que se contradizem, se complementam; que formam uma “cama armada” para os conflitos psíquicos. A necessidade do outro enquanto busca de afeto e amor faz-se mais forte e o homem precisa, então, abdicar de suas pulsões envolvendo-se nas exigências, normas e controles que sua cultura e sociedade exigem dele. Freud nomeia de sublimação esta transformação da pulsão em afazeres sociais, trabalho, criação, laços sociais, somatização, busca de drogas e outras coisas mais. Esta renúncia que lhe custa frustração lhe beneficia com um lugar na sociedade, com a permissão para estar com o outro, para ter semelhantes, ser pertencente a um grupo. No entanto, esta frustração que vem da renúncia e este laço com o outro e com o mundo vão se estabelecer em cada indivíduo de uma maneira diferente. São os processos pelo qual uma pessoa passa que lhe servem de arquivo para a conexão com o mundo. Este arquivo, este registro vem de uma primeira relação.

O narcisismo, sob o título “Eu sou eu depois de ser você” encontra espaço discursivo nesta mesma parte que faz um mapeamento da vivência do narcisismo na relação do outro materno e nos permite aproximar do corpo em psicanálise, do corpo que vamos falar.

As palavras afeto, frustração, renúncia, apego, dor não têm seu primeiro acesso ao vocabulário verbal, adentrando, primeiramente, pelo registro do sensório, das sensações. Antes mesmo de saber o significado dessas palavras, o bebê experimenta essas sensações no corpo, ele sente intensidades que lhe permitem

distinguir prazer e desprazer. O corpo é a porta de entrada dessas sensações, é o que primeiro sofre a diferença da passagem de um mundo intrauterino para um mundo extra. O bebê humano vive, geralmente, uma gestação de nove meses. Um tempo reservado para a natureza para que ela faça da fecundação do óvulo feminino pelo espermatozoíde masculino a transformação da célula-ovo em feto. Uma transformação que engloba fenômenos físicos e fisiológicos altamente complexos e interligados. Interdependências de processos para produzir processos independentes e especializados dentro de cada função. Todo esse processo acontece de forma silenciosa, sábia e temporal. A neurociência da neonatologia permite verificar, hoje, muito desses processos complexos, e a tecnologia medicinal permite acompanhar as fases, o tempo de cada transformação, o tempo da maturação.

Maturação aqui fica entendida como um processo pertencente a uma determinada espécie para o desenvolvimento de suas características peculiares, seus dados geneticamente estabelecidos. Paralelamente à maturação, o organismo humano precisa se desenvolver psiquicamente. Falta ao recém-nascido uma organização de personalidade, de unidade enquanto ser. Uma transformação além do equipamento congênito também se inicia.

Nesta transformação, podemos realçar dois personagens principais, coadjuvantes e os bastidores. Como representantes dos bastidores, temos a tecnologia, os profissionais que acompanham a gestação, as pesquisas que orientam a práticas destes. Os coadjuvantes têm como representantes o pai, os irmãos, a família deste “processo em formação”. Já na linha de frente, os personagens principais, temos a mãe e o bebê. Como num grande teatro, todos são importantes e têm sua participação. Sem eles a história não será a mesma, ou não terá a mesma qualidade e talvez perca até o sentido, mas a luz brilha mesmo é quando entra a estrela da peça. A estrela. Um singular que representa uma dupla. Um “um” que representa dois e que a teoria freudiana sustenta como primordial para a formação de um espelhamento que permite que o bebê se reconheça como um “eu” através do reconhecimento do outro.

Finalizando a Parte 3, temos a teorização do corpo em psicanálise. Consideramos o corpo como um centro da construção teórica freudiana. A distinção entre corpo biológico, anatômico e corpo psicanalítico, servo das leis do inconsciente, que possui um funcionamento coerente com a história de cada ser,

possibilita a abertura do pensamento que localiza o corpo como um escoamento, um lugar da descarga de sintomas. Um sistema simbólico pôde ser localizado em torno do acontecimento somático.

A Parte 4 vem apresentar o singular do nosso objeto, trazendo fragmentos de casos clínicos que unem o caminho teórico que foi construído do todo para o um – o aspecto universal da relação materna com o bebê na pós-modernidade –, atuando na produção da personalidade única de cada sujeito, até a reflexão que discute nossa hipótese de que a construção psíquica advinda das primeiras relações pode fazer um atravessamento no corpo na formação da obesidade.

A imagem corporal, sua formação e teorização na psicanálise como ponto relevante na obesidade – a imagem especular que remete o sujeito à sua primeira forma de reconhecimento que é o olhar do outro – norteou a discussão da maternagem que não sustenta as necessidades do bebê e abre espaços para falhas na construção narcísica.

Importante salientar sobre as dificuldades de pedir o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos pacientes e suas famílias, como exigência do comitê de ética. Sendo a relação transferencial uma forma de ferramenta para o manejo do analista, a relação médico paciente organiza-se em torno circunstâncias diferentes se comparadas a outros tratamentos. Desta forma, o TCLE exigiria a leitura do Estudo de Caso pelo próprio paciente e suas famílias. Não há estudo e nem registros do que esta exposição da história, da interlocução da teoria e posição do analista poderiam produzir no paciente. De imediato podemos supor como isto poderia intervir na relação com a análise, e nas relações por ventura citadas. Tendo isto em mente não optamos pela construção do caso clínico, mas fragmentos de vários casos. Nesse sentido os casos funcionam como ficções e não há exposição do indivíduo.

A Parte 5 faz o fechamento da pesquisa trazendo as reflexões após a escrita e as pretensões que foram despertadas a partir da finalização desta dissertação.

Importante informar que esta dissertação está sob a Normalização da Puc Minas, da Capa às Referências.

Ao pensarmos nas inúmeras formas de abordar o estudo das problemáticas em questão, a saber a obesidade infantil, a relação mãe-bebê e a pós-modernidade, levando-se em conta que fazer uma junção destas na visão da psicanálise também abre outras inúmeras formas de entender as formações de subjetivação no

indivíduo, este estudo fez recortes que mais lhe despertaram o interesse. Houve a consciência de que muitas outras formas de análise ficaram em segundo plano ou nem apareceram na discussão. Não se pode entender aqui como negligência da existência e relevância da transferência, contratransferência, da posição narcísica dos sujeitos, da entrada de outras relações atravessando a maternagem, as produções da psicossomática no tema e, sobretudo, a existência de outras formas do corpo processar vivências com suas presenças e ausências que não o desfecho de um corpo/sintoma como na obesidade. No entanto, o tempo, a quantidade de variáveis, o interesse do pesquisador e até mesmo a clínica foram delineando o caminho seguido.

Buscou-se, com a construção de possibilidades de escuta psicanalítica na clínica com a obesidade, uma implicação do sujeito com seu corpo possibilitando ressignificação da sua história dentro do que lhe acomete, e a partir disto uma interlocução da psicanálise com as áreas da saúde na tentativa de elucidar a questão da obesidade e agir juntas em prol de respostas para o indivíduo e seus males.

2 DISCUSSÃO METODOLÓGICA

2.1 Origem da proposta

Este estudo parte do campo clínico despertado pelo interesse após acompanhamentos psicológicos de pacientes adultos obesos, que procuravam o Núcleo de Estudos da Obesidade (NEO). Esses acompanhamentos ocorreram no Hospital do IPSEMG, em Belo Horizonte – Minas Gerais, onde os pacientes procuravam pelas cirurgias bariátricas disponíveis (redução do estômago, colocação de balão estomacal ou grampo) após inúmeras tentativas e tratamentos para o emagrecimento ou simplesmente queriam emagrecer “rapidamente”. Esses adultos procuravam esse recurso por conta própria ou por indicação médica. Em ambos os casos, eram recebidos por um médico cirurgião, um endocrinologista, um nutricionista, um psicólogo de orientação psicanalítica, todos regidos e supervisionados pela Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) e, se necessário, por um psiquiatra e outros profissionais da área médica, como ginecologistas, no caso de mulheres, ou outros médicos especialistas quando o paciente já estava acometido de alguma moléstia associada ao excesso de peso e que necessitasse de atendimentos mais específicos.

O período clinicando junto a este grupo de profissionais enriqueceu a teoria e trouxe questões amplas acerca da obesidade. Era interessante observar as diferentes histórias que tinham um eixo em comum: o amor como demanda maior! Sabe-se que em psicanálise toda demanda é demanda de amor, mas não se trata aqui de uma demanda inconsciente e, sim, de uma queixa enquanto necessidade: “tenho necessidade de ser amada, de ser querida, faço tudo para os outros para que me amem.” (Maria, 38)² Partindo destas questões, o trabalho clínico com pacientes obesos foi crescendo e, com ele, a vontade de saber a que esta obesidade respondia, ou a que ou a quem ela indagava.

Paralelamente à prática clínica e aos estudos teóricos, foram-se construindo redes de contatos entre profissionais que estudavam a obesidade e suas

² Todos os nomes aqui contidos foram alterados para proteção da identidade das crianças e de suas famílias.

implicações no campo social, físico, endócrino, psíquico, escolar e vários outros. A obesidade infantil começava a atrair olhares de profissionais e pesquisadores como forma de tentar entender suas causas por meio da observação de suas consequências para, então, poder falar-se em atitudes que deveriam envolver políticas administrativas, acompanhamentos e tratamentos preventivos e/ou curadores. Um trabalho com crianças obesas começou a ser realizado no âmbito clínico em consultórios particulares, onde as crianças, bem como seus pais e familiares, eram assistidos por diversos profissionais da saúde e trouxe para a clínica psicanalítica de modo particular a proximidade com o eixo observado na clínica com adultos obesos: o amor em pauta, aguçando o desejo para a participação da visão psicanalítica na atuação com estes indivíduos obesos e o envolvimento desta nas equipes interdisciplinares.

2.2 Metodologia

Este estudo se insere na linha de pesquisa qualitativa, que, de acordo com González Rey (2002) corresponde a uma opção epistemológica e não somente à distinção metodológica entre o quantitativo e o qualitativo, ou até mesmo ao uso de procedimentos metodológicos específicos. Dessa maneira, esse tipo de pesquisa utiliza uma epistemologia qualitativa, que, segundo o referido autor, deve se sustentar por formas distintas de produção de conhecimento que possibilitem tanto a criação teórica acerca da realidade, que é em si multideterminada, dinâmica e histórica, quanto a cuidadosa e ampla elaboração das ideias e fatos procedentes do empírico. Cabe ressaltar que a abordagem qualitativa do estudo da subjetividade persegue a elucidação de processos complexos, a busca de sentidos subjetivos e de processos de significação a partir dos quais se dá a construção do conhecimento.

Alves-Mazzotti (1998) nos coloca que não há metodologias “boas” ou “ruins” em si, e, sim, metodologias adequadas ou inadequadas para tratar um determinado problema. E continua dizendo que, nos estudos qualitativos, o pesquisador é o principal instrumento de investigação, posto que tanto sua formação intelectual quanto suas experiências pessoais e profissionais entrarão no universo e no

contexto da pesquisa. Há que ressaltar a possibilidade do dinamismo entre o sujeito e o seu objeto de pesquisa.

A partir da escolha do método qualitativo, a revisão bibliográfica é imprescindível e foi feita tendo como fontes artigos acadêmicos colhidos na internet, livros, dissertações e teses relacionados ao tema da obesidade. O afinamento foi necessário já que o tema, hoje, é muito abordado, porém o critério de seleção foi justamente o interesse pela visão psicanalítica da questão, o que levou a um número muito menor de bibliografias a ler, discutir e analisar.

O procedimento metodológico usado foi o estudo de caso, o que se justifica pela proximidade que este oferece do real – da clínica psicanalítica – na medida em que tem a pretensão de organizar teoricamente o que acontece na pluralidade e na complexidade de cada caso atendido dentro de um contexto analítico. Partiu-se do pressuposto também de que se a clínica analítica com os pacientes obesos é que despertou o interesse pelo trabalho, seria justo e necessário um retorno a estes atendimentos na tentativa de fazer um diálogo com a teoria e as diversas variáveis que compõem um quadro de obesidade. Para isto, usou-se a construção de caso clínico através de fragmentos clínicos.

Importante ressaltar a questão do Estudo de Caso para a psicanálise. Por se tratar de um trabalho que fica na interface de áreas de saberes diferentes, a metodologia escolhida pretende auxiliar na leitura geral sem, no entanto, fugir do caráter a que se atrela a construção do estudo de caso para a psicanálise. Sendo esta um saber que é transmitido no um a um da clínica de cada analista, sendo sua formação uma união de aportes teóricos, técnicos, análise pessoal e supervisões, nota-se que é um saber transmitido pelo próprio fazer, daí a eleição do Estudo de Caso como veículo por excelência da transmissão do saber/fazer psicanalítico. Barroso (2003) nos anuncia, ao problematizar sobre a escolha da metodologia na pesquisa em psicanálise, que o estudo de caso entra diretamente de encontro aos métodos preconizados pelo método científico, como a amostra, a escolha aleatória, a coleta prévia de dados, o uso de séries estatísticas. Estes critérios, que são usados na validação universal, buscam o saber geral, enquanto a psicanálise sustenta a pesquisa clínica como capaz de ser eficaz, trabalhando no um a um.

Diferentemente do ideário da Ciência, a Psicanálise sustenta que a pesquisa clínica pode ser eficaz e produtora de conhecimento, embora seja orientada por outros critérios, a saber, o estudo do caso um a um, a

construção dos fatos que concernem ao caso, a inclusão do analista nesta construção. Minha hipótese é de que a construção do caso clínico possa constituir um método de pesquisa, isto é, um caminho próprio da Psicanálise para viabilizar a produção do saber clínico. (BARROSO, 2003, p. 19)

O estudo de caso prioriza e valoriza o que há de singular no contexto estudado sem perder de vista sua textualidade mais ampla que engloba o singular. A experiência é levada mais a sério; o singular pode ser aprofundado e discutido como algo que possa servir de espelhamento para a aplicação clínica. Nunca há generalização, contudo o um a um leva às discussões de caráter produtor de conhecimento diante de certo fato psíquico.

Ao falarmos especificamente da psicanálise com crianças, o que nos remete ao objeto deste trabalho, vamos encontrar proximidade ainda maior com a construção clínica se voltarmos nossos olhos para os primeiros atendimentos clínicos às crianças datados na história da psicanálise. Freud analisou crianças sem ao menos tê-las conhecido ou recebido em seu consultório. O clássico caso em psicanálise do atendimento de Freud (1905) ao Pequeno Hans nos serve como exemplo disso. Freud tratou o pequeno Hans por meio de seu pai, com quem mantinha contato e que descrevia para o médico as questões, os acontecimentos, as reações da criança diante dos fatos. Freud fazia as intervenções usando como meio os comportamentos e as falas do pai ao mesmo tempo em que escrevia o caso e fazia, assim, uma transmissão de conhecimento para ele mesmo, que podia se debruçar sobre o que escrevia e analisar teoricamente suas intervenções, bem como uma transmissão que servia de lições aos seus alunos e estudiosos da psicanálise e meio de intervenção, orientando o pai do pequeno Hans.

A riqueza do estudo de caso possibilita o diálogo com a teoria geral ao mesmo tempo em que leva à reflexão do fazer clínico para a condução do caso singular. Pensando nesta riqueza e nos diversos pontos relevantes discutidos teoricamente, foram escolhidos fragmentos clínicos contendo diálogos do analista e das crianças, assim como discurso das crianças e das mães das crianças atendidas.

Os relatos dos casos não pretendem ser fiéis no sentido literal dos fatos. Pretendem narrar memórias dos aspectos mais marcantes nos encontros terapêuticos singulares. Segundo Nasio (2001), caso clínico é uma reconstituição fictícia, pois se trata de uma releitura dos fatos através do filtro de vivência do terapeuta. E completa: na “construção de caso clínico”, o termo “caso” denota o

interesse particular que o analista dedica a um de seus pacientes. O estudo de um caso em psicanálise se faz por meio do relato de uma experiência única que fala de um encontro entre paciente e terapeuta que possa respaldar um progresso teórico.

Para este autor, o estudo de caso tem três funções, a saber: didática, metafórica e heurística. A primeira deve transmitir a psicanálise por intermédio da imagem, ou, mais exatamente, por intermédio da disposição em imagens de uma situação clínica, o que favorece a empatia do leitor e o introduz sutilmente no universo abstrato dos conceitos. (NASIO, 2001, p. 13)

Num primeiro momento, e para respaldar uma proposição teórica, o clínico redige o relato do desenrolar de uma análise, descrevendo a vida e os sintomas de seu paciente. Em seguida, o leitor aborda esse texto e se identifica com os personagens principais da história do sujeito, e depois generaliza o caso, comparando-o com outras situações análogas, para enfim discernir o conceito que até então continuava não formulado. É nesse momento que ele deixa a cena clínica e, guiado pelo conceito emergente, vasculha seu espaço mental, povoado por outros conceitos e outras experiências vividas. (NASIO, 2001, p. 13)

A função metafórica se resume na capacidade que o caso clínico tem de sintetizar uma gama de conceitos e possibilitar, por meio da simples evocação do caso, o levantamento na memória dos estudos e produções clínicas que sustentam as bases teóricas da problemática em questão dentro do caso. Nasio levanta a idéia de que os grandes casos clínicos que viraram exemplos-chave no estudo da psicanálise se tornaram, ao mesmo tempo, a forma de elaborar a teoria e de solidificar o fazer técnico da clínica à luz da condução do paciente e seus discursos. O caso se torna uma metáfora da teoria; há uma invocação de um ao citar o outro e vice-versa.

A última função do estudo de caso é a heurística. Esta vai além das primeiras duas funções por ser produtora de conceitos, nas palavras de Nasio: “Às vezes, a fecundidade demonstrativa de um exemplo clínico é tão frutífera, que vemos proliferarem novas hipóteses que enriquecem e adensam a trama da teoria.” (NASIO, 2001, p. 17)

O estudo de caso presente na parte IV, formado a partir de construções de fragmentos de casos clínicos como ferramenta para teorizar sobre a obesidade infantil, objetiva ilustrar o trabalho teórico construído; poderíamos dizer que há aqui uma função didática. Ao mesmo tempo, objetiva trazer contribuições bibliográficas e na prática analítica, já que a transmissão do conhecimento em psicanálise passa

pelo fazer na atuação clínica e na divulgação deste saber através dos estudos e das construções de casos clínicos – uma função heurística.

Eticamente, os dados das crianças e de suas famílias serão mascarados para evitar qualquer forma de identificação, bem como seus processos terapêuticos tiveram fim no início, ou antes, da confecção deste estudo. Não havendo exposição do indivíduo, por se tratar de fragmentos de vários casos clínicos, o TCLE não foi necessário de acordo com as normas do COEP.

PARTE II – OBESIDADE E NOSSO TEMPO: UNIVERSAL

3 A OBESIDADE INFANTIL: CONCEITOS E PROBLEMÁTICAS

O contato com a obesidade tem ficado cada vez mais comum. É possível ouvir e ler sobre o assunto em jornais, revistas e programas televisivos. Parece haver, entre essas informações, um consenso sobre o aumento da obesidade e o apontamento de suas causas e consequências. O consenso também se refere ao fato de que, apesar das buscas por estas causas, a etiologia da obesidade é repleta de pontos obscuros e seu tratamento ainda está longe de chegar a um ponto de cura. No entanto, a obesidade nem sempre foi considerada um problema, doença ou uma questão a se preocupar e, apesar das discussões em volta dela serem agora frequentes na mídia, a obesidade é, provavelmente, a moléstia mais antiga da qual há registros na história da humanidade.

A obesidade é provavelmente a enfermidade metabólica mais antiga que a humanidade conhece. Podemos observar que em pinturas e estátuas em pedra com mais de 20 mil anos já se representavam figuras de mulheres obesas. As mesmas evidências de obesidade foram vistas nas civilizações do antigo Egito, em múmias egípcias. Na China foram encontradas pinturas e porcelanas chinesas da era pré-cristianismo, na Grécia representações em esculturas gregas e romanas e, mais recentemente, em vasos dos Maias, Astecas e Incas na América pré-colombiana. Na Idade da Pedra foram encontrados os primeiros indícios dos tipos de obesidade – a obesidade glútea e a abdominal. (REVISTA VILA MADALENA-SAÚDE)

A obesidade já foi considerada um sinônimo de fartura, beleza, e é possível encontrarmos na literatura de estudiosos da arte como Wolfflin (2000) figuras, descrições, pinturas e esculturas de mulheres obesas ao lado de famílias e crianças também obesas. Esculturas pré-históricas egípcias e gregas apontam mulheres de seios fartos, braços robustos, pernas e abdomens volumosos. São muitas as representações de beleza feminina que exibem o que hoje seria considerado o avesso de um ideal do belo. As esculturas paleolíticas, como a da Vênus Tan-Tan, de RAM, traduzem o ideal de beleza que na época revigorava. Dentro deste contexto, podemos afirmar que, como a maioria dos conceitos, a beleza não é um

conceito estanque. É um conceito que é influenciado e tem, por sua vez, poder de influência na sociedade em que vigora.

Na literatura médica, há registros também datados de tempos remotos sobre a obesidade. O "Nei Ching – O livro do Imperador Amarelo" é o mais antigo tratado de medicina chinesa e pregava que era indispensável à boa saúde e à felicidade uma dieta balanceada que permitisse o fortalecimento do corpo, evitando a obesidade e aumentando a longevidade. No período greco-romano, Hipócrates alertava sobre a relação entre morte súbita e obesidade.

A primeira monografia escrita sobre a obesidade data do século XVII e a descreve como uma doença clínica e de caráter. Sydenham³ foi quem primeiro registrou os sinais e os sintomas apresentados pelas pessoas doentes, correlacionando-os com as doenças, tendo culminado com a publicação do "Grande Catálogo Clínico das Doenças", do início do século XVIII, no qual havia a obesidade registrada.

Com o início da medicina clínica (1800-1850), começaram a aparecer citações mais frequentes e descrições da obesidade bem como formas de tratamento que tinham uma variação enorme entre lavagens, jejuns, vômitos, castigos, medicações e outros⁴. Durante o século XIX, por exemplo, toda farmácia mantinha o seu vidro de sanguessugas vivas, usadas para tratar muitas enfermidades, entre elas a epilepsia, a tísica, as hemorróidas e a obesidade.

Todo este percurso nos leva ao fato de que as buscas das ciências pelas terapêuticas da obesidade já vêm em uma linha histórico-científica e segue em cada época as condições técnicas e culturais para tratar da obesidade. Diversas áreas da saúde se interessam pela multicausalidade da obesidade. Num nível mais superficial, a mídia também participa destes estudos na medida em que retrata de modo popular o que a ciência afirma ou cogita. Sobretudo a mídia funciona como uma moeda de várias faces: em uma ela coloca a importância da saúde e divulga o que é bom e saudável. Na outra ela fala do modismo do corpo magro, aponta que o que foge a isto está errado e deve/pode ser corrigido. Numa terceira face, vende salgadinhos e sanduíches de redes bilionárias de franquias. A obesidade ora está na

³ Thomas Sydenham (1624-1689), [médico inglês](#), amigo de influentes homens de seu tempo como [Robert Boyle](#) e [John Locke](#).

⁴ Credidio, O. Artigos de Nutrologia. Vol. I Editora: Ottoni. 2007.

moda – pois consome o que está na moda; ora está fora de moda – pois está distante do conceito de belo. Onde está a obesidade?

Mais do que estar distante do conceito de beleza de hoje, na nossa era pós-moderna, a obesidade intriga pelo aumento considerável da sua ocorrência na população mundial e da rapidez com que vem atingindo faixas etárias cada vez mais jovens. Os números apontam a obesidade como uma epidemia, que ameaça os cofres públicos por estar associada ao surgimento de inúmeras doenças crônicas ou por dificultar o tratamento destas.

Os critérios diagnósticos para a obesidade vão além do que os olhos vêem e variam segundo os padrões culturais, étnicos, condições de pesquisa e de coleta, análise e arquivamento dos dados. A obesidade faz parte do Código Internacional de Doenças (CID), mesmo assim demorou a ser reconhecida pelas pessoas como doença e ainda não é raro que os indivíduos que dela sofrem sejam taxados de preguiçosos, relaxados e exagerados. A obesidade para ser considerada como tal, precisa cumprir certas categorizações e difere de sobrepeso.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “sobrepeso” como excesso de peso corpóreo, e “obesidade” como excesso de gordura no organismo. O índice de massa corpórea (IMC) é o critério que permite a diferenciação destes conceitos para a classificação. Cientificamente falando, a OMS define sobrepeso quando o IMC encontra-se entre 25 e 29,9 kg/m², e obesidade quando o IMC situa-se acima de 30 kg/m². Importante salientar que esta “conta”, apesar de ser um padrão, não pode ser isoladamente um critério diagnóstico por causa de diferenças de idade, sexo, constituição corpórea e diferenças regionais.

Dados recentes do IBGE apontam que, no Brasil, houve uma tendência de aumento na prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes, entre 6 e 18 anos, de 4,1% para 13,9%, no período entre 1975 e 1997 (IBGE, 2006). A frequência de adolescentes com excesso de peso foi de 16,7% em 2002-2003, e um pouco maior em meninos (17,9%) do que em meninas (15,4%). Em ambos os sexos, a frequência foi máxima entre adolescentes de 10-11 anos (cerca de 22%), diminuindo para 12%-15% no final da adolescência.

Tanto pelo quadro de epidemia, tanto por estar associada a taxas altas de mortalidade e também por diversos quadros de comorbidade – resistência à insulina, hipertensão, dislipidemia, dificuldades sociais, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), doenças hepatobiliares, osteoartrite, apnéias do sono, doenças de

pele, prejuízos respiratórios, câncer; e outros –, as políticas de saúde pública têm buscado investir na etiologia e no tratamento da obesidade. Para isto, é necessário diagnóstico precoce, intervenções que englobem enfoques multiprofissionais para avaliação e verificação das possíveis causas aplicadas a cada caso, mudanças na dieta, busca por atividades físicas, mudanças de hábitos, possibilidade e necessidade de tratamento medicamentoso, acompanhamento psíquico, fisioterápico e, em alguns casos, há a indicação para cirurgia bariátrica – cirurgia de redução do estômago.

A obesidade infantil não escapa de todas as problemáticas supracitadas e o diagnóstico precoce, mesmo na tenra infância, auxilia no tratamento, pois pode facilitar que todas as possíveis causas associadas ao surgimento da obesidade possam ser verificadas. A obesidade como doença crônica e progressiva pode e deve ser olhada de diversas formas, o que, no entanto, não facilita seu tratamento, apenas aponta mais uma dificuldade: causas múltiplas. Os fatores causadores da obesidade são divididos na literatura médica da seguinte forma: fatores internos ou biológicos e fatores externos ou ambientais.

Resumidamente, podemos citar a genética e as causas metabólicas como as predisposições internas para a obesidade. Já questões psíquicas, estilo de vida – hábitos alimentares, prática ou ausência de atividades físicas – e uso de drogas são algumas das possíveis causas externas da obesidade. O diagnóstico deve envolver, então, a verificação de todos esses fatores e é possível que dois ou mais estejam associados. O Quadro 1 mostra as correspondências de peso esperadas por idade e sexo.

É fato que o modo de vida é um ponto de grande peso na verificação e etiologia da obesidade. Todas as facilidades modernas, o sedentarismo e os hábitos alimentares que envolvem grandes somas calóricas criam uma fórmula matemática para a produção da obesidade. Não há, também, como não questionar o ponto do capitalismo pós-moderno que sobrevive às custas da mídia que investe pesado nas propagandas destinadas às crianças e estimulam desejos de consumo cada vez mais precoces. Porém, abordaremos este ponto com mais afinco no Capítulo 3. No momento, vale o espaço que questiona a necessidade cada vez mais precoce do consumo, do ter; e o consumo de alimentos cabe perfeitamente na ânsia desta questão, pois é algo imediato, um consumo que traz com ele uma sensação de prazer e alívio instantâneos.

Valores de IMC para sobrepeso e obesidade agrupados por sexo e faixa etária.

IDADE ANOS	IMC DE 25 (SOBREPESO)		IMC DE 30 (OBESIDADE)	
	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO
2.0	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3.0	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4.0	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5.0	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6.0	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7.0	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8.0	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9.0	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10.0	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11.0	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12.0	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13.0	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14.0	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15.0	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16.0	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17.0	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18.0	25.00	25.00	30.00	30.00

Fonte: COLE, 2000.

Aspectos psíquicos, por sua vez, podem estar associados tanto às causas como às consequências da obesidade infantil. As condições socioafetivas de uma criança são considerações importantes na avaliação de doenças. Dificuldades de adaptação, ansiedade, medo, mudanças repentinas, perdas, fracassos, cobranças são sensações associadas às causas da obesidade. Por outro lado, exclusão, isolamento, baixa autoestima, vergonha, retraimento social são questões psíquicas associadas como consequências da obesidade.

Conforme Fisberg (1995), a obesidade está diretamente ligada à infância, pois é nessa fase, principalmente, entre os dois e três anos, que se adquire a maior parte das células adiposas. Segundo o autor, grande parte da população obesa tem a infância como uma de suas principais vias. Sendo assim, pessoas que apresentam excesso de peso na infância tendem a ser mais obesas na vida adulta em relação àquelas que se tornaram obesas posteriormente. Além disso, os primeiros tornam-se mais propensos a desenvolver graves comprometimentos de saúde no futuro.

A criança, por estar em pleno desenvolvimento físico e social, pode sofrer as consequências da obesidade de forma mais brusca justificando a preocupação na prevenção e no tratamento. As comorbidades têm afetado as crianças também, e alterações como hipertensão, níveis de colesterol e triglicerídeos, complicações ortopédicas, infecções respiratórias, diminuição dos hormônios de crescimento, diabetes melito tipo 2 e impactos no desenvolvimento psíquico são cada vez mais comuns.

Para Castro e Morgan (2005), a obesidade durante a infância traz a convivência com a discriminação, os apelidos, as dificuldades de se relacionar, a baixa autoestima, aspectos estes que comprometem a vida escolar, os relacionamentos afetivos e sociais. Segundo os mesmos autores, a criança obesa deve ser avaliada de forma abrangente sob os aspectos físico, psicológico e social, abarcando condições familiares, escola, amigos, para dessa maneira, quantificar a gravidade da obesidade, calcular o ritmo de ganho de peso, a velocidade do crescimento, os fatores de risco, os diagnósticos diferenciais, e, principalmente, tentar estabelecer condições de intervenção e limitações ao tratamento.

O tratamento da obesidade infantil deve envolver, então, investigações de diversos níveis, orientação e participação familiar, orientação alimentar, atividade física, medicamentos em casos mais extremos e graves, orientação e acompanhamento psíquico para melhorar as condições psicossociais e, em grande escala, a prevenção e a intervenção precoce no desenvolvimento da obesidade. É verificável que a multicausalidade da obesidade é uma fonte de seu enigma e de dificultadores ao tratamento. São importantes a constatação e a história da obesidade, seus significados variando de acordo com cada contexto histórico. No entanto, é igualmente inegável a relevância do momento histórico atual: as características que a pós-modernidade oferece como pano de fundo para a produção da obesidade gerando influências que abarcam desde os meios de

diversão, as formas de alimentar até a maneira de subjetivação e vivência das relações humanas. Desta forma, a obesidade infantil pode ser questionada enquanto forma de resposta do corpo frente às novas formas pregadas pelo contexto cultural pós-moderno de hábitos de vida que atravessam as relações humanas, em especial a relação mãe/bebê.

4 PÓS-MODERNIDADE E OBESIDADE

4.1 Pós-modernidade e a questão do corpo

Escrever sobre a pós-modernidade tem a intenção de delimitar o contexto social, cultural e político-econômico no qual os relacionamentos humanos – amizades, amores, com o próprio corpo, com a família, etc. – ocorrem. Pretende-se analisar algumas das características da pós-modernidade que acreditamos ter impacto sobre as relações supracitadas, suas expectativas e práticas. A instalação de uma sociedade fluida, sem passado, sem futuro, com ênfase no novo e no imediato que trazem como atual a descentralização do sujeito e a construção de identidades confusas, mudança constante, e a hipervalorização da liberdade individual e do consumo, serão nossas principais pontuações. Certamente, teríamos muitas outras características para analisar já que o tema da pós-modernidade é muito amplo e complexo, mas o que nos interessa é despertar os leitores para o que mais se aproxima do contexto no qual o tema deste trabalho se desenvolve.

O termo pós-modernidade é controverso, assim como algumas de suas características. Alguns autores, tais como Lipovestky (1983), Jameson (1993, 2000) e Eagleton (1998) utilizam o termo "pós-modernismo", que significa sociedade de informação, sociedade pós-industrial, sociedade de consumo ou, ainda, capitalismo tardio ou desorganizado. Outros, como Bauman (1998, 1999a, 1999b) e Giddens (1991), usaram o termo "pós-modernidade" num primeiro momento de seus estudos sobre a problematização da contemporaneidade. Depois, Bauman aderiu ao termo modernidade líquida, e Giddens ao termo modernidade reflexiva. Apesar de a nomenclatura ser diferente, ambos defendem características comuns ao relatar sobre a contemporaneidade – sua plasticidade, flexibilidade e instabilidade. Não pretendemos fazer a diferença entre pós-modernismo e pós-modernidade. Utilizaremos o último termo.

Então, se pós-modernidade é um termo corrente na literatura atual, que pode divergir no seu conceito de acordo com a interpretação e leitura do autor, sua visão de mundo e ao que se liga, neste trabalho, usaremos o termo pós-modernidade se referindo menos a um conceito e mais a um modo de valor, o que as pessoas

buscam e esperam do mundo atual. A condição para uma mudança e nomeação de certa época vai além de simples registro. Há observações que devem ser feitas sobre o comportamento, os interesses, as políticas, os progressos, as buscas e suas formas, que implicam “uma quebra” entre acontecimentos para que, então, se possa falar em outra nomeação, que sintetize ou descreva melhor o que se passa. Ou seja, há todo um movimento, um processo que se instala aos poucos e vai, por sua vez, provocando outras mudanças e outros processos que se constituem em novas formas de relação com o mundo, dos indivíduos uns com os outros e do indivíduo com ele mesmo.

Apesar de “eras” serem estabelecidas pela história, deve ficar claro que se trata de marcos para referência; no entanto, estes processos funcionam como uma brincadeira de dominós, colocando-os em pé, para uma fila de equilíbrio. O que acontece com uma peça do dominó no final da fila provavelmente tem relevância com o que pode acontecer com o primeiro da fila. O evento da Lei Áurea, por exemplo, não deve ser visto como um documento assinado em prol da libertação dos escravos no Brasil. O contexto pede análise sobre o que levou às mudanças no pensamento de uma minoria de pessoas que influenciaram outras até a condição de uma mudança que pudesse se tornar lei, caindo, inclusive, em contradição com muitos interesses de grandes poderosos vigorantes na época. Vamos concluir também que a lei pode tentar encerrar um processo, mas abre muitos outros que são as consequências de seus dizeres e representações. Podemos colher frutos dela até nos nossos tempos atuais.

No entanto, o que podemos denominar de modernidade e pós-modernidade – apesar de não escaparem ao “processo dominó” – é a era da velocidade, o ritmo das mudanças, as inovações e descobertas, que agora é mais frenética se comparada a qualquer outro tempo cronológico. Bauman (1998) comenta em seu *O mal-estar na pós-modernidade* que a modernidade se cercou de ideais como beleza, limpeza, pureza e ordem que, de certa forma, limitavam a liberdade em nome de segurança. No entanto, ele aqui faz a diferença entre a modernidade e a pós-modernidade, colocando que, como característica, esta última abraçou estes ideais como forma única e absoluta de conseguir prazer. O eixo orientador da pós-modernidade seria, na visão de Bauman, a busca do prazer a qualquer preço – este eixo nos interessa.

O termo pós-modernidade, quando usado por alguns autores – Bauman e Giddens –, como já explicitado, para representar a velocidade de mudanças, a

plasticidade delas e sua vida útil cada vez menor, também nos interessa. Dentro dessas características, traçou-se um eixo comum que realça o valor cada vez menor das coisas no sentido de sua utilidade e importância, tornando o descartável o valor maior. O poder de utilizar os utensílios, como celulares, computadores, objetos pessoais e de adornos como descartáveis, acompanhadores da moda que duram, no máximo, três meses, é ter valor no mercado de consumo. É aqui que atingimos a mudança ética e moral como consequência da mudança de rota da cultura: tendo como valor o descartável, tornou-se descartável o que é produto do homem, seu serviço, sua força de trabalho; tornou o próprio homem descartável. O homem-produto deve ser explorado até sua fadiga e a troca por outro de mesma valia.

O homem-produto se avalia e se referencia pela quantidade de produtos/consumo que ele pode adquirir, trocar, descartar e adquirir outro. Nesta mesma linha, as relações tornam-se também frutos desta postura, e o mercado de consumo atinge casamentos, relações de trabalho, de amor e de afeto. Bauman, usando o termo líquido, o coloca em títulos de livros de sua autoria para falar dessas questões. *Vida líquida*, *Modernidade líquida*, *Amor líquido*, *Medo líquido*, *Tempos líquidos*, livros de uma série que sugerem a fluidez e a fuga das relações em nome de estabelecer-se na cultura vigente – a pós-moderna.

Contudo, não é necessário que recorramos aos estudos sociológicos, filosóficos e antropológicos para vermos exemplos dessas questões. Basta vermos as novelas que fazem sucesso nas redes de televisão, os programas de *reality show*. Há, claramente, nesses programas a mensagem do descartável, da falta de profundidade e a questão da valorização do corpo como mercado – dita-se moda e coloca-se o corpo em evidência aos olhos do outro. A quantidade de lixo usável demonstra que o mercado precisa e quer uma troca rápida dos seus objetos de consumo. Um celular de 3 meses já está fora de moda, então precisa ser substituído, mesmo estando perfeitamente em condições de uso. Revistas de fofocas trazem em uma capa o casamento mega milionário de “pessoas famosas”, com juras de amor e muito *glamour*; duas capas mais tarde, a separação também mega milionária dessas mesmas entidades e as fotos de ambos com seus novos respectivos parceiros. Tudo é substituível – inclusive as pessoas. Vinícius de Moraes⁵

⁵ Vinicius de Moraes (1913 1980) diplomata, dramaturgo, jornalista, poeta e compositor brasileiro. Soneto do Amor Eterno.

escreveu um poema que contém uma estrofe que ficou conhecida e muito usada popularmente: “que seja eterno enquanto dure”. No entanto, cremos que ele não tinha ideia de como isto hoje é usado como subterfúgio de uma era plástica. Parece que as coisas nunca deixam rastros, começam e terminam sem dor, lágrimas e muito mais: sem rugas. Envolver-se é coisa do passado?

O homem, neste contexto, cai no descrédito. Na linguagem da economia, podemos brincar que literalmente no des-credito. Sem crédito não consome, sem consumir é descartado pelo mercado, é “pessoa não-grata”. Bauman (1998) traz esta temática descrevendo sobre a capacidade que o mundo pós-moderno exige do homem, de ter que se mostrar sempre seduzido pela infinita possibilidade e constante renovação promovida pelo mercado consumidor e de passar a vida na caça interminável de sensações intensas e experiências inebriantes.

Uma vez que o critério da pureza é a aptidão de participar do jogo consumista, os deixados fora como um “problema”, como a “sujeira” que precisa ser removida, são *consumidores falhos* – pessoas incapazes de responder aos atrativos do mercado consumidor porque lhe faltam os recursos requeridos. (BAUMAN, 1998, p. 24)

Além de sem crédito, o homem é também descrente. Difícil acreditar num futuro com um presente tão penoso; e, então, o valor à vida também decresce. A força de trabalho que agora é maquinada torna o homem sem poder usar de si mesmo para viver. Resta-lhe sobreviver. Sobrevive com o que lhe parece conveniente e ilusões são cada vez mais bem-vindas. Uma reportagem em 2008 no programa da Rede Globo de Televisão, Globo Repórter, mostrou a vida de garotas de classe média e classe média alta de São Paulo e Rio de Janeiro que largam a sua casa, a faculdade e a família para viver ao lado de traficantes e criminosos nas favelas. Mostrou as atitudes cada vez mais frequentes de garotos da mesma classe média alta se envolvendo em crimes horrendos; jovens nas favelas que; servindo ao tráfico pela atrativa recompensa financeira; colocam sua expectativa de vida: 25 anos. Por quê? Não somos pretensiosos para responder a tão complexa pergunta, mas hipotetizamos. A falta de laços nas relações, de estabelecimento de limites, o incentivo ao “tudo é permitido”, a busca pelas sensações de adrenalina, a rapidez exigida pela vida podem ser fatores desencadeantes deste processo. Para que esperar formar, fazer um vestibular, trabalhar, para guardar dinheiro, se minha

família já o tem e eu posso continuar a ter de forma mais rápida e sem muitos esforços aparentes?

Em outro Globo Repórter, podemos ver a tecnologia da medicina farmacológica e instrumental que sobe a expectativa de vida das pessoas. Há aparelhagem suficiente para driblar a vida, assim como medicações e cirurgias, mas não aparelhagem suficiente que enxerte desejo de viver nas pessoas. As soluções tecnocientíficas e atrações mercadológicas entram como tentativas de ancoragem no jogo social: e a vida continua se esvaziando.

Kumar (1997), ao refletir sobre a pós-modernidade, declara sua sensação de vazio expondo-a como a condição atual da ausência de linhas divisórias entre os diferentes setores da sociedade. Ela funde os setores não como uma forma de integração, mas ao contrário, a fusão vem pelo princípio do sem princípio. Uma sociedade sem forma e significação que caminha num fluxo aleatório.

Não há, ou pelo menos não há mais, qualquer força controladora e orientadora que dê à sociedade forma e significado – nem na economia, como argumentaram os marxistas, nem no corpo político, como pensaram os liberais, nem mesmo, como insistiram os conservadores, na história e na tradição. Há simplesmente um fluxo um tanto aleatório, sem direção, que perpassa todos os setores da sociedade... resultando... em uma condição pós-moderna de fragmentação. (KUMAR, 1997, p. 113)

Com certeza, um fluxo que se, aparentemente não tem ponto de chegada e nem regras muito claras para seguir, tem, em contrapartida, senhores que ditam ordens e fazem promessas. Estar inserido na cultura pós-moderna é encontrar-se com o mágico, o possível, os contos de fada e a felicidade enlatada. Também pode ser encapsulada, encaixotada ou injetável. Várias opções para vários gostos passando um só *slogan*: “eu posso”. Tudo o que é regra é falho. Tudo que é antigo é desprezado. Não há mais continuidade histórica, pois os laços são rompidos por desprezo. Anteriormente, colocamos que já não há mais futuro e agora concluímos: nem passado. Mais uma vez o homem fica só – desacreditado e desarticulado. Não há tempo. Sem tempo, não há o que fazer, por que fazer; perde-se, sobretudo, o sentido. Como numa imensa roda gigante de uma cor só, não é possível dizer onde ela começa e onde termina. Tudo indica que esta falta de norte, de sentido, faz os indivíduos se perderem e, quanto mais se perdem, mais inventam deuses e gênios em forma de consumo, somatizações e comportamentos destrutivos.

É interessante recorrermos a Harvey (1989) que, em seu *A condição pós-moderna*, ao traçar uma diferenciação entre o modernismo e o pós-modernismo, cria uma tabela das diferenças esquemáticas entre eles. Não cabe aqui anexar a tabela, mas alguns pares nos trarão a possibilidade de continuar nosso percurso: propósito/jogo, presença/ausência, metáfora/metonímia, código mestre/ídioteleto, metafísica/ironia, determinação/indeterminação, profundidade/superfície. Difícil visualizar uma base sólida em que o indivíduo pós-moderno possa manter-se. O homem que tudo pode, sem limites, fica diluído no social. Ele não faz parte de um social, ele é o próprio social. Sem precisar de ninguém, fica restrito ao próprio corpo.

O corpo, na pós-modernidade, também é regido por um olhar diferente. Na tentativa de participar do jogo social, o corpo do indivíduo não é mais o indivíduo, parece algo externo. Na era do consumo, do pouco tempo, do modismo e beleza em alta, o corpo é um cabide onde, através de vestes e adornos, é possível ser enquadrado dentro de uma turma, uma tribo, uma classe social, uma comunidade e/ou ser excluído delas. O corpo, não mais tão útil quanto antes, o corpo nem mais tão importante como antes, ganha novas versões de status ao ser objeto de manipulação da perfeição. Le Breton (2003) chama o corpo de material accidental, algo que nos dá trabalho com sua finitude, suas rugas e a morte. O autor sinaliza o corpo duvidoso, o corpo que não é suficiente, que não pode mais, que, sem a maquinização dele, é quase que como um fardo. O corpo insuficiente da pós-modernidade não é mais lugar de simbolismo, de troca com o outro, de morada do sujeito; é uma mala que o homem tem que levar consigo. No entanto, a virtualidade permite o esquecimento da mala. Relacionamentos acontecem o tempo todo pela internet. Transações financeiras, comerciais, de amor, de amizade. Não é preciso mais ver o outro, tocá-lo, senti-lo. O objetivo é praticidade, tempo e prazer.

Trata-se não apenas de satisfazer as exigências da cultura cibernética ou da comunicação, mas simultaneamente de suprimir a doença, a morte e todos os entraves ligados ao fardo do corpo. O homem muda de natureza, torna-se *Homo silicium*. (LE BRETON, 2003, p. 25)

Le Breton revela que esta dissociação do homem de seu próprio corpo, acompanhando a fragmentação da cultura, traz outra ruptura que é a do homem com o mundo, pois a relação deste com aquele é diretamente sensorial e física.

Sendo estas as partes negligenciadas, o corpo fica em parênteses na vida cotidiana e retorna na atenção do indivíduo em forma de sintoma.

O corpo da pós-modernidade, enfim, é um corpo que não é todo. Necessita sempre de reparos – cirurgia plástica, cremes, academia. É um corpo alvo de algo externo a ele – mídia, moda – e, não, de suas próprias necessidades. É um corpo ignorante de suas funções – tem ajuda para gestar, parir, pulsar. É um corpo mudo – não pode mais falar. No entanto, ele insiste em dizer, mesmo que em forma de destrutividade.

Podemos citar, especificamente, duas formas bem presentes na contemporaneidade e que exemplificam formas de relações destrutivas. Ambas ligam-se ao nosso objeto de estudo diretamente. A primeira vamos nomear de relação com o alimento. Seguindo a mesma linha supracitada do oferecimento em massa de bens de consumo, não poderíamos deixar de lado os alimentos. O alimento é um bem de consumo, saiu da pirâmide na faixa de bem de necessidade e avançou. Um passeio ao mercado mostra a diversidade de biscoitos, massas, iogurtes. A imaginação não precisa trabalhar muito porque a indústria alimentícia, com certeza, já misturou, experimentou e rotulou aquele sabor que você queria. Tem embalagem para um, para dois ou dez indivíduos. Tem embalagem para viagem e para comer enquanto está andando. Têm sabores, cores, novidades e propagandas avisando a todos. Tem light, tem diet, tem natural, orgânica, ortomolecular, calórica, tem tudo.

Com tantas opções, a escolha torna-se difícil; melhor, então, comer de tudo. As opções também aumentam inversamente proporcionais ao tempo para degustação. Crescem o número de *fast-foods*, de *deliveries*, de almoços no carro, na frente do computador, da televisão e da mesa de trabalho e/ou estudo. O alimento como bem de consumo causa no indivíduo pós-moderno uma confusão entre necessidade e desejo. A necessidade do alimento é da ordem do fisiológico e nela cabe a escolha frente aos alimentos por estes serem, também, uma forma de prazer ao homem. O desejo é da ordem do subjetivo, que mistura o que o instiga o *marketing* e o que realmente ele precisa e quer. Quantidades e qualidades não são mais ditadas pelo organismo de cada ser; passou a ser uma ordem também a cumprir dentro do jogo de consumo. Participar de um grupo, de uma comunidade é ser querido e corresponde à necessidade humana do outro. A pós-modernidade lança seus indivíduos para a busca por grupos que se unem com diferentes

bandeiras na intenção do sentimento de pertença; a relação com o alimento muda de direção.

Outra relação que representa nossa questão é a relação com o espaço: não precisamos mais sair do lugar. Se o indivíduo tem um computador, um iPhone, ou qualquer objeto tecnológico com o qual ele se conecta à internet, ele está a salvo. É muito prático: ele pode conversar se está se sentindo sozinho, pode ouvir música, assistir a um filme, substituindo, respectivamente, o sair com amigos, ir a uma casa de shows e ao cinema. Se ele estiver sem namorada, entra num *chat* de namoros e pode até ter relações sexuais. Não há contato carnal, carinho, mas há excitação sem AIDS. Se quiser um presente, há inúmeras lojas; se está com fome, é só pedir. A única parte do corpo que se movimenta são as mãos. Vantagens à parte, o acesso à internet possibilita inatividade, e o corpo, além do fato de ficar ocioso, pode ter a imagem que tiver: não precisa mais haver a exposição da imagem, não precisa mais o contato real com o outro, não precisa mais a exposição. A relação com um espaço menor abre a via do indivíduo maior, completa a relação do homem com o alimento e nos leva para a relação do homem com seu corpo.

4.2 Um diálogo entre a pós-modernidade e a problemática em questão

A filosofia, a psicanálise, bem como a sociologia e outros saberes, têm se debruçado sobre as possíveis relações entre alguns sintomas e doenças que têm acometido o corpo ultimamente. Este corpo, que parece insistir em dizer que existe através da doença, do sintoma, da somatização tem apresentado várias formas de sofrimento que se encontram ainda fora do alcance da descoberta científica de cura. Dentre as várias “doenças da pós-modernidade”,⁶ citaremos as que aqui se aproximam do nosso objeto de estudo.

A anorexia nervosa, a bulimia nervosa, a síndrome do comer noturno – como representantes mestres dos transtornos alimentares e, paralelo a eles – a obesidade

⁶ Esta frase recebe aspas como indicação de que ela se refere ao compartilhamento do que a mídia coloca como doenças da pós-modernidade. Não se pretende aqui fazer um retorno ao longo percurso da história dos transtornos alimentares, nem, no entanto, negligenciar que a existência deles é tão antiga como a história da humanidade e que a manifestação, a roupagem e os tratamentos é que acompanham as mudanças culturais e os avanços de estudos.

têm trazido à tona questões relativas ao homem pós-moderno e seus problemas também pós-modernos. É impossível não pensarmos nesta relação se consideramos neste estudo o homem como sujeito social, que vive num contexto cultural e que, desta forma, está sob a influência de seus costumes, modas e maneiras de relação com as pessoas e situações.

Contextualizar o homem como indivíduo psicossocial e trazê-lo para a observação do olhar dos acometimentos psíquicos é, ao mesmo tempo, poder estar com a sociologia e a psicanálise como aliadas na busca de questionamentos e respostas. Para esta escuta, usaremos alguns dados da experiência com indivíduos obesos atendidos nos anos de 2004 e 2005, no Núcleo de Estudos da Obesidade (NEO), como forma de estágio para a Formação em Psicanálise pela Escola Brasileira de Psicanálise (EBP). Esses indivíduos eram, em sua grande maioria, candidatos à cirurgia de redução de estômago e encaminhados para avaliação e acompanhamento psicanalítico, ao mesmo tempo em que eram realizados exames clínicos pela equipe médica, diagnóstico e acompanhamento nutricional.

Há, na escuta cotidiana com estes indivíduos, episódios e falas muito próximas que nos chamaram a atenção. Além dos fatos claros, como dores nas articulações, dificuldades de locomoção, feridas pelo corpo, falta de vida social e outros sinais óbvios causados pelo peso corporal, por vezes acima dos 150 kg, havia outro discurso comum: queixas que se referiam a uma sensação de “não saber”, de “não poder”, de “não parar”. Estas sensações eram ouvidas em contextos diversos: diante da observação do próprio ganho de peso, diante da alimentação, diante das vontades, diante do excesso de muitas coisas – choro, riso, mágoa, tristeza, TV, jogos, computador, compras pela internet, dívidas e outros excessos mais. É como se o excesso do corpo inteiro fosse ditando a ordem para estes indivíduos e intensificasse os sentimentos, as dores e os comportamentos. Tudo isso já nos despertava a atenção, mas, ironicamente, não é o que aqui será levantado; não as queixas em si, mas o comportamento diante delas e de suas consequências: a impotência. A sensação de impotência que se repetia a cada caso, a cada trecho de história vinha sempre após “já tentei de tudo”. Tudo o quê? Tudo que remete ao “nada conseguir” e que, por sua vez, remete ao “pra que tentar de novo”. Daí um esvaziamento do sujeito, um nada ser diante de forças tão maiores que ele.

São tantas coisas douradas. Sabe, já fiz dieta de pontos, de carboidrato, de proteína. Já fiz com médico, com vizinha, com remédio de internet. Juro que já parei de comer e passei só com maçã por quase mês e nada! Não consigo, só pioro. Quando vim aqui, já tava com 135 kg. E nem sei como. Não posso mais fazer nada, ta vendo minhas pernas? Como posso andar com isto? E o pior é que é nem o peso. Meu neto me ajudou naquelas coisas da internet. Como não posso sair, não tem como; fico comprando... Já estourei cartão de crédito, já to devendo banco. Parece que quando não estou na internet ou comendo, fico sem lugar. Dá um vazio, vem a solidão.⁷
(Juliana)

A impotência, também, surgia diante do amor, da capacidade e do desejo de ser amado, de ser querido e reconhecido pelo outro. Em contrapartida, com a individualidade e as relações frouxas da pós-modernidade, que discutimos anteriormente, a demanda de amor pareceu-nos cada vez mais forte e pesada. Pesada no sentido que se torna para o indivíduo um fardo que ele precisa carregar: a tentativa de ter o outro, de conquistá-lo. Comportamentos variados eram gerados em consequência desta demanda, como a negligência de si, a submissão, o medo e, por vezes, os abusos psíquicos e físicos para tentar “fazer com que ele me ame. Eu não pergunto, não discuto; finjo não ver a hora em que ele chega. Deixo tudo no lugar, a janta pronta. Melhor assim. Já sou feia e gorda, se começo a falar, acho que ele vai embora de vez. Melhor tê-lo às vezes do que nunca”. (Juliana)

Se a pós-modernidade dita novas formas de viver, é preciso buscar entender estas formas e ir além do caso-a-caso, não para generalizar o que é singular de cada sujeito, mas para poder, num movimento de ida e volta, seguir as trilhas do novo contexto cultural e voltar, então, para o indivíduo e seu sofrimento psíquico. O que é moda? O que vemos na TV, nas revistas e nos jornais? As propagandas que movimentam o capitalismo bombardeiam o ser humano oferecendo produtos de todas as ordens, cores, tamanhos e fomentam o desejo das pessoas por adquiri-los. Consumo é uma palavra-chave para falarmos de pós-modernidade.

Ao analisarmos alguns fatores associados às causas da obesidade podemos achar algumas semelhanças entre características que aparecem na pós-modernidade como: falta de controle, excesso, o imperativo compre/coma (alimento também é objeto de consumo), rapidez, prazer, solidão, festas, permissividade, imediatismo. “Eu vejo a propaganda, eu quero, eu posso comprar, eu tenho este

⁷ Preservou-se a linguagem oral nas transcrições, não se atendo, também, ao Novo Acordo da Língua Portuguesa.

direito, não tenho? Não estou roubando e nem matando. Fico feliz quando vou lá e como a tal pizza do folheto.” (Paulo)

Citando Giddens:

Queiramos ou não, estamos todos presos em uma grande experiência, que está ocorrendo no momento de nossa ação – como agentes humanos –, mas fora do nosso controle, em um grau imponderável. Não é uma experiência do tipo laboratorial, porque não controlamos os resultados dentro de parâmetros fixos – é mais parecida com uma aventura perigosa, em que cada um de nós, querendo ou não, tem que participar. (GIDDENS, 1997, p. 76)

Desamparo parece ser também uma palavra-chave neste contexto pós-moderno. O indivíduo sem âncora se “pendura” em galhos possíveis. Se o indivíduo social que pode e deve ser olhado de dentro para fora e de fora para dentro for aqui analisado, teremos a seguinte conclusão: internamente, em seus processos de subjetividade, o homem vem sofrendo mudanças. Suas formas de subjetivação não são as mesmas que no século passado. Externamente, este mesmo homem se depara com mudanças que se cruzam com suas formas de subjetivação. O desamparo, que não é novidade, posto que é condição humana para a psicanálise, traz agora novas formas de aparecer e, mais ainda, de tentar se esconder, negar a existência.

Consumo e desamparo. É óbvio que podemos trazer muitos outros nomes para exemplificar a pós-modernidade. Estas duas como representantes aqui escolhidas podem nos mostrar algo de interessante: é como se uma pudesse cobrir a outra. Se o desamparo aumenta, coloca em movimento a angústia, a frustração, a tristeza, sentimentos estes “proibidos” na cultura vigente. Não há tempo para tais coisas; os produtos milagrosos oferecidos para consumo são para trazer felicidade, poder, *status*, beleza e alegria. Só fica triste quem não pode ter algumas dos milhares de oferendas.

Aqui temos uma afirmação: a obesidade como uma tentativa de laço, mesmo que pelo avesso do ideal de beleza que vigora – a magreza. A obesidade como subproduto de uma sociedade que tem como cultura o comportamento do consumir aliado a um esvaziamento das formas de relação que sustentem a base narcísica do sujeito, contornando o corpo de limites e possibilidades. Notemos que, às vezes, uma vestimenta do avesso causa mais espanto, no entanto, atrai mais olhares que uma vestida “dentro do padrão”. Laços são sempre necessários e fazê-los pelo

avesso, numa tentativa de amarração com o outro e com a comunidade em que se vive; é mais importante que viver no anonimato. A exclusão que o corpo obeso promove tem como foco um corpo cheio que não pode acompanhar a demanda social e, não, um sujeito sem pontos de laços.

Sim, sou gorda. Sei disto e repito isto para mim todas as manhãs para me lembrar que esta não sou eu, é um corpo fora de controle. Daí o motivo de estar aqui. Esta cirurgia vai me dar o que a vida não deu: possibilidade de participar da vida lá fora de novo, de ver as pessoas, sair, de não querer comer tudo que eu vejo. (Paula)

Focalizar a obesidade à luz da psicanálise no mundo pós-moderno, apesar de a obesidade carregar uma história antiga, é trazer à tona a discussão de que as tais novas patologias podem ser assim chamadas se forem consideradas no seu contexto de origem. É como se as novas patologias pudessem ser analisadas fora de uma estrutura clínica na psicanálise. Elas atingem todas as estruturas (neurose/psicose/perversão) e parecem criar uma particular forma de manifestação que se apropria do que a estrutura em questão oferece. É verdade que a anorexia ou a obesidade não surgiram agora; o que acreditamos ser novo é a forma como ela agora se apresenta e responsabilizamos a pós-modernidade com suas oferendas e suas variáveis de relacionamentos como atravessamentos para a formação do sujeito.

Riva Schwartzman (2004) discute as novas manifestações psicopatológicas colocando a interdependência entre determinada ordem social e as manifestações de sofrimento psíquico nela mais presentes e atuantes. A relação cultura/sujeito, segundo a autora, vai se equilibrar no destino que cada cultura oferecerá para seus sujeitos de suas pulsões. As formas de recalçamento, de satisfações diretas e de sublimação são itens indispensáveis para a manutenção de toda organização social e de seus integrantes. Onde mais estes escoamentos faltarem, ou forem substituídos por ilusões, as formações discursivas irão atuar e começar a apagar o sujeito do inconsciente. Isto quer dizer que sentimentos como felicidade, sucesso, desejo passam a ser imperativos culturais e, não, buscas pessoais. Os laços sociais tendem a ser, então, um esconderijo para os imperativos, uma maneira de demonstrar ao social e sentir participante dele, de que conquistou, de que conseguiu. Schwartzman vai mais além quando marca a depressão como queixa

principal de uma cultura que tem dificuldades de vinculações, bem como a melancolia e as doenças autoimunes.

A cultura pós-moderna, com as características e valores que prega, coloca o indivíduo diante de necessidades criadas, necessidades ditadas pelo modismo e pela propaganda. Ao analisarmos as consequências desses valores no psiquismo, em relação às pulsões, encontramos certa crítica, certo deboche à necessidade do recalçamento psíquico para o sujeito. É como se este mecanismo ficasse inoperante diante de tantas demandas e possibilidades que não lhe exigem ter que abrir mão de nada, ter que negociar ou mediar nada, já que tudo e todos estão ao seu acesso. Os destinos da pulsão vivenciam na cultura pós-moderna estradas bem sinalizadas para a substituição de sensações, abafamento de emoções e satisfações garantidas. Existem, na cultura, jogos de marketing que lançam excessos de objeto a se ver e se querer. Nenhum desses objetos possibilita um representante verdadeiro e capaz de saciar a demanda pulsional, mesmo sendo ela sempre parcial, pois não se trata desse tipo de correspondência de satisfação. Mesmo assim, os objetos continuam a oferecer satisfação garantida, mas foram criados para durar pouco e recomeçar o jogo. Dessa forma, há giro da pulsão que retorna da pulsão para o próprio indivíduo de uma maneira violenta, exigente e cada vez mais exigente desta promessa nunca cumprida, o que leva para uma presença maior da pulsão de morte. O enfraquecimento da mentalização (capacidade de reflexão), a temporalidade imediata impossibilitam construções simbólicas abrindo espaço para atuações no corpo – somatizações e a fragilidade narcísica.

Na pós-modernidade, não se trata mais de um desencontro com ideais próprios. O que prevalece é a carência de ideais, uma falência do que serviria de referência. Psicanaliticamente falando, o significante-mestre está em queda e faz com que seja produzida uma ausência de demanda do outro como laço e só e apenas só, como suporte dos próprios pontos de falta. E o corpo entra como ponto de referência para a atuação do real.

Se não há simbolismo, se não há fala, como decifrar a obesidade? Para Recalcati (2002), a devoração que ocorre na obesidade é uma compensação de uma frustração de amor, deste amor que não mais cabe na sociedade, deste amor claudicante que as mães passam às suas crias por meio do objeto real (alimento). Por não haver espaço para o amor simbólico, faz-se uma falta do signo do Outro e o sujeito consome freneticamente o alimento, num processo de substituição.

4.3 A possível influência da pós-modernidade na relação mãe-bebê

Ao falarmos das características da pós-modernidade e de como elas têm ditado novas formas de relação e de comportamentos dos indivíduos perante o mundo, decerto não podemos deixar de falar de uma relação específica e de muito valor para este estudo. No Capítulo 4, decorreremos sobre a importância da relação materna para a constituição do bebê enquanto sujeito, para estar inserido numa cultura, ser capaz de fazer laços com os seus e com o mundo que o cerca; mas agora vamos falar um pouco das consequências da influência da pós-modernidade nesta.

Sendo a função materna algo vivido em nível real e psíquico, ela se torna independente da presença de uma mãe biológica ou de um ser feminino. A função de maternagem pode ser exercida por qualquer pessoa que supra as carências fisiológicas do bebê e faça para ele a decodificação de suas próprias sensações, anseios, temores e desejos e, dessa forma, vá dando significado ao que ele percebe sensorialmente com sua visão, seu olfato, sua audição e todos os outros sentidos. Esta significação empresta, além de possibilidades de um conhecimento prático, as bases para o desenvolvimento da segurança, de estar num terreno estranho, de estar com as pessoas e de querer desbravar, através do desenvolvimento que cada fase do crescimento permite, as potencialidades do corpo: morder, chupar, arrastar, engatinhar, pegar, jogar, andar, correr, parar, etc. Cada fase oferece novidades, desafios e demandas que quanto mais uma base sólida tenha sido formada, mais será possível a vivência no mundo das relações.

Pois bem, mesmo não sendo a figura da mãe em si, precisa-se de alguém que faça este papel. Não importa quem seja este alguém; para a psicanálise esta pessoa sempre estará com o bebê com o que tem conscientemente e inconscientemente, com seu tempo, seu carinho, sua abertura e seu amor. No entanto, especificaremos aqui o contato mãe/bebê.

Como vimos, a pós-modernidade combina com relações vazias, temporais, diluídas; relações que se escoam diante de dificuldades e/ou enfrentamentos; que “colocam a fila para andar”⁸ ao perceberem que seu(sua) companheiro(a) não

⁸ Gíria usada por adolescentes para expressar a intolerância com a espera.

corresponde às suas expectativas de plenitude e felicidade ou que simplesmente tem defeitos. Combina, também, com egocentrismo, com individualismo, com distanciamento de valores e tradições, com inúmeras interrogações sobre o corpo e suas funções e, até mesmo, sobre como construir o corpo perfeito, que seja merecedor do preenchimento de felicidade e plenitude.

Desde o aparecimento da pílula anticoncepcional e com ela o advento histórico da mulher poder decidir sobre seu corpo e optar por ter ou não um bebê sem para isto ter que abdicar dos prazeres carnavais, rompeu-se um grande passo com a religião, as tradições e as formas de relação. A mulher, dona de seu corpo, pôde, de certa forma, também escolher seus parceiros e ter múltiplas relações com homens diferentes. Cem anos atrás, as mulheres não podiam trabalhar ou andar na rua ou simplesmente ter liberdade de expressão. A vida das mulheres se resumia em cuidar dos filhos, da casa, preparar a comida e receber o marido. As mulheres não tinham direito de votar nem de estudar. As mudanças, que não foram poucas, partiram da ideia de cidadania. Brito (2001) nos conta esta parte da história

Os gregos conceberam a idéia de cidadania como um atributo de homens livres, que seriam as pessoas aptas para as atividades políticas, ficando as mulheres, os servos e os escravos relegados a um lugar à margem dos assuntos de interesse público. Historicamente, a construção das identidades de homens e mulheres se tem configurado a partir da dicotomia entre as esferas pública e privada, com atribuições de papéis, atitudes e valores previamente definidos segundo modelos naturais. A partir da década de 70, com o desenvolvimento do movimento feminista, tece-se uma crítica às concepções vigentes de rígida separação das esferas acima referidas segundo características "inerentes" aos sexos. Trata-se de mostrar que esta discussão não pode ser abstraída do seu contexto histórico liberal. O feminismo contemporâneo, através da crítica à rigidez das oposições binárias como categorias explicativas, tem buscado referenciais de análise menos limitados, os quais permitam integrar homens e mulheres nas suas relações, no desenvolvimento dos processos sociais. (BRITO, 2001, p. 291)

A mulher tem um papel decisivo na sociedade na nossa atualidade e suas lutas pelo seu reconhecimento e valores se fazem presentes nos âmbitos da família, das empresas, das instituições de ensino e da vida social. O movimento feminista abriu os portões do porão no qual as mulheres eram trancafiadas e, a partir disso, não houve mais barreiras intransponíveis, apesar de algumas ainda necessitarem de bandeiras em punho. Como exemplo de uma conquista que parecia impossível, podemos citar a aceitação das mulheres no exército, na marinha e na aeronáutica do Brasil. Um exemplo da bandeira em punho seria bem simbolizado pela antiga e

atual luta da mulher pela igualdade salarial quando da ocupação de cargos e funções correspondentes a cargos masculinos. Apesar disso, as mudanças são significativas, importantes e trouxeram inúmeras vantagens para a mulher.

No entanto, há uma piada que diz que as feministas são as mulheres que gostam mais de homens do que as outras. A explicação e a graça da piada vêm do fato de que a luta por conquistas e direitos antes apenas masculinos de trabalhar fora, produzir uma renda para si e para levar para casa, dirigir automóveis, caminhões e outros do gênero, dirigir empresas e comandar sistemas não coincidiu com uma luta masculina para ter os mesmos papéis das mulheres: gerar, cuidar e educar um filho, administrar a casa e o andamento da vida conjugal e familiar. Resultados disso se apresentam na vida da mulher pós-moderna com nome também moderno: jornada quádrupla de trabalho.

A mulher, na atualidade, lida com uma gama de fatores, de variáveis nunca antes vistas na história feminina. Os diversos papéis que ela representa hoje na sociedade alteraram os antigos e vêm mudando e influenciando outros sistemas da sociedade. Trabalhar fora, buscar independência, estudando faz com que o casamento e a procriação sejam adiados. A vida corrida e o trabalho fazem o número de filhos decrescerem. Aqui, chegamos ao que nos interessa: questionar: como a nova formatação do papel da mulher (gênero) enquanto trabalhadora, esposa e mulher (sexualidade) tem alterado/influenciado o papel de mãe?

Ao analisarmos, então, algumas dessas características da pós-modernidade e dos papéis da mulher e das novas formas de relações humanas, encontramos: relações vazias, preocupação com o corpo estético (seios no lugar certo, barriga sem lacerações, vagina com elasticidade), dúvidas sobre o corpo (dar conta de um parto, de cuidar de um filho, de amamentar), responsabilidade financeira (sair de casa para trabalhar), individualismo (não querer se prender a nada e a ninguém), tempo curto (tudo é para “aqui e agora”); temos um resultado que pode ser computado em estatísticas.

Números aqui não nos acrescentam e, sim, os fatos: parto cesariano crescente – o Brasil é campeão; campanhas para aleitamento materno – só são necessárias campanhas quando se vê que está acabando; legiões de filhos sem mãe – umas deixam seus filhos para ir para academias, shoppings e bateria de tratamentos estéticos, correspondendo aos padrões estéticos exigentes dessa era; outras para trabalhar – exigência financeira. Mães precisam deixar seus filhos para

cuidar do filho de outras. Berçários, creches e escolas integrais se multiplicam. Nas comunidades pobres, as crianças, por vezes, são cuidadas por irmãos também crianças e/ou permanecem emprestados ao acaso – nas ruas e vizinhos. Escolas de treinamentos de babás, enfermeiras e folguistas (profissionais especializados que oferecem seus serviços nos fins de semana, feriados e noites a preços bem salgados) crescem nos grandes centros. O final de semana pequeno para tantos afazeres parece ser longo demais para enfrentar sozinha (ou em casal) a própria prole, seja ela de um, dois ou três rebentos. O cuidado técnico é mais valorizado que o afetivo: há a babá especialista do nascimento ao terceiro mês, especialista do terceiro ao sexto e, assim por diante, até um ano, e depois vem outra. A consistência deu lugar à mudança por especialidade. Como fica uma função materna múltipla?

O afrouxamento das relações dificulta para os pais a aplicação de limites. Competir com a mídia é sempre complicado demais e ceder virou quase que um sinônimo de amor. Oferecer materialmente o que a TV aponta como desejo é a luta diária de cada pai e mãe da pós-modernidade que se desdobram no pagamento das tais funcionárias, presentes e modismos infantis. Nas classes mais baixas, a diferença é apenas no número de prestações com que se adquire a mercadoria, ou no extremo, a falta de qualquer outra forma de doação e cuidado, seja ele alimentar, de proteção ou de afeto. Filhos órfãos de pais vivos, criados na ausência que não passa necessariamente pela ausência física. Como componente grave de uma carência de significantes que ordenem para as crianças as redes de proteção, contenimento e limites que levarão à organização psíquica do ser em constituição, temos a ausência de uma estrutura de ligação entre pais e filhos. A mãe pós-moderna, com tantos afazeres e responsabilidades a cumprir, presa, ao mesmo tempo, na exigência que a maternidade prega e na exigência do padrão de estética parece não ter mais condições de oferecer um ninho: algo quente, protetor e aberto para que os filhotes permaneçam seguros sob seu regimento até o desenvolvimento permitir seu voo, e, quando permitir, que haja condições absolutas para dizer “vá!”.

A mãe da pós-modernidade parece estar dividida/perdida entre várias funções e responsabilidades. Vive em um sistema que a coloca nas ruas e que a exige em casa; é vítima da mesma armadilha em que caem seus filhos – o capitalismo que impera e ordena: compre, tenha. A mãe/mulher está dentro desse mesmo sistema manipulador e regida pelas mesmas pressões de competitividade, lucro, *status*, conquista. A mãe se perde na mulher ou no consumismo? A mãe não prioriza ou

não consegue fazer isso? Se falamos em tempos de narcisismo sombrio e frágil, estamos, também incluindo, esta mulher. A sociedade mudou e atingiu nossa protagonista: a mulher/mãe/cuidadora. A mãe que vive na pós-modernidade nos levanta reflexões sobre como é ter um filho no mundo contemporâneo.

Catão (2002) marca na sua clínica o aumento dos casos de depressão pós-parto e nos relata um questionamento sobre o poder das mudanças culturais para este aumento:

Admitindo que se trata de um aumento real do número de casos observados, poderíamos nos perguntar até que ponto este fato se deve às transformações culturais no papel da mulher ocorridas no último século. Nos dias de hoje, continuamos a esperar da mulher, e não sem razão, como veremos, que esta seja uma "mãe suficientemente boa", o que implica tempo e disponibilidade, para o exercício da *função materna*. Porém as mulheres estão confusas e os homens enfraquecidos no exercício de suas funções. É grande a miscigenação de papéis e progressiva a destituição do Pai enquanto função. Com os novos discursos sociais, "sofrem" homens e mulheres, instados a novas formas de gozo que desconhecem, embalados na promessa do tudo possível que a ciência não apenas endossa como diz garantir. (CATÃO, 2002, p. 221)

E ela continua:

Podemos supor que o aumento verificado no aparecimento de estados depressivos no pós-parto decorre da tentativa de supressão feita nos nossos dias, e em nossas sociedades, de toda e qualquer falta, de que decorre o fato de não haver lugar para a tristeza hoje. (CATÃO, 2002, p. 221)

Há uma tentativa de supressão, de tampar e esconder tudo o que pode ser falha, falta; de tamponar a tristeza, a dor e sentimentos humanos que aproximem da angústia. A angústia não pode aparecer e nem nada que signifique diferença do que se prega na sociedade; a felicidade é quase um lugar a se alcançar, é externa ao sujeito e tem representações bem definidas de acordo com o poder aquisitivo de cada pessoa. A busca é sempre individual e não podem haver empecilhos no caminho; toda e qualquer lei e regra pode/deve ser quebrada para atingir-se o objetivo.

Com tantos e tantos percalços, parece-nos que a função materna está sofrendo – respira com dificuldades. A relação que fundamenta a constituição da subjetividade humana está caindo em desuso, é como se fizesse parte de uma outra geração, de uma outra visão de mulher e de mundo. As mães pós-modernas

mostram-se perdidas, num fogo cruzado entre diversos focos, prazeres, deveres e direitos. O individualismo pós-moderno não coincide com a doação, partilha e pensamento coletivo que a função materna exige. Usando a expressão de Winnicott “preocupação materna primária”, é possível dizer que há uma falha nesta relação.

A ausência ou o estabelecimento insuficiente da função de continente do eu-pele acarretariam dois tipos de angústia. A angústia de uma excitação pulsional, permanente, esparsa, não localizável, não identificável, não tranquilizante que traduz uma topografia psíquica constituída por um núcleo sem casca; o indivíduo procura uma casca substitutiva na dor física ou na angústia psíquica; ele se envolve no sofrimento. A dor funciona como a garantia de uma pele psíquica. (LANG, 2003, p. 79)

Se a maternagem como função está sendo ameaçada pelos contingentes culturais e tornando as mães vazias da capacidade de ser continente e para-raios (aquela que protege o bebê das sensações que o meio externo lhe proporciona ao mesmo tempo que decodifica e sacia as sensações internas) do bebê, a libido, que no primeiro momento está ligada à autopreservação, sem o continente fica sem ter meios de se ligar em outras vias, e vai libidinizar essas mesmas funções vitais. O corpo fica sendo, então, o meio de vazão da angústia por meio do que não é simbolizado e insiste em não ser, por não haver bases para tal feito. O que é mais primitivo para o corpo serve de base para a desestrutura que emerge: o alimentar, o excretar, o dormir.

Um sintoma funcional pode ser dessa forma, muitas vezes, um representante de sistemas inconscientes e conscientes sem orientação vivenciados pelos pais, principalmente pela mãe e transmitidos à criança. Por sua incapacidade maturacional de elaboração da situação que não lhe pertence diretamente, a criança tem como recurso único a representação dessa angústia que lhe é passada assimilando as funções vitais, que são, por um lado, uma comunicação com seus pais – pela socialização que lhe é imposta –, e, por outro lado, uma necessidade permanente, com seus sentimentos e sensações.

A obesidade infantil passa a ser aqui localizada como uma forma sintomática de uma relação que encontra na alimentação a possibilidade de expressar e/ou extravasar a angústia que não pode ser contida nem canalizada na relação mãe-bebê.

PARTE III – OBESIDADE E PSICANÁLISE: PARTICULAR

5 A MÃO QUE BALANÇA O BERÇO: A CONSTRUÇÃO DO ÉDIPO E A DÍADE MÃE/FILHO

O Complexo de Édipo como um dos pontos centrais da teoria freudiana vai ser retomado aqui como fator estruturante (como parte da formação da subjetividade de qualquer indivíduo), num primeiro momento, e estrutural (como parte de uma leitura analítica que localiza o sujeito em estruturas) num segundo momento da constituição do sujeito. Em primeira instância, é importante realçar que o trabalho de construção freudiana sobre o Complexo de Édipo se deu em momentos diferentes e foi sendo escrito e reescrito pela constatação/observação clínica do que havia sido colocado até então em seus próprios escritos. Importante colocar que nossa questão também tem como um dos pontos centrais a vivência edípica por ela estar diretamente ligada à problemática da relação mãe/bebê e, por consequência, nos aproximar do nosso objeto de estudo – interrogar a obesidade enquanto sintoma, o produto de uma lacuna, um mal-entendido na díade em questão.

Comecemos por uma busca das passagens freudianas que nos ajudam a montar um quebra-cabeça sobre o que se trata o Complexo Edípico e sua implicação na construção da sexualidade e da identidade dos seres humanos.

Em 1896, Freud, nas observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa, escreve sobre a hereditariedade. O artigo se divide em três partes, que apontam sobre a histeria, a obsessão e os estados psicóticos. É clara a ligação deste com o artigo anterior sobre a etiologia da histeria (1896), em que a preocupação gira em torno do recalçamento e de como este se dá nessas instâncias. Na busca desta resposta, Freud se deparou com a importância que as fantasias ocupavam nos eventos mentais. A primeira hipótese, que logo foi abandonada, era de que os processos de recalçamento surgiam de eventos traumáticos infantis e que estes se davam pela sedução da criança por um adulto. Com suas observações, Freud descarta esta hipótese generalizadora – toda criança é seduzida – como ponto culminante para todo evento traumático e, com isso, analisa o papel das fantasias e da realidade psíquica.

Este abandono e as novas constatações hipotéticas abriram os estudos sobre a sexualidade infantil e, com ela, o advento do Complexo Edípico. “A interpretação dos sonhos” (1900) e “Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905) são artigos de grande impacto na obra freudiana. É neles que se condensa uma gama enorme de pontuações, mudanças, revisões e descobertas sobre o conhecimento humano. É preciso um enorme cuidado e uma leitura atenta das notas de rodapé e da tradução da obra a que se recorre para poder entender os passos de Freud.

As cartas enviadas ao amigo Fliess, datadas de 1896, são referências para esta montagem do percurso dos interesses de Freud e nos permitem visualizar seus progressos e interesses que vão desde os estudos pelas hipóteses baseadas na fisiologia e na química – a neurofisiologia – até chegar a pontos de vista mais psicológicos com as discussões sobre os sentimentos de vergonha, de nojo (asco), a moral e sobre forças recalcadoras. Nessa época, já é possível encontrar ideias e pontos dos textos que se referem à sexualidade infantil ainda como fator latente a ser despertado por fatores externos.

É na “Carta 69” (1896) que Freud relata o já mencionado abandono da teoria da sedução e descreve, por meio de sua autoanálise, a descoberta do Complexo de Édipo e, com ele, a descoberta da teoria sexual – no seu aspecto psicológico do desenvolvimento humano. Lembremo-nos que não foi de uma vez que ele assumiu e redigiu todas essas idéias e descobertas e que a construção da escrita ora acompanhava as descobertas clínicas, ora respeitava o jargão clínico da época, ora, ainda, seguia padrões do ritmo da aceitação de suas concepções. O que é importante é que, no início, o Complexo de Édipo é interacionista, ou seja, existem membros participantes que se influenciam mutuamente, orientando a sexualidade infantil e suas emoções. A sexualidade biologicamente determinada orientaria o menino numa certa direção.

Apesar das datas das Cartas serem do ano de 1896, foi somente em 1905 que ele lançou três obras fundamentais cujas idéias eram bem anteriores: “O Chiste”, “Os três ensaios sobre sexualidade” e “O Caso clínico de Dora”. Em alguns textos anteriores e outros posteriores a 1905, Freud vai avançando mais no que ele conclui ao se referir ao Complexo Edípico.

Em “A interpretação dos sonhos” (1900), “Psicologia de Grupo e a Análise do Ego” (1921), e em “O Ego e o Id” (1923), Freud trabalha o Complexo de Édipo como estruturante do indivíduo, da cultura e do social, como um dos pontos que contribui

para a formação do inconsciente. Por meio da teoria do determinismo, em que Freud levanta a forma de funcionamento psíquico, há uma referência da constituição sexual como biologicamente determinada. O aparato físico é que determinaria o curso sexual da criança através do contato com algo que permitisse uma exteriorização. Este algo seria, então, a presença dos pais, que trariam para a criança a possibilidade de identificação com o sexo oposto e o desejo hostil para com o mesmo sexo, trazendo inúmeras emoções, ideias e comportamentos da criança frente ao par parental possibilitando o desenvolvimento sexual.

Nesta concepção, os pais funcionariam como simples estímulos de situações internas preexistentes. Freud continua expondo que tanto os desejos hostis quanto os amorosos vividos psiquicamente por esta criança são repugnantes para ela e deveriam ser banidos. Os mecanismos psíquicos da repressão e da censura entrariam em cena a partir dessa necessidade de banir sensações, emoções e pensamentos impróprios, fundando o inconsciente. Essa constatação coloca o inconsciente em Freud fundamentado pela repressão primária, com a contribuição da vivência edípica que traz com ela os encontros com o par parental e a descoberta das diferenças sexuais. Por isso, Freud aponta o Édipo enquanto estruturante do sujeito num primeiro momento. Avancemos para chegar ao segundo momento do que Freud elabora sobre o Édipo – seu lugar como estrutural do indivíduo.

O Complexo de Édipo só pode ser delineado na teoria psicanalítica a partir do complexo de castração. Um complexo se forma basicamente de duas partes: uma pulsional – que são contraditórias e que querem satisfações – e outra de interdições – reguladas pelo sistema cultural e que entram em choque com a satisfação das pulsões. As partes são indissociáveis e as lutas que se travam dentro deste complexo – forças querendo coisas diferentes – são inconscientes.

Castração, por sua vez, se refere, até mesmo no senso comum, como algo a ser retirado. As vivências com os animais domésticos colocaram essa palavra de forma muito corriqueira para as pessoas que logo veem nesse termo a retirada do órgão sexual, a retirada da capacidade funcional sexual do animal. No sentido psicanalítico, deveremos entender a palavra castração como frustração das atividades de desejo, de satisfação ilimitada regida pelas pulsões. Fechamos assim: o complexo de castração é uma luta inconsciente entre as pulsões e suas satisfações ilimitadas e a necessidade de laços sociais com a cultura que exigirão a renúncia a estas satisfações. O complexo de castração na psicanálise ocupa uma

posição fundante do sujeito, sendo pano de fundo para a vivência edípica, e, por isso, tem um lugar diferenciado no nosso estudo. A castração como processo limitador, de borda, de corte para o sujeito pode ser relacionada aos transtornos alimentares. No caso específico da obesidade infantil, em que estamos interrogando os processos que acontecem e se interagem na relação mãe/bebê, a castração pode ser um visor, na busca de um entendimento da entrada da alimentação como tentativa de borda, de laço com o outro.

Para isso, precisamos entender o complexo de castração e sabermos diferenciar a inexistência dele, levando à formação de vias psicóticas no sujeito, pela não-inscrição do corte, da não-entrada do outro no processo de simbiose entre mãe e bebê, permanecendo, então, uma colagem entre estes. E também é preciso que saibamos que a castração pode ser um processo no qual há a entrada do terceiro na relação mãe e filho, mas não há o que cortar, pois não há a relação primeira e primordial de colagem. Se não houve a colagem pela maternagem, o espaço vazio pode ser preenchido por qualquer substituto que ilusoriamente sustente para o sujeito uma ligação, mesmo que ineficaz. O alimento cumpre bem este papel. Voltemos ao entendimento do complexo de castração e da importância dele para o estudo da obesidade infantil.

A teoria psicanalítica freudiana nos diz das curiosidades e buscas pelo entendimento sexual pelas quais as crianças se engendram. É a participação em família, com outras crianças e com a própria higiene realizada por um cuidador – mãe, pai, babá – que começa a despertar na criança as sensações e curiosidades. A chegada de um irmãozinho, as próprias sensações de prazer são motivações para essas buscas. Há, primeiramente, uma ideia única para as crianças do sexo masculino que todos possuem um pênis. Não há uma distinção entre homens e mulheres, meninos e meninas no que se refere a possuir um pênis. Ao observar os homens e constatar que eles possuem um órgão maior que o seu, inferem que o seu crescerá.

É por esta mesma inferência que, ao constatar também pelas amiguinhas ou irmãzinhas de brincadeiras que estas não possuem um pênis, que algo lhes falta; um medo de perder o órgão atinge o menino. Este medo é mais ou menos acrescido pelo modo como a família lida com essa criança e suas descobertas sexuais: a masturbação, as perguntas e os olhares. Esses comportamentos, na grande maioria

das vezes, são acompanhados de ameaças de corte do órgão ou da mão que o toca, fomentando as fantasias e compactuando com as ideias de perda.

A angústia por esta perda é tão avassaladora que, durante um tempo, o menino nega suas observações visuais e fantasia que a menina também possui um pênis, porém bem pequenino e que ainda deve crescer. Faz parte também de suas fantasias que as mulheres que para ele são importantes, como a mãe ou uma babá por quem ele tem apreço, não pode nunca ser desprovida de um órgão tão vital e importante. As duas fantasias servem como tentativa de amenizar o medo da perda da castração, mas não se sustentam por muito tempo, tanto pelas observações que não podem ser para sempre negadas, tanto por chegarem à conclusão de que as meninas tinham e lhe foram tiradas, então, também lhe pode ser retirado.

Quando fugir desta constatação visual que corresponde ao simbolismo de uma perda se torna impossível, a atitude do menino é desvalorizar a menina, é tê-la como um ser inferior desprovido de algo que ele possui. Automaticamente, essa inferiorização da menina por não possuir um falo emprega a este um poder. Quem o tem, detém o poder (a mãe o tem também, segundo a fantasia infantil). Notamos que a angústia de castração surge de ideias errôneas e das fantasias da criança que lhe são inevitáveis pelas vivências reais e pela necessidade de se posicionar frente à sua inferioridade verdadeira perante os adultos.

A descoberta das diferenças entre os sexos, apesar da angústia que provoca, move a criança no sentido de ter que conservar seu órgão, de preservá-lo. Se a menina o perdeu, foi porque não se comportou bem e mereceu ser castigada. Desta forma, é preciso renunciar a alguns desejos e fantasias para se ter o apreço do adulto e não ser castigado, trazendo, conseqüentemente, a possibilidade de conservar junto a si o órgão tão estimado e poderoso. A angústia é consciente, é algo que a criança sente e demonstra por meio de seus comportamentos. Seu mal-estar é sentido por ela e recusado através das renúncias que ela se propõe e que a faz ser solícita nos comportamentos sociais que lhe são ensinados. A angústia de castração precede o complexo de castração e o Complexo Edípico.

Podemos resumir dizendo que a angústia de castração lança o nascimento do Complexo de Édipo a partir de três pontos: a descoberta da diferença sexual, as fantasias e a inferioridade das crianças em relação aos adultos. Pois bem: para lidar com essa angústia, as crianças se valerão de comportamentos e atitudes que são diferentes para os meninos e para as meninas, pois a descoberta é igual para todos,

mas as fantasias e o modo de lidar com elas e com os adultos “fortes” exigirão posições diferentes para ambos os sexos.

O menino, após inferir a possibilidade da perda e supervalorizar seu órgão, precisa mantê-lo. O falo é investido libidinalmente, possibilidade esta que ocorre após o investimento narcísico oferecido pelo cuidador e que proporcionará, dentre outras coisas, a abertura para investimentos externos e em outros objetos. O menino começará a exercer sua força e seu poder através de jogos de força, de competições, de lutas em que ele apareça como herói. Esses jogos têm o objetivo de conquistar sua mãe, de mostrar para ela sua virilidade e sua capacidade masculina outorgada pela presença do falo. O pai torna-se modelo de identificações por possuir o falo e por ter a mãe para ele.

As demonstrações de orgulho e felicidade da mãe frente aos seus progressos e aquisições de força, organização e capacidade de respeitar as regras que lhe são impostas farão do menino um investidor do mundo exterior. Ele buscará amigos, brinquedos, jogos e interesses que o atraem e o estimulam. Os fracassos são sempre arrasadores e sofridos porque o que está em jogo é mais do que o simples “não consigo” e, sim, a possível decepção da mãe, que ele quer tanto agradar. Seus poderes são, sem dúvida, seus jogos de sedução. Veja que o prazer pulsional é sublimado pela tentativa de agradar, de laçar o outro.

Laçar o outro tendo como base a conquista da mãe superando o pai. É preciso que ele, o menino, se identifique com o homem que, aos olhos da mãe, é o homem que detém sua estima – para que ele a conquiste. Os fantasmas edípicos estão lançados: desejar e querer a mãe para si e, ao mesmo tempo, ter que se identificar com o pai para conseguir seu objetivo, se rivalizando com ele, pois a mãe pertence ao pai. Este, fonte de sentimentos ambivalentes – é preciso ser como ele e ao mesmo tempo eliminá-lo – é fonte também de agressões, competições e críticas do filho.

Num contexto normal, em que o pai neurótico pode suportar as agressões inconscientes do filho e, ainda assim, fornecer-lhe atitudes e severidades, demarcando o lugar de cada um, sem deixar de ser justo, o Complexo de Édipo terá um final que marca a virilidade para o rapaz com as marcas do investimento externo instaladas para o convívio social e busca pela sua própria mulher. A renúncia à mãe em prol do pai se faz pela renúncia à pulsão e entrada no social. O incesto é castrador: muda a direção libidinal do investimento. A liquidação do Complexo de

Édipo traz consigo a formação de um superego rígido para os meninos por meio do recalque das pulsões heterossexuais destinadas à mãe. O complexo de castração se faz: renúncias e reinvestimentos para manter consigo dois itens primordiais – o apreço das pessoas e seu falo.

Vejamos na menina como se dá sua angústia de castração, como esta passa pelo Édipo e pelo complexo de castração. A menina também constata, como já foi dito, a diferença sexual. Nas brincadeiras e observações, vê algo que ela não possui e atribui o pensamento mágico de que ainda vai crescer. A castração para as meninas não é uma fantasia, como para os meninos, e, sim, um fato. A angústia proveniente disso é, então, maior e mais avassaladora e representada pelo ataque à mãe, como se esta fosse a portadora da falha que a criança possui. Este ataque traz culpa e sentimentos também ambivalentes em relação à mãe, pois esta também pode lhe fornecer o que ela quer.

Fantasias surgem dessa ambivalência, como por exemplo, a capacidade de adquirir um falo. A mãe pode ser a que a presenteia com ele e, por isso, ela lhe delega poderes, lhe oferece carinhos e manifesta seu amor. Os meninos e o pai precisam ser atacados como maus para que ela dê conta de sua falta. Como nos meninos, quando ela não acredita mais na sua esperança mágica de possuir um pênis, ela começa, por meio de investimentos, a produzir em seu próprio corpo o interesse pelas coisas externas: brincos, vestidos, enfeites. Lembremo-nos, mais uma vez, que este investimento é fruto do investimento narcísico anterior, oferecido pelo cuidador. Ela faz isso por ela mesma, para se distrair de sua perda e constatação.

A sua produção lhe trará autoconfiança e ela fará desses investimentos a forma de colocar os meninos e o pai no seu mundo. Vê nesses investimentos a forma de conquistá-los e de usufruir o poder que eles têm. Jogos de sedução se iniciam: o pai é o alvo. “É por inveja do pênis que a menina vai ao encontro dos homens, para captar a admiração daqueles que ela considera superiores e atraentes para a sua mãe.” (DOLTO, 1988, p. 98)

O Complexo de Édipo, de um ponto de vista, pode ser considerado mais tranquilo na menina porque as pulsões servirão à afetividade e podem estar presentes em ambos os pais. Ela se mostrará cada vez mais interessada no pai e possivelmente declarará seu amor e seu desejo por ele sem ter que agredir e retirar a mãe de cena. Sua agressividade não é tão empreendedora como a do menino e ao

ver que envolver a mãe e culpabilizá-la por suas bagunças e desobediências causa também a ira do pai, ela abre mão da agressão e consegue, em harmonia com a mãe, tirando dela o que lhe interessa – como os traços femininos e de conquista –, lançar-se para o pai. A situação edípica se dá com a identificação com a mãe pelos seus trejeitos, levando a menina ao encontro com sua zona erógena vaginal e ensinando-lhe, por meio dos jogos com o pai e as interdições marcadas pela demarcação do lugar de cada um na família, que a menina tem que renunciar ao pai e fazer novos investimentos.

A sexualidade orientada pelo determinismo biológico perde espaço. O Complexo Edípico, neste segundo momento, coloca, acima de tudo, a cultura, os laços, os afetos advindos das relações como os fatores estruturais da sexualidade. O enfoque agora é intersubjetivo; não existem membros que se interagem determinadamente e, sim, membros que vão se inter-relacionando dentro do próprio processo. Os desejos da criança direcionados para seu pai ou sua mãe, então reprimidos e transformados em processos de identificação, constituem as sublimações e, com elas, a necessidade de amor como motivadora *mor* das renúncias pulsionais.

Assim, o Complexo de Édipo agora também pode ser considerado como estrutural do indivíduo porque, como consequência do que acontece no Édipo, suas identificações e movimentos ambivalentes, a criança sai com determinadas identificações. A identidade sexual não é dada, é algo que se deve assumir através de interações de subjetividade nas relações parentais: uma postura diante das renúncias e escolhas – uma escolha de objeto, uma posição perante o desejo.

Agora, podemos colocar que, com esta mudança, a relação mãe/filho adquire uma outra importância e a mãe não mais ocupará um lugar de estimuladora, mas de mediadora numa interação. As possibilidades infinitas de relação entre uma mãe e seu bebê e o papel do pai nesta relação vão ser colocados, então, como estruturantes da personalidade da criança. É na situação edípica que se trava um interjogo de relações que são base para as emoções, as escolhas objetais, as operações de pensamento, os mecanismos de defesa, etc.

Em suma, na teoria freudiana, pai e mãe passam de condutores de algo preexistente para formadores de interações simbólicas que estruturarão a criança na formação de sua identidade, a forma de o indivíduo se postar diante do desejo e, conseqüentemente, da vida. No entanto, é Lacan (1957/1958) que vai ampliar o

complexo edípico freudiano dando luz ao papel intersubjetivo de cada membro da triangulação edípica. Nossa atenção agora se volta para os acontecimentos simbólicos dentro da passagem edípica e das implicações disto para o estudo em questão.

Convidamos Bleichmar (1997), em sua leitura de Lacan, em que, no final do segundo capítulo de *Introdução ao estudo das perversões*, o autor faz uma reflexão sobre os três tempos edípicos:

...O Édipo freudiano está centrado ao redor da satisfação do impulso; o lacaniano, na realidade, ao redor da satisfação do narcisismo. De acordo com o falo que vai circulando, outorgando a valoração máxima, pode-se entender como se vão colocando os personagens distintos perante este falo, cuja posse outorga uma determinada satisfação narcisista. No primeiro tempo: o menino é o falo, a mãe tem o falo; o pai não aparece suficientemente desenvolvido na teoria, que é que se passa com ele (refiro-me ao pai real e não ao pai simbólico). No segundo tempo: o menino deixa de ser o falo, a mãe deixa de ter o falo; contudo, no segundo tempo, o pai é o falo onipotente que pode privar a mãe. Somente no terceiro tempo: o pai tem o falo, mas não é o falo. O falo encontra-se fora do pai. Ele é alguém que o possui. Quer dizer que, no terceiro tempo, o falo é reinstaurado na cultura, diz Lacan. Não é a mãe, nem o menino, nem o pênis do pai, nem o próprio pai; o pai e o menino podem ter pênis, mas estes são diferentes do falo. Notem, então, que o Édipo consiste em superar o falo como aquilo que se é para chegar ao falo como aquilo que se tem, ou, em um sentido mais rigoroso, consiste em separar o falo de suas representações, entre eles o pênis em primeiro lugar. (BLEICHMAR, 1997, p. 24).

Verificamos, neste parágrafo, a ampliação lacaniana que vai além do falo-pênis. O falo, em Lacan, é um significante da falta, que circula e que pode ser caracterizado por qualquer outra coisa, pessoa ou objeto, que possam ser representantes do ego ideal para o sujeito.

A díade mãe/filho ocupa um dos itens primordiais na formação da identidade,⁹ pois, se no primeiro momento a criança é o falo, ou seja, aquela que completa no imaginário a falta da mãe, ambas estão completas, não há falta. O Édipo aponta o lugar da criança na díade enquanto bebê/falo, o falo que sustenta a mãe, que oferece para ela sensação de plenitude, de completude. Há um desejo – pronunciado pela posição fálica do bebê – que laça os dois (mãe e filho) para uma necessidade de fusão, de permanência contínua. Do lado do bebê isto se representa pela sua própria dependência e imaturidade fisiológica que não permite uma diferenciação entre eu e não-eu. Todas as coisas são uma extensão, uma unicidade. Ele é a mãe,

⁹ Identidade aqui se refere ao processo pelo qual um sujeito se reconhece, inclui sua personalidade, seus sentimentos, sensações, atitudes e escolhas.

ele é colado nela. Do lado da mãe, seus cuidados, seu carinho, seu desligamento do mundo para focar-se no bebê, a permissão para que seu corpo seja a extensão do corpo que o bebê precisa, sua atividade psíquica que reflete a preocupação e a ligação com a criança e também a capacidade que esta ligação tem de oferecer a base para a leitura das necessidades do bebê são representações deste bebê-falo. A mãe encarna a plenitude: o bebê é tudo que ela precisa e ela é tudo que o bebê precisa – um bebê ideal que gera um eu ideal.

Nessa formação do eu ideal da criança, há uma leitura, um traço do desejo da mãe que escapa e se converte em máxima valoração, em “produto” de interesse que deve ser buscado enquanto condição para ser desejado aos olhos do outro. A posição bebê/falo evolui com a entrada do terceiro na relação, com a saída da mãe para outros interesses, sem deixar de lançar o olhar na criança, fazendo a falta aparecer. A mãe pode mostrar que há outras coisas que existem para ela, que este bebê não é completo, pois não a completa. Ao constatar a “saída” materna, o bebê também lança seu olhar ao redor, busca no outro materno o desejo que ela sente, e quer ser, então, este desejo. Inicia-se o ciclo de condição desejante para a criança.

Como se pode inscrever este valor máximo, que permite ao sujeito ocupar o lugar de preferência, ser objeto do desejo em definitivo, ser o Ego Ideal?! Através de qualquer atributo, de qualquer traço que, para a mãe – para o desejo da mãe –, se haja convertido na valoração máxima. Poderão ser os arrulhos da menina, poderá ser a habilidade futebolística do menino, a inteligência, ou que seja, pois então cada um desses elementos constitui verdadeiramente um significante no sentido de que é uma imagem na qual se inscreve algo. (BLEICHMAR, 1997, p. 23).

É este desejo de ser desejado pelo outro que move o indivíduo a querer ser o desejo da mãe. Bleichmar nos traz: “O que é que determina que o menino deseje ser o objeto de desejo da mãe? Lacan responde: não a dependência vital, mas sim a dependência de amor”. O filho/falo é assim criado pela mãe, cria nela a mãe fálica e permite satisfação narcisista de ambos. A mãe como a única necessidade do filho e este como única necessidade da mãe.

O primeiro tempo, marcado por esta relação primordial mãe-filho, que por meio do narcisismo vivencial, é que permitirá a passagem da identificação com o outro materno para a construção do ego. Bleichmar estabelece a busca de amor como motivo para ser o que o outro deseja. A relação dual, especular, de intersubjetividade, em que o cuidado é o lugar da transmissão da cultura e da lei,

pode ser também lugar de muitas formas de leitura, de entendimentos e mal-entendidos. O Édipo avança do seu caráter universal para um modo particular que cada sujeito tem para se posicionar diante do outro, da vida e de si mesmo. É com este conceito edípico que trabalharemos. A obesidade infantil, neste estudo, é questionada como possível tentativa de laço com o outro, dentro desses possíveis “mal-entendidos”. Se o posicionamento particular diante da vida é advindo das formas primeiras de relação, a obesidade como forma de posição única do indivíduo frente ao seu corpo e ao alimento pode estar ligada a esta mesma relação primeira.

Tratar o Édipo como modo de posicionamento do sujeito perante a vida significa colocar sua vivência e sua passagem como essenciais nas escolhas do sujeito. A relação mãe/bebê é, na psicanálise, a bússola que inscreve o sujeito numa busca particular, o que orienta e/ou desorienta, o que estrutura ou destrói. É na articulação da importância do primeiro tempo edípico com a primazia da relação mãe/filho e suas possíveis formas de estabelecimento que nos orientaremos; porém, é necessário que o segundo e o terceiro tempo edípicos possam ser colocados para o entendimento não de uma sequência didática e pontual, mas para compreendermos a formação de uma estrutura que põe em jogo a subjetivação de todos os envolvidos e dá ao pequeno indivíduo, desde seu nascimento, a entrada ou não no mundo da cultura.

Em “As formações do inconsciente”, Lacan (1957/1958) cita que o pai intervém efetivamente como privador da mãe em sentido duplo. Esta frase não foi escolhida por acaso. Ela sintetiza para nós o que consiste o segundo tempo do Édipo. O sentido duplo refere-se a uma privação que se dirige especificamente ao bebê: privá-lo do objeto de seu desejo; e outra que se refere à mãe: privá-la seu objeto fálico.

Em relação ao bebê, podemos colocar a questão da seguinte forma: a criança começa a perceber, pelos olhares e comportamentos maternos, que ela se volta para um outro ser que não é ele próprio – o pai. Esta percepção coloca no pai um lugar de identificação, porque a criança supõe que o pai tem o que ele não tem. A mãe tem um papel real aqui de colocar para o filho o lugar do pai na vida dela. O pai tem, por sua vez, o papel real de interditar esse bebê na relação de simbiose com a mãe e entrar como o que corta, o que castra esta relação.

O pai é um terceiro intruso na relação que tem como função ser castrador da díade: lançar a criança para a busca de outros investimentos e a mãe para fora de

sua posição fálica. Há uma intersubjetividade nas cenas que se passam neste processo. A mãe, deixando de ser fálica, leva à castração simbólica; tendo que recorrer e submeter-se a um outro, deixa de ser completa, é falha. A falha transmite a ideia para o garoto de que há algo além dele, que é maior que ele e maior, inclusive, que a mãe.

Durante um tempo, essa castração simbólica, que tem por intermédio este pai castrador, deixará o pai no lugar deste algo mais, lugar fálico. É preciso que isso aconteça para que o objeto de desejo da mãe possa ser questionado. Porém, o pai fálico não pode ficar neste lugar. Sabemos que não é o lugar de pai ou mãe, mas de quem detém o falo e de como ele ordena os processos. Se alguém continua assumindo o papel fálico, o simbolismo da castração se torna colapso narcisista, para usar uma expressão de Bleichmar (1997); as referências se perdem e o bebê fica à mercê do desejo do outro num “pra sempre”.

E agora o Outro que tem que entrar neste processo. O conceito de lei precisa ser introduzido como algo que está acima do desejo do indivíduo, algo que lhe seja maior e que ele precisa respeitar a qualquer preço. O pai simbólico, participante do segundo tempo, é o instaurador da lei; à medida que ele interdita o incesto e nomeia seu lugar de castrador, ele tira da mãe o falo e a coloca sob uma lei maior. O poder da mãe é substituído pela lei, o menino deixa de ser o falo para tê-lo e como o falo assume uma localização e representação de algo, o pai instaura a lei da cultura – o Outro. A instauração do Outro aponta o pai também como falho, castrado que é e que se submete à lei como qualquer outro. Fecha-se o terceiro tempo edípico e abre-se a marca de sujeito no indivíduo: alguém que é castrado, que falta e que tem que construir suas buscas apesar desta falha, sem ignorar a lei que o rege.

Cremos, agora, que podemos voltar ao primeiro tempo em que estão envolvidos os traços que queremos abordar. Usaremos o conceito de família normal ou relação normal para nos referirmos às constituições familiares onde a neurose seja a marca, supondo uma passagem “perfeita” por estes três tempos edípicos. A palavra perfeita, em aspas, representa ironicamente a contradição que queremos: se é perfeita, onde podem estar as falhas na relação a que nos referimos no primeiro parágrafo deste capítulo?

As infinitas possibilidades que o interjogo de subjetividades pode resultar para um indivíduo são impossíveis de serem abordadas. As falhas, até mesmo como o Édipo nos aponta, são condições da subjetividade humana e são necessárias para o

processamento da busca pela própria vida. A completude na teoria psicanalítica é a morte, finitude. Ao passo que esta explicação parece mais trazer confusão que esclarecimentos, afirmamos aqui que a falha, o mal-entendido que pode haver dentro de cada relação dual é consequência também desta intersubjetividade. A mãe e o filho estão sujeitos a diversas interpretações dentro do processo de interação. Há muitas variáveis envolvidas na concepção de uma criança, diversas vozes que nomeiam ou não o lugar que esta criança ocupará, e cada uma dessas vozes fala conscientemente de seus desejos e inconscientemente dos mesmos: quando uma mulher engravida, ela o faz enquanto mulher que é, filha que foi ou é, esposa e, sobretudo, como bebê que foi.

Um bebê que geralmente nasce aos nove meses de gestação tem uma história muito mais longa do que este tempo biológico da concepção humana, que chamaremos de a pré-história do bebê. Não há gravidez sem história, pelo menos para a teoria psicanalítica. A história tem um sentido, uma direção particular para cada criança. Cada história envolve outras histórias e tece uma rede sem fim de emaranhados subjetivos. Pensemos numa colcha: quanto mais buracos ela tem, mais leve fica, certo? Sim, com toda a lógica da física que essa conta matemática envolve: mais buracos, menos tecido, menos peso é igual a mais leve. Bom, na história humana não é bem assim. A metáfora da colcha dizendo de inúmeros cruzamentos subjetivos não se vale da mesma lei da física. A história humana diz que quanto mais buracos, quanto mais lacunas, não ditos e mal-entendidos, mais pesada a história fica.

Os buracos fazem parte da vida de todos os indivíduos e, na grande maioria das vezes, ficam intocáveis, fechados. No entanto, surgem momentos na vida em que esses buracos são tocados. Momentos que falam de mudanças. A gravidez é um desses momentos em que os buracos são mexidos e nela estará contida a pré-história do bebê. Toda concepção fala da história de um homem e de uma mulher, de encontros e desencontros, a vontade de ter um filho, a gravidez não-esperada e/ou planejada, o lugar na família – irmãos, primos, avós, tios –, a sexualidade dos pais, os medos.

O desejo de ter um filho, enquanto um projeto consciente, numa relação normal, exige psiquicamente a elaboração de muitos sentimentos, e o bebê já vai sendo formado, numa ordenação simbólica. O modo como os pais se referem a ele, como preparam sua chegada, como escolhem o que ele será ou não será na vida,

como planejam para ele um futuro, como visualizam seu rosto, seus traços e sua personalidade, tudo isso vai se inscrevendo como um ideal. É um trabalho fantasioso que deve acompanhar todo o período de gravidez; o bebê, nessas fantasias, é dotado de todas as virtudes, de todas as delícias. O bebê representado pelas falas dos pais é perfeito e já vai recebendo nomeações e nomes que o significam. Winnicott (1999) usa uma expressão bastante pertinente – o bebê é primeiramente concebido mentalmente.

Esta concepção mental vai permitindo aos pais e ao bebê irem se conhecendo, formando uma relação. Quando o bebê nasce, a carga de emoções dobra; o parto é para a mãe e para o bebê um momento de trauma, a primeira perda pela qual o bebê passará ao longo da vida e a separação mais brusca para uma mãe. Psiquicamente, a primeira função é a elaboração do luto do bebê mentalmente concebido para o bebê real. Por mais ideais que sejam as condições da nascimento e como aqui consideramos a normalidade, um luto precisa ser elaborado. A partir disso, começa uma nova relação, uma relação real entre uma mãe e seu bebê.

No primeiro tempo, vimos a colagem necessária e formadora de bases narcisistas que deve se travar na dupla mãe/bebê. Pois bem: é no Édipo, com sua vivência simbiótica do primeiro tempo, que se instalam a formação narcísica e a posição bebê/falo. Penetrar nas entranhas desta colagem (ou da não-colagem), nos produtos que esta deve oferecer para a subjetividade do bebê – o narcisismo – para continuarmos nossa tentativa de amarração em torno da obesidade. Basta-nos, porém, para a finalização deste presente tópico, a ideia em nós do complexo edípico como construção psíquica, como estruturante e estrutural para o indivíduo. Sua raiz está calcada nas primeiras relações e todas suas possibilidades de formatação podem ligar-se ao nosso objeto – obesidade infantil – como uma fome de amor que não foi cessada pelo amor propriamente afetivo. Uma não-colagem que coloca o alimento como possibilidade de laço e realça a pulsão oral como traço na vida do sujeito.

6 EU SOU EU DEPOIS DE SER VOCÊ: O NARCISISMO

“O importante é que eu sou não significa nada, a não ser que eu, inicialmente, seja juntamente com outro ser humano que ainda não foi diferenciado.”
Winnicott

Entrar na questão narcísica iniciada pela passagem do Édipo tem como objetivo situar a díade mãe/bebê como uma relação que influencia e que é influenciada por variáveis diversas; é impossível falar da constituição humana sem tocar nesses temas. Nosso objetivo é, também, trazer a obesidade para uma discussão subjetiva e não somente biológica.

Existem muitas histórias infantis. O mercado capitalista tem as crianças como consumidores importantes e conscientes, que sabem o que querem. Pensando nisso e, claro, no poder de compra desses pequenos diante de seus pais, há toda uma parafernália de produtos: brinquedos, jogos, roupas, enxovais, celulares e tudo mais que se possa pensar e talvez coisas que ainda escapam ao pensamento e parecem saltar direto da imaginação. A literatura infantil, assim como o mercado consumidor, teve que evoluir. Primeiro, porque também é um mercado de consumo; segundo, porque atingir o interesse e a atenção das crianças, competindo com canais especializados de TV a cabo, milhares de jogos no computador e Playstation, não é tarefa fácil. Pois bem: a literatura infantil evoluiu e também encontramos um hipermercado de bibliografias infantis, para todas as idades e gostos. O que nos intriga é que ainda, nas megalivrarias e/ou bibliotecas, em meio a tantas novidades e histórias diferentes, sem muito esforço, encontramos lá, com capas duras, coloridas, versões diferentes e novas, antigas e resumidas, acrescidas ou cortadas, os grandes clássicos da literatura infantil.

Branca de neve e os sete anões, Cinderela, A bela e a fera, Rapunzel, Pinóquio, Os três porquinhos – desconhece-se um ser humano que não saiba pelo menos uma dessas histórias, nem que seja um pedacinho, um personagem. Não desejamos aqui discutir, por mais que seja interessante, a psicanálise dos contos de fadas, mas não podemos deixar de lembrar que essas histórias pretendem captar as crianças por relatarem, nas formas das vivências de seus personagens, as próprias

vivências internas infantis. Uma história em particular aqui nos vem à tona, como um clarão e sem análises, apenas pegando as palavras e a força destas quando atingem as crianças.

Entre a falsa vovó – ora meiga e adorável –, agora lobo – cruel e sem coração – e a inocente e doce Chapeuzinho Vermelho acontece um diálogo da percepção.¹⁰ O coração de um (o lobo) está acelerado, desejoso do momento de colocar a criança ao lado da avó: na sua barriga. O coração da outra (Chapeuzinho) também, um misto de saudade e compaixão pela avó doente e de uma sensação que ela desconhece: “algo não está bem”, “vejo coisas diferentes que me fazem sentir coisas diferentes”. Ela, a criança, precisa conferir o que sente através do que vê, e pede a confirmação:

___ Para que servem estas mãos grandes, vó?
 ___ São para te tocar melhor, netinha!
 ___ E para que estes olhos tão grandes vovozinha?
 ___ São para te ver melhor, minha neta!
 ___ E para que este nariz tão grande, vovó?
 ___ Pra te sentir melhor, minha querida!
 ___ Para que estes ouvidos enormes?
 ___ Ora, são para te ouvir melhor!
 ___ E para que esta boca tão grande?
 ___ Pra te devorar!!”¹¹

Sim, ela tinha razão: aquela coisa estranha não podia ser sua avó. O resto da história, todos sabemos – bendito os caçadores de lobos maus do planeta! Bom, ficamos, então, nesse diálogo. Mãos, olhos, nariz, ouvidos e boca! Coincidência ou não, caros leitores adultos, estamos diante do que mais nos interessa enquanto objeto de estudo deste capítulo e como seres humanos: ser sentido pelo outro! A criança Chapeuzinho Vermelho tenta testar o que sente. Mesmo pressentindo que

¹⁰ O termo “diálogo da percepção” foi usado pela autora deste trabalho querendo dizer de um momento onde a criança, aqui representada pela personagem Chapeuzinho Vermelho, precisa se referenciar pelas próprias sensações, acreditar no que sente. A ideia do uso deste trecho da história não é discutir analiticamente o conteúdo da história nem avançar na representação do lado bom ou mau da história, investimentos e papel dos personagens, o que possibilitaria uma discussão sobre a libido e suas diversas formas de representações. A narcisização, ou seja, o processo de um ser/adulto narcisar um bebê/criança, dentre outras coisas, promove a internalização da segurança, do manejo saudável que permite a distinção das próprias sensações para poder dar vazão a elas na devida proporção que elas acontecem e de maneira mais simbólica possível: pelas palavras, pela discussão, o choro, a busca por ajuda, a elaboração, e daí não precisar que o corpo use da via somática para cumprir este papel, já que o psíquico deu conta do contenimento e escoamento/elaboração. Este papel só é possível ao aparelho psíquico se ele pôde vivenciar esta forma de contenimento por meio da estrutura do outro/cuidador como para-raios frente às excitações vivenciadas internamente e externamente pelo bebê na sua primeira fase do desenvolvimento.

¹¹ Clássicos de ouro.

alguma coisa está errada, ela fica. Fica porque ouve respostas que a prendem, fica porque supostamente vêm de alguém que ela ama e confia. Fica porque mesmo o mais temido dos perigos não é tão temido quanto não ser desejado pelo outro. Encostamos, aqui, na necessidade de amor. Voltemos.

Mãos, olhos, nariz, ouvidos e boca – órgãos sensoriais, que nos orientam e que, na anatomia fisiológica, se transformam no tato, visão, olfato, audição e paladar. Os cinco sentidos humanos por meio dos quais, se numa forma física perfeita, o bebê humano conhece a vida. O que interroga e nos leva à grande questão proposta aqui é que não basta a anatomia perfeita, órgãos capazes de cumprir suas funções. O ser humano, dependente e incapaz que é ao nascer; necessita de um outro ser humano que dê para ele um sentido para as funções que seus órgãos lhe fazem perceber. Chapeuzinho Vermelho nos leva ao narcisismo.

A palavra narciso, encontrada em dicionários comuns,¹² tem um significado de homem muito vaidoso, enamorado de si mesmo. Na mitologia, encontraremos Narciso como um personagem que ficou famoso pela sua capacidade de admirar-se. Resumidamente, o mito nos diz de um personagem que nunca havia visto seu reflexo até que um dia, nas beiras de um lago cristalino, se vê refletido. Tamanha sua paixão pela imagem, o tal personagem se perde ali, de tanto mirar-se e se admirar, ele acaba morrendo ao adentrar-se na água. A princípio, um mito um tanto egoísta: apaixonar-se tanto por si mesmo a ponto de não enxergar mais nada, ficar sem limites e sem bordas. Um processo um tanto solitário também. No entanto, é deste mito que Freud levanta o narcisismo. No mesmo dicionário, é possível encontrar narcisismo como: qualidade daqueles que se narcisam; e, ainda; como, significado para Psicologia: o estado em que a libido é dirigida ao próprio ego; amor excessivo a si mesmo. Todos que podem ter acesso a um dicionário podem entender esses simples dizeres. Freud deu um salto. Não sabemos o que os dicionários da época dele continham, mas, com certeza, não tinham o segundo ponto.

Freud, em 1914, escreve *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Não era a primeira vez que ele usava o termo; em 1900, ele já o havia citado como uma fase intermediária entre o autoerotismo e o amor-objetal. Em *Três Ensaio sobre sexualidade* (1905) e também em *Leonardo* (1910), ele faz referências a este termo

¹² FERREIRA, 1986.

e depois em muitos outros. Acontece que é no texto *Sobre o narcisismo* que ele discute este tema e seu lugar no desenvolvimento sexual, as distinções entre as libidos do ego e objetais e, por consequência, os conceitos de ideal do ego e superego. É um texto denso, capaz de tirar horas de leitura de alguém já familiarizado com a psicanálise, ele não se esgota. Entremos nele.

Freud começa citando outro estudioso que tem o narcisismo como sendo a atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo da mesma forma pela qual o corpo de um objeto sexual é comumente tratado. A perversão surge como primeira forma de estudo do narcisismo posto que, dessa forma, retirando prazer exclusivamente de seu corpo, a vida sexual do indivíduo estaria completamente absorvida por estes comportamentos, deixando margem para um fetiche solitário – uma perversão.

Certamente, as observações apontaram para outros rumos, e Freud levanta a questão de que o narcisismo não se tratava de perversão nem estava presente somente em grupos específicos – perversão, homossexualismo ou parafrenias –; mas que se tratava de um componente presente em todos os seres humanos, algo como um complemento do instinto de autopreservação. Um novo conceito começa a ser delineado: narcisismo primário e normal.

Como era de seu costume, Freud buscava suas respostas colocando seu olhar sobre as patologias para conseguir dizer da normalidade. Ele recorre, neste texto, ao estudo das esquizofrenias com suas megalomanias, das demências precoces, dos adoecidos neuróticos, das doenças orgânicas, da hipocondria e da vida erótica dos sexos para tentar explicar o comportamento da libido em cada um desses casos para poder explicitar o que ele trazia como narcisismo. Ele observa que havia alterações nos investimentos dessas pessoas em relação ao seu mundo interior e exterior. Coloca que haveria uma retirada da catexia do mundo externo para um investimento interno, mas que este processo era uma segunda etapa. Esses processos eram secundários, como uma consequência do processo de adoecimento que alterava a rota da libido que já existia em investimentos internos e externos.

Como exemplo, um processo de adoecimento orgânico. Um indivíduo com câncer, durante sua fase de intensa dor, tratamentos invasivos, forças físicas minando, dificilmente investirá no mundo externo. Ele pondera suas forças e retém para ele toda sua libido como forma de autopreservação: “o homem enfermo retira

suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera.” (FREUD, 1914, p. 89). A megalomania, ocorrência normal na psicose, tem como característica principal a retirada total da relação com o mundo externo para um hiperinvestimento em si. De forma delirante, o indivíduo se coloca como o ser supremo, o que tudo pode.

A vida das crianças, com seus pensamentos mágicos, e os povos primitivos com seus ideais e poderes místicos, também foram referências para que Freud firmasse a ideia de uma catexia pertencente primeiramente ao ego. O estar apaixonado, momento da vida erótica dos seres em que normalmente é o outro que “merece” todo o investimento interno, ocupa todo o espaço dos interesses de quem está enamorado. Uma inversão que também aponta alteração da rota de catexias libidinais. Porém, a dúvida continuava – como esta catexia primária surgia? Era possível, por meio da clínica, observar apenas o investimento e a retirada desses investimentos. A hipótese da distinção da libido – ego e objetal – começava a se travar.

É interessante para nós o que Freud vai descrevendo ao tentar elucidar sua hipótese, sobre as mudanças no percurso das catexias libidinais do ego quando se trata de questões orgânicas. A possibilidade dos órgãos serem investidos de libido e se tornarem fonte de prazer e erogenicidade é lida no texto como uma dessas mudanças de investimento libidinal. Um órgão se torna hiperinvestido de libido, ganha toda a atenção e pode levar o indivíduo a retirar seus laços externos e somente enxergar-se. A pele é o maior órgão do corpo. Podemos pensar a obesidade como algo que atinge a pele toda, o invólucro do corpo. Podemos pensá-la, também, como um hiperinvestimento de libido, que retorna e que lança de novo para o corpo uma catexia que não encontra saída/vazão na vida externa.

Podemos, também, eleger o estômago, no caso da obesidade, como um órgão investido dessa catexia, ao lado da boca. O estômago é um depósito de alimentos que ali se instalam esperando o processamento do corpo. É um órgão que tem estreita ligação com a boca, lugar de entrada do alimento e que tem uma representação também no afeto. A boca de comer é a mesma boca de falar, é a mesma boca de beijar. Funções diferentes, que serão ou não distribuídas uniformemente dependendo de como cada uma delas foi introduzida na vida da criança. O narcisismo funciona como um grande organizador de traços advindos das vivências edípicas. O narcisismo primário, produto da maternagem, oferece um

caminho saudável para as catexias do sujeito, não sendo necessário o desvio delas no somático. Desvios são desordens, advindas de uma outra desordem – a narcisação falha.

As desordens começam a ser traçadas segundo o desequilíbrio de investimentos. A autopreservação – libido de ego –, necessária à vida, recebe seu limite pela outra necessidade da vida: amar – libido objetal:

...a questão de saber o que torna absolutamente necessário para a nossa vida mental ultrapassar os limites do narcisismo e ligar a libido a objetos. [...] Um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, devemos começar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar. (FREUD, 1914, p. 92)

A necessidade de amar, inicialmente, de ser amado nos leva a pensar na escolha de objeto. Freud acentua a ligação dos instintos sexuais aos instintos do ego – de autopreservação. Sua observação é a de que as primeiras satisfações sexuais sentidas pelo bebê, advindas dos cuidados da mãe, são resultados das experiências das satisfações vitais do pequeno ser. O primeiro objeto de amor de qualquer bebê é a sua mãe, quem lhe oferece todos os recursos para que ele se satisfaça. Fica registrado, então, que o primeiro objeto sexual (de amor) é também a base de seu instinto nutricional e que é a partir disso que se forma o amor anaclítico – a forma de investimento que permite à criança investir num objeto externo para amar após ter sentido este amor em si mesma e, com ele, a necessidade de também amar.

Nesta concepção, devemos entender o que Freud (1914) coloca como narcisismo primário: todos os seres têm originalmente, por esses cuidados nele investidos, dois objetos de amor – a mãe e si mesmo. A diferença que se dá para cada pessoa, seja da tendência para um ou para outro na definição de sua escolha de objeto de amor, seja na intensidade ou formas de buscar o amor, tem suas bases nesta primeira formação amorosa consigo mesma e com a mulher que cuida dela. O investimento dos pais em uma criança que está sendo gerada representa a vivência de seus próprios narcisismos. Esses investimentos, em justa medida, permitem a alteração das catexias libidinais necessárias para que a criança seja presença nos desejos, expectativas e ocupações paternas e maternas. A supervalorização dos pais em relação ao seu bebê e ao futuro deste consistem, ao mesmo tempo, na

comprovação de que o narcisismo é inicial e normal para todos e que ele é consequência da relação com um outro.

O indicador digno de confiança constituído pela supervalorização, que já reconhecemos como um estigma narcisista no caso da escolha objetal, domina, como todos nós sabemos, sua atitude emocional. Assim eles (os pais)¹³ se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho. [...] Além disso, sentem-se inclinados a suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar, e a renovar em nome dele as reivindicações aos privilégios há muito por eles próprios abandonados. [...] ela (a criança)¹⁴ será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – Sua Majestade o Bebê [...] A criança realizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram. (FREUD, 1914, p. 97)

É assim, de forma tão poética, que Freud revela o narcisismo: uma condição dos pais de reviverem seu próprio narcisismo, tendo como refúgio o bebê, e, por sua vez, o bebê tendo no refúgio das suas necessidades a possibilidade narcisista dos pais é que forma o encontro com o amor objetal – sentir-se amado para buscar amar.

O narcisismo, sem dúvida, é tema chave na construção analítica freudiana e também na construção da nossa questão. Pensar o narcisismo como forma de libidinização do corpo, construída na relação edípica inicial, é poder pensar na entrada do corpo como alvo ou escoamento de questões psíquicas. É poder colocar o corpo como lugar de manifestações de sintomas psíquicos, de situá-lo entre forças que vão muito além do funcionamento orgânico. Essas forças, analiticamente falando, tratam-se das pulsões. A mudança de corpo biológico para corpo pulsional diz de um corpo que pode ser falado além de funcionalidades anatômicas, um corpo que pode ser situado na história de cada ser, relacionando-se com os investimentos emocionais que este indivíduo vive. Díade mãe/filho e narcisismo lançam caminhos para um corpo da psicanálise. A obesidade só pode ser entendida como nosso tema se for localizada dentro do narcisismo que, apoiado pelo Édipo, inaugura um corpo erógeno. O Capítulo 6 nos leva a este corpo.

¹³ Acréscimo da autora para o entendimento da citação.

¹⁴ Acréscimo da autora para o entendimento da citação.

7 “E O PULSO AINDA PULSA”: O CORPO NA TEORIA PSICANALÍTICA

Sendo a obesidade uma moléstia que atinge o corpo, que se mostra nele, afirmamos que a particularidade do corpo na obra psicanalítica tem um lugar especial na discussão sobre a participação da relação materno-infantil na produção da obesidade infantil. Partindo da frase freudiana que aponta “[o] ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é; ele próprio, a projeção de uma superfície.” (FREUD, 1987, p. 39, v. XIX),¹⁵ podemos, por meio da metapsicologia, tentar acompanhar o desenvolvimento da questão do corpo dentro dos achados de Freud. O corpo em Freud é atrelado ao conceito de alteridade, vai além do corpo biológico e orgânico sem perdê-lo de vista, com a construção do corpo psíquico. O corpo psíquico freudiano é palco da libido, das pulsões sexuais. É, ao mesmo tempo, um corpo sexuado descoberto com a análise da histeria; um corpo fragmentado e desamparado no início da vida e que se torna unidade na vivência do narcisismo pela alteridade.

É na concepção corpo biológico e corpo psíquico que iniciaremos a busca pelo corpo na teoria psicanalítica. Foi nos estudos sobre o corpo anatômico que Freud começou suas instigações. As evidências neuroanatômicas é que justificavam as respostas musculares, as queixas de dor e os sintomas verificáveis. Os mecanismos psíquicos não eram cogitados. O conceito de instinto – instinkt – pode explicar bem este determinismo biológico: vem significar um comportamento hereditário, da espécie, e possui sempre bases fisiológicas, determinadas a um objetivo.

Em “Os instintos e suas vicissitudes” (1915),¹⁶ Freud inicia sua produção sobre o conceito de instinto, marcando a incerteza de suas produções como produtos ainda de observações. Ele acentua a importância deste conceito para a psicologia e faz analogias a outras áreas de conhecimento para explicitar o que ele queria dizer sobre o instinto. A primeira analogia, e a mais relevante para nós, vem da fisiologia e está relacionada ao termo estímulo. Freud usa o estímulo para dizer

¹⁵ Neste texto, que vem da tradução inglesa, há uma nota de rodapé em que Freud explica esta frase pontuando que o ego deriva de sensações corporais, que pode ser encarado como uma projeção mental da superfície do corpo, além de representar as superfícies do aparelho mental.

¹⁶ É importante realçar que o texto em questão deve ser lido como a Pulsão e suas vicissitudes e que, em muitas partes do mesmo, o mesmo erro ocorre em razão de falhas de tradução. O que se pretende aqui é deixar clara a distinção entre os conceitos de pulsão e instinto freudianos.

das características principais do instinto de ser constante, de ser interno, de necessitar de várias formas de lidar com ele, da sua finalidade ser a satisfação e, por isso, ser impossível escapar dele. O instinto regularia as atividades mentais e determinaria as ações do sistema nervoso.

Obtivemos agora o material necessário para traçarmos uma distinção entre os estímulos instintuais e outros estímulos (fisiológicos) que atuam na mente. Em primeiro lugar, um estímulo instintual não surge do mundo exterior, mas de dentro do próprio organismo. Por esse motivo ele atua diferentemente sobre a mente, e diferentes ações se tornam necessárias para removê-lo. Além disso, tudo que é essencial num estímulo fica encoberto, se presumimos que ele atua com um impacto único, podendo ser removido por uma única ação conveniente. Um exemplo típico disso é a fuga motora proveniente da fonte de estimulação. Esses impactos podem como é natural, ser repetidos e acrescidos, mas isso em nada modifica nossa noção a respeito do processo e as condições para a eliminação do estímulo. Um instinto, por outro lado, jamais atua como uma força que imprime um impacto momentâneo, mas sempre como um impacto constante. Além disso, visto que ele incide não a partir de fora, mas de dentro do organismo, não há como fugir dele. O melhor termo para caracterizar um estímulo instintual seria "necessidade". O que elimina uma necessidade é a "satisfação". Isso pode ser alcançado apenas por uma alteração apropriada ("adequada") da fonte interna de estimulação. (FREUD, 1987, p. 124, v. XIV).

Tomando como referência o conceito de instinto, a sexualidade era vista como algo inato, enraizado na genética de cada ser humano e a definição de sexo masculino e sexo feminino, por exemplo, era um resultado dessa genética, uma determinação hereditária. Um desvio nesse ponto era dado como patologia orgânica congênita ou como patologia orgânica degenerativa, com etiologias desconhecidas, mas sempre fundamentadas no organicismo. Por outro lado, um desenvolvimento genético normal, ou seja, sem patologias, ocorrendo ao longo do percurso do crescimento, levaria inatamente à realização da plenitude sexual na vida adulta. A genética sem interferências do próprio organismo teria como consequência a organização da vida sexual nos órgãos sexuais masculinos e femininos, preparados para a concepção e prolongamento da espécie.

O instinto freudiano pode ser também, nessa mesma ideia determinista, comparado a um estímulo interno, uma necessidade constante do organismo que busca uma satisfação. Portanto, uma função vital é dada ao instinto, sendo necessária para a determinação da busca de sobrevivência, pois possuindo uma fonte, uma direção e um objeto específico ele levaria o organismo a movimentar-se, ir à busca de satisfazer-se, de conservar-se vivo. Aqui vemos a concepção de

instinto como autoconservação. Nessa concepção instintiva, o alimento guardaria um lugar específico. É o instinto que *a priori* é sentido e buscado pelo bebê humano, o que marca a relação de dependência com outro ser humano. A fome, enquanto necessidade, “guia” o bebê que, sem recursos suficientes para dar conta da sensação que o domina, chora. O instinto como autoconservação leva o organismo para a busca da satisfação.

Apesar dos escritos de Freud já apontarem, bem antes, com os estudos sobre a histeria, suas investigações sobre a sexualidade humana, são nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905) que podemos verificar as alterações mais significativas que Freud escreve sobre o corpo. Encontramos nesse texto o fundamento da teoria das pulsões e suas implicações na sexualidade. O conceito de pulsão – *trieb* – aparece contrapondo-se ao de instinto – *instinkt* – e suas determinações biológicas. Localizamos aqui a saída da natureza como princípio regulador e determinador da condição humana.

A teoria da pulsão, que coloca o corpo como o lugar das pulsões, como lugar de satisfação destas, local de cruzamentos entre o soma e o psíquico, foi definida por Freud em 1915¹⁷ por meio do conceito de pulsão. Esta estaria no limite entre o psíquico e o somático, tendo sua origem no interior do organismo, agindo como uma forma constante à qual o ser humano não pode escapar. Ora, não eram estas as premissas sobre o instinto? Sim e não. Sim porque o instinto anteriormente foi localizado como a força motriz para a autoconservação e, por isso, força constante. E não porque é justamente a concepção do estado limite – soma/psique – da pulsão que permitirá que ela passe a ser o ponto central da constituição da sexualidade, as bases para a identificação sexual que se inicia na infância e culmina até a soberania da experiência genital entre dois adultos.

O instinto como força de autoconservação passa a ser discutido em apoio às pulsões sexuais e ganha um caráter de pulsão parcial, regido pela pulsão sexual que lhe confere suas características – pressão, alvo, fonte e objeto. É preciso navegar pela teoria e explicitar como esta transformação se faz; como a contraposição entre instinto e pulsão se torna complementar na constituição da sexualidade.

A pulsão que está fora do controle do determinismo biológico coloca a questão da subjetivação do indivíduo, dizendo de possibilidades únicas de cada

¹⁷ FREUD, 1999, p. 209-232.

pessoa vivenciar a sexualidade – inscrita através do seu próprio corpo e da sua história. A pulsão como um excesso de energia percorrerá caminhos diferentes em cada indivíduo, porém sempre mediado pelo outro. Este outro traz a concepção de objeto da pulsão, que é uma das características supracitadas desta.

A pulsão terá quatro componentes essenciais: pressão, alvo, fonte e objeto. O corpo é a fonte. Por ser energia, há a pressão que constitui seu fator motor, sua exigência de trabalho que sempre pede uma descarga e fornece a ideia de inesgotável. O alvo é sempre único – a satisfação. A satisfação como alvo a ser atingido inclui a montagem das pulsões enquanto satisfações parciais, pois se a pulsão é constante, não há esgotamento pleno.

A fonte da pulsão é o corpo e, por isso, será amarrado aqui ao estatuto mais heterogêneo da pulsão: seu objeto. Entenderemos esses conceitos como entrelaçados e fazendo parte de um movimento progressivo que Freud localizará através do autoerotismo, das zonas erógenas vivenciadas em fases e o conceito de narcisismo.

O objeto pode ser colocado como o mais variável dos elementos da pulsão e está a serviço das pulsões parciais. A noção de zona erógena foi sendo construída por meio da observação das brincadeiras das crianças e da importância de jogos específicos e partes específicas do corpo que eram valorizadas pela criança em cada faixa etária. Freud focaliza, então, as fases por predominância das localidades corporais e dos objetos a que cada fase busca e demonstra obtenção de satisfações.

A primeira fase é a oral, que terá especificamente em nosso estudo uma importância primordial e, por isso, nos deteremos mais nela. Esta fase, que começa no início da vida do bebê humano tem como características a submissão e dependência total da criança a outro ser humano – cuidador. As necessidades do bebê não são localizadas por ele mesmo, pois ainda não há uma unicidade corporal, um reconhecimento do corpo enquanto algo que lhe pertence, que lhe é próprio. O corpo, nessa fase, é algo fragmentado, despedaçado; o bebê pode apenas, por meio de suas sensações, usar o choro para dizer de seu desconforto, de sua necessidade, de seu incômodo. É, então, pelo desprazer que o recém-nascido inicia sua forma de comunicação com o mundo. O cuidador, que vem ao encontro do apelo, é que vai nomear as sensações e possibilitar a formação do prazer,

oferecendo o que o bebê necessita, em contraposição ao desprazer, e deixar o bebê emerso em sensações que lhe faz não mais chorar.

Este movimento é cíclico, acontece a cada cuidado e, em condições normais, deverá permitir a criação de uma rotina que oferece estabilidade ao bebê. Esta rotina, que inclui alimentação e cuidados da higiene, da temperatura, dos estímulos externos ao que o bebê é exposto, terá como componente principal o alimentar. É o seio/mamadeira oferecido pelo cuidador-mãe, investido da voz, do cheiro e do ambiente que compõe a cena é que trará para o bebê o saciar de sua necessidade/fome e da sua necessidade de cuidado, de presença/afeto.

Freud observou e localizou o processo do sugar – movimento de busca de alimento – como um dos comportamentos mais estruturantes da personalidade. Além da função fisiológica da fome ser saciada pelo processo de sucção, o sugar refletiria a capacidade alucinatória do bebê para conservar consigo a presença materna, mesmo esta estando geograficamente distante. O tema deste estudo, abrindo aqui um parêntese, leva-nos ao encontro do instinto de autoconservação – fome –, que, atravessado pela relação com o outro, leva-nos ao apontamento da necessidade de amor. O alimento inicia, na vida humana, um princípio de proteção por meio da alucinação do sugar (meio de receber alimento), na tentativa da representação psíquica do contato com o outro cuidador. Esta alucinação protege o bebê do caos psíquico, alivia, tranquiliza, oferecendo prazer, e inaugura a possibilidade de o alimento representar mais do que do que a saciação do instinto de fome. Se o alimento vem do outro, é nesta relação – outro/bebê – que colocamos nosso olhar para discutir o que nela poderia representar a fixação ou o uso do alimento enquanto forma de relação com as pessoas e com o mundo.

A capacidade alucinatória permitiria, então, o prolongamento da sensação de prazer ao mesmo tempo que comprovaria a necessidade de amor como concomitante à necessidade fisiológica da fome, pois o sugar imaginário não traz consigo o leite, o alimento, mas a calma da presença do outro. A necessidade do outro é que determinaria a primeira zona erógena – a boca, e seu objeto – o seio, representante do outro. A pulsão parcial encontra um objeto para satisfazer-se.

“A interpretação dos sonhos” (Freud, 1900) esboça a teoria do desejo freudiano a partir dessa experiência de alucinação do bebê. Diz o texto que, após ter experimentado o seio e saciado sua fome, há uma inscrição psíquica na forma de traços mnêmicos que possibilitarão vivências de satisfações. Quando uma nova

necessidade lhe bater, o bebê lançará mão deste recurso da memória para lidar com a situação. A observação primordial é a de que isso só se torna possível se o seio for realmente apresentado ao bebê como fonte de saciação da fome e do laço de amor. Winnicott (1982) reforça:

O potencial criativo do indivíduo que se origina da necessidade produz prontidão para uma alucinação. Seu amor e sua profunda dedicação com o bebê, a ponto de fazê-la fornecer algo mais ou menos no lugar certo e na hora certa. Isto, repetido diversas vezes, dá início à habilidade do bebê de usar a ilusão, sem a qual não é possível nenhum contato entre a psique e o meio ambiente. (WINNICOTT, 1952, p. 381).

Freud faz outra importante observação na Conferência XXXII (1932) referente às fases do desenvolvimento psicosssexual e a ansiedade surgida em cada uma delas. A ansiedade que ele nomeia ansiedade de separação é vivida no traumatismo do nascimento e revivida em cada ausência materna. O sugar entra como um recurso interno, um meio de lidar com essa ansiedade, para que ela não seja tão avassaladora para a pequena criança. São as formas de cuidado que permitirão que os recursos internos do pequeno recém-nascido comecem a criar mecanismos para dar conta dessa ansiedade e de todas as outras que forem surgindo nas próximas fases. A ideia cíclica aparece mais uma vez quando expõe a primeira vivência de ansiedade como base para as vivências futuras e seus mecanismos de defesa para lidar com elas.

O que sucede é o temor à **perda do amor**,¹⁸ o que é, evidentemente, um prolongamento posterior de ansiedade da criança quando constata a ausência da mãe. Os senhores perceberão quão real é a situação de perigo indicada por essa ansiedade. Se uma mãe está ausente ou retirou seu amor de seu filho, este não tem mais certeza de que suas necessidades serão satisfeitas e talvez seja exposto aos mais angustiantes sentimentos de tensão. Não rejeitem a ideia de que esses fatores determinantes de ansiedade possam, no fundo, repetir a situação de ansiedade original, ocorrida no nascimento, que, de fato, também representou uma separação da mãe. (FREUD, 1987, p. 90, v. XXII)

A fase oral marca a boca como zona erógena, investida pelo cuidado do outro, como uma borda significativa, um órgão que, através da relação com o outro, ultrapassa a função fisiológica do alimentar e alcança um *status* de primeira forma de contato com o mundo. É comum para qualquer observador de bebês ou para quem tem contato com eles verificar a forma como, nos primeiros meses de vida, é a

¹⁸ Grifo nosso.

boca que será o grande ímã. A tentativa é trazer à boca qualquer objeto que se aproxima ou que o bebê possa segurar. Estatuto de objeto que também atinge o corpo, pois se o corpo ainda não é uma entidade que pertence ao pequeno ser, suas mãozinhas, pezinhos, roupinhas serão grandes atrativos.

É neste experimentar o mundo por meio da boca-órgão que o bebê começará pela busca do prazer ora sentido e pela evitação do desprazer também já sentido associar seus mecanismos de busca à obtenção do prazer. A vivência de sensações prazerosas no próprio corpo, instaladas pelo cuidado da mãe, progredirá para a realização do autoerotismo – o prazer sentido no corpo, através deste mesmo corpo. Estamos diante de um conceito que representa uma fase psicosexual e tem como promotor e mediador dela a relação com o outro. Podemos pensar aqui na obesidade e sua relação particular com o alimento como única forma de prazer. O autoerotismo poderia, sem a presença do outro – suficientemente satisfatória –, representar uma possibilidade de mediação para o indivíduo de suas sensações internas e externas? Podemos, também, questionar: poderia haver, desta forma então, uma fixação na fase oral? Um registro psíquico que manteria no indivíduo uma relação específica com o alimento na busca desta mediação com o mundo das sensações? Vale lembrar que “suficientemente satisfatória” pode ser representada pela ausência no oferecimento das necessidades do bebê, bem como no oferecimento maciço, na precipitação e leitura dos sinais apenas com a posição do que o cuidador consegue ver e, não, com a busca do reconhecimento da criança que está diante dela – como uma pessoa separada dela mesma.

O autoerotismo, vivido nos primeiros anos de vida, tem a presença anárquica das pulsões parciais. Estas buscarão alívio de suas tensões por meio das satisfações nas diversas zonas erógenas e auxiliarão na configuração do princípio organizador da vida psíquica, mediando o princípio do prazer, através da dupla prazer/desprazer até a identificação especular da criança. Esta, produto do narcisismo materno, iniciará uma nova fase na sexualidade infantil, marcada pelo eu narcísico e prepara para a entrada nas outras fases.

A segunda e a terceira fase serão citadas apenas a título de reforçar a noção de objeto da pulsão que, em cada fase, com suas peculiaridades, terá como zona erógena uma parte diferente do corpo, estendendo a noção da erotização corporal, da libidinização do corpo pela relação com o outro.

A fase anal é a segunda fase do desenvolvimento psicosssexual e lança mão do mecanismo de dar-receber. Sendo uma fase acentuada pela socialização dos mecanismos dos esfíncteres, as fezes serão tidas pela criança como seu primeiro produto, algo que ela tem domínio e que pode ou não dar ao outro que, através dos cuidados, demonstra toda a glória da conquista – usar o penico, por exemplo, ou toda a frustração – ainda usar as fraldas. A fase anal é um ponto crucial da organização psíquica, ligando pulsões, narcisismo, mecanismos de defesa e interiorização de normas (limites e apreço do outro).

Nos “Três ensaios sobre sexualidade” (1905), Freud afirma a importância da zona erógena anal, relacionando a atividade prazerosa em que se constitui o ato de defecar, provocado pela voluptuosidade das fezes. A retenção ou entrega das fezes estaria ligada a uma atividade masturbatória da zona anal e de uma mediação da relação da criança com seu meio externo. O significado inicial dado às fezes pelas crianças é de uma dádiva, um presente, algo valioso que pode ou não ser dado para o outro. Objetos de troca.

A fase fálica – a terceira – nos “Esboços de psicanálise” (Freud, 1940), após já várias construções sobre a constituição da sexualidade, será colocada como os primórdios da organização sexual. Nela acontecem as subordinações das zonas erógenas anteriores à primazia dos órgãos genitais. A fase fálica pode marcar a evolução normal, ou seja, cada fase foi vivida de forma saudável levando ao desenvolvimento sexual normal; ou nela começarão a aparecer os sinais de fixações em fases anteriores. Freud nos diz de catexias libidinais – fontes de energia originadas das fases da organização psicosssexual – que podem ficar retidas; outras podem ser introduzidas em uma formatação de produção de pré-prazer; outras podem ser excluídas totalmente – reprimidas, podendo se subdividir entre as que se tornam traços de caráter ou sofrem sublimação e deslocam seus objetivos. A função sexual começa a ter um organizador que se completará com a fase genital – quarta fase.

A zona erógena que se configura agora é o órgão genital; as outras zonas não são excluídas, mas incorporadas – dentro de uma normalidade – aos prazeres secundários; o prazer primário fica concentrado no órgão genital, porém o objeto é também o outro, como produtor de prazer no próprio corpo.

Em cada fase, objetos se oferecem como tentativas de dar conta da realização plena da satisfação. No entanto, como foi visto, são satisfações parciais

que os objetos podem oferecer. O caráter variável dos objetos da pulsão oscila segundo a história do indivíduo, suas fantasias e seus desejo, inaugurando a subjetivação no processo psicosssexual e afirmando, sobretudo, a primazia do outro na constituição da vida psíquica humana. Os objetos externos escolhidos por cada pessoa durante sua vida são representantes da pulsão, dessas vivências construídas no contato com o meio externo e com a figura do cuidador, representante das primeiras relações.

O objeto da pulsão é, sobretudo, o marco que permite a distinção entre mundo interno e externo. A polaridade entre sujeito e objeto é apresentada por Moreira (2002), em seus estudos sobre a teoria freudiana, como essencial para o funcionamento do aparelho psíquico e do conjunto da atividade intelectual. A polaridade incide sobre a dupla: princípio do prazer e princípio da realidade, mediando-os e permitindo a apreensão da realidade através da relação sujeito/objeto. E, como vimos, essa relação que se dá por meio das sensações de prazer e desprazer é que dará as direções para a escolha dos objetos e da forma de lidar com eles.

O prazer e/ou o desprazer serão os guias para a distinção entre o mundo externo e o mundo interno. Os estímulos surgidos de ambos os pólos não marcam em si uma oposição entre eles, posto que um estímulo externo possa provocar estímulos internos e vice-versa. No entanto, a não-oposição não pode significar não-diferenciação. O acesso à realidade pelo psiquismo é condição de organização, de trocas e participações nessa realidade, de encontros com objetos diversos, circulação libidinal e exigência de um outro para sua mediação.

A significação de cada objeto variável da pulsão, que se inicia com o autoerotismo vivido nos primeiros anos de vida, que avança para o narcisismo primário, com o investimento narcísico materno, é que culmina no aloerotismo, na possibilidade de que as construções internas provocadas pela mediação do outro sejam direcionadas para a realidade externa e coloque em jogo o circuito pulsional da subjetivação e do desejo.

Retomemos, aqui, o segundo parágrafo deste capítulo que faz referência à construção do corpo na teoria psicanalítica como sujeito à alteridade. A problemática da alteridade pode e deve ser localizada aqui: a noção de objeto só se constrói na presença de um outro/objeto, que presentifica a existência para o *infans* dando-lhe a noção de seu próprio corpo.

O aparato psíquico que vai se desenvolvendo na alteridade do outro/objeto passa a ser entendido como regulador das ações pulsionais, como o mediador de todas as atuações anárquicas das pulsões e estímulos. É como se as pulsões dispersas no corpo pudessem compor uma espécie de caos pulsional, um sem-controle para o indivíduo. O aparato psíquico capturaria essas pulsões ordenando-as segundo uma linguagem que vem nomeando as sensações e o próprio corpo num primeiro momento. O corpo como alvo das pulsões e o psíquico como regulador possibilitaram a articulação corpo/psiquismo. A teoria freudiana levou-nos à articulação entre corpo somático/biológico e psíquico quando localizou o corpo enquanto fonte de estimulação constante, exercido pela pulsão, e o psiquismo como o lócus das representações dessas pulsões, e marcou para esta articulação o encontro do indivíduo com o outro.

O corpo, na teoria psicanalítica, é, então, um corpo construído, está biologicamente pronto, mas não inscrito de subjetivação *a priori*. O corpo vai sendo inscrito e representado pelo inconsciente. Toda a construção teórica freudiana vai apontar para o corpo enquanto lugar de inscrição da subjetividade e, por isso, como lugar único para cada ser. Esta dimensão simbólica do corpo, que não pode ser reduzida a um emaranhado de órgãos e sistemas biológicos, é que permite a instalação também da história do sujeito no seu corpo. As vivências constroem um corpo e nele se inscrevem e, de repente, ele vira livro da vida que não para de inscrever-se.

O importante desta constatação para nosso estudo é em si a possibilidade de verificar que o corpo pode ser investido de vários acometimentos e cuidados e que cada um deles tem e terá uma representação que chega ao corpo biológico pelo corpo psíquico e vice-versa. Pois se o instinto serve à necessidade biológica e a pulsão serve ao desejo do corpo psíquico, o objeto que satisfaz não é necessariamente real, mas fantasmático, ligado à história pessoal de cada ser. O corpo psíquico, representante de algo que se inscreve através do cuidado do outro, marca a posição da sexualidade, das relações parentais, do complexo edípico como estruturantes do sujeito.

Em suma, o corpo psíquico, não mais em contraposição ao corpo biológico, mas numa correlação mútua e interdependente, regido pela pulsão, organizado em unidade pelo narcisismo, terá a libido como representante de sua natureza exclusivamente sexual, “libidinado” pelo outro. Ora, um corpo que é atravessado

pela função vital e, ao mesmo tempo, sem exclusões ou exclusividades de um sobre o outro, é também atravessado pela sexualidade; abre espaços para que o psíquico, com sua dimensão inconsciente, seja a referência para o corpo.

É na base da constituição do ego, que se dá pelo construto narcísico, que acontecerão os conflitos do sujeito com seu corpo. Um rim que tem como função a filtragem do organismo pode ser pego como algo mais, investido que é de libido. Na história do sujeito é que se pode encontrar o investimento feito ao órgão e sua função, ou sua disfunção. É, pois, na pulsão – ponto de encontro do corpo biológico e do corpo psíquico – que se encontra a formação sintomática e, com ela, o terreno que buscamos para observar a obesidade infantil.

A dimensão do corpo como lugar de sintoma cabe neste momento, após a definição de que corpo se trata este estudo – do corpo na teoria psicanalítica – para dizermos da obesidade. Freud, em “Rascunho E” (1898), já apontava as neuroses como uma tensão física que o psíquico não suporta e transfere ao corpo. Em suas palavras,

uma tensão física que não consegue penetrar no âmbito psíquico e, portanto, permanece no trajeto físico... por uma razão qualquer, o enlace psíquico que lhe oferece é insuficiente, não podendo formar o afeto sexual por formar algo nas condições psíquicas necessárias. (FREUD, 1987, p. 217, v. I).

Por volta de 1900 a 1914, quando Freud começa a estabelecer o ego como objeto de amor a partir da teoria do narcisismo, o mecanismo de identificação para a constituição da identidade e os conceitos de ideal do ego e superego, inicia-se a concepção da segunda tópica. A segunda tópica mostra a ideia de que o ego se desenvolve como imagem unificada do corpo, tornando-se, assim, objeto da libido narcísica que fará a ligação dos conceitos de narcisismo aos desdobramentos que a pulsão sofrerá em pulsão de vida e pulsão de morte.

Pulsão de vida e de morte sendo colocadas como faces da mesma moeda, forças pulsionais que regem constantemente o fazer humano, levarão Freud a situá-las na organização dos acontecimentos psíquicos. Ao colocar como ponto de diferença a maneira que cada um se apresenta na regência da vida do sujeito, Freud localiza, também, seu ponto comum: ambas querem uma única coisa, o retorno ao nada, ao princípio fusional.

A constatação freudiana, por meio dos achados clínicos, da existência de algo que levava a pessoa à repetição mesmo que dolorida, se mostra em “Além do princípio do prazer” (Freud, 1920) e engloba o conceito de Nirvana, abrindo espaço para a relação do homem com a destrutividade. Essa destrutividade vem como enigma, pois vem do próprio homem. Freud vai atrás deste impasse, e a pulsão enquanto força que não se aplaca e da qual o homem não pode fugir passa a ter dois pólos que lutam entre si numa forma de busca de compensação, da satisfação e da frustração.

Em algum momento, por algum motivo, uma dessas pulsões domina. O equilíbrio se desfaz e uma começa a trabalhar em função e para a outra. A pulsão de morte, tendo, então, o domínio, exerceria sua satisfação no próprio campo de sua fonte: o corpo. A obesidade, enquanto objeto deste estudo, será tomada aqui como atuação direta da pulsão de morte. A atuação da pulsão de vida fica, então, vista como ineficaz, que não amortece a pulsão de morte, mas dá lugar a esta na vida do sujeito, colocando o corpo como pólo direto do sintoma – um corpo sintoma, expressão do sofrimento e da dor.

É com o conceito de “complacência somática” que discutiremos o corpo como expressão do sintoma. Em 1969,¹⁹ Freud, escrevendo sobre o Caso Dora, insere o termo complacência somática para dizer de um fator que permitia aos processos inconscientes uma saída no corpo.

Aqui convém lembrar a questão tão freqüentemente levantada de saber se os sintomas da histeria são de origem psíquica ou somática ou, admitindo-se o primeiro caso, se todos têm necessariamente um condicionamento psíquico. Esta pergunta, como tantas outras a que os investigadores têm voltado repetidamente sem sucesso, não é adequada. As alternativas nelas expostas não cobrem a essência real dos fatos. Até onde posso ver, todo sintoma histérico requer a participação de ambos os lados. Não pode ocorrer sem a presença de certa **complacência somática**²⁰ fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado. Porém não se produz mais de uma vez – e é do caráter do sintoma histérico a capacidade de se repetir – a menos que tenha uma significação psíquica, um sentido. O sintoma histérico não traz em si esse sentido, mas este lhe é emprestado, soldado a ele, por assim dizer, e em cada caso pode ser diferente, segundo a natureza dos pensamentos suprimidos que lutam por se expressar. Todavia, há uma série de fatores que operam para tornar menos arbitrárias as relações entre os pensamentos inconscientes e os processos somáticos de que estes dispõem como meio de expressão, assim como para aproximá-las de algumas formas típicas. (FREUD, 1987, p. 45, v.VII).

¹⁹ FREUD, 1987, v. VII

²⁰ Grifo nosso.

Outros grandes estudiosos da psicanálise como Balint, Deutsch, Reich, Ferenczi, Klein, Winnicott, Birman dedicaram-se ao estudo do corpo como produto de análise, do corpo como meio de expressão e sintoma. Estes e outros profissionais e estudiosos queriam entender a função do psiquismo na regulação dos fatores doença/saúde na luta entre a vida e a morte.

A história da medicina está ligada à concepção de homem de cada época e aos meios de relacionar suas doenças ao que ele sentia e vivia, bem como o meio de tratamento. Podemos, como ilustração, citar a concepção de doença na Antiguidade. Esta era considerada manifestação de forças sobrenaturais; o homem nada tinha com este processo, sendo apenas vítima de um acometimento e o que lhe restava era a busca de curandeiros e entidades superiores.

Um longo percurso da Antiguidade até os dias atuais se trava. Passando pela civilização da Babilônia – associando rituais a analogias de doenças –, pelo Egito Antigo e os primeiros esboços das doenças clínicas e do corpo humano, pela Grécia Antiga e suas mitologias – doenças como castigo –, e por outros tempos e civilizações, conclui-se que os termos doença, homem, tratamento e morte sempre tiveram lugar privilegiado na busca do homem para entender e/ou fugir da morte. Apesar de várias diferenças entre as concepções, localiza-se como ponto comum a busca por alguma explicação que fosse além do corpo, do que podia ser visto.

É com a figura de Hipócrates que podemos começar a situar a visão que consideramos neste trabalho: a visão atual da saúde. Nascido na ilha de Cós, por volta de 460 a.C., contemporâneo de Sócrates, Hipócrates inaugurou o Corpus Hippocraticum – um verdadeiro tratado que inaugurou a medicina moderna contendo concepções filosóficas, das origens e terapêuticas de muitas doenças. Sua genialidade permitiu a inauguração da observação de que de a unidade funcional do corpo era regulada pela alma-psyqué.

O homem de Hipócrates era uma unidade organizada, e a doença, um sinal de desorganização. Essa organização e desorganização estariam ligadas à história da pessoa e, por isso, era preciso aliar à observação clínica da doença com seus sinais e sintomas a sua história. Uma individualização do processo da doença aparece e, com ele, os princípios da psicossomática.

A psicossomática promove as teorias de Hipócrates sustentando uma compreensão possível do sofrimento humano e de suas doenças somente a partir

da compreensão de seu modo de viver, suas relações familiares, profissionais, suas expectativas futuras e seu passado. O objetivo do tratamento fica entendido como a busca pela organização do indivíduo, seu restabelecimento físico e psíquico que deve passar pelo entendimento do processo do adoecer.

É claro que paralela a esta visão do adoecer acima colocada, coexistiram outras concepções como as praticadas na Ásia Menor. O tratamento consistia em verificações sobre o lugar acometido da doença. A prescrição era dada indiscriminadamente e não havia nenhuma preocupação em avaliar relação da vida da pessoa com seus acometimentos. A diferença entre as duas concepções deu espaço, ao longo dos séculos, a diversas formas de olhar e acolher a doença, porém é na primeira concepção que encontraremos o berço para o que nos interessa.

Daremos um salto de Hipócrates a Descartes, para, por meio do jargão *divisão corpo e mente*, contrapormos duas teorias diferentes que se tornaram palco da discussão e das diretrizes da medicina moderna. Com o dualismo, Descartes propunha o fundamento racional de toda ciência. Esta proposta acabou priorizando o corpo, suas funções e sinais observáveis e desvalorizando a experiência subjetiva na relação com as doenças. Por muito tempo, o dualismo levou aos porões da medicina a subjetividade e sua participação nas doenças somáticas.

Foi com a Revolução Francesa, no século XVII, que as ideias inspiradas pelo Iluminismo retornaram contestando o racionalismo e exigindo novos ideais de homem, de sociedade e de vida. Podemos citar Kant e Stahl como grandes representantes dessas mudanças que atingiram a medicina e o jeito de tratar o homem e suas doenças. O Vitalismo defendia a existência de uma força vital que regia a vida da pessoa e levava em conta suas sensações e emoções, retornando à concepção de Hipócrates do homem como unidade.

Heinroth, psiquiatra alemão, criou, inspirado no Vitalismo, o termo psicossomática. Em um artigo em que ele relacionava aspectos emocionais ligados ao desenvolvimento da tuberculose, epilepsia e câncer desenvolveu ideias importantes sobre a necessidade da observação e da escuta para o entendimento das doenças e suas evoluções. Esse termo foi criado em plena era da “disputa” das duas principais correntes que sempre coexistiram sobre o homem, o monismo e o dualismo; daí o caráter revolucionário de sua criação.

Em 1926, F. Deutsch reintroduziu o termo psicossomática utilizado anteriormente por Heinroth, defendendo a ideia da complacência somática e o

tratamento das patologias orgânicas pela análise, pela inteiração da história do paciente ao que ele sentia e descrevia. É, então, por influência do pensamento psicanalítico que o termo é retomado no século posterior à sua invenção. O termo psicossomática é polêmico ainda hoje e tem várias vertentes e definições. Neste estudo, trabalharemos com a definição da Escola Psicossomática de Paris que defende a ideia de que a psicossomática é uma abordagem de pacientes pela escuta analítica, que leva em conta os processos inconscientes do paciente no que se refere à representação da doença e do adoecer. O processo psicossomático diz de um excesso psíquico que, sem contenimento, descarrega-se no corpo.

Segundo Vieira (1997) um trauma psíquico quando assimilado e elaborado pelo indivíduo, não requer a “utilização” do corpo como expressão. Porém, quando essa assimilação falha e a elaboração de um luto é psiquicamente impossível, o corpo é utilizado como descarga. É disso que trata a psicossomática – da possibilidade do corpo como expressão de algo psíquico que foi impossível de ser processado apenas ao nível mental.

A palavra “falha”, que aparece no texto de Vieira, e também no corpo deste capítulo falando de uma possível falha da pulsão de vida, remete-nos ao que McDougall (1991) pontuam como falha no processo de inscrição pulsional do sujeito, uma falha no processo de simbolização advindo das relações primevas.

A psicossomática ocupou, durante muito tempo, um espaço que, de certa forma, colocava o corpo no divã, porém já adoecido, já marcado por um excesso psíquico que seria impossível de ser representado simbolicamente; então, aparecia no real do corpo. O corpo lesionado no fenômeno psicossomático permitia a entrada da psicanálise apenas como uma visionária de um fazer impossível. Hoje, é preciso entender a psicossomática como uma ferramenta, um olhar sobre o homem. A figura representativa da psicossomática é a banda de Moebius. Retirada da matemática, a banda representa um objeto sem pontas, sem frente ou verso, sem dentro ou fora. É uma figura que demonstra continuidade. É Lacan (1957/1958) que introduz o uso dessa figura na psicanálise, mas é em outro sentido. O que nos interessa aqui é a lembrança de que não é nem o psíquico nem o somático que entram como principal, mas a continuidade impossível de se desfazer da relação que se trava entre esses processos e suas influências na vida de um sujeito.

O corpo hoje ocupa um lugar social de hiperinvestimento. Há um leque de afazeres, adornos e possibilidades de ter. A tecnologia médica com suas cirurgias,

as lojas e butiques repletas de variedades que se tornam obsoletas da noite para o dia, as academias que oferecem de danças a meditações que modelam o corpo, as medicações que prometem o paraíso do jejum com alegria. Um hiperinvestimento oferecido pelo capitalismo que traz transformações para o sujeito e sua relação com o seu próprio corpo, com os outros e com o mundo.

O que se coloca como novidades e possibilidades da ciência e do capitalismo para o corpo não passa despercebido para a psicanálise – como hiperinvestimento da ou na pulsão de morte –, que escuta as novas formas em que o sofrimento chega ao corpo, o que, na obesidade, se dá a olhos nus. O corpo em psicanálise é atravessado pelo corpo na pós-modernidade. A psicossomática lê o sintoma no corpo através do viés da psicanálise: a pós-modernidade produz, cada vez mais, sintomas no corpo.

As pessoas me olham porque sou gordinha. Na escola sempre sou a primeira ou a última, dependendo do caso, porque sou gordinha, as pessoas têm pena de mim porque sou gordinha. Tudo acontece porque sou gordinha. Acho que até como porque sou gordinha e sou amada porque sou gordinha. (Maria, 12 anos).

A alteridade, peça fundamental na constituição da subjetividade, que coloca a presença do semelhante como indispensável e indissociável da condição de sujeito, dá ao social, à cultura o poder do envolvimento nas patologias. O corpo responde no plano individual o que capta do universal. Cada época produz imagens que ocupam os lugares de poder, desejo, valorização, *status*, bondade, honestidade e vários outros conceitos que, por serem abstratos, são ocultos; cada cultura enxerta o que prega. O corpo, com as referências enxertadas pela cultura, capta a mensagem veiculada pelo imaginário popular e, somado à estrutura individual, produz sintomas.

As problemáticas internas vêm migrando progressivamente para o corpo, a ênfase na corporalidade parece sugerir que a plataforma dos conflitos migra para o exterior do sujeito. O culto ao corpo e à imagem encontra no terror ao envelhecimento e da morte o negativo que lhe justifica, a condição da possibilidade de sua existência. (FERNANDES, 2003, p. 17)

O corpo, na psicanálise, é singular, é corpo erógeno, é corpo dado pelo outro. É na relação com o outro materno que buscaremos as bases para a configuração da obesidade enquanto sintoma que possa se formar dentro dessa relação. As concepções da psicossomática permitem-nos adentrar pelo corpo sintoma que

responde por algo vivido, enraizado no substrato da pele como tatuagens e signos aptos ao deciframento. Freud, apesar de nunca ter pretendido fazer uma teoria psicossomática, possibilita esta abordagem ao fazer uma modificação significativa da dimensão econômica da metapsicologia: a condição integradora e regressiva das pulsões é essencial para o desenvolvimento humano.

A psicossomática, na sua visão da obesidade, a situa como uma falha no processo de simbolização, elegendo a teoria das pulsões como a ferramenta freudiana para abordar esses pacientes. Freud, ao falar das excitações provenientes das necessidades fisiológicas do bebê, realça a capacidade deste de lidar com elas sozinho e do papel da mãe como uma para-excitadora, alguém que media as sensações internas do bebê por meio das nomeações e cuidados.

O bebê não tem recursos internos suficientemente estabelecidos e maduros para suportar a carga das excitações. Como seu aparato psíquico está em formação e não há via para essas excitações se esvaziarem por representações, as excitações giram em torno do corpo. A qualidade da relação do cuidador para com este bebê trará para ele esta mediação somática e a estabilidade para a formação psíquica. O corpo tanto menos será lugar das representações psíquicas não elaboradas quanto mais for colocado e investido de cuidados que possibilitem o amadurecimento das funções psíquicas para que estas possam ser, por si só, o mediador e o lugar de representação das excitações.

Freud chamou esta operação de recalque originário por ela representar a primeira formação nas bordas do mental com o somático. Ela estará permeada por essa maternagem e resulta na primeira clivagem do aparelho psíquico, demarcando a linha tênue ou forte entre o corpo e o psíquico. A estruturação do aparelho psíquico fica à mercê da maternagem e dita a dinâmica que este bebê terá com seu corpo.

Aulagnier (1999) nos fala:

Para que a vida somática se preserve, é preciso que o meio ambiente físico possa satisfazer as necessidades incontornáveis do soma. Para que a vida psíquica se preserve, é preciso que o meio ambiente psíquico respeite exigências igualmente incontornáveis e que, ademais, ele aja sobre este espaço de realidade sobre o qual o recém-nascido não tem nenhum poder direto. Na maioria dos casos é a mãe que se encarrega desta dupla função e, conjuntamente, deverá organizar e modificar seu próprio espaço psíquico, de maneira a corresponder às exigências da psique e do *infans*. (AULAGNIER, 1999, p. 24)

A relação do sintoma orgânico com as bases da relação infantil e sua dinâmica psíquica na constituição do corpo e das bases da segurança, confiança, autoestima, mecanismos de defesa permite-nos referenciar as duas necessidades básicas do ser humano – fome e amor – como os grandes representantes do corpo biológico e corpo erógeno, respectivamente. Nesta concepção, o corpo em psicanálise produz corporeidade – o corpo serve de encontro do sujeito com outros sujeitos e com a vida. Em uma analogia, Freud coloca os sintomas corporais como monumentos destinados a conservar a recordação de um caminho doloroso.

A obesidade infantil como um desses caminhos mostra-nos um corpo orgânico em excesso. Um excesso, à primeira vista, de alimento que faz o corpo orgânico responder com seu engrandecimento. O corpo, na teoria psicanalítica, chamando a atenção para os caminhos diversos que as pulsões podem tomar, reafirma a marca da interferência do outro que pode levar à libidinização do alimento e a busca deste como meio de encontrar o que na relação escapou. A obesidade como resposta também ao corpo pulsional, desorientado de um caminho e encontrando no alimento o excesso para preencher uma falta.

Parece-nos que há, então, uma maternagem “esvaziada de si” (indecisa), vítima de uma cultura capitalista que lhe exige prover ao(s) filho(s) toda a gama de produtos e bens de consumo – exigências pós-modernas –, e, ao mesmo tempo, culpada por causa também de uma ordem cultural – fruto da modernidade – de que a mãe deve prover a segurança e as bases psíquicas e educacionais de suas crianças. Nesta postura de “se ficar o bicho pega e se correr o bicho come” (parece que as mães se encontram em uma *aporia*, uma verdadeira situação sem saída, pois como suprir o filho de todos os bens “vazios” que a cultura do consumo exige sem se ausentar da e na relação com ele?), onde ficar ou ir podem trazer consequências muito graves; as mães parecem não ter como oferecer o contenimento corporal oferecido pela própria estrutura e postura diante da vida para que suas crianças possam ter a noção do que é limite, contenimento. A obesidade pode ser vista como excesso de consumo de alimento – alimento que é oferecido pela mídia capitalista – e que as mães oferecem no lugar do que não podem oferecer – elas mesmas. A obesidade como falta de limites, de bordas, que podem representar com a própria gordura a tentativa de fazer uma barra, de encostar-se ao outro. O corpo na obesidade será nosso próximo passo.

PARTE IV – A OBESIDADE NO SUJEITO: SINGULAR

8 “ESTA NÃO SOU EU” – O CORPO NA OBESIDADE OU O INDIVÍDUO DENTRO DO CORPO OBESO²¹

A frase que intitula este capítulo é de uma criança de 8 anos. É assim que Júlia se expressa quando se olha no espelho ao experimentar um vestido que a avó havia lhe trazido. Traída pela distância que separa a avó da neta, a primeira usa da imagem da menina somente vista no Natal do ano anterior e lhe compra um vestido de festa: “Para a festa do Ano Novo”. Júlia se lança no vestido, corre para o espelho. O vestido não passa na cintura. Ela o tira raivosa e esperançosa: “Por cima cabe”. Não coube. Não passa nas coxas. O vestido é jogado para longe. De calcinha, braços cruzados, choro armado, ela se vê diante do espelho. Grita: “Esta não sou eu”.

Diante da afirmação de Júlia, produzem-se duas questões: quem é esta? (Que está no espelho?) E: onde estou eu? (Já que quem está no espelho não sou eu) O corpo libidinizado da psicanálise terá uma especificidade na obesidade. Um estranhamento do sujeito em relação ao seu próprio corpo é um ponto em comum na escuta desta problemática; um estranhamento no qual o sujeito não se reconhece obeso, no entanto, não se imagina magro. Um corpo que, por vezes, escapa ao conhecimento de quem o pertence e desafia quem o olha, seja para um tratamento, seja na vida social. De que corpo se trata na obesidade?

De forma surpreendente, podemos ver que o corpo na obesidade tem um lugar não-comum. Já foi explicitado o corpo na psicanálise e suas especificidades que vão além do corpo orgânico da medicina, o corpo da pós-modernidade que ganha um *status* que o coloca como estandarte e, ao mesmo tempo, o exclui das relações e o nomeia de imperfeito e incapaz; contudo, ainda fica algo a ser colocado. O corpo na contramão do modismo pós-moderno, que é o corpo obeso, pede mais um espaço para se revelar (ou se esconder). Um espaço que vem do

²¹ Todas as citações de crianças e mães realizadas neste capítulo têm como objetivo ilustrar o que o texto apresenta. Todas as crianças foram acompanhadas em tratamento analítico e foram encaminhadas por médicos para tratamento da obesidade. Nenhuma delas sofria de nenhum distúrbio endócrino ou síndromes que tinham como consequência a obesidade.

discurso dos indivíduos obesos, situando ou tentando situar seu próprio corpo dentro de um espaço cultural, social, familiar e, sobretudo, de desejo dentro de um cotidiano que parece ser um círculo, sem quebras, sem descanso, sem início, meio ou fim, sem pontas; um círculo que parece rir do indivíduo dizendo: “não importa onde você anda e nem por onde vai, sempre parará no mesmo lugar.” (Márcia, 12 anos, reproduzindo a fala da mãe sobre suas tentativas de emagrecer).

Iniciaremos com Ranña (2003) que nos relembra o papel da relação materno-infantil para a constituição da vida psíquica da criança e para o surgimento do corpo psicanalítico: “Muitos dos enigmas do corpo da criança só podem ser desvendados quando nossa escuta recai sobre a história do encontro com o outro dos cuidados maternos, que vai dar-lhe uma sexualidade e uma subjetividade.”

A psicanálise, com seu trabalho de leitura dos sintomas na criança, nos fala da importância da simbolização, do jogo, da verbalização, dos desenhos como via de elaboração das situações vivenciadas pela criança e, conseqüentemente, da possibilidade que essas vias abrem para o desenvolvimento psíquico saudável. Obstáculos a estas formas de elaboração significariam um excesso de desordem pulsional na criança que produziria, então, outras formas de escoamento de seus processos psíquicos. O corpo, nesse sentido, cumpre o papel dessa via escoadora, já que a pulsão se encontra entre o soma e o psíquico. Precisamos pensar o que leva o psiquismo a optar pela via do somático como via principal ou única de escoamento.

É Ranña, mais uma vez, que nos responde descrevendo o eixo pulsional que forma o corpo, que vai além do organismo – que é regulado por uma presença suficiente e uma ausência onírica. Justifica sua frase explicando que os cuidados maternos objetivos trazem intensidades advindas do encontro mãe/bebê formando as marcas mnêmicas que são a matéria-prima dos sonhos, das regularizações simbólicas e imaginárias, permitindo que o bebê possa suportar a ausência da mãe e a presença de frustrações, abrindo caminho para a autonomia psíquica e a singularidade subjetiva.

Se podemos dizer que é a qualidade das relações maternas com seu bebê que abrem ou fecham caminhos para a autonomia psíquica, deixando livres os espaços para elaborações positivas, estamos afirmando que a má qualidade desta mesma relação leva a vias somáticas de liberação da comunicação. Podemos também dizer que as relações maternas têm sido influenciadas pelas características

da pós-modernidade, interferindo nos laços afetivos e nas formas de subjetivação. A maternidade, como representante de uma forma de laço, tem sido desprovida de aspectos básicos, como tempo, disponibilidade, contenimento, segurança. Podemos, então, inferir que a pós-modernidade tem sido produtora de sintomas corporais cada vez mais enigmáticos e atravessados por variáveis cada vez mais complexas e de difícil acesso para tratamentos.

Outro ponto que gostaríamos de abordar é o fato de que, sendo o corpo uma via mor para o escoamento sintomático, e sendo este mesmo corpo o alvo de despersonalização da pós-modernidade, ele parece estar deslocado, sem um lugar na simbolização do indivíduo. Fazendo uma brincadeira de dicionários específicos, teríamos a seguinte ordem:

- No dicionário da medicina – obesidade: excesso de gordura acumulado nos tecidos, associado à morbidade e comorbidade altas;
- No dicionário da pós-modernidade – obesidade: situação indesejada, fora de moda, rejeitada;
- No dicionário dos indivíduos – obesidade: corpo não quisto, excluído, causador de dores e problemas, corpo irreconhecível;
- No dicionário psíquico – obesidade enquanto sintoma. Algo gerado por dificuldades de processamentos simbólicos. Algo que causa dor e sofrimento psíquico ao indivíduo.

O somatório desses significados nos revela o discurso dos indivíduos obesos e aqui afunilaremos para o discurso das crianças obesas que foram acompanhadas, bem como o discurso de suas mães. A grande maioria delas tem dificuldades para descrever o próprio corpo; há uma tentativa de escondê-lo através da recusa de se ver no espelho, de sair para comprar roupas novas, frequentar as aulas de esportes. A representação da imagem corporal nos desenhos é sempre de um corpo magro. As críticas recebidas de outras crianças são motivos de acessos de raiva, agressividade, tristeza e/ou isolamento social. Algumas entram em processos depressivos, têm queda de rendimento escolar, não buscam amizades e se fecham num mundo quase sem comunicação e voltado para os jogos eletrônicos, livros e TV por serem atividades que não lhe exigem produção física e, sim, mental, alimentando o ciclo: mais alimentação – redução de vida social – baixa autoestima – ociosidade – vida sedentária – obesidade.

Os comportamentos das crianças, acima descritos, tornam-se um estorvo para algumas famílias que começam a interferir neste ciclo de forma crítica e ameaçadora, muitas das vezes negando que faz parte da mola que o alimenta. Em outros casos, há uma dificuldade em admitir o excesso de peso da criança, retardando a busca por auxílio e dificultando o tratamento. O fato de ser tida pela medicina como uma doença não deslocou muito o fator estereotipia que ameaça qualquer necessidade de mudança. Há pouco tempo, o obeso era visto como preguiçoso e rançoso. Agora, é visto como doente e/ou incapaz. Em ambas as definições, a estereotipia provoca uma colagem do indivíduo aos nomes a que a ele se referem, dificultando ainda mais os processos de tratamento. As crianças incorporam o jargão linguístico dos adultos e passam a se esconder na justificativa e na impossibilidade:

Eu sei que sou gorda. Os garotos gritam comigo na escola, me empurram, não me escolhem na hora das brincadeiras por que não corro direito, não jogo direito. Mas eu sou gorda por que meu pai também é e minha avó me disse que puxei isto dele, que estou doente. Então falei para ela que era só tomar remédio e tudo iria se resolver. Mas ainda não inventaram um remédio para as crianças, ela me levou e o médico disse que não pode ser assim. Falou que tenho que ir para a natação e que não posso comer um tanto de coisas. Minha avó ficou brava e falou que vamos esperar inventar um remédio. (Renata, 9 anos)

O corpo é motivo de vergonha, de insulto, de brigas. O suor em excesso, as dificuldades motoras, a lentidão, a baixa resistência para acompanhar as brincadeiras, o alvo de piadinhas levam a criança a tratar o corpo como algo externo a ela, como algo que ela tem que carregar e que não há relação nenhuma com o que ela come ou faz no seu dia a dia é algo fora do controle e da percepção.

Não sei por que vim para cá. Minha mãe me disse que foi o médico que pediu, por que tenho que emagrecer. Você é que vai me emagrecer? Não sei o que tenho que falar e nem fazer com você. Não sei por que sou gorda. Mas eu corro muito mesmo, mais do que minha irmã e meu primo, e eles são magros. Lá na escola também corro muito, os meninos me chamam de baleia "the flash" e eu nem ligo. Já chorei, mas agora vou lá e soco todos. Acho até engraçado. Ta vendo, nem preciso vir aqui?! (Janaína, 11 anos)

Ao lado das diferenças na conduta frente às críticas, ao espelho ou às sensações sentidas coexistiram traços comuns. Os mais relevantes não se referem ao que o discurso aponta conscientemente, mas se revela de forma estrutural: uma falha no narcisismo que transforma o corpo num lugar de apelo ao olhar do outro

pela falta mesmo de laços subjetivos inscritos, demandando laços reais para segurar-se ao outro – pela manutenção do cuidado exigido ao outro ou, do contrário, uma colagem com o outro que, não sendo suficientemente oferecedor da falta, não proporcionou o aparecimento do desejo na criança e esta precisa viver à mercê do desejo do outro para não desaparecer subjetivamente. Nas duas nuances, o alimento entrou como fator crucial para manter-se na cena familiar como extensão da relação dual mãe/filho.

O alimento como produto, num primeiro momento recebido do outro cuidador, é laço de subsistência, que, ao atravessar a linha da necessidade fisiológica para adentrar no espaço de afeto, necessidade de amor que a criança precisa, rompe o lacre que separa a libidinização do corpo. Se a criança não é vista com o olhar do narcisismo pela mãe, que o transforma em corpo de desejo e, ao mesmo tempo, corpo faltoso, é o alimento que pode receber a libidinização da relação e entrar como forma de contato. A mãe de Pedro (5 anos), nos diz:

Ele nem sempre foi gordinho. Nasceu bem magrinho mesmo, pequeninho, alguns acharam que ele não ia sobreviver. A bolsa rompeu, fiz cesárea com 31 semanas. Ele tinha só 1,200kg, imagina! Ficou na UTI. Eu fiquei com muito medo dele morrer. Mas acho que sobreviveu por que eu tinha muito leite, arrumei um outro bebê para mamar, para não secar e ia tirando e congelando. Ele tomava na manguieirinha, depois no copinho até ficar no meu peito. Eu dava peito toda hora para ele crescer forte e não precisar voltar mais para o hospital. Quando ele tava com 1 ano e meio largou o peito, mas já mamava mamadeira de farinha que era para crescer. Durante o dia comia comida, durante a noite de duas em duas horas, até hoje, mamadeira de farinha. Ele não consegue mais dormir sem estas mamadeiras.

A clínica psicanalítica guiada pela transferência²² vai encontrar na obesidade formas singulares de manifestação e suscitar contratransferências também singulares. Para Freud (1914, v. XII), a transferência corresponde à projeção de impulsos e fantasias (de natureza erótica ou sexual) para a pessoa do analista, proporcionando uma situação passível de reviver os traumas infantis.

Freud ainda afirma que a transferência pode servir para facilitar a abertura do paciente para falar, tornando o tratamento mais fácil. Isso pode ocorrer em ocasiões em que há uma situação de dependência afetuosa e dedicada por parte do paciente.

²² O conceito de transferência é importantíssimo na teoria psicanalítica e aponta para o manejo clínico analítico, sendo ferramenta para este. O aprofundamento deste termo permite outra rica discussão e foge dos objetivos deste trabalho. Interessados no aprofundamento deste item buscar dentre outros: FREUD, 1996, v. III; FREUD, 1996, v. II; ZIMERMAN, 1999; ZIMERMAN, 2001.

No entanto, Freud coloca que temos que pensar na transferência positiva e na negativa. A primeira é feita de ternura e sentimentos de amor, e a segunda, de sentimentos hostis e agressivos. Ambas são ferramentas para o analista que tem que se valer dos aspectos positivos e manejar os negativos para dar conta do acesso à via do inconsciente. É a ambiguidade que precisa ser manejada: o amor não pode virar dependência e a resistência não pode impedir a relação médico/paciente. E Freud finaliza:

Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente. (FREUD, 1914, p. 143)

Roudinesco e Plon (1997) definem a transferência como

termo progressivamente introduzido por Sigmund Freud e Sandor Ferenczi (entre 1900 e 1909), para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos (ROUDINESCO; PLON, 1997, p. 766-67)

A transferência advinda, então, de processos inconscientes e não controláveis pelo indivíduo presta um papel decisivo na condução clínica e, servindo de ancoragem ao trabalho do analista, não pode passar sem um espaço só dela no estudo da clínica com as crianças obesas.

A transferência com paciente/crianças obesas é uma transferência “emborrachada”. A escolha desse termo se deu numa tentativa de uma comparação que permita a visualização do que se quer expor. Se há duas paredes, uma de tijolos e outra de borracha, e um impacto é lançado sobre elas, a parede de tijolos se despedaçará enquanto a de borracha permanecerá intacta. A borracha em pequenas quantidades é algo fácil de partir, mas em quantidades cumulativas tem um poder de resistência intransponível.

A transferência parece funcionar da seguinte maneira: em pequenas doses, alimenta a análise, funciona como mola motivadora para o indivíduo permitindo que ele se entregue ao tratamento e às suas próprias divagações, trabalhando ao lado do analista na busca de suas questões. A parte negativa da resistência funciona como pequenos obstáculos que não impedem a entrada no inconsciente. No

entanto, quando a transferência se posta apenas como resistência, a análise fica comprometida e o indivíduo não avança na produção sobre si mesmo. Se ambas as transferências, negativa ou positiva, surgem de uma mesma fonte de ambiguidade que opera sobre e toda qualquer relação humana, há que considerar os motivos pelos quais, em alguns indivíduos, ela se torna um rochedo e não apenas um obstáculo.

Parece-nos que a transferência, por conter afetos de ordens diferentes, na obesidade é pré-regulada pela ausência mesma desses afetos, da manifestação deles ou até mesmo da sensação que eles causam. Se, ao falarmos nos capítulos anteriores da capacidade simbólica que fica em defasagem na ausência de uma maternagem positiva, encontramos na clínica com a obesidade infantil características que manifestam esta dificuldade simbólica que parece fomentar a transferência negativa e aumentar as resistências ou um avanço da transferência positiva que também vira uma resistência/rochedo – a criança, ao reproduzir na análise sua imago materna, repete, pois, a relação de colagem e amor sem espaço que ela vive realmente com sua mãe. Há, também, outra forma de manifestação da ausência da maternagem positiva que observamos na nossa clínica com as crianças obesas: é a impossibilidade de estabelecer laços, de entregar-se, de transformar em questão as próprias colocações. Em ambos os casos, teremos uma mesma dificuldade por parte do analista: a entrada no inconsciente, fazendo, então, com que as operações analíticas não ultrapassem a consciência – atitudes e comportamentos. Magtaz (2008) nos diz:

Os pacientes com distúrbios da oralidade, geralmente reatualizam na situação analítica suas experiências de fracasso, raiva, vingança e fúria que parecem muito negativas. Todavia, estas promovem continuamente ligação e desligamento. Negativas, todavia, são aquelas transferências silenciosas, simbióticas, rigidamente atuantes no sentido de impedir a atividade de pensamento, tanto do paciente quanto do analista. (MAGTAZ, 2008, p. 38)

Parece haver, nos indivíduos obesos, um processo alexitímico,²³ uma dificuldade de entrar em contato com as próprias emoções e sensações. Os relatos são feitos de modo descritivo, por vezes detalhista, com expressões retiradas das

²³ A Alexitimia (ou Aleximia) – definido em 1973, por P. Sifneos como um déficit de verbalização das emoções, o conceito de alexitimia inscreveu-se no campo psicossomático de origem psicanalítica, após trabalhos americanos e principalmente franceses (DORON, 1998;pg43).

falas adultas ou de recortes de televisão ou revistas. Não há um aprofundamento nem consistência; a verborréia²⁴ é comum e há uma confusão no que diz respeito ao que pensa, sente, fala e faz.

Marina (9 anos), olhando para os jogos na estante: “Você gosta de jogar ludo, vamos jogar ludo, ou tem outra coisa que você gosta mais? Tem tantos!” (Não há espaço para respostas, as perguntas são para ela ou para a analista?)

Analista: Parece que está difícil escolher um jogo, saber qual você gosta?!

Marina: Bom, deixa eu ver do que gosto. Hummm, não sei pra quê você faz tantas perguntas. Não gosto de perguntas. Gosto de falar. Minha mãe diz que gosto muito de falar, taí, gosto de falar, gosto de brincar, gosto de ir na escola. Ontem lá na sala teve uma briga de dois meninos, eles ficaram se esmurrando e falando palavrões por causa de figurinhas, a professora veio brava, os dois foram para a diretoria. Achei engraçado. Você fala palavrões? Acho que não fala não. (Não responde, muda de tema, descreve) Ah! Vamos jogar ludo mesmo, tenho sorte com este jogo e quase sempre ganho.

Analista: E como é ganhar, Marina?

Marina: Bom.

Analista: Bom?

Marina: Normal!

Falar é precioso; sentir, nem tanto.

O processo alexitímico nos aponta para um modo específico de relação com o outro. Se não são os afetos que direcionam para que a necessidade inata do outro possa se transformar em formas de relação possíveis que funcionem como ancoragem para o indivíduo, forma de troca e construções subjetivas, o que passa a guiar é a necessidade por ela mesma. A necessidade do outro fica como uma ordem ditada e a ser cumprida a qualquer custo; a energia que não se cessa e demanda satisfação busca pelo apelo do outro da forma que para ela for possível – o corpo é convocado para expressar o que não é possível simbolizar.

A criança, frente a um meio surdo às expressões do seu sofrimento psíquico, tentará e conseguirá freqüentemente se servir de um sofrimento de fonte somática para obter uma resposta. Resposta, na maioria das vezes, decepcionante: é raro que uma mãe surda ao sofrimento psíquico saiba ouvir o que a criança pede via seu corpo. (Acontece que este sofrimento se torna a única via-voz, desvelando ao sofredor a causa

²⁴ Grande abundância de palavras, mas com poucas ideias no falar ou discutir.

ignorada do seu sofrimento psíquico). “Servir-se do seu sofrimento somático”: com efeito, mesmo se a causa deste sofrimento for puramente orgânica e não deve nada à ação da psique sobre o soma, a resposta que ela provoca não deixará de desvelar à criança o “uso” que ela pode fazer disso. (AULAGNIER, 1994, p. 36.)

Se a alimentação é para a mãe fator de cuidado, de preocupação, de valoração, em detrimento do cuidado afetivo, é o alimento que será investido de libido. Sendo libidinizado, é também o alimento que fará o laço na relação: é por meio dele que mãe e filho podem se encontrar, mesmo que no desencontro, e que a criança percebe e sente que a mãe a consegue enxergar.

A mãe que vive na pós-modernidade vive sob a ordem de dois senhores. Um que vem de uma cultura recente, a do consumismo desenfreado que alimenta o capitalismo e movimenta o mundo financeiro. Este senhor é exigente e o tempo todo dá ordens através dos meios de comunicação. Usa cartazes, *outdoors*, revistas, TV, internet; produz modos de vida e modas de roupas e acessórios que pregam valores de conduta e de relação pelos quais as pessoas deveriam querer buscar para poder se enquadrar na vida social.

A mãe pós-moderna precisa sair de casa, trabalhar para aumentar a renda familiar, para que esta família possa oferecer todos os produtos que são divulgados como produtores de felicidade, interação, prazeres, informações e tudo o mais. O novo modelo de tênis da marca X é comprado no pedido da criança que clama por calçar um produto que o amigo da carteira ao lado ganhou da madrinha, e ele ainda não tem igual. O armário cheio de outros tênis que cumprem a mesma função não serve como justificativa para a negação da compra; este tal modelo parece estar investido de algo mais que a função do tênis: proteger os pés. O novo tênis custa caro e o orçamento tem que dar conta dele.

O outro senhor que existe ao lado do primeiro e que também é exigente vem de uma cultura mais “antiga”, a da modernidade. Nessa época, inventou-se o conceito de maternagem e, com ele, uma série de características e funções que as mães tinham que ter ou desenvolver para proteger e educar seus filhos. Há uma frase popular que diz: “mãe é mãe.” Uma frase, a princípio, inofensiva, que quer valorizar as condutas maternas. Quais? Bom, as de ceder, priorizar, engrandecer, cuidar, alimentar, proteger, conduzir seus filhos. Uma responsabilização pela cria. A maternagem, ao ganhar na modernidade o *status* de relação primordial, trouxe para

as mulheres o poder que ela continha como fêmea da espécie humana (gerar) e, ao mesmo tempo, a responsabilidade que este poder demandava.

Tarefa difícil seguir dois senhores.

A mãe de Carlos (10 anos) nos diz:

Estou cansada. Acho que quem precisa vir aqui (consultório) sou eu. Leio e ouço o tempo todo sobre a obesidade e os riscos. Minha família me julga, meu marido diz que a culpa é minha do Carlos estar assim. Ele está 18 kg acima do peso e eu não percebi. Como? Não sei. Sei é que sempre briguei para ele comer e agora tenho que brigar para ele não comer?

Carlos, por sua vez, relata:

Eu gosto muito de comer, parece que fico com fome o tempo todo. É claro que é ruim estar gordo, acho até que não vou arrumar namorada e já gosto de uma menina da minha sala. Mas não consigo parar de comer, acho tudo gostoso. Minha mãe fica no meu pé, isto não pode, isto pode, come mais isto, come menos aquilo. Mas é só fazer cara de choro que ela cede. Eu digo que tô com fome, que a barriga tá doendo. Ela prepara o sanduíche escondido do meu pai e pede para eu não contar ao médico no dia da consulta.

O corpo obeso clama o olhar do outro. Causa asco em alguns, causa piedade em outros. Não importa a sensação, o que importa é o olhar do outro que, de uma forma ou de outra, é atraído. A mãe que se ocupa dos cuidados práticos do seu filho, sem investir neles a carga de afeto onde o bebê possa ler o investimento feito nele, causa-lhe uma confusão de sensações – o que lhe é oferecido deve servir para sanar tudo o que sente, pois é tudo que ele recebe. Receber de uma só forma implica poder resolver de uma só forma. A ansiedade, a falta de recursos subjetivos maternos, a depressão pós-parto podem impedir a mãe de interpretar subjetivamente seu bebê e, se vendo incapaz, o que ela tem a oferecer de imediato é o seio/mamadeira. Coincidindo com a necessidade de alimento, o bebê aceita de bom agrado o que a mãe lhe oferta. Uma comunicação se estabelece por meio do ato de alimentar. O olhar do outro é capitado pela necessidade de tê-lo sempre perto, demandando.

O corpo do obeso parece se formar como uma capa protetora para manter as pessoas perto. Há uma característica que marca essa problemática: a permissividade, a passividade que cerca as crianças obesas. São fáceis de negociar (desde que não seja alimento), de ceder. Levam presentes para os amigos, têm

dificuldade em dizer “não”, emprestam brinquedos, CDs e fitas de jogos eletrônicos, aceitam ser o último da fila e deixam todos passarem à frente. Não é possível arriscar perder o outro; é preferível perder outras coisas, para não perder o outro. Em casa, é comum o comportamento avesso: sem negociações, intransigente, revoltado, infeliz. A tristeza é triturada, não aparece. É diluída na figura da criança “boazinha” ou camuflada na figura da criança “rebelde”. Por vezes, esses dois pólos em uma mesma criança; às vezes uma versão fixa de um ou de outro.

Patrícia: “Eu tenho muitos amigos, gosto de todo mundo. Quando levo bala, levo para todos da minha turma. Minha casa tem piscina e minhas amigas gostam de ir para lá brincar. Ontem foi sábado, não, né? Confundo os dias. Mas no sábado a Sabrina foi com a Camila e chegaram lá ficaram brincando de rir de mim, fugindo na piscina, se escondendo, cochichavam”. (Ela se entristece, abaixa os olhos e a cabeça, faz cara de choro).

Analista: Você pode continuar a dizer... e chorar também.

Patrícia: Naaaaoooo, elas só estavam brincando. É sempre assim, mas não me importo. Vamos desenhar? (A analista mostra o papel e os lápis)

Patrícia: Veja, aqui sou eu, e aqui estão as minhas amigas, do meu lado. (O desenho mostrava uma criança de um lado de uma piscina e outras duas no outro lado).

Analista: Do seu lado?

Patrícia; Você complica as coisas. Quero fazer isto mais não, vamos jogar Can-Can?²⁵

O corpo na obesidade, por deveras cheio em que vive, parece conter um nada, um vazio que por não se suportar e não poder assim permanecer, precisa receber alimento/produto que lhe preencha, que lhe esconda. Mostrar o corpo para esconder o sujeito. Uma falta de “liga”, de “cola” com a vida parece existir. Nas crianças, é comum o relato do tédio, de um cansaço em relação às situações.

Davi, de 12 anos, é o caçula de 3 filhos. Há uma diferença de 2 anos entre os primeiros filhos e de 6 anos para Davi. É uma família financeiramente muito feliz, numa condição que é representada por grandes viagens, muitos empregados, motorista, uma bela casa, *status* na cidade de origem e, sobretudo, muitos afazeres. Davi tem aula de matemática, ciências, musculação, natação, futebol, inglês e

²⁵ Jogo de cartas para crianças e adolescentes.

espanhol: professores particulares. “Só para ele”, nos diz a mãe. Com tantas e tantas aulas, está acima do peso em 22 quilos e vazio. Reclama de tudo, todas as pessoas são chatas e insuportáveis. Briga com os irmãos, agride o pai, desafora os empregados e suga a mãe – a chama o tempo todo, não a deixa assistir a novela, ver um filme, preparar algo. Ele quer a presença dela para dormir, para comer, para fazer a lição. Ao mesmo tempo, passa os momentos sem “aulas” na frente do computador, sai para fazer compras e nas festinhas do colégio sozinho. Tudo vira tédio e ele exige da mãe que organize programas e lhe diga o que ele tem que fazer. Troca de amigos rapidamente, chora e fala mal na mesma intensidade. Foi indicado pelo médico endocrinologista para um tratamento em equipe.

Davi fala muito e não diz muita coisa. Todos são culpados pela infelicidade dele, sua expectativa de vida é de 30 anos, pois vai engordar até explodir. Nunca vai conseguir ser feliz, nunca vai conseguir emagrecer. São sinônimos? Ele não responde. Quer ir embora das sessões sempre mais cedo: sempre tem algo para fazer. Nunca chega atrasado e não falta. Parece não saber o que quer ali. Se felicidade e emagrecimento são sinônimos, e a forma de ser reconhecido é pela tristeza e pelo tédio, melhor continuar oscilando – é o vazio de Davi que mantém a ordem confusa da casa. É o humor dele que direciona as pessoas e os programas; é a raiva ou a frustração dele que permite aos pais terem momentos íntimos ou não. É ele, que segundo a mãe, dita o que ela tem que vestir, o que se compra na casa, a cor e marca do carro novo dela. Ele controla com quem ela fala ao telefone e o que fala. Observa e critica as condutas dela com os funcionários, com o marido e com os outros filhos. Ela se desespera, mas se pega perguntado a ele se o sapato combina com a blusa. Sem o vazio de Davi, que por ventura lhe enche o corpo, como será esta casa? E esta mãe?

Magtaz (2008) nos lembra:

A falta inaugura a existência de um espaço possível, de trânsito (digestivo), entre diferentes posições. O transitar, o se movimentar, transformaria a fome em um movimento de investimento libidinal, enriquecendo o ego. Vazio da boca, estômago vazio, vazio de pensamento... Não há separação do objeto, pois ele estava o tempo todo ausente. (MAGTAZ, 2008, p. 137)

Parece-nos que no corpo obeso esconde um sujeito vazio. No sujeito vazio, esconde uma relação vazia, que se preenche de tudo que sinalize para ela uma maneira de manter-se ocupado e de deixar o outro ocupado. Uma representação da

angústia se faz com este vazio. A angústia de separação, que coloca o indivíduo no jogo entre satisfação e frustração através da marca da presença significativa da mãe que cuida e depois se afasta no movimento de instaurar o desejo do outro; falha. Não é possível separa-se de algo com o qual nunca se esteve colado.

O corpo obeso encosta no outro – pra fazer borda, pra relar, para tentar colar? O corpo obeso esconde o sujeito – para tentar não colar, para tentar fugir? O corpo obeso devora o outro – sem poder lidar com o vazio, preenche-se do outro? O corpo obeso cresce – para não poder ser devorado pelo outro? Se o outro não foi introjetado, se permanece no exterior – pode a qualquer momento devorá-lo?

9 DA FALTA DE AMOR À FOME DE AMOR: O MAL-ENTENDIDO QUE VAI PARA O CORPO: FRAGMENTOS CLÍNICOS

9.1 Fragmento Clínico – Luiza: a menina que não podia crescer

Luiza vem à sessão trazida por sua mãe, chega de olhos baixos se escondendo atrás do corpo materno que vai lhe dizendo que eu era a moça de quem ela tinha falado. Como de costume, ao atender crianças, solicito primeiramente uma sessão com os pais. Os pais de Luiza haviam estado comigo três dias antes da primeira sessão dela. São pais jovens, ambos trabalham e possuem mais uma filha de três anos. Luiza tem seis.

A mãe descreve toda a história com muita emoção e tristeza. Sente-se culpada, coloca-se como uma “mãe desprezível e incapaz”. A obesidade da filha, para ela, é a prova de que ela não sabe cuidar de ninguém. O marido a consola em silêncio, apenas segurando a mão dela e esfregando suas costas de vez em quando. Luiza nasceu grande, pesava 3,7 kg e media 53 cm, de parto cesárea – por um pedido da mãe que tinha muito medo da dor. Não foi planejada; os pais namoravam e a mãe engravidou. Esta relata ter sido muito difícil: ela havia chegado do interior há apenas 11 meses em decorrência da morte da mãe, com quem era muito apegada – dormiam juntas na mesma cama, saíam juntas, faziam compras juntas. As irmãs mais velhas (3) e o irmão foram para a capital estudar; quando Paula (mãe de Luiza) atingiu a idade, não quis ir. “Nunca deixaria minha mãe.” A mãe compactuava com esta escolha da filha de ficar e montou uma lojinha onde as duas permaneciam sempre juntas. Paula não saía muito de casa e tinha um “namoradinho” pelo qual a mãe tinha muito apreço.

Quando a mãe morreu, Paula diz ter tido a sensação de morte dentro de si. Já havia perdido o pai aos seis anos – data em que “mudou” para a cama da mãe e de onde nunca mais saiu até a data da morte desta. Paula não queria mais comer, terminou o namoro, não queria mais ir à lojinha. As irmãs, preocupadas, a trouxeram para a capital. Venderam algumas coisas na cidade de origem e compraram um apartamento. Ela moraria com o irmão que estava noivo e construindo uma casa para morar com a noiva. A irmã mais velha de Paula decidia tudo: onde ela iria

morar, que precisava mudar de estilo de roupas, que deveria trabalhar e estudar, e arrumar um namorado. Paula estava 10 kg abaixo do peso; e, de repente, voltou a comer.

A irmã tinha uma empresa, levou Paula para lá, comprou-lhe roupas novas, sapatos, levou-a ao cabeleireiro “para mudar de estilo, melhorar a aparência”. A inscreveu num cursinho de inglês: “a empresa precisa de pessoas que falem outras línguas”. Após um mês e meio, Paula estava com os 10 kg recuperados e a irmã lhe apresentou um primo de um amigo, dando ótimas referências dele e da família. Era o marido, “engravidaram”. Ele foi morar no apartamento, o irmão dela se casou.

Ela havia ligado para marcar uma consulta para a filha e combinamos o contato do casal; ela, no entanto, só falava de sua mãe. Havia entre elas uma relação de extrema dependência mútua, regida por um afeto intenso e marcado pela perda dolorosa do marido e do pai. Parecia haver um pacto entre elas em torno dessa perda. Ao perder a mãe, Paula perpetuou a relação de dependência, só que, dessa vez, marcada pelo autoritarismo e pelo pouco afeto. Pergunto-me: “Pra poder dar-se conta de sua maternidade, é preciso falar de sua maternagem?”

Paula continua seu relato, quase sem parar para respirar, faz pequenas pausas para assoar o nariz. O marido não diz nada. Ela descreve detalhadamente o tempo de gestação, a expectativa, as compras, a alegria de saber, pelo exame, que seria uma menina. Ela diz ter pensado: “Nunca mais estarei sozinha de novo”. Antes da gestação, já estava 6 kg mais gorda e durante a gravidez engordou mais 25 kg. Comia sem parar, comia fazendo compras, na empresa, nas aulas de inglês. Só não comia arrumando o enxoval do bebê. A criança nasce e recebe o nome da avó materna. Penso: “Ela nunca mais estará sozinha.”

Luiza ficou bem até o sexto dia, começou a ter refluxo, o que fazia com que a mamada fosse quase toda devolvida. Paula não comia, não dormia, ficava com a filha no colo com medo de ela engasgar e morrer. “Já fiz xixi na roupa com medo de ir ao banheiro e deixá-la no carrinho.” A consulta ao pediatra anuncia a perda de peso da criança e a gravidade do refluxo. Exames são solicitados e é constatada uma anomalia: um estreitamento do esôfago. Luiza passa por uma cirurgia. “Outra vez senti a morte dentro de mim.”

Após 3 meses de hospitalização por algumas complicações pós-cirúrgicas, Luiza volta para casa. O bebê forte e grande se tornara miúdo. As enfermeiras e os médicos explicavam que era normal pelo hospitalismo e que tudo voltaria ao normal.

Paula tinha medo. Oferecia mamadeiras de 2 em 2 horas, com farinhas diversas. “Ela mamou NAN, mamou Farinha Láctea, Mucilon, Nestogeno. Eu dava tudo, ela precisava engordar, precisava ficar forte. Ela não podia voltar para o hospital. Não suportaria.” Penso: “Luiza ou Paula?”

Luiza nunca mais precisou de hospitalização. Paula mudou de pediatra várias vezes. Sempre trocava de médico quando o profissional tocava na questão do peso da criança. Aos dois anos, Luiza pesava 17kg. Paula não separava da menina para nada. Arrumou uma sala na empresa e levava a babá para lá. A lista de alimentos era pregada na porta da geladeira em casa ou na empresa. Luiza dormia na cama com a mãe, o pai foi dormir na sala. Aos dois anos e meio, após muita discussão com o marido, Paula colocou Luiza na escola. Foram meses de choro e dura separação para elas – a menina gritava, chorava e se agarrava na mãe. Por várias vezes, Paula permaneceu na escola ou levou a menina embora – ambas chorando. Chegavam em casa, pegavam as guloseimas e iam para cama, brincar e dormir.

No momento da busca pelo emagrecimento, Luiza estava com 38 kg. Frequentava normalmente a escola, brincava muito, pedagogicamente era uma das mais adiantadas da sala. Dividia o quarto com a irmã, mas a cama da mãe ainda era dela. Mesmo com a chegada da outra filha, Luiza continuava ser a sombra da mãe, e a mãe, a dela Tomava mamadeira pela manhã e à noite. Após o nascimento da irmã, começou a mamar nos mesmos horários do bebê; a mãe achava que a fase passaria. Voltou a fazer xixi na cama e pedir comida na boca. Só alimentava sozinha na escola. Foi o exame de colesterol que levou Luiza ao tratamento para obesidade.

Receber Luiza era receber toda a história que ela carregava. Eu pensava na relação de Paula com sua mãe, a impossibilidade de ter uma vida longe uma da outra. A mudança geográfica e uma nova substituta para fazer escolhas para ela, a irmã, e, finalmente a chegada de Luiza, que completava o ciclo, mostravam a necessidade de colagem que Paula parecia precisar para viver. O alimento, em diversos momentos, aparecia na história da mãe como algo suplementar. Interessante a descrição sobre os locais onde ela comia: só não comia mexendo no enxoval; os outros locais eram todos escolhidos pela irmã. Ela diz que a gravidez não foi planejada. Talvez não pelo consciente. O medo de perder a filha pareceu se fortalecer com a hospitalização. Um buraco se faz com a nova sensação de morte dentro dela, e o remédio, mais uma vez, foi a relação com o alimento. Ora não comia nada, ora comia demais.

Cheio e vazio, vazio e cheio. Assim parecia seguir o ritmo da relação mãe e filha. Cheio de quê? Medo, dor, lutos mal vividos, completude, afetos exigentes exigem a própria existência. Paula parece ter deixado as próprias escolhas em prol de um pacto com a mãe. Esta não cumpriu a parte do pacto: morreu. Luiza veio para cumprir? Viveu, apesar do desengano dos médicos. O pacto é estar colada para sempre? O vazio do estômago pedia sempre comida, colo, carinho. Pedia atenção. Luiza era muito saudável. Escuto a mãe me dizer: “Nunca mais ficou doente. Algumas gripezinhas bobas. Agora este colesterol.”

Luiza veio ao mundo com uma missão? Salvar a mãe da solidão, oferecer para ela a relação de cuidado que ela precisava ter para sentir-se útil e viva. O alimento, nessa relação, era questão de vida ou morte. O alimento era a única forma de morrer – refluxo – e a única forma de viver – recuperar-se da hospitalização. O alimento monitorado, planejado, oferecido a cada choro, a cada mudança, a cada dor auxiliava a comunicação entre as duas. Paula teve outra filha e sentia-se culpada. Será que por tirar o lugar da filha Luiza? Aceita de bom agrado acordar de madrugada, preparar duas mamadeiras, limpar xixi no chão e nas roupas. Uma forma de pagar por trair a filha?

Luiza é uma criança bonita, muito bem vestida (a mãe é que escolhia suas roupas) e de olhar curioso. Observa a mãe o tempo todo e busca pelo olhar dela, a cada movimento da minha voz ou do meu corpo, em sua direção. Nossos primeiros contatos tiveram que ser com Paula sentada na cadeira dentro da minha sala. Orientei-a permanecer o mais em silêncio possível e não interagir com Luiza. A criança não falava uma só palavra. Corria o olho pelos brinquedos, pelos jogos. Desenhava e mostrava para a mãe, ria para ela. Iniciei, no terceiro contato, algumas pontuações sobre seu comportamento em direção à mãe, o estranhamento do lugar e a dificuldade que ela estava sentindo em ter um espaço onde precisaria falar por ela.

Coloquei, na quinta sessão, diversas fotos da família dela, que eu havia pedido a mãe para trazer. Eram fotos da gestação até a idade atual. Fui colocando as fotos em pontos diferentes do consultório, ia relatando pela minha imaginação. Por exemplo: havia uma foto de um aniversário dela, o bolo, pessoas, uma vela de três anos. Eu ia dizendo: estas fotos fazem parte da sua historia. Aqui você fez três anos, estava de vestido vermelho, estas crianças ao seu lado são seus primos e primas. E ia imaginando. No início, ela escutou imóvel; depois começou a fazer

gestos – sorrir, balançar a cabeça, franzir a testa – e, de repente, gritou: “Você errou todas as coisas nesta foto!”, e deu uma gargalhada. Eu disse: “Só você pode dizer da sua história.” Ela se levantou, foi percorrendo as fotos, relatando, colocando em ordem. Quase no fim da sessão, ela diz: “Veja como estou gorda nas fotos. Sempre fui assim. É por isto que estou aqui, né? Já conheci muitos médicos como você e todos queriam que eu emagrecesse. Minha mãe me levava embora. Não sei o que você quer e nem por que estou voltando toda semana. Acho que você não quer que eu emagreça. O que você quer?”. Interrompo a sessão.

Penso: “Se a mãe a leva embora de todos que querem emagrecê-la, a mãe a quer gorda? É assim que ela se identifica? O que ela vê nas fotos? Ela busca entender o que eu quero. É sempre o desejo do outro que ela tem que preencher?”

A partir dessa sessão, ela entrou sozinha no consultório. Vale relatar que a mãe interrompeu várias vezes para entregar uma blusa, uma fruta, levá-la embora mais cedo, ver se ela estava bem.

Podemos pensar o que pôs a análise em movimento. Continuamos com as fotos de Luiza espalhadas pelo espaço desconhecido, que não dizia para ela o que falar, ou que ela estava fazendo ali, um espaço que não queria que ela emagrecesse. O que será que queriam dela? Será que ela se viu por meio dessas imagens diversas? A imagem possibilitou palavras; ela descrevia sua história: pessoas, viagens, festas, escola, família. A imagem das fotos mudava de pano de fundo, mas Luiza permanecia com a mesma imagem: obesa. Na medida em que ela colocava em ordem, eu ia pregando com alfinetinhos em um grande painel de isopor no chão. Quando ela terminou, coloquei-o em pé. Como um grande mural, as fotos fizeram um espelho. Luiza se viu. Paralisada, não disse mais nada. Eu coloco: “Luiza, seu horário terminou.” Ela vai para a porta: “Até semana que vem.” Penso: “O que Luiza viu?”

A questão da imagem refletida no espelho é algo intrigante na clínica com as crianças obesas. Há um evitamento deste objeto como se ele mostrasse sempre algo que ela (a criança) não quer ver. Olhar-se no espelho passa a ser uma tarefa difícil e sofrida para a criança. É comum nos depararmos com certo desleixo, certo desinteresse em relação aos adornos ou combinações nas roupas. Vestir-se é apenas uma forma a mais de cobrir o corpo. Muitas mães queixam-se dessa característica e, principalmente, as mães de meninas, que sonham em ver a filha “toda arrumadinha, com roupas combinadas e interesse em se vestir, se arrumar,

colocar laços no cabelo”. Paula adornava Luiza mesmo não vendo este interesse na filha.

Existe a imagem, reflexo, que o espelho mostra. Dessa imagem, queremos tocar na imagem primeira, que situa o sujeito no júbilo de reconhecer-se pela primeira vez dono da imagem que ele vê no espelho. A unicidade corporal que já foi abordada na Parte II nos traz o apontamento de que ela só pode ser adquirida na relação com o outro. O outro – semelhante e cuidador – permite, na colagem com o bebê, a formatação do corpo para este e permite, por meio da separação desta colagem, a unificação do corpo como corpo próprio, independente e diferenciado do outro. Reconhecer-se no espelho é reconhecer-se único.

Fernandes, Lamounier e Vilela (2009) nos esclarecem:

A imagem corporal pode ser conceituada como uma construção multidimensional que representa como os indivíduos pensam, sentem e se comportam a respeito de seus atributos físicos. Exerce papel mediador em todas as coisas, desde a escolha de vestimentas, passando por preferências estéticas, até a habilidade de simpatizar com as emoções dos outros. Entre as diversas maneiras que o indivíduo possui para pensar a respeito de si mesmo, nenhuma é tão essencialmente imediata e central como a imagem de seu próprio corpo

A formação da imagem corporal envolve aspectos de ordem afetiva, sociais, culturais e fisiológicos. O corpo, enquanto construção subjetiva, pode se expressar com os ideais e as exigências da sua cultura, pois absorve o que é valor dentro da sociedade, comunidade ou núcleo familiar no qual está inserido.

As crianças obesas descrevem um incômodo que a imagem especular reflete, por lembrar para elas as críticas e as dificuldades enfrentadas pelo tamanho do corpo; neste incômodo, toda esta pressão que o meio-ambiente produz vem à tona. Esta noção da influência da pressão que o meio ambiente exerce na construção da identidade é importante na nossa discussão da pós-modernidade. No entanto, queremos colocar do ponto de vista do corpo extensão, do corpo que parece não ter se despregado do corpo materno e, por esta razão, não pudesse se enxergar como corpo único.

É delicada a discussão da primeira relação da mãe com seu bebê. Já é clara para nosso estudo a necessidade que haja, num primeiro momento, a colagem da mãe com seu bebê e que é esta colagem que fortalece o bebê para a separação, para o corte. Psicanaliticamente falando, podemos dizer que o narcisismo protege o

bebê da castração. Protege não no sentido de impedir, mas no sentido de permitir que para ele não seja algo avassalador e, sim, a porta de entrada para a posição de sujeito. O que podemos pensar na história de Luiza?

Paula vivia no real uma colagem com a mãe. Viver à sombra desta foi a maneira que ambas deram conta de se encontrar e de estar diante do mundo. A chegada de Luiza parece ter sido a perpetuação dessa colagem, uma forma de a mãe reviver o que ela conhecia como relação de afeto, de amor. Se em muitos momentos falamos da colagem como necessária, o que aqui ela nos desafia enquanto prejudicial?

O espelhamento deve permitir o reconhecimento de si pela diferenciação do outro. Reconhecer-se como pessoa diferente e única. A colagem vazia, sustentada por uma mãe psiquicamente frágil, culpada, temerosa da perda, imersa numa história onde não havia vestígios de responsabilidade pelos seus desejos e escolhas, nos remete à colagem apenas pela necessidade do outro, uma colagem que não permite a transmissão de um afeto e de um limite que lançará o indivíduo para o mundo. Ao contrário, uma necessidade que segura o indivíduo, onde crescer é perigoso, é abandono do outro – é ser abandonado pelo outro.

O alimento, desde o início, foi apresentado para Luiza como um produto que serve de ligação. Ele, o alimento, era causa de preocupações, brigas, cuidados excessivos. Era vivenciado como cuidado, atenção, momentos de lazer e alívio após brigas tensas e situações de estresse. Luiza não podia crescer, precisava ocupar um lugar que a mãe havia dado para ela: de estar sempre ao seu lado, de ser sempre o que ela precisava. Alimento/carinho que, ao mesmo tempo, diziam que Luiza aceitava de bom agrado o que a mãe tinha a lhe oferecer, e também fazia crescer um corpo obeso que a mãe negava, mas adornava. O que Paula via? O que Luiza via?

Neste caso, a mãe pós-moderna teve uma saída: levava a filha e a babá para o trabalho – vigiava bem de perto. Hoje, a casa tem câmeras que ela segue pela internet, do trabalho. A escola também oferece sistema de monitoramento. A filha usa grandes marcas: Lilica Ripilica e Izabella Baby,²⁶ estuda em um bom colégio, recebe festas de aniversário em salões especializados, tem brinquedos de toda a espécie. Os desejos são todos realizados, inclusive os de alimento. No entanto, o

²⁶ Marcas de roupas infantis que têm *status* na camada alta da sociedade em que Paula vive.

que nos chama a atenção é a presença, que desta vez não foi tolhida pelo tempo de trabalho nem torturada pela necessidade da questão financeira. É justamente a presença sem presença, sem a condição de ver-se como ser independente e delimitar para a criança sua liberdade de sujeito. É a presença que marca pelo ato, por presentificar no real a condição subjetiva de necessidade do outro.

Neste caso, o corpo acha a saída pela entrada do alimento. Alimento que suporta a dor para as duas e vira forma de comunicação: “Só a minha mãe pode fazer minha mamadeira, só eu posso dormir com ela.” (Luiza). Olhar-se no espelho e ver o outro: “Minha mãe dormiu com minha avó até ela ficar velhinha. Também vou dormir com ela até ela ficar velhinha.”

A falta de uma distância necessária, entre mãe e filha, que permite uma separação de corpos entre elas, ou seja, que permita que Luiza possa se ver como um ser diferenciado e único; mostra-nos a falta de uma colagem necessária e psiquicamente saudável nesta relação. Só se pode separar o que um dia esteve junto.

9.2 Rafael e o encontro da mãe sem o pai

Rafael é um menino bonito, observador, muito inteligente. Adora esportes e pratica natação, judô e adora andar de bicicleta. Tira notas muito boas e já ganhou duas olimpíadas de matemática e uma de redação. Tem 11 anos, é filho de Marieta e Severo. Estes ficaram casados por 13 anos, e se separaram há três. Rafael é filho único deste casal e a namorada do pai está grávida.

Rafael chegou para o tratamento por meio da indicação do pediatra, que constatou um ganho de peso muito grande em pouco tempo – 15 kg em dois anos. Muitos exames foram feitos e nada foi encontrado que justificasse a obesidade. Excepcionalmente, neste caso, recebi a criança antes dos pais, pois a mãe já havia desmarcado três vezes e a criança sempre comparecia levada pelo motorista.

Ao abrir a porta para a saída de um cliente, me deparo com uma mulher sentada na sala de espera. Ela sorri e se apresenta: “Sou a mãe do Rafael, eu vim sem marcar para poder te explicar por que desmarquei as outras vezes. O pai do Rafael não podia vir, e só venho se ele vier também. Ele, diferente de mim, tem

tempo para tanta coisa, tem que ter tempo de vir aqui, Rafael é filho dele primeiro e ele tem que arcar com as responsabilidades!” Interrompo, ela parecia não querer parar de falar. “Vamos remarcar?” Entro no consultório deixando a porta aberta e pego a agenda. Ela continua a falar, e, por um momento, tenho a impressão de que ela iria fechar a porta. Meu cliente, sempre pontual, chega à porta. Ela marca para mim: “Oh! Agora você não pode mais falar, seu paciente já chegou. Venho com ele amanhã então. Pode deixar que ligo pra ele e falo que é importante nós dois juntos para conversar com você.”

No outro dia, próximo à hora combinada com Marieta, peguei-me com uma sensação estranha. Parei um pouco e repassei a cena do dia anterior – me senti invadida. A contratransferência batia à minha porta e me fazia criar mecanismos como se eu tivesse que me defender de Marieta. Respirei fundo e repassei também a descrição de Rafael ao falar de sua mãe: “Eu gosto de morar com minha mãe, mas tem hora que queria ficar na casa do meu pai. Sei que posso ir para lá quando eu quiser, tenho um quarto lá, com todas as minhas coisas: roupas, tênis, computador, meus jogos. Mas minha mãe não pode ficar sozinha. Quando vou para casa do meu pai nos fins de semana, ela liga muito no celular, pergunta onde estou e o que estamos fazendo. Ela fica querendo saber se a namorada dele está com a gente. Fico cansado de tantas perguntas; se não respondo, ela chora.” Sou acordada da minha lembrança pelo batido na porta. Respiro fundo.

Marieta entra na sala sem muita cerimônia e fica de pé. Severo se apresenta e espera eu apontar onde ele deve se sentar. Marieta senta-se ao lado dele. O pai começa a dizer que queria buscar ajuda há mais tempo e que Marieta dizia ser bobagem, que Rafael estava crescendo e que o corpo voltaria ao normal. Severo achava que o garoto estava adoecendo muito e que era por causa da falta de saúde causada pela obesidade. Eles iam ao pediatra, reuniões de escola, festividades da criança juntos. Severo dizia que a preocupação dele na separação era manter a mesma estrutura para o filho de participação dos dois juntos – como pai e mãe. Havia montado um quarto em casa para ele e comprava tudo em dobro para que ele tivesse o mesmo espaço nos dois lugares. Mantinha uma boa pensão e arcava com as despesas extras com material escolar, roupas, viagens, esportes e tudo o mais que o garoto precisasse. Fazia questão de acompanhar tudo que acontecia com Rafael e só mandava o motorista do escritório fazer o papel do transporte quando os

compromissos do filho coincidiam com reuniões na empresa. Sempre que podia, trocava essas reuniões, buscava e levava nas aulas de inglês e esportes.

Marieta não falava nada, o olhar para o chão, levantava a cabeça de vez em quando. Interrogo: “O que você quer colocar Marieta?” Ela olha para Severo. “Eu acho que a nossa separação fez Rafael engordar. Ele fica ansioso, sem saber com quem quer ficar naquele dia, no feriado ou no fim de semana e aí come muito. Tem a namorada do pai, que agora está grávida e ele fica com ciúme, com medo de perder o pai e o quarto dele. Acho que foi tudo muito rápido.” Severo diz, bravo: “Marieta, não estamos aqui para falar da separação e nem da minha namorada, eu já te disse isto. Estamos aqui para falar do Rafael e de como podemos ajudá-lo a emagrecer. Você devia se preocupar menos com a minha vida e mais com a sua e com a dele.” O casal trava uma discussão.

O pai fala da pensão, do modo como a mãe usa o dinheiro, por que não contrata uma funcionária para cuidar da alimentação para parar com os sanduíches e *fast-food*, interroga por que ela permite que ele falte de aula por motivos banais, por que o deixa dormir tão tarde e ficar na cama até as 10 da manhã e perder as aulas de esporte, por que não há comida em casa e há tanta fritura e refrigerante. A mãe fala que ele a culpa por tudo, que o menino tem notas ótimas e que merece descansar, que nos fins de semana ela agora só vai para casa da mãe com o menino e que lá tem muito doce e comida, que Rafael sente falta é da família. O resultado é um desacordo. A mulher ainda não separou do marido e, com isso, a mãe foi atingida.

Rafael é o ponto de ligação entre eles; fácil perceber que este homem e esta mulher não se encontram mais, no entanto, o pai insiste em ser um pai presente; dessa forma, está em todas as situações que envolvem o filho. Venho saber que as sessões desmarcadas haviam sido por que a mãe marcava o encontro comigo no mesmo dia, em horários próximos à consulta ginecológica do acompanhamento gestacional da namorada do ex-marido. Ela conseguia a informação com Rafael, que sempre dividia com o pai os momentos da gestação. A partir da informação, ela marcava comigo, depois comunicava com Severo. Levava para Rafael que tinha que desmarcar outra vez por causa do bebê do pai.

Severo estava presente no médico, na escola, nas reuniões; era uma forma de Marieta estar perto de Severo? Encerro a sessão dos pais dizendo que queria a presença deles novamente, só que, desta vez, cada um com seu horário. Marieta se

levanta bruscamente e com uma voz quase agressiva me interroga o motivo disso, que não seria justo já que a responsabilidade era dos dois, ela tinha o direito de saber o que se passava na cabeça do pai e tinha certeza de que, sem ela, ele falaria mal de suas atitudes o tempo inteiro e o assunto não ia render. Ao contrário da minha colocação, dizia que os dois tinham que ir toda semana juntos. Me senti, mais uma vez, invadida pela atitude de Marieta, ela parecia querer conduzir meu trabalho; sorri pensando que ela talvez estivesse fazendo um pedido/exigência de uma terapia de casal, e apenas afirmei minha decisão verificando qual horário seria melhor para cada um. O pai agradeceu, a mãe saiu pisando firme.

Recebo, mais uma vez, Rafael nesse meio tempo entre a sessão com os pais e o encontro individual programado. Diferentemente das outras sessões, ele chega calado, quase não me olha. A roupa bem larga para o corpo, dois furos na blusa, um boné sobre o cabelo que não havia sido penteado. Senta-se no sofá, coloca os pés para cima e fica observando os livros na estante. Continuo olhando para ele. Ele ri e pergunta como eu consigo não perguntar por que ele está calado. Respondo que para mim basta que ele saiba por que está calado. “Posso vir e falar, posso vir e ficar calado, posso vir e brincar, desenhar, posso vir e quebrar tudo? Você não vai fazer nada?”. Eu: “Qual dessas coisas você está precisando fazer?”

Rafael chora. Diz não entender a mãe que queria que ele fosse à psicóloga e agora diz que acha uma bobagem, quer que ele faça esporte, mas não o leva, não o acorda, chama para assistir filme até tarde com ela comendo pipoca ou sorvete e depois diz que ele come muito. Ele tem a sensação de que ela só se interessa por ela mesma e quer saber dele somente quando há informações da vida do pai. As notas na escola não são motivos de conversa ou elogios; nas oportunidades, seja com a família paterna ou materna, seja com amigos, a mãe só relata o sofrimento de Rafael diante da separação e fala do peso como uma fuga para o sofrimento que ele sente pela ausência do pai.

Esta mãe parece não enxergar o filho, seus sentimentos, suas atitudes e seus desejos. Há uma negligência e uma permissividade com horários, afazeres, higiene e cuidados gerais. A casa, mesmo financeiramente abastecida, não oferece organização e limite para que a criança possa situar-se. A obesidade vira uma marca, um registro que a mãe aponta, conscientemente, como a prova da culpa pela separação pedida pelo pai. Rafael, sem saída, capta o desejo desta mãe que sofre e não consegue separar-se do marido e a ampara com seu corpo. É preciso um corpo

forte, grande e volumoso para corresponder ao que a mãe marca como sofrimento, um sofrimento que tem que ser “carnalizado”, representado pelo corpo do filho. É preciso o mesmo corpo forte, grande e volumoso para dar conta de proteger-se da mãe invasora, para fazer-se enxergar por ela. O corpo obeso é a única coisa que a mãe consegue enxergar, valorizar e fazer crescer.

Rafael vai traçando seu caminho e começa a dar conta de falar de sua própria dor, de seus medos, da mágoa da mãe. Através do sentir, ele inicia uma nomeação e uma diferenciação das sensações e emoções, sai de um mecanismo de pensar e reagir em blocos. Nesta nomeação de si, percebe que muita coisa que a mãe fala, é ela mesma que sente, e não ele. Conversa com o pai, que passa a pedir o motorista para levá-lo ao tratamento, e o pai liga para acordá-lo. O pai sustenta com ele a importância do tratamento. As orientações da nutricionista são seguidas na casa do pai e permanecem na gaveta da mesa da copa na casa da mãe. Rafael chega à sessão sorridente, tem um pacote nas mãos embrulhado para presente.

“Meu pai me pagou a mesada ontem. Você sabe que sou econômico e que meu dinheiro está quase dando para o Playstation II, né? Então, não posso comprar muito, mas comprei uma coisa para mim, até mandei embrulhar de presente.” Me mostro curiosa, querendo participar de algo que ele traz e diz que é para si mesmo. Ele abre minuciosamente o pacote, lembro de uma cena de uma criança abrindo um chocolate, com um cuidado extremo para equilibrar o tamanho da mão e o do bombom para que não deixe cair a preciosidade. Ele parece degustar o embrulho. Ele ergue orgulhoso o conteúdo: “Todos os meus problemas estão resolvidos, kit Rafa Tabajara:²⁷ um despertador e uma miniagenda. Agora eu mesmo me acordarei e anotarei todos os meus compromissos. Esperar minha mãe é perda de tempo. Eu posso fazer isto sozinho.” “Sozinho?” – minha pergunta me pega de surpresa. Mas ouço algo mais surpreendente: “Taí, não estou sozinho. Posso contar com meu pai, minha avó, tenho o pessoal aqui da equipe, tem você. Sabe, minha mãe é que é triste, desamparada – ela adora esta palavra para falar de mim. Ela quer continuar a ser assim, ela parece que precisa disto e queria que eu ficasse como ela. Sabia que com tanta malhação ela tá só engordando?”

Enquanto Rafael perde peso, Marieta ganha. A desestruturação interna da mãe, por uma separação que para ela não podia se concretizar, estava

²⁷ Fazendo referência a um quadro de um programa humorístico onde a equipe cria soluções para qualquer questão.

representada por uma casa que não podia ter cara de uma casa de família. Sem horários, sem alimento, sem regras. Era necessário deixar claro que estava sempre faltando alguma coisa dentro dessa casa/dentro dela. Marieta não processava sentimentos, não os elaborava. O tempo do trabalho, da academia, do salão não eram para ela, eram para atacar o ex-marido. O tempo era usado como tamponador da falta que nela representava a ausência do marido. Faltava tempo para tudo: contratar uma funcionária, organizar os alimentos, fazer compras. O vazio da mãe lançou Rafael novamente ao início da relação primeira: uma dependência materna para orientar-se, para dizer o que ele sente, o que ele pensa, os motivos por que falta ou comparece aos programas, os motivos pelos quais come.

Marieta, no desamparo provocado pela separação, elege o filho como protagonista de sua dor e de sua história e retorna para a colagem como tentativa de suplência da falta. Na falta de poder sentir a falta, o que falta é a comida? Podemos tentar responder o que permite este retorno a um tempo de completude. Se o narcisismo é gerado pelo contenimento do outro, pelo encontro com este, é a história do outro que entra na cena. Uma mãe vazia pode sempre que se ver perdida trazer à tona o que a completava. O mundo pós-moderno, surdo que é frente ao sofrimento e à dor, oferece outros meios de relação consigo mesmo e com as pessoas. Se há objetos capazes de trazer felicidade, deve haver também pessoas capazes de oferecer felicidade. O objeto vem com garantia, a pessoa, não. Por vezes, há promessas, mas nunca a certeza da sua eternidade. Cobrar a garantia, cobrar a promessa pode significar a maneira de não suportar o limite, o afastamento do outro, outra escolha. Pode significar que, se o mundo oferece um “eu posso tudo”, eu deveria poder ter você. Posso tudo, menos sofrer pela escolha que você fez diferente da minha. Rafael é a moeda, a marca da garantia que deveria ser eterna. Se ele representa o amor deveras sentido, deve também representar a dor que, deveras, não deve ser sentida?

A vivacidade da clínica ganha espaço na construção de um caso clínico. Os fragmentos escolhidos têm a ver com a subjetividade do analista e de sua escolha e condução do caso. A riqueza do estudo de caso, possibilitando o diálogo com a teoria geral, ao mesmo tempo que leva à reflexão do fazer clínico para a condução do caso-singular, possibilita que o leitor “entre” dentro do caso e sinta como os protagonistas dele. O caso, nesse sentido, como nos apontou Nasio (2001), tem a função de uma ficção, pois trata da vivência do analista, e vamos ser mais

audaciosos e dizer da ficção como no cinema: quem assiste pode se ver, se identificar com um dos personagens. Esta sensação tem a vantagem de fazer o leitor perceber que a subjetividade é algo construído e vivenciado, não algo estanque e inato, que os atravessamentos culturais podem perpassar crenças, valores e ações. Sendo assim, o leitor se posta diante de pessoas que o fazem sentir, pois também sentem e não apenas diante de pessoas sem rosto e identidade que portam uma moléstia.

PARTE V – REFLEXÃO CAUSUÍSTICA

CONCLUSÃO

O objetivo central deste trabalho foi analisar se a obesidade infantil pode conter, como um dos fatores de seu surgimento, atravessamentos da relação mãe-bebê influenciadas por certas características da pós-modernidade. Para levá-lo adiante, percorremos um longo caminho iniciado por discussões mais amplas referentes à questão da obesidade enquanto moléstia, suas peculiaridades e problemáticas. Discutimos características da pós-modernidade como flexibilidade, pluralidade; descentralização do sujeito; valorização do tempo presente à mudança; e liberdade individual. Verificamos como o consumismo tem um lugar privilegiado no mundo pós-moderno e como ele fomenta nas pessoas uma busca pelo ter, levando ao aumento do descartável, do imediatismo, do valor absoluto sobre os bens materiais. Observamos que diante disso, as famílias – e mais afunilado na nossa questão, as mães – têm a necessidade de trabalhar fora para conseguir dar o que o mercado oferece de produtos que supostamente são a representação da “felicidade e desejo dos filhos”.

Buscamos estreitar, então, os caminhos das características pós-modernas com as relações humanas ao tratar dos vínculos maternos com seus filhos vivendo sob tais condições, e das afetividades que caracterizam estes vínculos. Buscamos discutir, também, como a mulher-mãe se sente neste ambiente social que é marcado, sobretudo, pela oscilação entre escassez e excesso e lhe coloca diante de exigências por vezes contraditórias.

Em seguida, trabalhamos conceitos psicanalíticos que ajudaram a sustentar nossa discussão: a importância da relação mãe-bebê na constituição das bases psíquicas do sujeito, por nela se processar a constituição do corpo por meio da vivência edípica e narcisista. Analisamos, desta forma, o Complexo Edípico, o processo do narcisismo e, com ele, o complexo de castração, a díade mãe-filho e suas nuances e seus papéis na construção do corpo em psicanálise. O objetivo era trazer à tona a possibilidade do corpo como produtor de sintomas, amarrando,

assim, a obesidade infantil – manifestação corporal – na qualidade das primeiras relações.

A escuta analítica das crianças obesas suscitou a necessidade de que este estudo tivesse também um espaço para a voz destes indivíduos. Os fragmentos clínicos, além de permitir a visualização da teorização discutida, querem ser portadores da subjetividade desses pacientes. O trabalho clínico em busca das sensações e emoções, por vezes escondidas ou diluídas dentro do corpo obeso, levanta a questão da dificuldade simbólica que parece ser um traço comum nesta clínica específica e indica que há ainda muitos caminhos a serem percorridos na tentativa de dar voz ao sujeito acometido pela obesidade.

A conclusão possível é sempre parcial, posto que não é possível a conclusão total em um estudo que leva em conta a subjetividade dos indivíduos. Quando se trata de psicanálise e de subjetividade, não há conclusão única e, muito menos, fechada. Há sempre meios de estender, entender e questionar. O limite quem coloca não é a escrita, a escuta ou a fala, mas o próprio sujeito. Se a clínica psicanalítica pretende levar o indivíduo ao encontro do sujeito, considera-se que é este que percorre o seu caminho. Caminho este que, na análise, também é construído e direcionado pelo sujeito.

A clínica com a obesidade infantil enriqueceu minha prática clínica. Pude, na ambiguidade quase que palpável das crianças obesas, lidar com questões que tenho a pretensão de desenvolver: fazer dessas questões um estudo que construa uma tese para um aprofundamento na escuta desta clínica específica e de suas peculiaridades na maneira de lidar com o mundo das relações com o corpo, com o alimento, com as pessoas e, a partir disto, poder contribuir para as parcerias profissionais na busca de uma saída para a obesidade. “Saída” não quer dizer cura. Em muitos casos, presenciei a obesidade enquanto saída subjetiva do sujeito; desta forma, não há como sair – a obesidade já é a saída. O sintoma como tentativa de organização psíquica é um ponto importante da clínica com crianças. Por se só, já formataria discussões ricas para um aprofundamento da clínica infantil relacionadas aos acometimentos do corpo.

Zornig (2001), ao trabalhar em seu artigo a questão da neurose infantil, coloca a clínica da criança como paradoxo em muitos momentos. Ela discute a necessidade de acolher a demanda dos pais para que possa haver uma transferência que permita o tratamento da criança e, ao mesmo tempo, a visão do analista que não pode se

referenciar somente por esta demanda. A criança, também, apresenta uma demanda e, para seu processo de subjetivação e análise, esta demanda precisa ser escutada. Zornig questiona a redução do sintoma da criança apenas enquanto sintoma dos pais e aponta reflexões:

...a criança chega ao psicanalista como portadora de uma história que lhe foi legada e à qual ela se identifica inicialmente, até como estratégia de sobrevivência. Que estatuto dar ao seu sintoma? Seria o resultado do processo de recalcamto? Seria o sintoma de sua neurose infantil como ponto culminante da organização psíquica do sujeito? Ou seria um deslocamento dos conflitos familiares, resposta da criança às neuroses dos pais da realidade? (ZORNIG, 2001, p. 184)

As pontuações de Zornig nos levam ao fato de que sempre a clínica com a criança vai apontar para duas vertentes: a dependência estrutural e alienada da criança a seus pais, e a possibilidade da neurose infantil como resposta aos significantes inconscientes dos pais. Se pegarmos a segunda vertente, temos que a neurose infantil, com sua produção sintomática, pode ser o ponto culminante da construção da realidade psíquica do sujeito – uma tentativa de interpretação e de subjetivação das vivências. Dessa forma, a situação analítica pode atuar como reedição, por meio da transferência, da neurose infantil, permitindo uma outra construção e reposicionamento infantil na estrutura familiar. O perigo do sintoma como tentativa de organização é a alienação da condição de sujeito; é como se, num primeiro momento, o sintoma significasse uma tentativa, mesmo que falha, de manter-se. Num segundo momento, há o perigo de cristalização e alienação no significante do outro. Dessa forma, acredito ser possível e necessário o reposicionamento do sujeito e que outros mecanismos de relação possam surgir a partir da escuta psicanalítica.

Quero marcar que a visão de multicausalidade da obesidade permaneceu a todo o momento. A interlocução com a equipe levava em conta todas as variáveis e foram, sim, presentes os casos onde a obesidade estava relacionada a fatores endócrinos, sociais ou simplesmente a um excesso alimentar proporcionado por desorganização do ambiente familiar. Mesmo nestes casos, os fatores psíquicos apareciam como consequências de viver “carregando um peso”, e era verificável que a dissolução da obesidade era sempre funcional nos casos onde a família se tratava junto ao paciente.

Porém, são os casos em que a relação com o outro entrava trazendo o alimento como objeto de suplência que me despertaram mais o interesse, talvez pelo fato de que neste campo a escuta psíquica traria uma tonalidade diferente ao tratamento. Foi importante o reconhecimento da equipe de profissionais que atuavam com as crianças. Os processos psíquicos entravam como um ponto de interesse nas discussões. Foi também delicada a presença de um analista numa equipe que necessita trabalhar de modo empírico, eficaz e contra o tempo. A busca por resultados e pela cura aparecia bastante nas discussões. Resultados e cura são palavras difíceis no processo analítico, pois permitem que a demanda do sujeito seja diferente da demanda médica, nutricional, social ou familiar. Esta diferença gerava, em alguns momentos, o questionamento do trabalho analítico e, sobretudo, demandas da equipe sobre a condução deste. Este estudo me ajudou a respeitar o tempo de cada um, dentro e fora da condução analítica.

A obesidade continua sendo um desafio. Suas implicações merecem atenção para despertar o interesse nos estudos e nas tentativas de busca por um contenimento de seus danos, sejam eles físicos, psíquicos, sociais ou endócrinos. Há muitas ações que podem minimizar a produção da obesidade, mas todas dependem de ações conjuntas de políticas públicas, órgãos de saúde interdisciplinares e, sobretudo, de uma reorganização dos valores vigentes. Se o capitalismo aponta vantagens, precisa-se urgentemente de se cuidar de suas desvantagens. Um crescimento desenfreado pode não ter sido acompanhado de um medidor de consequências ou até mesmo do acessório “freio”. Pergunto-me se a pós-modernidade não sabe mais parar.

Para a psicanálise, com sua visão de corpo libidinizado, a obesidade pode ocupar o lugar de uma fala, de uma vivência não processada pelo psiquismo e que precisa e usa a via somática para dar conta da expressão não realizada pela via simbólica. Desta forma, incluir a escuta nessa leitura tem a pretensão de auxiliar o indivíduo no seu sofrimento e dar vazão à via simbólica bloqueada. Questionar a relação materna como produtora deste bloqueio é apenas uma das várias formas de interrogar a obesidade.

Vimos que a experiência da obesidade infantil na pós-modernidade revelou particularidades. O valor narcisista do mundo pós-moderno trouxe grandes influências na vivência da feminilidade pelas mulheres. Indiretamente, por meio da noção de feminilidade na pós-modernidade, que tem como horizonte um ideal de

perfeição que fica ameaçado pela maternidade; e diretamente, por dificultar a experiência das perdas veiculadas pela maternidade. O consumo de produtos de beleza, maquiagem, cirurgias plásticas e diversas formas de modelar o corpo, o consumo de alimentos, eletrônicos, enfim, os bens pessoais, às vezes ficam em segundo plano em prol da família, o que provoca perdas e entra em choque com o valor da perfeição. A liberdade, a livre escolha, o imediatismo parecem ficar ameaçados com a responsabilidade da maternidade e deixam entrar valores de compra. Ao mesmo tempo, o consumo impõe comportamentos que obrigam a saída do lar pelas mulheres, trazendo perdas para as relações e a qualidade dessas, mas permitindo o ganho de participar do jogo social e ser reconhecido – ser um consumidor.

A pós-modernidade, portanto, ao oferecer às mulheres uma noção de feminilidade que dá a elas o estatuto de sujeito autônomo e livre, capaz de produzir discurso e sustento próprio, a coloca na berlinda de poder desejar e escolher seu destino, e a maternidade parece intervir nesse direito, levantando a questão da responsabilidade, do compromisso, do apego, da dedicação. A obesidade infantil revelou-se em íntima relação com a maternidade e a pós-modernidade. A relação das mulheres com a maternidade fica mais complexa, porque a mulher precisa atender à maternidade, que continua a ser valorizada socialmente, e a muitas outras metas paralelas. Tudo isso precisa ser feito com excelência, pois a cultura narcisista propõe um ideal de perfeição como objetivo a ser alcançado e cultua o consumismo como parte desejável dessa perfeição.

O alimento, como produto de consumo valorizado e veiculado pelos meios de comunicação, é passível de ser tornar objeto de desejo a ser investido de pulsão, já que na relação com o outro é o primeiro meio de ligação que serve tanto à exigência fisiológica da fome quanto à necessidade humana de amor. Numa concepção psicanalítica, o processo de subjetivação inicia-se no encontro com o outro, por meio da narcisação do bebê pela mãe, e avança graças à função paterna e à entrada no Édipo, seguida pelo encontro com a angústia de castração e pela aceitação da lei e a consequente saída do Édipo. A partir daí, a expressão da subjetividade se daria de diferentes formas e teria relação com um ideal de eu, que é partilhado por valores sociais e históricos.

Concluimos que a pós-modernidade não seria a única forma de comprometimento à construção subjetiva da mulher e sua relação com a

maternidade, mas afetaria o narcisismo secundário, ligado ao ideal de eu – expressão da subjetividade já constituída – e que este, sim, afetaria a relação mãe-bebê trazendo inúmeras falhas ao investimento da mãe na criança, levando a construções narcísicas vazias. A obesidade pode ser tomada como um produto desta maternagem vazia.

O sofrimento do outro pode ter vários sentidos e advir de muitas problemáticas diferentes. O que nos toca, no entanto, não é sua origem, mas o lugar que a obesidade passa a ocupar na vida do sujeito. O corpo-sintoma porta-voz do sofrimento pode ser escutado para ser aliviado. A pretensão de aprofundar na reflexão das dificuldades simbólicas é grande. Porém, não é maior que o desejo de oferecer novas possibilidades para o sofrimento psíquico das crianças e suas famílias.

Eu queria falar uma coisa hoje. Pensei nisto ontem, quando estava me arrumando para ir para a casa da Duda (uma amiga fazendo 12 anos). Eu não ia em festas, eu não ia ao cinema, eu não ia ao shopping. Eu não fazia nada. Meu pai dizia que era preguiça e por isto que eu estava gorda. Minha mãe dizia que era vergonha por ser gorda. Não era nada disto, mas também era isto. Sabe, ainda não sei bem o que é, mas sei que agora não é o meu pai e nem minha mãe que falam. Sou eu. Fui na casa da Duda, o vestido ainda está apertado, mas desta vez eu falei, dancei e fiquei perto das pessoas. Não precisei da companhia dos salgados. (Caren, 11 anos).

Durante nosso estudo, muitas questões foram abertas e expressas em forma de perguntas e reflexões. Todas elas foram surgindo durante a clínica com as crianças obesas e continuam a ser alimentadas pelo desejo e intenção do aprofundamento por meio da transformação deste estudo em uma tese. Acredita-se que o doutorado trará mais oportunidades de enriquecer este projeto já iniciado por já haver pontos de partida mais claros, dificuldades mais delineadas; um tempo maior para se trabalhar e um campo de trocas profissionais mais abrangente.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

AULAGNIER, P. Nascimento de um corpo, origem de uma história. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 9-45, set. 1999.

BARBOSA, L. O jeitinho brasileiro: a arte de ser mais igual que os Outros. **Ciência Hoje**, v. 7, n. 42, 1988.

BARROSO, S. F. Sobre o caso clínico: uma contribuição à metodologia de pesquisa em psicanálise. **Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental**, Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, Ano 6, n. 9, nov. 2003.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999a.

BAUMAN, Z. **Globalização: as conseqüências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999b.

BIGNARDI, F. A. C. **Reflexões sobre a pesquisa qualitativa & quantitativa: maneiras complementares de apreender a realidade**. Disponível em: <www.comitepaz.org.br>. Acesso em: 10 dez. 2008.

BLEICHMAR, B. **Introdução ao estudo das perversões**. Modernização reflexiva. São Paulo: Editora Unesp, 1997.

BRITO, M. N. C. Gênero e cidadania: referenciais analíticos. **Rev. Estud. Fem.** [online], v. 9, n. 1, p. 291-298, 2001. ISSN 0104-026X.

CASTRO, A. S; MORGAN, C. M. Obesidade na infância. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Org.) **Transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Ed. Manole, 2005.

CATÃO, I. A tristeza das mães e seu risco para o bebê. In: CORREA FILHO, L. (Org.). **Novos olhares sobre a gestação** – a criança até três anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L.G.E, 2002.

COLE, T. J.; BELLIZZI, M. C.; FLEGAL, K. M.; DIETZ, W. H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal. Clinical Research Edition*, London, v. 320, n.7244, p. 1240-1243, 2000.

CREDIDIO, O. **Artigos de Nutrologia**. Vol. I Editora: Ottoni, São Paulo. 2007.

DOLTO, F. **Psicanálise e pediatria**. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

DORON,R; PAROT F.- **Dicionário de Psicologia**. Editora Àtica. São Paulo, 1998.

EAGLETON, T. **As ilusões do Pós-Modernismo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

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

FERNANDES, A. E. R.; LAMOUNIER, J. A.; VILELA, J. E. M. Imagem corporal. In: LAMOUNIER, J. A.; WEFFORT, V. R. S. (Coord). **Nutrição em pediatria**: da neonatologia à adolescência. São Paulo: Manole, 2009.

FERREIRA, B. H. A. **Novo dicionário de língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FISBERG, M. **Obesidade na infância e na adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995.

FREUD, S. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1905. v. X

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1914. v. XII.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. IV.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. IV.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XVIII.

FREUD, S. Carta 69. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago: 1987. v. I.

FREUD, S. Esboços em Psicanálise. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XXIII.

FREUD, S. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXII: Ansiedade e Vida Instintual. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago: 1987. v. XXII.

FREUD, S. O Ego e o Id. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIX.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago: 1987. v. XXI.

FREUD, S. O quadro clínico. Notas Preliminares. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. VII.

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIV.

FREUD, S. Psicologia de grupo e a análise do ego. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XVIII.

FREUD, S. Rascunho E. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. I.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIV

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Tradução de Verlaine Freitas. Rio de Janeiro: Imago, 1987 v. VII.

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.III.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II

FREUD, S. Triebe und Tribschicksale. In: FREUD, S. **Gesammelt Werke**. Tradução de Verlaine Freitas. Frankfurt am Main: Fischer, 1999, p. 209-232. v. X.

GAYTON, A. C. **Tratado de Fisiologia Médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1995.

GIDDENS, A. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: BECK, U. *et. al* (Org). **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: UNESP, 1997.

GIDDENS, A. **As consequências da Modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GONZÁLEZ-REY, F. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda, 2002.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

JAMESON, F. O pós-modernismo e a sociedade de consumo. In: KAPLAN, E. A. (Org.). **O mal-estar no pós-modernismo**: teorias e práticas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

JAMESON, F. **Pós-Modernismo** – a lógica cultural do capitalismo tardio. 2. ed. São Paulo: Ática, 2000.

KUMAR, K. **Da sociedade pós-industrial a pós-moderna**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LACAN, J.-M. E. **Seminário 5**: As formações do inconsciente (1957-58). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LANG, R. S. Os limites do eu e do não-eu e a constituição da pele psíquica do bebê: a dermatite do bebê. **Revista Psicanalítica**, v. IV, n. 1, 2003.
 LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**. Campinas: Papirus, 2003.

LIPOVETSKY, G. **A era do vazio**. Ensaio sobre o individualismo Contemporâneo. Lisboa: Relógio D'Água, 1983.

MAGTAZ, A. C. **Distúrbios da oralidade na melancolia**. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

McDOUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOREIRA, J. O. **Figura de alteridade no pensamento freudiano**. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia). – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

NASIO, J-. D. **Psicossomática**: as formações do objeto a. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

NASIO, J-. D. **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

OLIVEIRA, R. G. A. Obesidade na infância e adolescência como fator de risco para doenças cardiovasculares do adulto. In: **SIMPÓSIO – OBESIDADE E ANEMIA CARENIAL NA ADOLESCÊNCIA**. São Paulo: Instituto Danone, 2000. 270 p.

RANÑA, W. A criança e o adolescente: seu corpo, sua história e os eixos da constituição subjetiva. In: VOLICH, R. M. (Org.). **Psicossoma III**: interfaces da psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

RECALCATI, M. O demasiado cheio do corpo, por uma clínica da obesidade. **Latusa 7**. Rio de Janeiro: EBP-RJ, 2002.

REVISTA VIRTUAL – Revista Achei! Na Vila, caderno Saúde. Editora DPB, São Paulo, Edição 34. Fev. 2009.

ROUDINESCO, E; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.

SCHWARTZMAN, R. O conceito de recalçamento e a busca de uma meta psicologia para as novas patologias. In: CARDOSO, M. R. (Org.) **Limites**. São Paulo: Escuta, 2004.

VIEIRA, W. C. A Psicossomática de Pierry Marty. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Org.). **Psicossoma**: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D. W. Psicose e cuidados maternos. In: WINNICOTT, D. W. (Org.). **Da pediatria à psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

WOLFFLIN, Heinrich. **Conceitos fundamentais da história da arte**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ZIMERMAN, D. E. **Vocabulário contemporâneo de Psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ZORNIG, S. A-J. Neurose infantil, neuroses da infância. **Psyché**, São Paulo, Universidade São Marcos, v. 5, n. 008, jul.-dez, p. 183-190, 2001.