



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Biológicas e Saúde

Luiza Raffide Novaes Zylbersztejn

Além do comer: um olhar psicanalítico sobre algumas questões nutricionais

Rio de Janeiro

2024

Luiza Raffide Novaes Zylbersztejn

Além do comer: um olhar psicanalítico sobre algumas questões nutricionais

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Cattapan

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CZO

Z99 Zylbersztejn, Luiza Raffide Novaes

Além do comer: um olhar psicanalítico sobre algumas questões nutricionais / Luiza Raffide Novaes Zylbersztejn - 2024.
93 f.

Orientador: Pedro Cattapan

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas.

1. Psicanálise e Políticas Públicas - Teses. 2. Psicanálise - Teses. 3. Obesidade - Teses. 4. Aparência física – Teses. 5. Nutrição comportamental – Teses. I. Cattapan, Pedro. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDU 159.964.2

Bibliotecária Joice Soltosky Cunha CRB7-5946

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que cite a fonte.

Assinatura

Data

Luiza Raffide Novaes Zylbersztejn

Além do comer: um olhar psicanalítico sobre algumas questões nutricionais

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 11 de abril de 2024.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Pedro Cattapan (Orientador)

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a. Lucia Maria de Freitas Perez

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a. Cristiane Marques Seixas

Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço ao meu orientador, Pedro Cattapan, pela mão dada durante todo o percurso, tornando o caminho agradável de ser trilhado.

Continuo com minha mãe, Claudine, por me estimular sempre a estudar, por todo o apoio necessário, pela base sólida de amor e pela parceria incrível de vida.

A minha avó, Sadda, pela correção textual, mas principalmente pela acolhida, carinho e amor sempre.

As minhas queridas amigas e companheiras de caminhada: Ana Laura e Emiliane. Obrigada pela amizade, parceria e risadas, ter vocês junto fez toda a diferença.

A Lavínia, pela escuta e por despertar em mim o desejo de estudar psicanálise.

Ao Felipe, meu companheiro de vida, pelo apoio e por me ouvir incansavelmente falar deste trabalho.

Aos professores do programa pelas ricas aulas e às professoras da banca examinadora pelas frutíferas contribuições.

Não se conformava o infante com a diminuição que acabara de sofrer no seu corpo, sem a contrapartida de um qualquer acrescentamento sensível do espírito, e chorou durante todo aquele santo caminho até à cova onde o esperava a mãe ansiosa, e não é de estranhar, sendo o primeiro, Coitadinho, coitadinho, disse ela, e acto contínuo, abrindo a túnica, deu-lhe de mamar, primeiro o seio esquerdo, supõe-se que por estar mais perto do coração.

José Saramago

RESUMO

ZYLBERSZTEJN, Luiza Raffide Novaes. *Além do comer: um olhar psicanalítico sobre algumas questões nutricionais*. 2024. 93f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) – Centro Biomédico, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Este estudo discute o tratamento nutricional atribuído, principalmente, às pessoas vistas e diagnosticadas como gordas ou obesas. Assim, esta pesquisa parte da noção de que o corpo não se limita ao orgânico, fisiológico e palpável, mas sofre intervenções subjetivas. Utilizamos a contextualização do conceito de corpo para as áreas biomédicas, levando em consideração a história deste enquanto aquele que era visto como belo há século e que hoje sofre uma pressão para que se encaixe em padrões estabelecidos por meio de médias estatísticas e estéticas, tendo diretrizes e conceitos médicos para auxiliar a normalização deste corpo. A questão daquilo que é considerado normal ou patológico surge em nossa pesquisa como ponto de questionamento do lugar que o corpo gordo foi colocado. A partir dos conceitos psicanalíticos de escuta, pulsão e sujeito, procuramos traçar um outro caminho possível para o olhar para o corpo que se mostra como excessivo, de modo a enxergá-lo não como anormal, mas como parte de algo maior que diz da história de cada sujeito. Considerar que trata-se de um sujeito aquele que entra em um tratamento nutricional, no sentido psicanalítico do termo, portanto sujeito dividido e portador de uma falta impossível de ser satisfeita, tornou-se fundamental para a inclusão dos outros conceitos empregados e para a possibilidade de pensar um modo diferente de atendimento. A apresentação de dois recortes de casos clínicos atendidos em clínica nutricional foram a ponte para a discussão entre aquilo que a nutrição prediz enquanto tratamento e o que a psicanálise se propõe a fazer. Nossa pesquisa objetivou buscar um caminho outro para o modo de atendimento do sujeito que se coloca em um tratamento nutricional, procurando uma aproximação entre duas áreas aparentemente distintas – a nutrição e a psicanálise. Por fim, não apresentamos diretrizes ou um modelo de tratamento a ser seguido pelo nutricionista como modo de substituição ao seu fazer; a proposta que surge é de uma abertura do olhar do profissional da nutrição para a subjetividade inerente a cada sujeito, subjetividade esta que se entrecruza com a história nutricional e aparece no corpo e no comer.

Palavras-chave: Corpo. Comer. Psicanálise. Nutrição. Obesidade.

ABSTRACT

ZYLBERSZTEJN, Luiza Raffide Novaes. *Beyond eating: a psychoanalytical view of some nutritional issues*. 2024. 93f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) – Centro Biomédico, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

This study discusses the nutritional treatment given mainly to people seen and diagnosed as fat or obese. Thus, this research starts from the notion that the body is not limited to the organic, physiological and palpable, but that it undergoes subjective interventions. We used the contextualisation of the concept of the body for biomedical areas, taking into account the history of the body as one that was seen as beautiful centuries ago and which today is under pressure to fit into standards established by means of statistical and aesthetic averages, with medical guidelines and concepts to help normalise this body. The question of what is considered normal or pathological arises in our research as a point of questioning the place that the fat body has been placed. Based on the psychoanalytic concepts of listening, drive and subject, we tried to outline another possible way of looking at the body that appears to be excessive, so as to see it not as abnormal, but as part of something bigger that tells the story of each subject. Considering that the person who enters a nutritional treatment is a subject in the psychoanalytic sense of the term, therefore a divided subject with a lack that cannot be satisfied, became fundamental for the inclusion of the other concepts used and for the possibility of thinking about a different way of providing care. The presentation of two clippings of clinical cases treated in a nutritional clinic were the bridge for the discussion between what nutrition predicts as a treatment and what psychoanalysis proposes to do. Our research aimed to find a different way of dealing with the subject who is undergoing nutritional treatment, seeking a rapprochement between two apparently distinct areas - nutrition and psychoanalysis. Finally, we are not presenting guidelines or a treatment model to be followed by nutritionists as a way of replacing what they do; the proposal that emerges is to open the nutrition professional's eyes to the subjectivity inherent in each subject, a subjectivity that intertwines with nutritional history and appears in the body and in eating.

Keywords: Body. Eating. Psychoanalysis. Nutrition. Obesity.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	CORPO E COMER.....	20
1.1	Obesidade – perspectiva nutricional.....	20
1.2	Corpo e comer em psicanálise	32
2	CONCEITOS PSICANALÍTICOS IMPORTANTES AO ESTUDO DO CORPO E DO COMER	41
2.1	Escuta psicanalítica	41
2.2	Sujeito	47
2.3	Pulsão	51
3	RECORTES CLÍNICOS.....	63
3.1	Ana e os restos	63
3.2	Beatriz e o diagnóstico de anorexia	68
3.3	Implicações clínicas	74
3.4	A cura em psicanálise e a (proposta) de cura em nutrição	78
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	86

INTRODUÇÃO

Não é incomum que vejamos propagandas que colocam o emagrecimento à venda, assim como a mudança sistemática e frequente da nova aposta farmacológica, nutricional ou “natural” que, finalmente, trará a perda de peso definitiva àqueles que tanto a procuram. Medicamentos (injetáveis, subcutâneas, orais), dietas (*low carb*, *low fat*, hiperproteicas), chás milagrosos, compostos excêntricos... Tudo se torna válido com o intuito de perder os quilinhos excedentes. Quanto às dietas, basta que haja uma divulgação que atribua a elas uma eficácia que vários adeptos passam a segui-las, tornando-as a “da moda”.

A comunidade biomédica adentra neste mundo atribuindo riscos ao corpo com o peso supostamente elevado. O excesso de peso passa a ser associado a doenças como diabetes e hipertensão, por exemplo, de modo que, do ponto de vista biomédico, a perda de peso ultrapassa a estética e se torna uma questão de saúde. Assim, de um lado temos uma indústria que promove um corpo “ideal” e de outro, encontramos a justificativa da saúde - argumentos diferentes para um mesmo objetivo: o corpo magro.

Na realidade, a mudança do padrão corporal surge como aquilo que irá desencadear todas as questões posteriores, pois, se há alguns anos o corpo gordo era visto como belo e saudável, hoje é o corpo magro (muito magro) que se constitui como sinônimo de beleza (Deram, 2014). Com isso, o seu oposto é considerado doente, mesmo que para que o corpo escultural seja atingido seja preciso que várias práticas não saudáveis sejam adotadas, tais como uma restrição calórica excessiva, cirurgias plásticas e ingestão de medicamentos.

As medicações, dietas e cirurgias substituem a naturalidade do comer e do lidar com o corpo e se tornam a via do cuidado com a saúde. É como se uma indústria sustentasse a outra: é preciso ser magro e para isso é preciso seguir determinado caminho. Assim, com os anos, o profissional nutricionista tornou-se conhecido por ser aquele responsável pelo emagrecimento, de forma que um seleto grupo de pessoas dentre a gigante população que visa ao emagrecimento chega aos consultórios nutricionais à procura de assistência especializada para atingir o corpo estimado.

A sociedade moderna tem o corpo como uma construção disposta a alterações de acordo com aquilo que está em vigência na ordem social, sendo o corpo a exposição do que se deseja e que se mostra como aquilo que é esperado pelo indivíduo e pelos outros. O corpo se torna local de vigilância da sociedade, perdendo seu aspecto espontâneo e, a partir do século XVII, este corpo recebe uma visão mecanicista, tendo sobre si as visões anátomo-fisiológica e

biodinâmica, de modo que o combustível para o funcionamento desta máquina (os alimentos e suas calorias) passa a ganhar maior importância (Giordani e Hoffmann-Horochovsk, 2020).

Há uma apropriação do corpo pelas ciências biomédicas e passa-se a fazer determinações daquilo que é saudável ou não ao corpo/máquina. Fazem-se cálculos para se estabelecer a quantidade ideal de combustível/comida para este e o indivíduo fica à disposição das novas regras estabelecidas para seu corpo. Assim, o corpo ideal é o corpo saudável, e o corpo saudável será aquele que seguir as regras determinadas pela ciência destinada a isto, a nutrição, com auxílio da medicina. O ideal de beleza nasce do ideal de saúde e convida o indivíduo a manter um corpo escultural: magro, com curvas ou musculosos, jovem e saudável (Giordani e Hoffmann-Horochovski, 2020).

O estabelecimento da medicina moderna que considera a doença um desequilíbrio orgânico tira de foco as questões simbólicas consideradas pela medicina de outras sociedades. Medicina moderna que sobrepõe seu saber a outros tipos de saberes e que constrói um “sistema de saúde cuja função é a de produzir tratamentos rápidos, individuais e eficazes, com o objetivo de extirpar a doença – frequentemente só seus sintomas – e de suprimir as marcas que a poderiam remeter às relações sociais ou simbólicas” (Pereira e Almeida, 2005, p. 93). Dessa forma, o indivíduo torna-se paciente e deixa de ter uma percepção sobre seu corpo, colocando-se à disposição do saber biomédico em busca da cura, cura para uma doença que nem sequer ele está ciente, como no caso da obesidade.

A inclusão da área biomédica no contexto do comer e do corpo toma das mãos do indivíduo a autonomia sobre aquilo que será importante para ele na escolha do que comer, assim como do corpo que lhe é ideal; e não aquela opção que é imposta pela mídia ou pela indústria. E se diante das informações expostas sobre aquilo que é determinado como saudável, como a dieta a ser seguida e o exercício a ser realizado, o indivíduo não seguir as normas, a culpa sobre seu estilo de vida não saudável será somente sua, já que a informação foi dada e basta que seja aplicada.

Na contramão da prescrição das dietas restritivas, Deram (2014) se posiciona contra o controle excessivo sobre a alimentação e diz que vivemos um terrorismo nutricional. A autora de *O peso das dietas: emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas!* enfatiza ao longo de sua obra a importância de confiar no próprio corpo para se alimentar, dizendo de sua capacidade de perceber os sinais de fome e saciedade e trazendo a naturalidade do ganho de peso ao longo dos anos. A defesa de que uma dieta restritiva é algo nocivo ao organismo é a base da teoria de Deram (2014).

As dietas restritivas se tornaram e ainda são utilizadas em larga escala como meio de emagrecimento, tal como se na própria prática alimentar houvesse uma punição por algo de um excesso carregado no corpo. Os alimentos passam a ser classificados como bons e ruins e o consumo daqueles considerados ruins é um furo na dieta, um erro, algo que irá prejudicar o andamento do processo de perda de peso. O prazer em comer é retirado de cena, pois não é prioridade nesse cenário visto que para atingir o corpo “ideal” e “saudável” é preciso que se abduque de algo, sendo o prazer o ponto principal.

Deram (2014) cita uma dica de nutrição francesa que diz: “Todo mundo tem o direito a ter prazer em comer” (Deram, 2014, p. 29) e nos lembra que o prazer em comer não está relacionado a pratos elaborados ou alimentos ricos em calorias ou gorduras, mas sim no fato de poder desfrutar do momento da alimentação, sem medo dele. A dicotomia entre bom e ruim no âmbito alimentar leva as pessoas a fazerem escolhas de acordo com a qualidade nutricional dos alimentos e não conforme com o que gostam ou têm hábito de comer. Ou seja, não há a inclusão do indivíduo em seu próprio ato de comer. Come-se aquilo que se deve e quando não, há culpa e, muitas vezes, uma compulsão alimentar posterior (Deram, 2014).

Embora Deram (2014) siga seu embasamento teórico se apoiando no estudo do comportamento e da genética, a autora nos alerta sobre a retirada das escolhas individuais sobre a alimentação para a inclusão de regras sobre o comer, tudo isso amparado por uma ciência que controla os corpos e se coloca como superior ao indivíduo, mesmo que tal ciência mude de direção vez ou outra, levando todos aqueles que seguiam suas diretrizes a seguir suas novas regras (Deram, 2014).

Com a tecnologia disponível hoje, existe um volume maior de dicas e atitudes totalmente erradas e nocivas se espalhando por todos os lados! E as pessoas seguem essas dicas! E sempre com o apoio de um discurso supostamente científico, mas, muitas vezes, trata-se de pseudociência (Deram, 2014, p. 27).

Lançado em 2013, o livro *Nutricionismo: A ciência e a política do aconselhamento nutricional*, do cientista Gyorgy Scrinis, traz em seu título aquilo que será discutido em todo o volume: a redução da nutrição ao seu aspecto biológico, sendo o nutricionismo a união dos termos nutrição e reducionismo. Logo no prefácio o autor nos diz:

O nutricionismo é caracterizado por uma ênfase redutora nos nutrientes dos alimentos e dos padrões alimentares. O conceito também pode ser entendido como uma descontextualização dos nutrientes dos alimentos que desconsidera a dieta e os contextos sociais e ambientais (Scrinis, 2013, p. 17).

O que será apontado e questionado ao longo da obra citada acima cerca a relação da nutrição com suas diretrizes e estudos que, por muitas vezes, acabam por se contradizer, visto

que os alimentos são classificados como bons ou ruins, vilões ou mocinhos. Entretanto, quando uma nova pesquisa é publicada ou quando há um novo investimento da indústria alimentícia em algum produto ou alimento, os papéis se invertem, como o clássico caso do ovo, que por muitos anos foi apontado como um alimento perigoso à dieta por sua capacidade de elevar o colesterol “ruim” e hoje é considerado um ótimo alimento.

Scrinis (2013) ainda nos alerta que não se trata de desqualificar as informações científicas sobre os nutrientes, mas que é importante incluir tais informações a um contexto, deixando de lado a ideia rasa de que um nutriente sozinho atuaria e seria responsável por todo o funcionamento biológico, desconsiderando os outros determinantes da saúde.

Gyorgy Scrinis (2013) nos traz questões importantes e nos abre os olhos para a redução que está envolvida no campo da nutrição. Redução esta que limita os alimentos aos seus nutrientes e os classifica em bons ou maus, como se a composição nutricional bastasse para determinar a função daquele alimento no corpo humano e como se a ingestão por si só fosse suficiente e independente de diversas outras variáveis. A análise do autor traz o questionamento dos benefícios dos nutrientes consumidos de maneira isolada, como em cápsulas, assim como a superficialidade da contagem calórica que iguala alimentos *in natura* e altamente processados apenas por conterem os mesmos “números”.

O autor de *Nutricionismo* (Scrinis, 2013) invoca assuntos relacionados à política, à indústria e à ciência, colaborando com este trabalho ao abrir caminho para outros questionamentos. Se Scrinis diz de uma exclusão da dieta e dos contextos social e ambiental ao considerar os nutrientes como elementos principais na conversa sobre nutrição, imediatamente pensamos na exclusão do sujeito de sua própria dieta e mais, de seu controle sobre o seu modo de comer e de lidar com seu corpo.

Se o corpo gordo se apresenta como uma subversão ao corpo determinado pela nutrição e pelas áreas médicas como saudável, este trabalho procura uma subversão do papel da nutrição para o sujeito, considerando, em primeiro lugar, que quem come e quem porta um corpo é um sujeito dividido e, portanto, carrega consigo questões simbólicas que contribuem para a determinação de seu modo de se alimentar e de seu corpo. Instala-se aqui um questionamento ao conceito de saúde que considera apenas o biológico e não o simbólico.

A consideração de que os nutrientes se sobrepõem aos alimentos como um todo é a mesma que coloca a saúde como maior do que as escolhas subjetivas do sujeito. Consideramos que a função primeira da comida é garantir a sobrevivência do ser humano, porém, ultrapassado este momento e com a disponibilidade de escolha diante dos alimentos,

comer torna-se um momento de prazer, cercado de emoções e que envolve a relação, também, com outras pessoas (Rodrigues, 2012).

O ato de comer junto, a comensalidade, participa de um momento histórico em que a caça era maior do que a necessidade alimentar do caçador e, por isso, era dividida. De tal ato surgem dois outros: a satisfação de uma necessidade e a relação com o outro (Rodrigues, 2012), atos que se tornam fundamentais no modo de lidar com a comida e com o corpo, e que ultrapassam o fator nutricional daquilo que se come.

A partir disso, este trabalho se divide em três capítulos no intuito de buscar uma nova visão de saúde, corpo e comer para a nutrição por meio dos conceitos psicanalíticos, considerando também a importância do cuidado nutricional. O pontapé para esta pesquisa partiu do incômodo ainda não saciado de ver as questões da clínica nutricional se repetirem ao longo dos anos sem que as soluções pareçam diferentes.

Existem pequenas alterações naquilo que se propõe como tratamento do corpo gordo, como o já trazido: novas medicações, novos alimentos milagrosos... Soluções que se diferenciam em sua apresentação, mas trazem o mesmo, a busca pela eliminação da doença gordura, mas que no fim chegam ao mesmo lugar: pessoas ainda insatisfeitas com seus corpos e o reganho do peso que havia sido eliminado após a última novidade.

Roudinesco (2000), a partir de seu olhar psicanalítico, nos descreve o surgimento das medicações psicotrópicas como aquilo que viria em substituição às internações manicomiais e tratamentos de choques, algo que, à primeira vista, nos parece excelente, porém tais medicações vieram com o intuito de “normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar significação” (Roudinesco, 2000, p. 21). A observação da autora cabe como complemento ao questionamento maior dessa pesquisa, pois nos parece que, assim como as medicações psicotrópicas, as dietas e métodos de tratamentos para o corpo considerado gordo também se colocam como uma maneira de “cura” sem uma busca por significação.

Ao incluir a medicação como mecanismo de cura para um sofrimento, o sujeito se depara cada vez mais com a decepção no tratamento, pois a medicação, ao contrário do que se propõe, não leva à “normalização”, mas sim a uma suspensão do sintoma (Roudinesco, 2000), da mesma forma que as dietas se colocam. Enquanto colocadas em prática, as mudanças alimentares geram mudanças corporais, porém ao serem inutilizadas, deixam de fazer efeito, de modo que é preciso uma manutenção do tratamento. Além disso, mesmo com o resultado obtido – o emagrecimento – há a procura por mais: mais músculos, menos gordura, menos peso, menos medidas... Uma insatisfação que acompanha o sujeito.

Observando as repetições, insatisfações e ouvindo os pacientes ao longo dos anos, há de se notar que algo mais se coloca entre o corpo e aquilo que é escolhido para alimentá-lo, é perceptível que as queixas sobre o corpo e as escolhas alimentares ultrapassam uma mera questão de escolha e se encobrem em um mais além, como se o corpo e o comer fossem máscaras para questões outras e, se foi a partir daquilo de diferente que foi escutado ao longo das consultas nutricionais feitas e da observação de padrões repetitivos, por que não apostar nisso que nos salta aos olhos como caminho? Por que não considerar aquilo que escutamos? Assim, a psicanálise se torna a via principal neste caminho que percorremos à procura, não de uma resposta, mas de um olhar além.

A psicanálise, imensamente resumida a quem não a conhece, pode ser dita como a teoria criada por Sigmund Freud com o intuito de, por meio de uma investigação, “evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 384), levando em consideração as resistências, a transferência e o desejo deste (Laplanche e Pontalis, 2001).

Baseado no método catártico de Breuer, Freud inaugura a psicanálise utilizando-se da hipnose como meio de chegar ao material inconsciente de seus pacientes, porém com o tempo nota que tal método dependia da arbitrariedade do paciente, sendo limitado o seu uso. Utilizando-se dos pensamentos que atravessavam a fala dos pacientes durante a hipnose, Freud abandona este método e convida seus doentes a falarem à vontade, mesmo aquilo que não fosse considerado importante, e percebe que existem lacunas na memória de quem fala – observações que se tornarão os conceitos de associação livre (a fala livre), recalque (o esquecimento) e resistência, fundamentais à clínica psicanalítica (Freud, (1904 [1905])).

Freud utiliza a interpretação daquilo que o paciente traz como dispositivo, mas também o que aparece de não planejado na fala e seus equívocos, para assim “tornar o inconsciente acessível ao consciente, o que ocorre por meio da superação das resistências” (Freud, 1904 [1905], p. 56), o que pode levar não necessariamente a uma cura, mas a um modo de lidar melhor com o sintoma.

Melhorar a relação com o sintoma nos parece um caminho importante àqueles que lidam com o comer e com o corpo de maneira transtornada. Se “[...] a psicanálise não vai colocar a questão do sujeito da verdade mas a questão da verdade do sujeito” (Garcia-Roza, 2002, p. 23), a adoção do olhar psicanalítico à clínica nutricional irá subverter aquilo que é considerado pelas ciências biomédicas: a verdade como aquilo que coincide com a realidade. Dito isto, a inserção da psicanálise a uma prática distinta da sua pode ser um modo de abrandamento dos ideais nutricionais, podendo o nutricionista considerar que aquilo que ele

escuta permeia uma realidade psíquica e que diz de um sintoma do sujeito, não sendo necessária uma solução mágica ou imediata, mas sim a construção de um caminho possível e individual para aquele que procura por seus cuidados.

Desta maneira, como forma de construção deste trabalho, no primeiro capítulo percorreremos as teorias de *Corpo e comer*, sendo este seu título. O capítulo parte do viés nutricional e leva em consideração os documentos que são utilizados como base ao estudo do corpo gordo para as áreas biomédicas, como arquivos e publicações do Ministério da Saúde e as *Diretrizes Brasileiras de Obesidade* (ABESO, 2016). Se tais documentos são levados em consideração é porque se colocam como importantes e norteadores às áreas as quais procuramos questionar neste trabalho, pois são eles que direcionam o diagnóstico e o tratamento da obesidade.

Diante da leitura e estudo desses manuais, notamos que cada vez mais o indivíduo é excluído da participação de seu tratamento, visto que a ele são impostas regras para que seu corpo se “normalize”, como se o excesso de peso que se impõe ao pedaço de carne que recobre os órgãos fosse algo de doentio. Ao lermos as diretrizes e manuais percebemos que suas normas surgem de estudos práticos e observacionais, como se retirando algumas calorias o corpo reagisse de uma maneira ou sob determinado corte o corpo passasse a funcionar de outra, enquanto sob o uso de tal medicação fosse possível chegar a um resultado que não foi possível com outro.

O corpo torna-se um depósito de olhares que passam a estudar qual a melhor forma de fazer com que ele funcione. Como se, assim como as máquinas, fosse possível um melhoramento, uma atualização e, essa dinâmica, faz com que quem porta esse corpo seja excluído do processo de decisão do que é melhor para si. A partir de tal observação chega-se a um modelo médio que é considerado o normal e, portanto, afirma o modo como todos os corpos devem se comportar, transformando o diferente, o que foge ao estabelecido, em patológico.

Neste modelo médio e médico, o corpo excessivo precisa de reparos e o nutricionista será o aplicador dos métodos necessários para a redução e normalização do corpo. Porém, como já trazido anteriormente, uma linha de estudiosos se coloca contra o reducionismo do tratamento nutricional ao olhar que se dirige somente aos nutrientes, excluindo aquele que come, oferecendo como contrapartida a nutrição comportamental, viés que se dedicará a olhar também para o comportamento do indivíduo diante do comer e do corpo.

Contudo, o que aqui objetivamos e dissertamos, embora coincida com a necessidade de olhar além que a nutrição comportamental se propõe, ultrapassa a visão do comportamento

e se encontra com a urgência de reconhecimento de um sujeito naquele que é tido como um indivíduo pela ciência, assim como a presença do desejo como aquilo que o movimenta. Assim, o segundo capítulo, *Conceitos psicanalíticos importantes ao estudo do corpo e do comer*, se propõe a apresentar alguns conceitos da teoria psicanalítica à nutrição e pensar um ponto de coincidência entre esses dois caminhos.

Embora a psicanálise contenha em si como conceitos fundamentais a pulsão, repetição, inconsciente e transferência, a este trabalho consideramos indispensável a apresentação dos conceitos escuta psicanalítica, sujeito e pulsão, teorias que marcam diferença entre as áreas que aqui reunimos, mas que nestas diferenças percebemos uma possibilidade de aproximação.

Escuta, um termo comum e corriqueiro, tem seu significado diferenciado quando atrelado à psicanálise, pois, o que Freud inaugura, transforma a escuta em técnica diante de um dizer sem amarras, melhor dizendo: neste método, o paciente é convidado a dizer tudo aquilo que lhe passa na cabeça, sem receio ou vergonha das passagens constrangedoras ou fantasiosas. Ao analista cabe escutar de forma “equiflutuante”, ou seja, de forma que aos seus ouvidos saltem os trechos que pontuem algo de relevante daquilo que é dito. O analista, de certa forma, deve sempre estar disposto à surpresa.

Assim, nosso convite perpassa pela questão da surpresa e do ouvir o novo, mesmo na repetição de, diante daquilo que particularmente não diz da comida e do corpo, tentar buscar o porquê daquelas palavras estarem sendo ditas em uma consulta nutricional.

Para tal é preciso o reconhecimento primeiro de que aquele com quem lidamos e ouvimos não se refere a um indivíduo ou a uma pessoa, mas a um sujeito, este que será um conceito desenvolvido por Lacan para indicar a divisão e a falta que é inerente a todos nós. A compreensão do sujeito para além daquilo que se entende como humano é fundamental para pensarmos na inclusão da psicanálise em uma área distinta a sua.

Desta forma, nos dedicaremos à apresentação deste conceito como forma de iniciar as diferenciações que a psicanálise traz em sua prática quando comparada às demais áreas que se dedicam ao tratamento do psíquico, para que assim possamos introjetar à clínica nutricional a noção de sujeito como fundamental ao entendimento daquele que pretendemos ouvir de maneira diferenciada.

Como enlace dos conceitos trazidos, apresentaremos, por fim, a pulsão: conceito fundamental e clássico da teoria freudiana. Nos advertem Iannini e Tavares:

Mas o impacto da teoria freudiana das pulsões não se confina apenas à prática analítica: diversos campos do saber, como a Filosofia, a Teoria Social, a Estética, a

Literatura, entre outros, foram permeáveis, em maior ou menos grau, ao modo como Freud descreveu a gramática de nossas escolhas e nossos desejos, a lógica de nossas fantasias inconscientes e os processos de transformação envolvidos nelas. [...] Freud apresenta o conceito de pulsão, que está na base dos processos que determinam os modos como nós amamos, desejamos, sofremos (Iannini e Tavares, 2017, p. 8).

Se diversas áreas do conhecimento foram tocadas pelo conceito de pulsão, esperamos que a nutrição possa se valer deste ideal que nos diferencia dos outros animais e nos coloca como seres não instintuais, mas sim movidos por uma força constante que procura por uma satisfação (Freud, 2017) para algo que não há. O conceito de pulsão torna-se valioso à nutrição quando compreendemos que, enquanto sujeitos faltantes, estamos à procura de uma satisfação e, para isso, elegemos alguns objetos como aqueles que seriam capazes de suprir aquilo que acreditamos que desejamos, de modo que é possível notar que a comida pode se colocar como objeto e o que nos move em direção a nossa possível satisfação é a pulsão.

Assim, os conceitos de escuta, sujeito e pulsão tornar-se-ão norteadores deste trabalho e terão como finalidade introduzir a psicanálise àqueles que não são familiarizados com ela. E, para que a teoria se torne algo palpável, no terceiro capítulo traremos *Recortes clínicos*, com a apresentação de dois casos atendidos em clínica nutricional, mas que trazem pontos importantes a serem abordados pelo viés psicanalítico, assim como as implicações clínicas trazidas a estes casos quando vistas pelo olhar psicanalítico.

Se nosso questionamento principal perpassa por aquilo que foge às regras estabelecidas e que não obedece às diretrizes nutricionais e médicas, os casos trazidos nos alertam sobre a possibilidade de inserção da psicanálise como um olhar além para aquilo que há de normatizado no corpo e no comer, bem como a pesquisa daquilo que é plausível de ser identificado quando ouvimos de outra maneira e, assim, tratado também de outro modo.

Este trabalho se propõe, a todo momento, como já dito, a uma subversão do olhar e do tratamento tradicional que a nutrição preconiza desde sua criação e, com isso, o que defendemos se coloca na contracorrente de um assunto atual que põe a psicanálise como não científica e, por isso, inválida como terapia. O que mais uma vez surge como ataque à psicanálise não se refere a uma novidade e sim a uma necessidade frequente que se tem de afirmação das ciências biomédicas e positivistas como único método de tratamento às diversas doenças, sejam físicas ou psíquicas.

Se cogitarmos a necessidade de um tratamento que coloque apenas a doença como inimigo a ser combatido, concordamos que as ciências médicas têm o arsenal preciso para tal, mas ao consideramos que as doenças (e aqui frisamos a relação com o corpo e o comer) trazem questões maiores do que apenas a retirada do sintoma de cena, assim, ponderamos que

há algo encoberto em um corpo excessivo ou em um comer excessivo que deve ser ouvido e que a tentativa de aplacar aquilo que aparece demais não se apresentará como solução, pois o não dito, e portanto não resolvido, há de se repetir.

Diante disto, apostamos no caminho oposto: o de sair do chão extremamente palpável da nutrição para buscar auxílio na psicanálise, pois é preciso considerar que nem tudo necessita ser combatido ou normalizado, e que é imprescindível que nos deparemos com aquilo de inconsciente que habita o sujeito, assim como seus desejos inconscientes, para que desta forma possamos encontrar uma realidade mais saudável, respeitando aquilo que há de fundamental no tratamento psicanalítico: o manejo do um a um.

1 CORPO E COMER

1.1 Obesidade – perspectiva nutricional

Este trabalho parte de uma pesquisa acerca do corpo e o corpo aqui priorizado será aquele que aparece devido ao seu excesso: o corpo gordo e que, por aparecer, se torna objeto de sugestões, investigações e opiniões. O que visamos é a investigação do corpo gordo para além do fisiológico, ou seja, pensar sobre aquilo que não está inscrito somente no comportamento e na genética. Assim, para falarmos de corpo e de obesidade sobre outra perspectiva, nos utilizaremos da psicanálise como percurso, porém é preciso que antes seja apresentada a visão nutricional da obesidade, o modo como a nutrição e outras profissões nascidas do estudo da biologia a entendem e a tratam. Para isso, será necessário percorrer um caminho histórico e biológico da visão de corpo, que influenciará a maneira pela qual a nutrição e o social manejam-no. Como nos diz Roizman (2021, p. 33): “para se referir à obesidade, da forma como é entendida hoje pela medicina, há que se levar em conta a biologia” e (acrescentamos) sua história.

Utilizaremos documentos amplamente empregados nas áreas médicas para o conhecimento e manejo da obesidade, tal como o *Caderno de atenção básica* número 38 (2014) do Ministério da Saúde, as *Diretrizes Brasileiras de Obesidade* (ABESO, 2016) e outros artigos como os trazidos pela *Biblioteca Virtual em Saúde* (2009), do Ministério da Saúde, que define a obesidade como o acúmulo de gordura no corpo, acúmulo este que ocorre quando o consumo de energia é maior que seu gasto. Traduzindo de forma simples, a obesidade se caracteriza quando comemos mais do que gastamos calorias (com exercícios físicos e atividades diárias). A gordura depositada no corpo seria responsável por aumentar as chances de desenvolver doenças como diabetes, hipertensão, entre outras.

Para realizar o diagnóstico, as *Diretrizes Brasileiras de Obesidade* (ABESO, 2016) - documento que norteia os profissionais que dedicam seus cuidados à obesidade -, trazem o Índice de Massa Corporal (IMC) como um bom indicador para a avaliação da gordura corporal. Este utiliza o peso dividido pela altura ao quadrado para classificar a desnutrição, eutrofia, sobrepeso e obesidade, sendo esta última identificada quando o IMC é igual ou maior do que 30 kg/m². O documento ainda apresenta as limitações do uso do IMC, como a não diferenciação de massa magra e massa gorda e apresenta outros métodos de diagnóstico, como imagens e circunferências.

A nutrição utiliza o termo eutrofia para designar o normal, enquanto as outras classificações: a desnutrição, o sobrepeso e a obesidade seriam da ordem do patológico, do anormal. Portanto, o corpo ideal e saudável seria aquele que se encaixa nos padrões necessários à classificação de eutrofia, ou seja, determinado peso para certa altura, ou então, tal circunferência de cintura, percentual de gordura...

O *Caderno de atenção básica* sobre a obesidade, manual elaborado pelo Ministério da Saúde para auxiliar os profissionais da atenção básica no tratamento dos pacientes com obesidade, traz o aumento dos números de doenças crônicas não transmissíveis, “sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo” (Brasil, 2014a, p. 19). Doenças crônicas não transmissíveis são aquelas que não são adquiridas de maneira infecciosa, e sim tem sua origem em diversas causas, levando a múltiplos fatores de risco, possuem longo período de latência e curso (Figueiredo *et al*, 2021), ou seja, entende-se que o tratamento da obesidade é algo contínuo já que sua manifestação é longa.

Determinada como doença, a obesidade exige tratamentos e modos de prevenção, assim as *Diretrizes Brasileiras de Obesidade* (ABESO, 2016) estabelecem como modos de cuidado: o tratamento farmacológico, o dietético (por meio da redução da ingestão de calorias diárias), a terapia cognitivo comportamental (mudanças no comportamento relacionadas à alimentação) e as cirurgias de redução de estômago.

O tratamento dietético deve ter como base o déficit calórico, portanto deve-se propor que a ingestão de calorias seja menor do que aquela gasta no dia a dia, para isso deve-se levar em consideração o grau de atividade física que o paciente pratica, além da necessidade energética calculada por fórmulas preditivas ou medida por calorimetria indireta. A princípio, as dietas devem promover restrição diária de 500 a 1000 kcal para a perda de 0,5 a 1 kg por semana, sendo as dietas muito baixas em calorias (aquelas com oferta de 400 a 800 kcal por dia) feitas apenas com rígida supervisão médica.

A dieta deve levar em consideração os gostos pessoais do paciente, história social, situação socioeconômica e motivação para a perda de peso, fatores esses que têm influência direta na eficácia do tratamento. Mas, para além, os tratamentos com maior taxa de efetividade e adesão foram aqueles acompanhados de terapia, assim as *Diretrizes Brasileiras de Obesidade* (ABESO, 2016) recomendam a terapia cognitivo-comportamental. Sobre esta o manual diz:

Baseia-se na análise e modificação de transtornos de comportamentos associados ao estilo de vida do paciente. O objetivo é programar estratégias que auxiliam no controle de peso, reforçando a motivação com relação ao tratamento, dessa forma evitando a recaída e o consequente ganho posterior de peso. (ABESO, 2016, p. 95)

As estratégias comportamentais focam em um automonitoramento por meio de registros alimentares, controle de estímulos, como “guardar o controle remoto ou deixar de usar o carro para deslocamentos para pequenas distâncias, evitar atividades associadas à ingestão excessiva de calorias (como ir ao cinema), evitar ser o responsável pela alimentação de outros” (Brasil, 2016, p. 95), resolução de problemas relacionados ao peso, reestruturação cognitiva que “consiste em modificar o sistema de crenças, de alteração dos pensamentos dos pacientes” (Brasil, 2016, p. 96), suporte social e entrevista motivacional como modo de comunicação com o paciente.

No viés da terapia cognitivo-comportamental, da preocupação dos nutricionistas com a ineficácia de seu tratamento e da percepção de uma necessidade de foco maior nas questões do indivíduo com a comida para além dos nutrientes, há alguns anos vêm sendo disseminada a nutrição comportamental, estudo “focado com base na relação das pessoas com a comida, na qual o alimento deixa de ser somente fonte de nutrientes e passa a promover uma série de conexões” (Cunha *et al.*, 2022).

Tal perspectiva se aprofunda na questão biologizante da nutrição para tentar contorná-la, apostando no entendimento de outras relações que rondam o comer, como a religião, a cultura, o prazer... Assim, a nutrição comportamental se propõe a realizar mudanças na relação com a comida e com o comer a partir do conhecimento do comportamento de indivíduos e grupos.

[...] a Nutrição Comportamental, é uma abordagem científica e inovadora da Nutrição, que inclui aspectos fisiológicos, sociais e emocionais da alimentação e promove mudanças no relacionamento do nutricionista com seu paciente, bem como da comunicação na mídia e da indústria com seus consumidores. A nutrição comportamental não é apenas utilizada como fonte de estratégias e intervenções nutricionais (Cunha *et al.*, 2022, p. 2).

Como ferramentas de tratamento, a nutrição comportamental utiliza o *mindfulness* (atenção plena), *mindful eating* (comer com atenção plena) e o comer intuitivo, métodos que focam na atenção ao momento de comer, priorizando as sensações percebidas neste momento, além dos sinais de fome e saciedade, considerando que a pessoa que come é capaz de determinar as quantidades de comida e horários a serem consumidos, independente de uma ordem profissional. O comer intuitivo conta com princípios que incluem a permissão incondicional para comer e o comer por questões físicas e não emocionais (Barbosa *et al.*, 2020).

Essa nova visão da nutrição para o comportamento alimentar ganha enfoque no tratamento da obesidade e de pessoas com transtornos alimentares e enfatiza a necessidade de

um atendimento multiprofissional (nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física) no processo (Cunha *et al*, 2022; Barbosa *et al*, 2020).

O preceito da nutrição comportamental apresenta pontos interessantes no que tange à relação com a comida e seus métodos parecem fugir da tradicionalidade da nutrição, proporcionando ao paciente uma posição ativa no processo de escolha alimentar e na relação com seu corpo. Embora a nutrição comportamental vá ao encontro de nossa defesa contra a biologização da nutrição e da necessidade de inclusão do sujeito em seu processo de escolha alimentar, nosso caminho trilha por outro rumo quando utilizamos a psicanálise como base para nossos embasamentos, caminho que será mais aprofundado ao longo deste trabalho.

Quanto aos tratamentos, as *Diretrizes* ainda incluem as cirurgias de redução de estômago. As cirurgias, conhecidas como bariátricas, são indicadas àqueles com IMC igual ou superior a 40 kg/m² ou 35 kg/m² associado a uma ou mais comorbidades (diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, entre outros), além disso, é preciso ter idade entre 18 e 65 anos (maiores de 16 e 65 podem ser avaliados em caso de indicação à cirurgia) e o candidato deverá ter realizado tratamentos dietoterápico, psicológico, farmacológico e exercícios físicos por dois anos e não obtido sucesso (perda ou manutenção do peso).

São diversas as técnicas cirúrgicas, algumas reversíveis e outras não, e todas visam à diminuição da capacidade de comer em excesso, ou seja, o procedimento reduz o volume tolerável de comida pelo estômago. Assim, a cirurgia bariátrica é considerada o método mais eficaz de tratamento da obesidade grave (Pajacki *et al*, 2012; Kortchmar *et al*, 2018).

Porém, apesar de tantas e diversas estratégias, o reganho de peso é constantemente observado nos pacientes. Segundo Pajacki *et al* (2012) as causas do reganho de peso são associadas a falhas técnicas na cirurgia ou ao comportamento alimentar do paciente. O autor acrescenta que

[...] com o passar dos anos, uma recuperação de 10 a 15% do peso mínimo atingido é considerada normal. Recuperações mais acentuadas de peso, principalmente se houver retorno de comorbidades anteriormente controladas, ou se o paciente não for capaz de manter, pelo menos, 50% de perda de seu excesso de peso, são consideradas “patológicas”. (Pajacki *et al*, 2012, p. 191)

Ao avaliar os motivos do novo ganho de peso pós cirurgia, Kortchmar *et al* (2018) apontam fatores emocionais como uma causa, pois diante do sentimento de ansiedade, nervosismo e depressão, inclusive com o retorno do peso, os pacientes procuram a comida como conforto, o que gera o aumento do peso e leva ao sentimento de fracasso. Os autores nos dizem:

A cirurgia bariátrica tem como objetivo o controle da obesidade, mas não trata da dinâmica psíquica que leva a pessoa a usar a comida como mediadora para lidar com

os seus conflitos. O corpo foi cuidado, mas as questões emocionais que levaram ao comportamento alimentar disfuncional podem persistir. (Kortchmar *et al*, 2018, p. 420)

Dinâmica psíquica, expressão cunhada na citação acima, é um termo psicanalítico utilizado por Freud. Para ele, toda dinâmica psíquica se baseia em um conflito psíquico: prazer x desprazer, prazer x realidade, desejo x realidade, pulsões do Eu x pulsões sexuais... (Freud, 2010). Isso significa dizer que o sujeito a todo momento é posto a fazer escolhas diante do que lhe é oferecido e, para a psicanálise, embora o sujeito sofra consequências da relação com o outro, ele é ativo e participante em sua vida, mesmo que inconscientemente.

O sujeito é implicado em suas escolhas, mas isso não significa que haja uma decisão consciente em ser gordo ou em não emagrecer, por exemplo. O texto freudiano *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* discorre sobre como o sujeito neurótico tende a afastar da realidade aquilo que considera insuportável, pois como ponto de partida do funcionamento psíquico há a retirada daquilo que causa desprazer. Ora, se submeter a um processo de emagrecimento gera desprazer, mas manter um corpo que não lhe satisfaz também.

O que nos leva a questionar se é possível pensar em um tratamento, seja ele nutricional, farmacológico, cirúrgico ou comportamental, que considere apenas o fisiológico e o resultado final (o emagrecimento), deixando de lado as questões simbólicas que perpassam o sujeito.

Buscando novos olhares para a patologia em questão, a ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica) lançou em 2022 um consenso sobre uma nova maneira de classificação da obesidade, que diz:

A obesidade é uma doença crônica e recorrente associada a várias complicações, que causam e agravam outras doenças agudas e crônicas e reduzem a expectativa de vida. Embora muito estigmatizada e percebida por muitos como uma “escolha de estilo de vida” facilmente tratada por mudanças de comportamento, a obesidade está associada a altas taxas de falha de tratamento e um curso progressivo ao longo da vida. (Halpern *et al*, 2022, p. 2 – tradução da autora)

Tal consenso promove uma mudança na maneira de enxergar a obesidade e propõe que o percentual de redução do peso máximo atingido durante a vida (excluindo-se gestação, lactação e outras condições que elevem o peso fisiologicamente) pode ser considerado como uma melhora da obesidade, mesmo que não haja o alcance de um peso “normal”. Esta proposta já demonstra uma nova visão a respeito da obesidade. Trata-se de uma mudança que se verifica também em outros artigos e diretrizes lançados que vêm estudando e observando

as questões que surgiram durante anos de culpabilização do corpo gordo, como se houvesse uma escolha consciente e uma falta de “força de vontade” para que aqueles que têm seu peso acima do considerado aceitável o atingissem.

Embora pesquisas sobre questões acerca da gordofobia e outros fatores relacionados à obesidade sejam lançadas e pensadas, a obesidade tem sua história atravessada por diversos pontos, sendo muitos deles ainda relacionados exclusivamente ao biológico e comportamental. O modo de enxergar a obesidade mudou ao longo dos anos e isto alterou a maneira como esta era vista pela comunidade médica e pela sociedade.

O corpo gordo já foi cultuado como belo e visto como sinal de virtude e abundância em épocas em que o acesso à comida era escasso. A Vênus de Willendorf, pequena escultura datada da era paleolítica, representa uma figura feminina bela e admirada (Machado, 2011). O uso do nome Vênus por si só atribui a imagem ao belo, ao amor e à fertilidade. A gordura, os quadris largos e seios fartos referenciavam a fertilidade e, por isso, eram tidos como o padrão de beleza (Lemos *et al.*, 2015).

O caminho para que a gordura corporal deixasse de ser algo admirado e se tornasse uma patologia começa com os gregos, eles são os primeiros a associar obesidade ao surgimento de algumas doenças. Hipócrates escreveu sobre a influência de uma dieta pobre na saúde e como os exercícios físicos também poderiam contribuir para um corpo saudável (Haslam, 2007; Machado, 2011). Já os egípcios propunham uma dieta como forma de preservação da saúde e, além disso, defendiam métodos purgativos como modo de evitar doenças (Haslam, 2007).

A patologização da obesidade inicia-se quando há um aumento do número de pessoas acima do peso na sociedade. No Brasil, o aumento do sobrepeso e obesidade é notado por meio da transição nutricional – processo que avalia a mudança de padrão alimentar da população em um período, essa mudança ocorre por fatores socioeconômicos, biográficos e demográficos. Até 1970, a situação nutricional prevalente no Brasil era a fome, quadro ligado essencialmente à economia e geografia do país. É a partir da década de 1990 que há redução nos casos de desnutrição severa e aumento dos casos de obesidade, diabetes tipo II e dislipidemias (doença associada a alterações nos valores de colesterol e triglicerídeos) (Escoda, 2002).

Alguns dos fatores que explicam essa mudança é a migração da população das áreas rurais para os centros urbanos, além da inserção da mulher no mercado de trabalho, o que fez com que o tempo para preparo das refeições da família diminuísse e estas passassem a ser feitas fora de casa, o que trouxe como consequência o aumento do consumo de *fast-food*,

alimentos industrializados e outros alimentos pobres nutricionalmente (Souza, 2010). A modificação no modo de se alimentar, com alto consumo de alimentos ricos em gorduras e carboidratos e baixo teor de proteínas, predispõe ao acúmulo de gordura no corpo humano (Escoda, 2002), levando, conseqüentemente, ao sobrepeso e obesidade.

Santolin (2021) caminha em seu artigo pela patologização da obesidade e a forma como essa se tornou uma doença catalogada na Classificação Internacional de Doenças (CID). O autor ressalta que a criação da CID partiu de registros de causas de morte, o que leva a certa confusão entre estas e as doenças. De 1900 a 1948, ainda sem o nome de CID, nas listas não constava nenhuma causa de morte relacionada ao excesso de peso ou obesidade, o que pode ser entendido como uma não consideração desta como causa de morte, como o uso de outro motivo para justificar o falecimento por esta, ou como uma baixa prevalência, entretanto a fome aparece listada.

Na terceira revisão da lista, aparece “coração gordo” como causa de morte, sendo a primeira descrição relacionada ao excesso de gordura, mas na quinta revisão tal condição é retirada. Em 1948, ano de fundação da Organização Mundial de Saúde (OMS), as Listas Internacionais de Causa de Morte têm seu nome modificado para Classificação Internacional de Doenças e, com isto, a mudança de uma causa morte passou a não ser necessariamente derivada de uma doença, assim como o oposto. Além disso, o conceito de saúde é alterado para: “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (Santolini, 2021 *apud* Scliar, 2007, p. 169), o que contribui para um grande aumento do número de condições listadas pela CID, assim, na CID-6 aparece pela primeira vez “obesidade não especificada, de origem endócrina”.

A partir da CID-9 é possível identificar diversas formas em que a obesidade aparece listada, como “obesidade e outras hiperalimentações” e na CID-10 há a condição acima citada, além de “adiposidade localizada”, “obesidade” e “outras hiperalimentações”, tendo “obesidade” os subitens: “obesidade por excesso de calorias”, “obesidade induzida por drogas”, “obesidade extrema com hipoventilação pulmonar”, “outra obesidade” e “obesidade não especificada”. Em 2018 foi lançada a CID-11 na qual há referência à obesidade em 26 itens (Santolini, 2021).

Tais modificações no modo de enxergar o corpo gordo fizeram com que hoje a obesidade seja considerada uma doença crônica não transmissível, de causa multifatorial e que predispõe a diversas comorbidades (Leite *et al.*, 2009), corroborando o já trazido por Hipócrates (460 a.C. – 370 a.C): “A corpulência não é apenas uma enfermidade em si, mas o

prelúdio de outras. A morte súbita é mais comum naqueles que são naturalmente gordos do que nos magros.” (ABESO, 2016, p.10).

Paim e Kovaleski (2020) questionam a redução da obesidade ao biológico e ao comportamental. É inegável que ao longo dos anos houve um acentuado ganho de peso pela população, porém embutir a culpa no indivíduo é simplificar diversas questões, sendo uma delas o fato de uma norma ter sido determinada e que todos devam segui-la, ignorando a possibilidade de diferentes realidades e corpos. Outro ponto é a exclusão feita àqueles que não seguem tal norma e a disseminação de uma gordofobia até mesmo por grandes órgãos de saúde, como a ABESO.

O crescente aumento do número de casos de pessoas com obesidade fez com que a obesidade fosse considerada uma epidemia e por isso exigisse um plano de tratamento eficaz para sua extinção. Para Paim e Kovaleski (2020), uma guerra à obesidade é uma guerra ao gordo, o que acaba por levar à exclusão social desse grupo de pessoas. Branco (2021), analisando o livro *O nascimento da clínica* de Michel Foucault, nos remete à medicina das epidemias que fez com que o saber médico se voltasse para a população e não mais apenas para o indivíduo, isso trouxe como consequência uma medicina que determinava regras à sociedade e que disseminava informação com a ideia de que o conhecimento impediria certas situações, como o ganho de peso no caso da obesidade.

Na realidade, Foucault caminha pela história da medicina nos mostrando que esta se fundou a partir de uma geografia dos corpos e da doença e que o médico se tornou “o conselheiro higienista, chamado para opinar na vida das pessoas” (Branco, 2021, p. 107) e que “A educação e o ensino devem ser reforçados para que cada indivíduo aprenda a vigiar a sua saúde.” (Branco, 2021, p. 107). Isto nos diz muito a respeito das formas de lidar com a obesidade hoje, tanto por parte da população quanto pela comunidade médica.

Deste ponto trazemos questões que rondam o tema da obesidade. Tratada como doença, não só, mas também como uma doença epidêmica, o excesso de acúmulo de gordura corporal precisa de intervenção e tratamento, porém o modelo médico se baseia na disseminação de informações e na replicação de métodos, sem levar em conta o sujeito que é gordo. Investe-se em conhecimento e informação, de modo que a saúde pública é retirada de foco e é substituída por uma autovigilância (Paim e Kovaleski, 2020). É como se apenas a informação de que o excesso de calorias causasse o ganho de peso pudesse “impedir” que alguém engordasse e que se, apesar da informação, isto acontecesse seria porque não houve determinação o suficiente ou, ainda, se o indivíduo insistisse em não emagrecer, seria porque ele é doente.

A questão da autovigilância corre ao lado da norma estabelecida. A mídia e a comunidade médica determinaram um peso e, principalmente, um corpo padrão, no qual todos, indiferente de quaisquer outras questões, devem se adequar.

O próprio método diagnóstico da obesidade, o IMC, surge de uma perspectiva de corpo ideal. Adolphe Quetelet, pesquisador do século XVIII, via o homem como o objeto de estudo da espécie humana, mas, importante salientar, o homem enquanto espécie e não como indivíduo. E, por considerar a espécie, dentro desta, haveria um “homem médio”, aquele que representaria um modelo de homem, tanto no aspecto físico quanto em outros, como na moral e no intelectual, um homem que contemplaria todas as qualidades. Será Quetelet que irá criar a fórmula do IMC com valores médios de referência a determinada população (Pich, 2013).

A fórmula do IMC, a partir do estabelecimento de um valor médio como resultado aceitável para a eutrofia e, portanto, um peso saudável, nos prediz da questão da normalidade e da anormalidade, pois, a partir de uma amostra selecionada da população, é estabelecido aquilo que servirá de parâmetro a todos os outros indivíduos, integrantes ou não desta população, excluindo não apenas grupos populacionais diversos, mas também e principalmente a individualidade. Assim, o anormal, aquele que foge à regra, é considerado doente.

Foucault, em seu livro *Os anormais* (2001), nos traz em uma de suas aulas a análise do processo de confissão religiosa. O autor nos diz da procura de uma pessoa qualquer por alguma igreja e por um padre para que possa confessar os seus pecados. De dentro do confessional, o padre tem a função de escutar o que aquele fiel lhe diz e, a partir disso, pinçar aquilo que lhe chamou atenção e questionar o que considerar prudente para compreender melhor o que escuta. Até então é possível fazer uma aproximação com a função do analista, aquele que escuta quem o procura e, a partir de sua escuta flutuante, seleciona trechos que o chamam atenção e contribuem para aquilo que é dito.

Porém, continua Foucault (2001), o padre, após sua escuta e retirada de dúvidas, deve impor ao fiel uma “satisfação”, esta que deve conter dois aspectos: o penal e o medicinal. O penal, como diz o nome, será aquele capaz de punir o fiel por aquilo que foi considerado errado ou desajustado diante das leis religiosas, e o caráter medicinal se proporia a ter a função de correção dos erros, de modo que eles não fossem repetidos no futuro. É neste ponto que notamos uma longa distância da função analítica e uma aproximação da função do nutricionista no que tange à questão medicinal.

O nome “satisfação” à punição dada pelos religiosos nos chama atenção, visto que tal denominação ganha estatuto de fundamental nos estudos psicanalíticos, mas em viés contrário

ao empregado pela igreja católica. A busca pela satisfação, em psicanálise, é aquilo que nos move e não o que nos castiga, embora a procura por algo que não há pode ter um quê de punição no ponto em que nos deparamos com impossibilidades que nos causam angústia enquanto buscamos aquilo que é da ordem do mítico. A questão da busca por satisfação será discutida mais adiante, aqui nos ateremos a outro ponto.

A análise de Foucault (2001) sobre a confissão religiosa parte de uma pesquisa acerca da sexualidade e do controle dos corpos pela igreja, de modo que, ao longo de sua aula de 19 de fevereiro de 1975, o autor utiliza o sexto mandamento bíblico – “sobre o pecado da luxúria e a posição que a luxúria e a concupiscência ocupam nesse estabelecimento dos procedimentos gerais do exame.” (Foucault, 2001, p. 233) – como base de sua explicação sobre o tema e conclui que tal procedimento serve mais para um exame geral da vida do indivíduo do que a absolvição.

A partir do momento em que a questão se vira para o corpo, os problemas passam a cercar o desejo e o prazer, especificamente a masturbação. Foucault (2001) continua sua discussão por este tema nos trazendo pontos em que a masturbação era vista como um problema, ao ponto de haver cartilhas e museus destinados à explicação de como tal ato era prejudicial e que o indivíduo era culpado por fazê-lo e responsável por suas consequências. Neste ponto, que muito nos interessa, o autor menciona a questão que se acreditava, e ainda se crê, de que o indivíduo seria o responsável por suas patologias.

A prerrogativa de que o doente, por ter cometido algum ato “proibido”, seria o responsável por sua doença cabe essencialmente à nossa discussão, pois, se a obesidade deriva de uma alimentação excessiva, de um comer para além do que se deve, é fácil associarmos que o indivíduo que porta o corpo também excessivo foi o responsável por isto e, portanto, por sua doença e por sua anormalidade, “anormalidade” esta que se manifesta no corpo de modo visível.

George Canguilhem apresenta em seu livro *O normal e o patológico* (2009) as teorias de Augusto Comte, Claude Bernard e René Leriche, pesquisadores do século XIX que defendiam que a diferença entre o normal e o patológico seria quantitativa, ou seja, que o patológico seria um excesso ou um déficit em relação ao normal. Normal este estabelecido por meio de estatística (a maior parte dos tecidos se comportam de tal maneira e o que foge a este padrão se torna anormal), do olhar (aquilo que se pode ver) e da mensuração (aquilo que é possível medir, pesar, comparar) do médico, assim o patológico surge como aquilo que foge a norma estabelecida. Desta maneira, para o campo médico, serão a anatomia patológica e a fisiologia as áreas responsáveis por estabelecer o normal.

Segundo Foucault, é a partir do século XIX que o conceito de saúde se iguala ao de normalidade já que a saúde passa a ser pautada no funcionamento regular do organismo (Foucault, 1963 *apud* Branco, 2021).

Canguilhem (2009) traz diversas perspectivas sobre a saúde, o normal, a doença e o patológico, mas discorda delas. Para ele, o patológico só existe quando reconhecido pela consciência de um indivíduo. Ele defende que a medicina existe porque alguém se queixou de algo e não porque o médico informou a existência de uma doença. A patologia para ele estaria na relação entre o organismo e seu meio ambiente, levando em consideração as construções e valores sociais que permeiam o indivíduo que porta a doença. Assim, ele discorda que será uma média ou estatística as responsáveis por estabelecer o que é normal ou patológico, a doença seria um modo diferente de viver.

A saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo ideal. Raciocinando com todo o rigor, uma norma não existe [ela não tem realidade empírica], apenas desempenha seu papel que é o de desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência. Dizer que a saúde perfeita não existe é apenas dizer que o conceito de saúde não é o de uma existência, mas sim o de uma norma, cuja função e cujo valor é relacionar essa norma com a existência, a fim de provocar a modificação desta. Isso não significa que saúde seja um conceito vazio (Canguilhem, 2009, p. 54)

Foucault (1998) ainda nos diz que o olhar médico não tem como função apenas a observação, mas carrega em si o poder de decisão e intervenção, de modo que não foi o conceito de doença que se alterou, e sim a maneira de olhar para este, sendo o sintoma a maneira visível da doença que se apresenta. O sintoma, assim, se torna uma forma de localização da doença no corpo. Desta maneira, a ciência, ao entrar no campo do corpo, retira o sujeito de cena para determinar o que é normal ou não àquele corpo, com base em médias observacionais. O poder de decisão e intervenção sobre a doença torna-se uma forma de dominação e controle dos corpos.

O discurso médico se baseia naquilo que é visível e busca respostas para aquilo que escapa à norma, não deixando espaço para transparecer o furo e não trazendo consigo a subjetividade que é inerente à psicanálise e que permite uma articulação entre o sintoma e a história do sujeito (Erlich e Alberti, 2008). O que é trazido aqui como discurso médico se equipara à nutrição, deste modo vemos que essas áreas tratam do sintoma como algo vindo exclusivamente de uma patologia, sendo anormal e necessitando de cura. Veremos mais adiante que a psicanálise age de maneira distinta, seu tratamento investiga as origens no inconsciente e aposta na escuta e na fala como forma de cura.

Enquanto no campo biomédico o anormal é aquilo que precisa ser corrigido, para a psicanálise é o que foge à norma que deve ser escutado, será o “patológico” que irá dizer sobre o aparelho psíquico e que trará notícias do inconsciente.

Ainda em *O normal e o patológico*, o autor traz o seguinte trecho: “Ver em qualquer doente um homem aumentado ou diminuído em algo já é, em parte, tranquilizar-se. O que o homem perdeu pode lhe ser restituído; o que nele entrou, pode sair” (Canguilhem, 2009, p. 26). A partir deste recorte podemos pensar o corpo gordo como aquele que está aumentado e que precisa que seu excesso seja retirado de si, assim, a perda de peso para o sujeito com obesidade é necessária para que seu corpo volte ao “normal” e a comida ingerida em excesso e o que está aparecendo a mais devem ser retirados, perdidos ou diminuídos.

Diferente da psicanálise, o corpo tratado pela nutrição é aquele do indivíduo, ou seja, é “entendido como conjunto de sistemas, aparelhos e órgãos que respondem por funções que lhe são respectivas (...)” (Elia, 1995, p. 26), portanto, quando este corpo não responde às funções que lhe são esperadas tem-se um corpo doente, um corpo anormal.

A prática nutricional, assim, torna-se uma questão quando pensamos a partir do viés psicanalítico, pois para a psicanálise o corpo deixa de ser o do indivíduo e passa a ser o do sujeito: dividido, pulsional. Passa a ser um corpo que não é formado apenas por órgãos e sistemas, mas é erotizado e, por isso, não pode ser considerado apenas como uma máquina executora de funções fisiológicas.

É preciso considerar que, para além do fato da obesidade ser considerada uma doença e de sua associação a diversas comorbidades e mortalidade, há o sujeito que carrega este corpo e a maneira que este é visto pela sociedade. Mattos e Luz (2009) consideram em sua pesquisa o modo pelo qual o corpo gordo recebeu um estigma e a forma que o sujeito com obesidade é visto pela sociedade como aquele sem força de vontade, além de outros juízos de valor atribuídos exclusivamente ao peso.

A grande quantidade de gordura no corpo torna-se, portanto, um estigma, uma marca social e moral indesejável que desqualifica os sujeitos devido à não adequação aos padrões vigentes de aparência física. A gordura, substância essencial para o desenvolvimento saudável do organismo, inclusive para a manutenção da saúde, torna-se a maior inimiga dos sujeitos, na medida em que é um inimigo incorporado no próprio corpo (Mattos e Luz, 2009, p. 490).

O modo como caminhamos até aqui expõe como a gordura corporal, mas mais que esta exclusivamente, como o corpo gordo sofre influências de diversas áreas para sua classificação e concepção. Há a questão histórica, que se cruza e é influenciada pela história médica, sendo um ponto fundamental as transformações trazidas pela visão sobre o corpo.

Como pudemos ver, ao longo do processo histórico, a definição de saúde se torna o “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” segundo a OMS, tornando a saúde um ideal e afastando assim a possibilidade de a maioria da população ser saudável. O mesmo ocorre com o ideal de corpo, se por um momento o corpo corpulento era tido como belo e saudável, a partir do momento que se define o padrão corporal por meio de cálculos, afastando o sujeito da sua própria constituição, a obesidade se torna uma epidemia e a medicina passa a traçar estratégias que excluem mais ainda o sujeito para curá-lo. Canguilhem (2009), ainda em *O normal e o patológico*, coloca em questão que a distinção entre o que é normal ou patológico não pode servir a uma população, visto que o que é normal a uma pessoa pode não ser a outra, mas que em um único indivíduo tal diferença pode ser notada, de modo que será ele (o portador das diferenças que ocorrem em si) quem irá avaliar se aquilo que lhe ocorre é da ordem do patológico, a partir do viés de consequências que serão geradas em si. Assim, levando em consideração que há o patológico, o autor inclui a possibilidade de mudanças, porém a partir de medidas individuais, incluindo o sujeito em cena.

1.2 Corpo e comer em psicanálise

Ao tentarmos incluir conceitos psicanalíticos em uma área que desconhece seus fundamentos (sendo a nutrição a área em questão), ou então enxergar essa área sob a lente da psicanálise, é necessário que façamos algumas diferenciações e explicações sobre o que será discutido, pois termos que podem parecer simples e corriqueiros a um determinado campo têm seu significado diferente em outro, além de não reconhecer tantos mais, e este é o caso aqui trazido.

A nutrição, esfera com base no fisiológico e biomédico, não tem sua prática atravessada por termos como sujeito e pulsão, conceitos fundamentais em psicanálise. Além disso, a concepção de corpo para a nutrição, e também outras áreas, é distinta daquela da psicanálise. Assim, percorremos por esses conceitos, em contraposição aos considerados pela nutrição, com o intuito de pensar como e se será possível uma articulação entre campos que, a princípio, não se cruzariam.

É importante ressaltar, neste trabalho que se inicia na nutrição a caminho da psicanálise, que esta última nasceu de um berço médico. Freud era médico neurologista e, no início de sua obra, procurava explicações neurológicas para os processos psíquicos com os quais se deparava. É a partir de seu contato com as pacientes histéricas que percebe que seu

saber não dá conta daquilo que ele via, assim, pode-se dizer que a psicanálise nasce de um furo, de uma falta, de um não saber fazer (Erlich e Alberti, 2008).

Essa pesquisa se funda, assim como a psicanálise, a partir de uma falta. Mesmo com diretrizes e manuais construídos por diversas entidades com a finalidade de padronizar o tratamento e alcançar a eficácia dos cuidados nutricionais, nota-se um crescente número de pessoas com sobrepeso e obesidade, levando-nos a questionar o que *falta* para que as *pessoas* percam peso, se o que há de ser feito está posto e amplamente divulgado, se a “solução” aparece por meio de medicações e cortes no corpo. O que cabe no corpo e no comer que ultrapassa a resposta que foi dada pela ciência?

Os termos falta e pessoas foram grifados acima porque partem deles algumas concepções que serão importantíssimas na discussão que seguiremos.

O conceito de sujeito em psicanálise é de extrema importância para tratarmos da distinção dos saberes entre a psicanálise e a nutrição. Sujeito em psicanálise não se assemelha à descrição do dicionário ou mesmo ao uso coloquial do termo, pelo contrário, sujeito não pode ser traduzido como pessoa ou indivíduo, sinônimos comuns a tal significante no vocabulário do dia a dia e também na nutrição. Nos dedicaremos a tal conceito de maneira mais pormenorizada nos capítulos seguintes.

A princípio, trataremos do comer e do corpo e, para esta discussão, há em psicanálise um termo que aborda tal concepção: a pulsão, conceito fundamental à teoria psicanalítica.

Será em 1905, no artigo *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, que Freud irá introduzir o conceito de pulsão, que será indispensável para entendermos as questões relativas ao corpo e ao comer. Logo em seu início, o texto traz a questão da sexualidade como vista pela biologia como instintivo e compara tal ação à fome, ou seja, ambos seriam algo inato ao ser humano: o reproduzir-se e alimentar-se.

Ao longo de seus ensaios, Freud discute como a sexualidade não é algo que tem como fim apenas a reprodução, assim como não é somente ligada ao sexual e utilizará o termo libido para expressar a energia despendida pela pulsão. O mesmo será feito em relação à alimentação, pois nos questionaremos no decorrer deste trabalho sobre a função puramente fisiológica do comer. O comer e o corpo serão tratados pelo sujeito como um além da fisiologia e biologia, mas também como formas de satisfação, sintoma e prazer.

Ainda nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (2016) nos fala de um corpo erotizado, composto por zonas erógenas que recebem excitações sexuais e não se limita aos órgãos e suas funções. O autor nos diz que qualquer parte do corpo pode ser uma zona erógena e mostra como a mucosa oral é erotizada desde a mais tenra infância, sendo possível

tal afirmação por meio da observação de bebês que sugam o seio não apenas a procura de leite, mas também de prazer.

Freud relata o momento em que o bebê suga o seio com deleite, procurando repetir a satisfação antes obtida e não a necessidade de alimentar-se, supondo que as crianças que o fazem tiveram a zona labial erogenamente reforçada e que quando adultos buscarão esta satisfação por meio desta zona erógena. Em suas palavras:

O ato de *chupar* ou *sugar*, que já aparece no lactente e pode prosseguir até o fim do desenvolvimento ou se conservar por toda a vida, consiste na sucção, repetida de maneira rítmica, com a boca (os lábios), sem a finalidade da alimentação (Freud, 2016, p. 82 - com grifos no original).

O sugar é um ato sexual, ato que erogeniza a boca. Ato que se estenderá pela vida adulta; a busca por satisfação por meio da oralidade poderá ser vivida de muitas maneiras: falar, fumar, vomitar, comer...

Roizman (2021) se utiliza do seguinte trecho da música *Comida*, dos Titãs, para contrapor o caráter instintivo e pulsional do comer: “bebida é água, comida é pasto [...] a gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte”. O autor nos diz que o instintivo, o capaz de suprir a fome e a sede, é comer pasto e beber água, mas o ser humano, atravessado pelo pulsional, quer além: quer diversão, arte, balé, amor... Assim, percebemos como o alimentar-se se dissocia do comer, pois o alimento seria aquilo que supre a necessidade, enquanto a comida seria da ordem do pulsional.

Em *As pulsões e seus destinos*, Freud (2017) caminha conosco pelo conceito de pulsão e termos associados importantes a sua definição. A pulsão, nos diz Freud, é o conceito limiar entre psíquico e somático, o que quer dizer que a pulsão atua como um representante psíquico no corpo. Corpo que é assunto primordial deste trabalho.

Elia (1995), entretanto, nos adverte que esse limite significaria que a pulsão não é parte do psíquico nem do somático.

Isto significa que o *sujeito*, na psicanálise, nada mais tem a ver com o psíquico, ou com o *psicológico* de que se trata no espaço psicofísico explodido pela pulsão, efeito que corresponde àquilo que, no plano *tópico*, constitui a divisão produzida pela introdução do *inconsciente*, o que é fator igualmente operante de uma cisão, uma divisão insuturável no campo subjetivo. Pulsão, de um lado, e Inconsciente, de outro, são as duas formas de alteridade radical que constituem o sujeito como dividido. (Elia, 1995, p. 51)

Com o andar da leitura em Freud, somos apresentados à pulsão em detrimento do estímulo, sendo que este último seria algo externo e que atingiria o organismo, mas apenas de

forma cíclica, ou seja, o estímulo aspira um objeto fixo a ser atingido e seu objetivo é ser saciado, portanto toda vez que o objeto é alcançado o estímulo cessa.

Já a pulsão possui sua fonte no corpo, no interior dele, e seu objeto é o mais variável possível, é por meio dele que a pulsão irá tentar encontrar sua satisfação, porém esta é sempre parcial, o que faz com que este seja variável. A pulsão almeja determinado objeto e ao alcançá-lo obtém satisfação, mas não plena e, por isso, passa a desejar outro. Assim, seu fator motor, sua fonte, é constante, sempre em busca de satisfação.

O objeto da pulsão é variável, como dito anteriormente, porém em alguns casos pode haver fixação neste em alguns momentos do desenvolvimento. A satisfação não é toda, pois não há objeto específico e, por isso, a pulsão se fixa naquele que se oferece a ela como capaz de satisfazê-la (Elia, 1995).

Isto quer dizer que quando, em determinado momento preliminar, uma zona erógena tenha sido privilegiada como ponto de obtenção de prazer, poderá ocorrer fixação nesta, que passará a servir de bússola pela busca por satisfação. Deste modo, a maneira como experimentamos a pulsão e os objetos aos quais ela irá se ligar, como experimentamos o corpo e a subjetividade tem trilhamentos históricos. Assim nos tornamos reféns desta história, e isso vai para além da visão organicista defendida pela biologia e medicina.

Neste trabalho, que visa introduzir a teoria psicanalítica aos estudos da nutrição, podemos pensar a comida como objeto que se tornou fixo na busca por satisfação. Tentando satisfazer sua pulsão oral, o sujeito come, em excesso muitas vezes, mas ainda não obtém a satisfação almejada, o que leva a consequências no corpo.

Varela (2006) em seu trabalho *Você tem fome de quê?* nos questiona: "[...] acontece que a máquina humana, que já está alimentada para o trabalho biológico, continua comendo. Que fome é essa? Instala-se a dúvida. Come-se por necessidade ou por desejo?". Ao se dissociar do nutrir, o comer passa a ser pelo prazer, por uma busca de satisfação. A autora ainda nos questiona: "Seria a comida o objeto colocado como representante dessa busca de satisfação plena?" (VARELA, 2006, p, 85).

A partir do momento em que o bebê suga o seio e é satisfeito pela obtenção do leite materno, saciando sua fome (fisiológica) e também lhe erotizando de maneira pulsional, a procura pela satisfação desta zona erógena permanecerá na história do sujeito como uma marca.

Podemos pensar a relação do sujeito com a sua alimentação, pois "A fome não é o que determina o ato de alimentar-se exclusivamente" (Kieslich, 2012). A comida é cercada por simbolismos e rituais, e pode ser tomada como o objeto de busca da satisfação já que este não

é específico e é vinculado “à história do sujeito, ao seu desejo e às suas fantasias” (Varela, 2006, p. 87). A maneira como o sujeito foi investido (de forma faltosa ou excessiva) pelo outro semelhante, a forma que lidou com a perda do objeto, o quanto e quais expectativas nele foram depositadas, as identificações, tudo aquilo que contribuiu para o desenvolvimento do sujeito terá efeito no modo como as suas escolhas alimentares serão feitas ao longo da vida.

Assim, a alimentação deixa de ser um momento no qual apenas se nutre e se ingere o suficiente para sobreviver. Do café da manhã aos almoços de Natal, toda a nossa alimentação é cercada de afeto, ninguém se senta à mesa e come apenas uma quantidade de gramas de proteína ou então um prato de fibras, come-se o sorvete da avó e o pão que lembra a infância, come-se afeto, procura-se satisfação pulsional por meio do comer.

A alimentação enquanto ritual traz em si um aspecto cultural, deixando de lado a ideia de que comer remonta apenas ao alimentar-se. Embora a nutrição seja cercada pelo aspecto biológico e sirva-se bastante das teorias fisiológicas, há materiais que buscam resgatar a relação do indivíduo com a comida, sendo um deles *O Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2014b), livro desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Tal guia apresenta diretrizes e princípios voltados à população para uma melhor maneira de se alimentar e traz consigo o ideal de que comer é mais do que ingerir nutrientes, sendo um rico material para nortear os brasileiros.

Dentre as propostas apresentadas no *Guia Alimentar* está a sugestão de comer em companhia como forma de melhorar a relação com a comida e ter mais prazer com esta. Um dos trechos diz:

Seres humanos são seres sociais e o hábito de comer em companhia está impregnado em nossa história, assim como a divisão da responsabilidade por encontrar ou adquirir, preparar e cozinhar alimentos. Compartilhar o comer e as atividades envolvidas neste ato é um modo simples e profundo de criar e desenvolver relações entre pessoas. Dessa forma, comer é parte natural da vida social. (Brasil, 2014b, p. 96)

O guia citado leva em consideração o aspecto social e cultural que margeia o ato de comer e oferece alternativas às dificuldades apresentadas pelos indivíduos quando tentam colocar em prática o “ideal” muitas vezes proposto, se aproximando das ideias trazidas neste trabalho, embora não converse com a teoria psicanalítica.

O aspecto da comensalidade em comunhão apresentado vai ao encontro das pesquisas de Freud no seu artigo *Totem e tabu* (1912 – 1913), quando, ao investigar os povos primitivos, ele se depara com o fato dos clãs compartilharem seus alimentos e refeições. O autor nos explica que a atitude de comer junto integra um vínculo que não pode ser quebrado:

o de comunidade, ou seja, os membros de um clã são tão unidos que o que um faz diz respeito a todos, de tal modo que não são unidos apenas pela mãe, mas também pelo que partilham.

Freud irá transpor a ideia da comensalidade em comunhão para o mito do assassinato do pai totêmico, atribuindo aos filhos a ação de matá-lo e comê-lo juntos, pois sozinhos não seria possível.

Aproveitaremos tal descrição feita por Freud para localizar, também na psicanálise, a existência e consideração de um comer em conjunto como algo da ordem do cultural e social, corroborando com a compreensão discorrida até o momento de que o comer não deve ser associado exclusivamente aos nutrientes e funções biológicas, mas deve também levar em consideração questões outras, como o aspecto cultural discutido nos exemplos acima.

A introdução ao modo de comer, de lidar com a comida e com o corpo é, desde o início da vida, ligada a rituais e a maneira como o Outro estabelece as formas de vivência com estes, como exemplo o primeiro ato de comer - o mamar - é uma ação direcionada por um Outro. Será a mãe (ou outro que exerça tal função) que irá colocar o neném ao seio (ou mamadeira) para acalmá-lo além de nutri-lo, apresentando tal ação como um modo de fugir do desconforto e do desprazer que é a fome. Freud (2010) irá nos dizer, justamente por meio do caso do neném que mama, que a distinção entre prazer e desprazer é apresentada por esse Outro, pois no início esse neném não sabe se diferenciar do mundo externo e sente-se desamparado diante da excitação pulsional. É a partir desse primeiro Outro que a noção de fora e dentro, prazer e desprazer será apreendida.

Assim, podemos repensar o comer como um ato que foge do fisiológico e do instintual (como é nos animais) e que deriva de um ritual incorporado por um outro humano e que deixa marcas no sujeito. Marcas estas que o seguirão durante a vida e o influenciarão, pois esse sujeito, que experimenta as intervenções da cultura e de um outro humano, não exclui os aspectos simbólicos que os rodeia, inclusive no que diz respeito ao comer. Esse outro humano que ensina o que é prazer marcará o sujeito, o sexualizando e o erotizando por meio da cultura e seus rituais, tornando o cultural também pulsional.

O pulsional é, como abordado anteriormente, relacionado a sexualidade, esta que é trazida por Freud (2013) como o prazer experimentado pelo corpo e é percebido na boca, por exemplo, desde a infância quando o bebê mama ou chupa o bico, além de outras sensações como o toque e o cheiro.

“Qualquer parte da pele ou das mucosas pode servir de zona erógena” (Freud, 2016 p. 88). Portanto, o sujeito elege de forma inconsciente uma parte de seu corpo que será escolhida

como meio de obtenção de satisfação, satisfação esta que é mítica, pois há a suposição de que ela já foi vivida anteriormente e há a busca por sua repetição.

Outra separação possível das áreas seria o fato da nutrição se aproximar do conceito de estímulo/instinto já que possui como fonte de seu labor a origem orgânica das patologias e a busca de uma boa alimentação para que haja um bom funcionamento do organismo. Como trazido acima, a comida será tratada como o objeto capaz de saciar a fome e, por isso, é por meio dela e somente dela que será possível o tratamento do corpo.

Para além da questão da erotização do corpo, há ainda a relação com o Outro. Outro – o grande outro - é também um conceito não utilizado na nutrição e que não será aprofundado neste estudo, aqui trataremos o primeiro grande Outro como um outro humano, aquele que se dedica aos primeiros cuidados do bebê e que investe neste, podendo ser a mãe tomada como exemplo.

Nos dirá Antonio Quinet (2012) sobre o Outro:

É de onde vêm as determinações simbólicas da história do sujeito. É o arquivo dos ditos de todos os outros que foram importantes para o sujeito em sua infância e até mesmo antes de ter nascido. O grande Outro, em Lacan, se escreve com a inicial maiúscula e assim dispensa o adjetivo “grande”, pois já se sabe que se trata do Outro, que se distingue do (pequeno) outro. (Quinet, 2012, p. 11)

O Outro não é aquele que é igual ao sujeito, é aquele que irá ocupar um lugar de alteridade e, por isso, será responsável por causar importantes influências na vida do sujeito, incluindo o modo de se alimentar e de enxergar seu corpo. O Outro não é necessariamente uma pessoa, pode ser um lugar, uma ideia, a cultura... É algo ou alguém que aliena o sujeito aos seus significantes, a partir dos quais o sujeito irá se reconhecer (Quinet, 2012).

Pensamos assim que as relações humanas são pautadas por uma dimensão simbólica e não apenas evolucionista ou biológica, sofremos a intervenção de um outro (primeiro a mãe e após a cultura – o outro social) e isto irá afetar o modo como nos relacionamos conosco, com os outros semelhantes e com a cultura.

A relação com este Outro irá fazer com que a criança crie fantasias do que aquele outro humano espera dela. Em seu artigo *Romances familiares* (1909 [1908]), Freud (1996) nos diz como os pais (a mãe para a menina e o pai para o menino) são para a criança um modelo, porém, com seu desenvolvimento intelectual, a criança passa a questionar o lugar que esses pais ocupam em sua vida e fantasiam que são filhos de pessoas mais abastadas, ou então que é negligenciada, entre outras mais.

O que o autor nos demonstra, com a obra citada, é a maneira como são construídas fantasias a partir do que se escuta ou então se vivencia na relação com o Outro. Como este

outro humano que cuida da criança e investe nela também imprime suas marcas nesta, que seguirão com o sujeito e terão influência no modo como este irá se relacionar com os objetos pulsionais que lhes são apresentados durante sua vida.

Ao nascer, o bebê é insuficiente diante de suas necessidades, é preciso que esse outro invista neste e o nomeie (“esse é o pezinho do neném” ou “esse choro é de fome”, por exemplo), diante dessa nomeação diz-se que o bebê está assujeitado ao outro e ao seu desejo. É o olhar desse outro que irá lhe tirar do desamparo, da visão de corpo despedaçado e permitirá que a criança tenha um reconhecimento da própria imagem corporal através da confirmação por meio do olhar desse outro semelhante. Segundo Elia (1995, p. 101) “[...] a pulsão investe o corpo, que é, portanto, antes de tudo, *objeto do Outro*. O processo de constituição do sujeito terá, neste investimento, seu ponto de partida”. A partir disso, o corpo que o sujeito lida e tem acesso é simbólico, marcado pelos significantes trazidos pelo Outro.

O lábio, órgão que funciona na sucção, desempenha um papel fundamental na estrutura da erogenidade. Ele funciona como uma borda, que se constitui por um corte, que serve de lugar de troca com o Outro. Assim, a criança não é desmamada, ela se desmama, ela se desliga do seio, brinca de se soltar e tornar a pegá-lo. A possibilidade de agarrar ou soltar o seio produz no recém-nascido o momento mais primitivo de surpresa e ele, pela primeira vez, experimenta um reflexo que lhe serve de suporte diante do desamparo, ou seja, nessa experiência, a criança tem alguma autonomia diante do Outro. O seio funciona, assim, como primeiro objeto de transição entre o sujeito e o Outro (Sirelli, 2017, p. 262).

O corpo e o comer trarão em si muito além do instintivo, senão comeríamos somente o necessário à manutenção e ao funcionamento do organismo, porém, como explicitado até aqui, o comer serve como forma de erotizar o corpo, como busca por satisfação, mas esta não há, assim como também não há limites para esta busca, por isso tentamos a todo momento nos satisfazermos.

O comer excessivo, que leva a um corpo excessivo, pode surgir como uma manifestação desta busca infinita por satisfação, como se em algum pedaço a comida fosse tamponar um furo que é infinito. Come-se para calar, para ter prazer, come-se muito além do nutrir.

Retornando ao livro de George Canguilhem, *O normal e o patológico*, o autor nos apresenta a visão do cirurgião René Leriche que diz que a “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (Canguilhem, 2009, p. 33), ou seja, o patológico, a doença seria o modo de o corpo falar. Será também Leriche que irá dizer: “se quisermos definir a doença será preciso desumanizá-la” (Leriche *apud* Canguilhem, 2009, p. 30), ou ainda, “na doença, o que há de menos importante, no fundo, é o homem” (Leriche *apud* Canguilhem, 2009, p. 30).

Embora possamos nos lembrar que há doenças silenciosas, quando pensamos na obesidade ela nada tem de silencioso, há um corpo que aparece, que se excede, que chama atenção. O que a gordura quer dizer? Ou melhor dizendo: o que o sujeito que porta um corpo excessivo quer falar?

A questão da escuta do sujeito com obesidade será discutida mais adiante, porém já podemos nos adiantar na questão: se o corpo expressa pelo seu excesso que há algo a ser dito, nos limitarmos a reduzi-lo talvez seja uma maneira ineficaz de tratamento assim como excluir o sujeito de seu tratamento. Como já discutido anteriormente, o sujeito é parte ativa das escolhas que lhe são impostas. Seguiremos no próximo capítulo a discussão acerca da escuta, de como colocar o sujeito como ativo também em seu tratamento nutricional pode fazer emergir questões não antes pensadas por este.

2 CONCEITOS PSICANALÍTICOS IMPORTANTES AO ESTUDO DO CORPO E DO COMER

2.1 Escuta psicanalítica

Em seus *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), Freud e Breuer descrevem casos clínicos atendidos por eles e que mais tarde se tornariam casos clássicos para o estudo dessa estrutura. A obra conta com a exposição minuciosa dos atendimentos feitos a Anna O., Emmy Von N., Miss Lucy R., Katharina e Elisabeth Von R., todas mulheres diagnosticadas como histéricas e o tratamento a que foram submetidas por seus respectivos médicos.

Os autores nos dizem que as pacientes sofrem de reminiscências e que estas seriam responsáveis por causar os sintomas apresentados. Nas palavras dos referidos autores: “Devemos antes afirmar que o trauma psíquico ou, mais precisamente, a lembrança do mesmo age como um corpo estranho que ainda muito depois de sua penetração deve ser considerado um agente atuante no presente [...]” (Breuer e Freud, 2016, p. 23). À época, o método empregado era o da sugestão feita por meio da hipnose, desse modo o tratamento era guiado pelo médico que fazia perguntas com a finalidade de investigação sobre o caso e sintoma apresentados, a partir disso, dava-se ordens às pacientes para que os sintomas e lembranças cessassem.

Será uma das pacientes de Freud que primeiro irá alertar sobre a necessidade de falar: o que ela quiser e não o que o médico pergunta. Emmy Von N. era uma mulher por volta dos quarenta anos que era tratada por Freud, uma paciente que se deixava ser hipnotizada facilmente e seguia bem os comandos do tratamento, porém, um dia, como resposta ao pedido do médico para que se lembrasse de algo, a moça se irrita e pede que a deixe falar. De acordo com o relato de Freud: “Peço-lhe que procure se lembrar disso até amanhã. Bastante agastada, me diz que eu não devia perguntar sempre de onde vinham isso e aquilo, mas sim deixá-la contar o que tinha que me dizer.” (Freud, 2016, p. 97). Embora não seja ainda neste momento que nasce a escuta psicanalítica como método fundamental à psicanálise, Freud, ao ouvir o pedido de Emmy, assente e a escuta.

Ainda em uso do método hipnótico é possível perceber que Freud já dava importância ao que era dito pelas pacientes, pois seria apenas por meio do que era dito que o acesso às memórias seria possível, assim, ele estimulava uma fala sem barreiras, como será o preconizado mais adiante com a associação livre.

Então me sirvo primeiramente de um pequeno artifício técnico. Informo ao doente que exercerei uma pressão sobre sua testa no momento seguinte e lhe asseguro que no decorrer dessa pressão verá diante de si uma lembrança, como imagem, ou a terá em pensamentos, como ideia inesperada, e o obrigo a me comunicar essa imagem ou essa ideia, sejam quais forem. Não se deve guardá-la para si por achar, talvez, que não seja a buscada, a certa, ou porque lhe seja desagradável demais expressá-lo. Não deve haver nenhuma crítica, nenhuma reserva, seja por afeto ou menosprezo! Só assim podemos encontrar o que buscamos, assim o encontraremos infalivelmente. (Freud, 2016, p. 379-80)

Serão as mulheres vienenses, as histéricas tratadas por Freud, as responsáveis pela “construção de uma clínica da escuta: uma clínica da interioridade e não mais da exterioridade” (Roudinesco, 2016, p. 81). Freud irá atribuir a Breuer o “tratamento por meio da fala”, embora reconheça que o tenha remodelado e, ao longo dos anos e de seus estudos, irá aprimorar seu método, como o sentar-se atrás da paciente para que possa ouvi-la melhor. A nova terapêutica se assemelharia a uma confissão, na qual a própria paciente, com auxílio do terapeuta, diria a causa de sua doença. (Roudinesco, 2016)

Durante a hipnose, Freud percebera que os pacientes traziam em seus relatos a ocorrência de pensamentos e afetos que conscientemente não seriam trazidos ao discurso, assim, ao abdicar da hipnose, há a busca por um método que não exclua esse achado. O tratamento psicanalítico inicia-se com o convite ao paciente para se deitar no divã e dizer de sua doença, mas com a orientação que seja dito tudo que se passa em sua mente, mesmo que lhes pareça algo sem sentido ou algo vergonhoso (Freud, 1904[1905]).

Em *Tratamento anímico (ou psíquico) (1905)*, Freud irá discorrer sobre como algumas doenças físicas aparecem no corpo decorrentes de fenômenos anímicos, ou seja, como surgem no corpo sintomas de algo de ordem psíquica. Como tratamento, ele irá sugerir a hipnose e se dedicará a explicar como ocorre tal prática, entretanto não deixará de enfatizar a importância das palavras nesta terapia.

Um desses meios é sobretudo a palavra, e as palavras são também a ferramenta essencial do tratamento anímico. O leigo por certo achará difícil compreender que as perturbações patológicas do corpo e da alma possam ser eliminadas através de “meras” palavras. Achará que lhe estão pedindo para acreditar em bruxarias. E não estará tão errado assim: as palavras de nossa fala cotidiana não passam de magia mais atenuada. Mas será preciso tomarmos um caminho indireto para tornar compreensível o modo como a ciência é empregada para restituir às palavras pelo menos parte de seu antigo poder mágico. (Freud, 1905, p. 176)

Embora neste momento o uso das palavras ainda esteja relacionado à hipnose, Freud nos alerta que estas, não aquelas ditas de qualquer ocasião, são um meio de tratamento e que funcionam como modo de gerar alterações anímicas e “eliminar os sintomas patológicos, sobretudo aqueles que se baseiam justamente nos estados psíquicos.” (Freud, 1905, p. 182).

Mais tarde, em 1912, Freud irá publicar seu artigo *Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico*, no qual expõe, a partir de sua experiência, quais seriam as regras técnicas de aplicação do tratamento psicanalítico. Neste texto, ele recomenda que diante do paciente, o médico entregue sua memória inconsciente ao que é trazido e reforça que não é necessário um esforço para se lembrar ou mesmo anotar o que é dito, mas que o que importa terá seu valor percebido *a posteriori*. A expectativa sobre o paciente poderia levar a uma sugestão ao tratamento enquanto o sujeito deve ser ativo neste.

Embora o autor organize as regras e detalhe o método de atendimento, o mesmo diz que todas elas se unem em uma mesma indicação: o uso da atenção equiflutuante. Esta será a regra psicanalítica fundamental, cujo funcionamento Freud irá traduzir da simples maneira: “ouça o que lhe dizem e não se preocupe se vai se lembrar de algo ou não” (Freud, 1912, p. 95).

Em *A questão da análise leiga*, Freud (1926) nos apresenta como os pacientes procuram médicos por conta de seus mais variados sintomas e recebem orientações, medicamentos e opiniões sobre mudanças do seu modo de vida como forma de cura, mas o que obtêm são alívios passageiros. Com isso, o que ele propõe em um atendimento analítico é que o paciente fale, se escute e desta maneira procure a sua cura. Freud nos alerta que as palavras são poderosas e interferem na vida do sujeito, que por meio delas o sujeito pode trazer à tona as questões inconscientes o permeiam.

Como já discutido anteriormente, a nutrição aproxima-se das ciências médicas, por isso, é possível dizer que busca uma forma de cura das doenças, de suspensão do sintoma, de combate ao corpo gordo, assim como o trazido por Sloterdijk (1982) ao dizer da medicina positivista: “Curar (totalizar) e combater são dois aspectos da mesma coisa” (Sloterdijk, 1982, p. 48260). A nutrição, assim como a medicina, ocupa-se daquilo que é visível, palpável, mensurável, então aquilo que foge a norma é visto como estranho e por ser estranho é considerado doente e necessita ser combatido (Sloterdijk, 1982). Tratando-se de um corpo gordo, a gordura deve ser retirada a qualquer custo: seja por medicações, por cortes (intervenções cirúrgicas) ou por controle dietético. Se é possível que o corpo seja atingido por algo que “não deveria”, pelo estranho, surge a ideia da prevenção. Assim, a vigilância sobre o que se come é intensificada.

Desta maneira, a clínica da escuta rompe com o movimento médico tradicional em que o paciente é apenas aquele que porta uma doença e executa apenas um papel secundário em seu tratamento, sendo o médico quem determina como este deve prosseguir. Ao permitir que o paciente fale e ao escutá-lo, este paciente se torna sujeito, se torna atuante ao dizer de si.

Refletimos então que, para a psicanálise, diferente das ciências médicas, o mal-estar psíquico do sujeito não é visto como algo sempre proveniente de fundo biológico, nem como algo que precise ser arbitrariamente medicado sem dar-se lugar à escuta da subjetividade, à demanda inconsciente do sintoma do sujeito. (Perez e Sirelli, 2015, p. 129)

Para Perez e Sirelli (2015, p. 117) “A escuta psicanalítica surge como lugar de oposição e resistência à tentativa de calar o sujeito”, visto que retira o saber visível e palpável da medicina e introduz uma escuta como modo de colocar o sujeito para se haver com aquilo que lhe causa, em vez de simplesmente livrá-lo do seu mal-estar com medicações. É importante pontuar que o sujeito faz sintomas com aquilo que não sabe como manejar e a medicação não desfaz o sintoma, apenas o cala.

Na nutrição, podemos pensar um modo de funcionamento semelhante: o sujeito faz sintoma com seu corpo e com seu modo de comer e, ao procurar ajuda, recebe normas a serem seguidas para moldar esses. Seriam as dietas uma forma de medicalizar (e assim calar) o sujeito?

Na contramão de tal visão, a inclusão da pesquisa acerca da escuta psicanalítica se coloca como um meio de inserção do sujeito ao tratamento nutricional, que, de maneira geral, não o faz. Como discutido no primeiro capítulo, para a nutrição aquele que se coloca diante do profissional de saúde é o indivíduo e não o sujeito. Então, ao escutar esse indivíduo em uma consulta nutricional, o que se propõe é que coloquemos o sujeito em cena e percebamos mais do que apenas o superficial que seria trazido se somente escutássemos suas respostas às nossas perguntas pré-formuladas.

Apresenta-se uma escuta do sujeito fora dessa realidade de vigilância, combate e exclusão de seu próprio corpo. Aquilo considerado estranho pela medicina é o que constitui o sujeito e por constituí-lo também deve ser ouvido como tal, assim como faz a psicanálise como regra fundamental. O que se ouve em uma psicanálise é aquilo que o sujeito traz em seu discurso, independente se há relação com a realidade material e sem a predeterminação de um assunto específico.

A distinção entre realidade psíquica e realidade material é algo não recorrente em outras áreas que não a psicanálise. De maneira geral, aquilo que é trazido no discurso e que não coincide com a realidade material é tido como algo de teor inventivo ou mentiroso, enquanto à psicanálise, será esta fantasia (a realidade psíquica) que trará notícias do inconsciente e será escutada. Freud, em 1897, em uma carta a Fliess, irá apontar que no inconsciente não há diferenciação entre verdade e imaginação, momento em que se questiona

se a sedução relatada por suas pacientes havia de fato ocorrido. Mais tarde, em seu *Estudo autobiográfico* (1925[1924]) nos dirá:

Quando me havia refeito, fui capaz de tirar as conclusões certas da minha descoberta: a saber, que os sintomas neuróticos não estavam diretamente relacionados com fatos reais, mas com fantasias impregnadas de desejos, e que, no tocante à neurose, a realidade psíquica era de maior importância que a realidade material (Freud, 1925[1924], p. 21).

Tal aspecto trazido por Freud se torna essencial a discussão que seguimos acerca de uma inclusão da escuta psicanalítica ao campo da nutrição, visto que vai de encontro ao ideal médico que escuta e considera apenas o fisiológico, o palpável, o fato, a realidade material. Levando em consideração que a realidade psíquica também ocupa um papel de importância no discurso do sujeito, o modo de escutar posto em prática seria aquele que retiraria a preocupação exclusiva com o dizer sobre o organismo e sua função corporal e colocaria em questão o que se diz sobre o corpo e o comer, ainda que, para isso, o sujeito traga recortes de situações que, a princípio, não se relacionariam a estes e também suas fantasias.

Em um tratamento analítico, o sujeito se depara, a partir do que diz, com o que escuta de si mesmo e de seu analista, com suas resistências, que aparecem durante as sessões por meio de esquecimentos, silêncios... Tais resistências são inconscientes ao sujeito e vão se tornando conscientes durante o tratamento, porém, aquilo que não aparece de forma consciente na memória, surge como ato, como repetição do esquecido. “Ele não o reproduz como lembrança, mas como ato, ele *repete* sem, obviamente, saber o que repete” (Freud, 1914, p. 154).

Buscando novamente trazer a visão psicanalítica ao atendimento nutricional, podemos pensar que ao permitir que o sujeito fale de maneira livre, suas resistências e repetições aparecerão e, ao trabalhá-las (falando), o paciente poderá colocar em palavras sua relação com o corpo e o comer, poderá permitir que o comer vire discurso e, assim, será capaz de utilizar a boca para outro fim que não o comer apenas, mas também para falar. Como nos lembra Freud (1914), não será apenas a lembrança e o conhecimento acerca de suas resistências que irá levar o paciente a cura, é fundamental que haja uma elaboração daquilo que antes era desconhecido ao sujeito e tal elaboração, ainda que longa, também ocorrerá por meio do falar.

Por meio do estudo do *Complexo do desmame* (1938), Lacan irá tratar do desmame como algo cultural, diferenciando os homens dos animais, pois tal ato marca no psiquismo do sujeito uma busca por satisfação que não é relacionada ao biológico, visto que ele justamente rompe com uma relação biológica. Marcas essas que podem ter efeitos traumatizantes por

algumas vezes, como nos casos de “anorexias nervosas, as toxicomanias pela boca, as neuroses gástricas” (Lacan, 1938, p.37). Lacan nos diz que esta será a primeira vez que “uma tensão vital resolve-se numa intenção mental” (*Ibidem*).

Seguindo a análise de tal complexo, o autor nos relata os pontos no desenvolvimento humano relacionados ao ato de mamar, ou seja, o fato de não ter dentes e não andar sozinha faz com que a criança seja dependente de um outro que a alimente e realize outras atividades básicas. Contudo, ao adquirir as capacidades de mastigar e se alimentar sozinha, a criança pode deixar de mamar. De uma mesma maneira, podemos fazer a relação entre falar e deixar de comer – usar a boca com a finalidade de falar em vez de deixá-la completa por comida, com o intuito de calar-se.

O desmame precisa ser aceito por quem mama e quem amamenta para que seja bem-sucedido, fato que será recalcado pelo sujeito para que “novos complexos se integrem ao psiquismo” (Lacan, 1938, p. 41). Assim, utilizaremos essa analogia para pensar na inclusão de uma escuta à consulta nutricional. Sujeito posto como tal e profissional atento ao que esse diz poderão juntos ouvir aquilo que aparece relacionado ao comer e ao corpo durante o atendimento e colocar o dito em processo de elaboração para que, assim como o desmame, o corpo e o comer também possam ser dissociados de seu lado puramente biológico.

Sujeito será um conceito trazido por Lacan, embora já dito por Freud de outras maneiras. Em 1960, Lacan se ocupará de trazer como Freud subverte a noção de sujeito a partir do conceito de inconsciente, diferenciando-o, assim, daquele da ciência moderna, ou seja, aquele sujeito considerado um ser consciente de si e que se distinguia do objeto por meio da compreensão deste. Lacan dirá que Freud, ao dar palavra à histérica, permite que esta produza um saber sobre si mesma, um saber que ela se nega a ter acesso, mas que surge a partir do inconsciente (Lacan, 1960 *apud* Pereira, 2021).

A subversão freudiana será reconhecer um sujeito onde a ciência supunha um objeto (Lacan, 1960). O sujeito irá se diferenciar do eu, visto que este último é aquele que fala, mas não significa sua enunciação, porém o inconsciente insiste em aparecer e é na falha do dizer consciente que irá surgir o sujeito por meio das formações do inconsciente (atos falhos, chistes, sintomas, sonhos e lembranças encobridoras), assim, notamos que há sujeito, mas o modo de ter acesso a ele é colocando-o justamente na posição de sujeito, trabalho que se propõe a psicanálise (Lacan, 1960 *apud* Pereira, 2021).

Lacan dirá que a psicanálise dispõe de um único meio de trabalho: a fala do paciente (1953, p. 248). Será desta fala livre e direcionada que o inconsciente irá aparecer e, com isto, fará o sujeito dividido surgir também, mas não de qualquer fala e sim aquela que aparece por

meio da associação livre e da claudicação do dizer consciente. Ao que de forma simples poderá ser dito: é sujeito quem diz para além do discurso consciente e, se nos propomos a escutar além, será o sujeito que ouviremos.

2.2 Sujeito

O dicionário de psicanálise Larousse (Chemama, 1995, p. 208) inicia suas definições de sujeito com: “Ser humano, submetido às leis da linguagem que o constituem, e que se manifesta de maneira privilegiada nas formações do inconsciente.” e continua “O sujeito, em psicanálise, é o sujeito do desejo [...]” (*Ibidem*), nos indicando que o sujeito em psicanálise não se iguala àquele da linguagem popular, desta forma, para a psicanálise, o sujeito é o sujeito do inconsciente.

Crucial para o desenvolvimento da teoria do sujeito, o inconsciente será tratado por Lacan como um dos conceitos fundamentais da psicanálise e considerado um ponto importante e indispensável da teoria psicanalítica. Assim, para que possamos melhor dizer do sujeito, primeiro faremos um breve percurso sobre o tema do inconsciente.

Em 1896, em uma carta a Fliess, Freud discorre sobre a possibilidade da existência de sistemas no aparelho psíquico nos quais os traços mnêmicos se rearranjarão de tempos em tempos. Neste momento ainda há uma busca por questões neurológicas para a explicação de tal fenômeno e os neurônios teriam sua origem nas percepções e a consciência se ligaria a estas, mas sem retê-las.

O primeiro sistema seria o registro *Wahrnehmungszeichen*, a indicação da percepção, onde as percepções seriam totalmente inacessíveis à consciência. Em um segundo registro haveria a inconsciência, *Unbewusstsein*, também inacessível à consciência e, por fim, o teríamos a pré-consciência, *Vorbewusstsein*, registro ligado à palavra e ao Ego, e que poderia tornar-se consciente quando submetida a determinadas regras (Freud, 1896). Para Freud (1896), os registros seguiriam uma ordem sucessiva e a passagem de um para outro dependeria de uma tradução, no qual a falha desta seria o que ele chamou de recalçamento.

Neste momento, o método utilizado por Freud era o da hipnose e o inconsciente era tratado como um “local” em que as lembranças não ab-reagidas ficavam localizadas, o sujeito estaria centrado na consciência e o objetivo do tratamento consistia em tornar consciente o inconsciente para que se soubesse qual era o fator traumático que gerava o sintoma demonstrado pelo paciente. Por meio do método sugestivo, buscava-se romper as resistências

apresentadas pelo paciente e esperava-se que o conteúdo inconsciente viesse à consciência por meio das palavras (Baratto, 2009).

Em 1900, na *Interpretação dos sonhos*, Freud traz o inconsciente como uma grande esfera na qual o consciente se encontra dentro deste, assim, tudo aquilo que é consciente teria sido inconsciente em algum momento. O médico só pode ter acesso ao conteúdo inconsciente por meio da consciência e “por *inferência*, do efeito consciente ao processo psíquico inconsciente. Êle, dessa maneira, aprende que o efeito consciente é apenas um remoto resultado psíquico do processo inconsciente [...]” (Freud, 1900, p. 650). Deste modo, há o estabelecimento de uma realidade psíquica inconsciente que não se confunde com a realidade material.

Freud, em 1915, defende a existência do inconsciente como “necessária e legítima” (Freud, 1915, p. 99). Necessária, pois a consciência, tanto de pessoas saudáveis quanto de doentes, deixa lacunas (atos falhos, sintomas...), e legítima já que “não nos afastamos um passo da maneira de pensar que para nós é habitual e tida como correta” (Freud, 1915, p. 100). O inconsciente coexistiria com os sistemas consciente e pré-consciente, de modo que, a princípio, um ato psíquico seria inconsciente e a censura seria a responsável por deixá-lo passar ou não à pré-consciência (ideia capaz de se tornar consciente) e consciência, e o que ocasionaria a transição do ato psíquico de registro seria uma mudança de investimento libidinal neste.

O que Freud (1915) nos apresenta é que o aparelho psíquico é marcado por uma divisão entre inconsciente, pré-consciente e consciente, porém nos alerta que tal divisão não se trata de algo em nível de desenvolvimento (desmontando sua teoria anterior) como se a ideia passasse por níveis, mas que o inconsciente continua ativo e retém em si restos que não chegarão a consciência e, para além, há uma comunicação entre os sistemas, de modo que um “caminho inverso” seria possível, ou seja, uma ideia consciente ou pré-consciente poderia tornar-se inconsciente.

Ao descobrir o inconsciente, Freud nos apresenta a divisão do aparelho psíquico entre inconsciente e pré-consciente/consciente, divisão que se estenderá ao sujeito, sendo fundante e constitutiva deste. Tal teoria nos coloca diante do conflito a que todo sujeito está inscrito: a dualidade entre inconsciente e consciente. E, se tal descoberta é apresentada por Freud (1900) por meio da *Interpretação dos sonhos*, podemos utilizá-la nos mais diversos cenários, inclusive aquele que se passa em uma consulta nutricional.

Trazendo a questão discutida, mais uma vez, para o âmbito do atendimento nutricional, podemos ver que é comum que os pacientes tragam relatos que podem ser lidos

como fruto de sua realidade psíquica, visto que, muitas vezes, entram em contradição com a realidade material, mesmo que de maneira inconsciente. Desta forma, faz-se importante escutar como o sujeito traz o que vivencia de forma a obter notícias de seu inconsciente. Podemos pensar, como exemplo, o caso de pacientes gordos ou com obesidade que, ao procurarem auxílio nutricional, dizem: “Não como muito, não sei porque continuo a ganhar peso”, como uma queixa. De modo, que não é raro, que os profissionais desconfiem que tal paciente esteja mentindo sobre sua rotina alimentar e que, na realidade, o paciente de fato come em grandes quantidades.

Em tal exemplo, assim como em diversos outros momentos que a clínica nos traz, o julgamento acerca do que o paciente nos diz é o caminho mais fácil a ser trilhado, ou seja, tomar como base pura e simplesmente aquilo que foi dito de forma consciente por aquele que nos procura. No entanto, ao admitir a possibilidade da inserção da escuta psicanalítica neste cenário, torna-se importante ouvir mais e tentar trazer a questão inconsciente que ronda aquele dito, tornando fundamental o questionamento sobre o porquê o paciente diz o que diz.

Pois, mesmo que haja a possibilidade de o paciente estar “mentindo”, devemos nos questionar que se ele o faz, por que o faz? De que maneira o mentir entra no discurso daquele que o diz? Será que o paciente, ao falar com o nutricionista, percebe que aquilo que fala não corresponde à realidade, ou será que o que ele diz faz parte de sua fantasia? Entender o que há por detrás do dito nos leva a uma pesquisa sobre inconsciente do sujeito que nos procura.

O inconsciente se torna um conceito fundamental da psicanálise e o acesso a ele se torna possível apenas por meio da experiência psicanalítica, na qual, por meio do convite a associação livre, o sujeito é posto a falar, permitindo um acesso aos elementos inconscientes e, portanto, fazendo emergir o sujeito do inconsciente.

A experiência psicanalítica, uma vez colocada em operação através da instalação do dispositivo freudiano da associação livre, produz as condições de emergência do sujeito do inconsciente, justamente através da repetição e da transferência, e cria as condições de produção das chamadas formações do inconsciente – atos falhos, lapsos, sonhos, sintomas e chistes – [...] (Elia, 2004, p. 16).

Embora só se possa pensar em acesso ao inconsciente por meio da experiência psicanalítica, ao propormos trazer tal experiência para um atendimento nutricional, abrimos a possibilidade de escuta do inconsciente e, mais, a instituição de um saber por parte daquele que fala e não apenas do nutricionista. Propõe-se que o profissional saia do lugar de mestre e permita que o sujeito do inconsciente emergja e traga para a cena do atendimento algum saber sobre aquilo que ele se queixa, se apropriando deste.

Ao dizer que não acredita mais em sua histérica, Freud evoca duas importantes questões: “o fracasso terapêutico em grande parte dos casos” e “a desconfiança na veracidade dos relatos dos pacientes” (Garcia-Roza, 2009, p. 95). As questões trazidas por Freud se referiam ao tratamento feito por ele em sua época e se relacionam ao momento em que o autor pesquisa a sexualidade infantil, que mais tarde dará corpo a teoria das pulsões. Porém, neste trabalho que aqui discorremos, notamos problemas parecidos acerca da clínica nutricional: a falta de eficácia do tratamento proposto pelo nutricionista, tanto em seu início quanto em sua manutenção, assim como a percepção do discurso fantasioso de nosso paciente.

Esse discurso fantasioso ou, da maneira mais corriqueira que ouvimos: a mentira, trata-se de uma criação do sujeito, de um modo possível de dizer da realidade externa, mas que traz notícias de sua realidade psíquica. O que importa na escuta analítica, é a realidade psíquica. Ao não dizer uma verdade, diz-se outra, mesmo que por meio de uma mentira, invenção ou fantasia. Tal verdade encoberta revela algo do sujeito, algo este que não pode ser dito de outra maneira naquele momento.

A isto, Freud (1912) chamou de resistência da transferência. O autor nos dirá que todas as pessoas desenvolvem um modo de conduzir suas vidas amorosas e este servirá de trilho, sendo reeditado por algumas vezes, para as relações que ocorrerão durante a vida do sujeito. Os investimentos libidinais dispendidos nessas relações serão divididos entre a realidade, sendo conscientes, enquanto os outros serão inconscientes, porém ambos terão influência sobre as escolhas amorosas, modos de satisfação da pulsão e metas aspiradas.

Desta forma, um investimento libidinal insatisfeito pode voltar-se para a figura do médico, ao que Freud (1912) se questiona o porquê de a transferência ser uma forte resistência contra o tratamento. Para explicar tal questão, ele se utiliza da teoria da Jung sobre a introversão da libido, na qual a porção de libido que chega à consciência, e, portanto, é voltada à realidade, sofre uma diminuição, enquanto a porção inconsciente é diminuída, “mas ainda alimenta a fantasia da pessoa” (Freud, 1912, p. 111). E continuará:

A libido moveu-se (total ou parcialmente) para a regressão, reanimando imagens infantis. É nessa direção que segue, então, o tratamento analítico, que quer resgatar a libido, torná-la novamente acessível à consciência e, por fim, colocá-la a serviço da realidade. Nos pontos em que a pesquisa analítica topa com a libido recolhida em seus esconderijos, necessariamente eclode uma batalha; todas as forças que causaram a regressão da libido irão se levantar como “resistências” contra o trabalho, para conservar esse novo estado (Freud, 1912, p. 111).

Mas adiante em seu texto, o autor ressalta que a resistência de transferência não é algo exclusivo à psicanálise, mas que as outras áreas não a reconhecem. Desta forma, podemos

notar que quando um paciente, em um consultório nutricional, traz em seu discurso uma fantasia ou inverdade, esta pode ser lida como uma resistência e a resistência faz-se importante no tratamento ao passo que demonstra algo difícil de ser dito ou trazido à tona por aquele que nos fala, diz de uma defesa e, portanto, mais uma vez reforçamos, é preciso ouvir o paciente, o que essa resistência traz encoberta e do que o sujeito pretende defender-se.

Quase ao fim de sua obra, Freud traz em *Construções na análise* (1937) como o “sim” e o “não” do paciente não devem ser tomados *a priori* como uma resposta final, mas que apenas ao longo do tratamento pode-se extrair um valor desses ditos. Apenas é possível se relacionar com o discurso do paciente – e aqui podemos incluir a mentira ou a verdade – a partir das intervenções feitas durante o tratamento, pois ao colocar o sujeito para falar, nos deparamos com seu repertório psíquico e com ele poderá ser possível lidar com o seu enunciado.

Essa divisão trazida no discurso do sujeito, que por muitos é lida como uma confusão ou mentira, é resultante da dualidade entre inconsciente e pré-consciente/consciente, mas, para além, a divisão é um traço fundamental do sujeito da psicanálise. Se antes da elaboração psicanalítica, e ainda pela medicina e áreas afins, o indivíduo é aquele sem divisão, aquele que é uno, para a psicanálise o sujeito é sujeito do inconsciente, sujeito que deseja, o sujeito que é dividido, barrado.

Dividido pelo quê? Poderíamos nos questionar. Pela dualidade inconsciente e pré-consciente/consciente, como já trazido, mas também pelas pulsões, conceito já apresentado anteriormente, mas que um aprofundamento será importante para a discussão que seguiremos.

2.3 Pulsão

Ao examinar a teoria das pulsões, observamos que ela passou por diversos momentos na obra freudiana, mas sempre esteve calcada na hipótese de uma dualidade psíquica, inerente ao ser humano, segundo Freud, e implicando, portanto, a existência de um conflito entre as forças contraditórias motrizes do psiquismo (Maurano, 2018, p. 50).

Embora, em muitas das traduções da obra de Freud, nós nos deparemos com o uso da palavra instinto para dizer da pulsão, é justamente da distinção entre esses dois conceitos que Freud se ocupa ao introduzir o termo pulsão nos seus *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905). Nos dirá Garcia-Roza (2008), que o termo instinto foi utilizado pelo autor apenas quatro vezes em toda sua obra, enquanto pulsão, que aqui nos importa, foi utilizado algumas centenas de vezes. Trata-se, portanto, de um erro de tradução em muitas obras.

O que a biologia crê como instintivo – a busca por alimento e a reprodução – será substituído por Freud pela pulsão, não como equivalentes ou apenas com uma mudança de nomenclatura; a psicanálise enxergará a pulsão com relação ao sexual, que não se reduz ao ato em si, mas à força despendida na busca por satisfação. Desta maneira, a fome e a reprodução deixam de ser atos “naturais” aos seres humanos.

Nos *Três ensaios* (1905), Freud nos apresenta a pulsão em detrimento do estímulo, sendo que a pulsão sexual se apoia em um instinto. Para exemplificar, o autor traz o ato de mamar, que em princípio está associado ao fato de o leite ser o objeto capaz de suprir a fome, porém, durante a sucção, a boca é erogeneizada pelo seio e, a partir disto, uma satisfação sexual é suprida a partir de um ato de conservação à vida (o alimentar-se).

Será em 1910, em um breve artigo, que Freud irá propor aquele que ficou conhecido como o primeiro dualismo pulsional, a saber: pulsões sexuais *versus* pulsões de autoconservação ou pulsões do Eu. As pulsões sexuais seriam aquelas que visam a satisfação sexual, enquanto as do Eu, a autopreservação da vida. Mesmo que os objetivos das pulsões sejam distintos, o autor ressalta que ambas podem estar à disposição de um mesmo órgão, ao que ele atribuirá como causa do aparecimento de sintomas.

A boca serve tanto para beijar como para comer e para falar; os olhos percebem não só alterações no mundo externo, que são importantes para a preservação da vida, como também as características dos objetos que os fazem ser escolhidos como objetos de amor - seus encantos [...] Essa relação de um órgão com uma dupla exigência sobre ele - sua relação com o ego consciente e com a sexualidade reprimida - pode ser encontrada de maneira ainda mais evidente nos órgãos motores do que no olho: como, por exemplo, a mão que procurou executar um ato de ataque sexual e ficou paralisada histericamente é incapaz [...] (Freud, 1910, p. 132).

A questão da “dupla exigência” a um órgão nos remete ao paciente que, assim como o exemplo de Freud, utiliza sua boca para comer e para falar, mas que como sintoma pode apresentar um comer em excesso para calar. Dizemos isso, pois, se um mesmo órgão serve a diferentes pulsões, quando uma função orgânica é recalcada a fim de impedir a realização de um desejo, outra relativa ao mesmo órgão sofre algo semelhante. Assim, de modo a impossibilitar que algo seja dito, a boca se preenche (de comida). Tal discussão já foi trazida por nós e a discutiremos melhor no capítulo seguinte por meio da apresentação de casos clínicos. Por ora seguiremos com a questão do desenvolvimento da teoria das pulsões.

Anos após, em *As pulsões e seus destinos* (1915), Freud continuará sua teoria nos dizendo que “a pulsão seria um estímulo para o psíquico” (Freud, 1915, p. 17), embora não o único, pois existem estímulos fisiológicos, mas a pulsão se diferenciaria por vir do interior do

próprio organismo, sendo uma força constante em busca de satisfação. Desta maneira, as pulsões seriam o que impulsionaria o sujeito a buscar uma realização.

Se julgarmos que mesmo a atividade do aparelho anímico mais altamente evoluído está sujeita ao *princípio de prazer*, que é regulada automaticamente por sensações da série prazer-desprazer, então dificilmente poderemos negar a pressuposição posterior, a de que essas sensações reproduzem o modo como o domínio dos estímulos acontece (Freud, 1915, p. 23 – com grifo no original).

No texto de 1915, Freud irá retornar divisão entre pulsões do Eu ou pulsões de autoconservação e pulsões sexuais, nos alertando que tal divisão somente foi feita com a finalidade de auxiliar a construção da teoria e traz que as pulsões sexuais seriam várias e teriam diversas fontes orgânicas, sendo sua meta a obtenção de prazer e, apenas após a obtenção do prazer, visariam a reprodução. Como o trazido nos *Três ensaios* (1905), o autor reforça que as pulsões sexuais a princípio se apoiariam nas pulsões de autoconservação, mas aos poucos se desconectariam destas e passariam a buscar o objeto demandado pelas pulsões do Eu.

No início deste trabalho, havíamos trazido a pulsão como conceito fundamental à discussão acerca do corpo e do comer, mas para além, este ideal também possui suma importância quando tratamos da divisão do sujeito, ao passo que Freud (1915) defende que a vida anímica é regida por três polaridades: Sujeito (Eu) – Objeto (mundo externo), Prazer – Desprazer, Ativo - Passivo.

A diferenciação entre Eu – Mundo externo é rapidamente perceptível ao sujeito, de modo que a ação muscular é utilizada para silenciar os estímulos externos, porém os estímulos pulsionais se impõe desde cedo. Neste início de vida, o Eu está ocupado em satisfazer suas pulsões de si mesmo (narcisismo), assim o que é prazeroso coincide com o Eu, enquanto o desprazer é atribuído ao mundo externo. O Eu é narcísico e autoerótico, mas não deixa de receber objetos do mundo externo, dessa forma, o sujeito toma os objetos para si em caso de prazer, amando-os, e os rejeita em caso contrário, odiando-os, gerando a polaridade: Sujeito – eu – Prazer, Mundo exterior - Desprazer.

Ao gerar prazer ao sujeito, o objeto amado é incorporado ao Eu, assim, “poderíamos, se necessário, falar que uma pulsão “ama” o objeto pelo qual ela anseia visando sua satisfação” (Freud, 1915, p. 57), mas, ao dizermos de objetos que serviriam à pulsão de autoconservação, o verbo amar passa a ser substituído por necessitar.

Voltamos aqui a um de nossos objetos de estudo: a comida, esta que é necessária ao ser humano visto que é fundamental à conservação da vida já que é por meio dela que

obtemos energia para a sobrevivência e nutrientes que permitem as funções corporais, mas que, para além de sua função de nutrir, gera prazer ao ser ingerida. Prazer que muitas vezes se sobrepõe à necessidade e a comida passa a ser incorporada pelo sujeito como um objeto amado, como um objeto capaz de suprir alguma satisfação.

Freud (1915) diz: “O amor advém da capacidade do Eu de satisfazer de modo autoerótico uma parte de suas moções pulsionais pela obtenção de prazer do órgão” (Freud, 1915, p. 59) e continua: “reconhecemos como a primeira fase dentre essas fases a de *incorporar* ou *devorar*, como uma forma de amor compatível com a suspensão da existência em separado do objeto” (Freud, 1915, p. 61). Desta maneira, se o sujeito reconhece o objeto comida como aquele capaz de suprir suas necessidades e de lhe gerar prazer, a comida é devorada (literalmente e simbolicamente) de modo a fazer parte do sujeito.

Porém, a busca cíclica e infinita por satisfação por meio do comer leva a consequências no corpo – patológicas (refluxos, distensão abdominal, náuseas e vômitos, entre outros) e estéticas (o aumento visível da gordura corporal – o corpo gordo que por muitos é temido -, por exemplo), acarretando uma dose de desprazer ao ato que em si era pura busca de prazer. Será justamente a compulsão à repetição em situações desprazerosas que fará o pai da psicanálise questionar sua teoria do funcionamento psíquico por meio do princípio de prazer.

Em 1920, instaurando o segundo dualismo pulsional, Freud escreverá *Além do princípio de prazer*, artigo que marcará sua obra e o rumo da psicanálise.

Alguns pontos que foram trazidos pelo autor no texto acima citado já haviam sido discutidos previamente em 1911, quando o princípio do prazer é descrito como regulador dos processos mentais primários, ou seja, aquele que mostraria o caminho para o funcionamento psíquico alcançar o prazer e evitar o desprazer. Mas durante sua argumentação, o autor traz que diante da impossibilidade de obtenção de prazer, o princípio de realidade se impõe, trazendo consigo não apenas aquilo que era agradável, mas também o seu oposto.

Os dois princípios reguladores do funcionamento psíquico seriam relacionados as pulsões sexuais e do Eu, de modo que a substituição do princípio de prazer pelo de realidade aconteceria junto ao processo de passagem do autoerotismo/narcisismo para a busca de um objeto que substituisse a satisfação antes obtida no próprio corpo, pois, enquanto o sujeito está ocupado em satisfazer-se em seu próprio corpo, há uma regência soberana do princípio de prazer, mas, ao procurar o objeto de satisfação para fora de si, o princípio de realidade se impõe. O princípio de realidade não impediria o prazer, apenas seria um modo de adiar a satisfação.

A argumentação de 1920 tem início com o retorno a teoria do princípio do prazer e a recordação da tese defendida até então de que os processos anímicos seriam regulados por uma evitação do desprazer. Tal afirmação faz com que Freud se questione sobre a prevalência do princípio do prazer: se de fato o aparelho psíquico se esforçasse para que o desprazer não o atingisse, a maioria dos processos anímicos seriam seguidos de prazer, o que de modo geral não ocorre.

A investigação traz, novamente, a importância da função da repetição. Se antes o médico esperava que, por meio da hipnose, o paciente se recordasse do recalcado, ao longo da teoria psicanalítica foi possível observar que antes de recordar o sujeito repete sob transferência o recalcado, levando a uma compulsão à repetição, como uma maneira de reviver o “esquecido”. A compulsão à repetição ganha importância na discussão acerca do princípio de prazer, pois, ao repetir o recalcado, há o retorno das experiências que antes foram desprazerosas e que continuam no momento de sua repetição. O questionamento que ronda o artigo freudiano atingirá também a clínica nutricional: se há desprazer em jogo, por que há a repetição do ato?

Seguindo sua teoria, Freud (1920) se interpela se as pulsões de autoconservação também não seriam de natureza libidinal, igualando-se às pulsões sexuais, ao que ele apresentará as pulsões de morte em detrimentos das pulsões vida, que agora abarcariam tanto aquelas antes eram identificadas como pulsões do Eu e pulsões de autoconservação.

Jorge (2011), nos diz que é a partir da pulsão de morte que Freud traz à tona as características conservadora e repetitiva da pulsão. No que tange às pulsões de vida, o caráter conservador seria relacionado a um retorno de um momento anterior no qual ainda havia prazer, enquanto na pulsão de morte este retorno seria relacionado a um estado anterior de angústia e dor, de desprazer (Freud, 1923). A pulsão de morte, portanto, abarcaria o além do princípio do prazer, de modo que a repetição estaria ligada a ela.

A compulsão à repetição diz de uma repetição de algo que não foi simbolizado pelo sujeito, de uma falta de discurso e que se relaciona a perda de referências pelo sujeito. De modo que compreendemos que as pulsões de morte se relacionam ao desmantelamento dos vínculos e agem contra o próprio sujeito.

Se, em determinado momento de sua teoria, Freud iguala o princípio do prazer a redução das tensões, posteriormente ele nos dirá que existem momentos que a elevação da tensão pode gerar prazer e que tanto as pulsões de vida quanto as pulsões de morte agem sobre o sujeito, estando unidas no psiquismo, mas Eros se diferencia por apresentar uma natureza mais plástica e, assim, se desviar com mais facilidade das tensões, procurando

alcançar o prazer e preservar o Eu, enquanto as pulsões de morte funcionam de modo oposto, atacando o próprio Eu.

Freud se questiona o porquê desse ataque ao próprio Eu, assim como o fato de existirem sujeitos que não trabalham para sua melhora e, além disso, mantêm um caráter destrutivo para consigo mesmos. Um dos pontos trazidos será o do funcionamento da instância do Supereu no psiquismo.

O Supereu, nos dirá o autor (1923), diz respeito de uma característica universal humana: por sermos desamparados, fazemos de tudo para ter o amor do Outro, inclusive nos tornarmos masoquistas, além disso, ele sofre influência, vinda do período de latência da formação da sexualidade, de figuras de poder. Há uma perpetuação à dependência do Outro, essa é uma forma de entrada na cultura pelo sujeito. Como modo de manejar seus conflitos diante do mundo externo, do Isso e do Supereu, e da angústia causada pela relação com esses, o Eu aceita de tudo para não viver o desamparo.

No ano seguinte, Freud (1924a) apresenta de três tipos existentes de masoquismo, sendo eles: o masoquismo erógeno, o masoquismo feminino e o masoquismo moral. O masoquismo erógeno possuiria a qualidade de obter prazer no sofrimento, característica que se estenderá aos outros dois tipos de masoquismo. A pesquisa pelo masoquismo partirá do fato que neste o desprazer não surge como advertência, mas como finalidade, destoando do princípio do prazer, pois nota-se que mesmo no sofrimento pode haver prazer.

O masoquismo moral traz como traço um afrouxamento do vínculo com a sexualidade, aceitando o sofrimento de quaisquer fontes, de outros que sejam amados ou não. Se o Eu age de modo a proteger-se, destruindo o Outro caso preciso, aqui o sujeito destrói a si mesmo, a pulsão destrutiva volta-se para dentro. Isto ocorre, pois o sujeito apresenta um “sentimento inconsciente de culpa” e se opõe a sua própria cura (Freud, 1924a, p. 207).

O sentimento inconsciente de culpa é derivado da formação do Super-eu¹, este que, por sua vez, deriva-se do complexo de Édipo. O complexo de Édipo diz respeito, de forma sucinta, da relação triangular que ocorre entre a criança e seus pais, na qual a criança apresenta um desejo incestuoso pela mãe e uma rivalidade com o pai, já que este se apresenta como figura que inviabiliza o amor com a mãe. Diante da impossibilidade do incesto, a rivalidade com o pai dá lugar a uma identificação a este e, assim, a autoridade e regras morais antes vindas desse pai serão introjetadas ao Eu, formando o Super-eu, este que conterà em si

¹ O uso das palavras “Eu” e “Supereu” com suas iniciais em maiúsculo respeitam as grafias trazidas nas edições das obras de Freud da editora Companhia das Letras.

as advertências “você deve e você não deve” que acompanharão o sujeito em suas decisões ao longo da vida, visto que há uma compulsão em obedecer aos pais (Freud, 1923; 1924a).

Assim, o masoquismo moral se relaciona a este momento visto que tal sentimento de culpa deriva-se do instante anterior. O sujeito passa a agir contra si mesmo de modo a reproduzir a punição dos pais em si (Freud, 1924a).

O sentimento inconsciente de culpa é o modo pelo qual o Eu sente as críticas do Super-eu, como se este último “tivesse se apoderado de todo o sadismo disponível na pessoa” (Freud, 1923, p. 50) e destinasse seu teor destrutivo ao próprio Eu, de forma que o Eu fica impelido à morte – por conta do sadismo do Super-eu e da anulação do Eu como objeto de amor. Sabemos, porém, que não são todos que cometem suicídio, isto porque, em grande parte dos casos, a vida se torna possível mesmo com os ataques dos Super Eu e da pulsão de morte, na medida em que tais componentes destrutivos se fusionam a componentes libidinais, ou seja, a vida é possível pois pulsões de vida e morte estão fusionadas (Freud, 1923). A agressividade com o outro atua como uma forma de defesa psíquica contra a autodestruição, assim, ser agressivo com o outro é também uma forma de sobrevivência.

Nos casos em que os componentes destrutivo e libidinal não se fusionam há a desfusão pulsional, na qual o componente libidinal perde sua força e o teor destrutivo volta-se contra o Eu, ao que Freud (1923) irá defender que quanto mais a agressividade for impedida de ser exteriorizada, maior será sua atuação contra o Eu, sendo estes os casos em que o sujeito, por meio da ação do Super-eu, se torna extremamente severo consigo mesmo.

Não defendemos que todo paciente em atendimento em um consultório nutricional trate-se de um masoquista moral, porém podemos pensar em alguns casos em que tal traço pode ser notado e, a partir deles, pensar qual a saída possível em uma consulta na qual, a princípio, o sujeito procura o profissional com a finalidade de obter ajuda para se livrar daquilo que ele mesmo sustenta: seu corpo, o modo de alimentar-se, assim como a maneira de lidar com ambos.

Como um exemplo de tal conceitos apresentados, podemos trazer trechos do filme *A baleia*, concorrente ao Oscar 2023, que traz explícito o ato de comer repetidamente, mesmo que o ato ultrapasse a obtenção de prazer e leve ao seu oposto.

O personagem principal, Charlie (*A baleia*, 2023), interpretado por Brendan Fraser, é um professor de literatura que dá aulas on-line e que esconde, atrás das câmeras que estão sempre fechadas, um corpo gordo que lhe impede de andar sem auxílio, assim como lhe causa problemas respiratórios e dores. Ao longo do filme, ao se deparar com momentos que aparentemente lhe levariam à morte, Charlie se apoia em um texto, texto esse que se trata de

uma redação sobre o livro *Moby Dick* e que os pontos explicitados são como o autor gasta longas páginas se dedicando à explicação de baleias como forma de poupar o leitor de sua triste realidade.

Charlie (*A baleia*, 2023) não sai mais de casa, mas garante a compra de duas caixas de pizza a cada noite, assim como tem sua geladeira e armários abastecidos com a ajuda de uma amiga que se dedica aos seus cuidados. O personagem come em grandes quantidades, mas notamos que ao entrar em contato com momentos que o desestabilizam, como o encontro com sua filha ou dores muito fortes, a compensação vem em um comer compulsivo, no qual o prazer não está em jogo, há algo para além do prazer sentido pela comida que o circula. Charlie come até vomitar e sofre com isso, mas não ao ponto de parar, a cena compulsiva se repete, assim como a leitura do texto que lhe apazigua, trazendo ao espectador um sentimento parecido (de apaziguamento), mas que na realidade dizem de situações contrárias.

Assim como a redação diz de um encobrimento do autor do livro por detrás do uso de muitas páginas, percebemos que Charlie (*A baleia*, 2023) faz o mesmo por meio da comida. Entendemos ao longo do filme que a compulsão alimentar se inicia após a morte de seu companheiro que, dentre outras formas de exprimir seu sofrimento, não se alimentava. O personagem principal come para além do daquilo que lhe causaria prazer, o prazer não é posto em jogo, Charlie não se acha merecedor de tal sentimento e, por meio do comer excessivo, se esconde atrás de uma grande camada de gordura. Charlie, em vez de falar daquilo que lhe consome, come.

O que Freud defende é que há uma ação concomitante das pulsões de vida e morte no aparelho psíquico, de modo que a pulsão de vida é regulada pelo princípio do prazer e a pulsão de morte, pelo princípio do Nirvana². Isto significaria, em um primeiro momento, que a redução de uma tensão geraria prazer e o aumento, desprazer. Porém, a partir do estudo do masoquismo, situação na qual o desprazer é o objetivo a ser atingido, Freud percebe que há momentos em que a redução de uma tensão leva ao desprazer e o aumento gera prazer, assim, nestes momentos em que há a busca de prazer em algo que é desprazeroso, as pulsões se encontrariam desfusionadas (Freud, 1924), visto que há a preponderância de apenas uma das pulsões. Ou seja, quando a agressividade se desvincula do erotismo e passa a ter soberania sobre o Eu, notamos que a pulsão de morte está desligada da pulsão de vida (Freud, 1923). A partir disso podemos pensar que o comer para além do prazer ou a manutenção de um corpo

² O princípio do Nirvana é o nome dado por Bárbara Low, e usado por Freud, para designar a tendência a reduzir ao máximo a excitação do aparelho psíquico (Freud, 1924).

que supostamente cause desagrado a si mesmo pode se relacionar a uma des fusão pulsional, na qual, nestas ocasiões, há o predomínio da pulsão de morte.

Como uma saída possível, pode ocorrer que, em um momento posterior, haja um reinvestimento no Eu, uma possibilidade de recuperação do erotismo para que o sujeito não encontre a morte do desejo, da libido. Neste momento, embora ainda repleto de sofrimento e banhado de agressividade, o sujeito procura, de maneira inconsciente, um ponto de prazer no sofrimento, assim, embora haja dor, há também um ganho secundário de prazer com aquilo que se sofre, como diria a música: “Que a dor no fundo esconde uma pontinha de prazer” (Cazuza e Palmeira, 1988).

Embora o comer excessivo apareça como uma forma de autodestruição para Charlie (A baleia, 2023) e, desta forma, represente um momento em que há uma descarga da tensão sem que haja prazer associado, o personagem, como uma tentativa de reinvestimento em seu Eu, tem um ganho secundário e inconsciente de prazer, já que recebe o cuidado de outras pessoas e sente prazer ao receber este cuidado, de forma que a tensão se reestabelece a partir dos cuidados (e, portanto, libido) dirigidos a ele. Neste primeiro momento, vemos exemplificada a des fusão das pulsões e uma sobreposição da pulsão de destruição sobre as pulsões de vida e, posteriormente, uma tentativa de recuperação do Eu por meio do prazer, mesmo que ainda envolto de dor.

Retornando a Freud (1920), em *Além do princípio do prazer*, o autor se utiliza de uma linguagem biologizante como caminho para sua teoria (mais tarde o próprio autor irá descartar o uso da biologia em sua discussão) e dirá da metabolização do organismo como modo de sobrevivência e manutenção da vida. A metabolização, em nutrição, diz daquilo que é transformado pelo organismo, ou seja, ao comermos determinado alimento ele será digerido em partículas cada vez menores de modo a sustentar a existência do corpo. Podemos pensar essa metabolização de uma outra forma: por meio do falar. Em vez de mastigar, engolir e digerir, o sujeito pode se nutrir da realidade de uma outra forma, produzindo discurso, falando e, assim, em vez de colocar para dentro (engolindo) aquilo que lhe pesa, usar as palavras para exteriorizar sua dor.

Mais tarde em *Análise finita e infinita* (1937) Freud discorrerá sobre as possibilidades do caminho de uma análise, pensando no que seria seu fim. Deste artigo podemos pegar emprestada a ideia de um fim de tratamento que não leva à cura absoluta, mas que permite ao sujeito um maior reconhecimento de que há o inconsciente e que este o afeta, levando a uma busca constante de apropriar do que vem dele e entendê-lo.

No mesmo artigo anteriormente citado, Freud (1937) menciona um caso que acompanhou que, em determinado momento do tratamento, seu paciente estacionou em seu trabalho, crendo que o patamar que se encontrava era agradável o suficiente, não prosseguindo sua análise, retornando anos depois com questões não resolvidas.

Mais uma vez nos valem da psicanálise para propor um modo diferente de ver e manejar o atendimento nutricional. No caso de pacientes com um corpo gordo e/ou um comer compulsivo, pode-se entender que o tratamento vise o emagrecimento e, uma vez alcançado esse resultado, entende-se que o acompanhamento seja encerrado e considerado um sucesso. Porém, retornando ao capítulo anterior, nos lembraremos que os casos de reganho de peso são frequentes nestes pacientes que estudamos, de modo que podemos pensar que, assim como no caso trazido por Freud, embora a chegada em determinado patamar pareça ser agradável, este momento pode apenas encobrir outras questões, assim como outras dificuldades que aparecem durante o tratamento, impedindo-o, seja como forma de resistência ao próprio tratamento ou punição do sujeito contra si mesmo.

É possível que tal como em uma análise, o tratamento nutricional não chegue ao fim, ao que nos questionaremos: qual seu fim? Fim no sentido de final e de finalidade? Onde pretendemos chegar com o paciente que, a princípio, nos procura para perder peso? Será o emagrecimento a finalidade e, portanto, o fim do acompanhamento?

O que vimos defendendo é que o paciente fale e o profissional escute. Desta maneira não podemos *a priori* determinar quando e qual será o fim do tratamento, pois apenas em seu decorrer aparecerão as questões a serem tratadas. O emagrecimento se impõe muitas vezes no percurso e não podemos deixar de ouvir o desejo de perder peso, visto que ele se apresenta muitas vezes como o pontapé de um tratamento que poderá se oferecer de forma não convencional ao paciente: escutando-o e permitindo-o se escutar.

Esta alteração no modelo de consulta nutricional, que antes baseava-se em um diálogo restrito entre perguntas fechadas e respostas e agora inclui uma permissão para dizer, aquilo que o sujeito desejar, poderá ser uma forma de manejo que contribua para a cura e o fim do tratamento, não a cura antes esperada e o fim como obtenção desta cura, mas como um modo de permitir que o sujeito esteja mais aberto àquilo que se encontra em seu inconsciente, mas que pode ser simbolizado a partir do falar.

Diante do desprazer, o sujeito desenvolve maneiras de lidar com este, de modo a reduzi-lo; assim, o modo como o paciente aprendeu a lidar com aquilo que lhe aflige irá repetir-se diversas vezes em sua vida, aparentando uma resistência ao tratamento (Freud, 1937). Trazendo de volta o personagem do filme, exemplificamos tal questão: Charlie, ao se

deparar com momentos de grande tristeza, come. Em momento algum do filme o personagem demonstra o desejo de perder peso, embora seja isso – o peso excessivo - que o contorna e o faça se manter afastado da realidade e de outras pessoas. Mas suporemos que Charlie procure ajuda de um nutricionista para perder peso. Os momentos de compulsão alimentar poderiam ser lidos como uma resistência ao tratamento já que o comportamento é justamente contrário ao necessário para a finalidade do tratamento: o emagrecimento. Porém, a princípio, o comer é a maneira que Charlie encontrou para lidar com seu sofrimento, embora lhe cause mais sofrimento ainda, pois, apesar de aparentemente o desprazer seja o primordial na cena, há um ganho secundário de prazer em jogo, seja com o cuidado que recebe após passar mal, as visitas da filha ou outra questão que pode não ser tão clara ao espectador.

Se submetemos Charlie a uma dieta ou um cardápio calculado visando a perda de peso, é provável que não consigamos ajudá-lo e seu tratamento não prossiga para seu fim. Mas, ao permitir que Charlie coloque em palavras as questões que rondam seu corpo e o comer, é possível que o sujeito ali em cena consiga se reposicionar diante de seu sofrimento, de modo que as resistências contra o tratamento e a cura, que não serão necessariamente a perda de peso, sejam reduzidas, possibilitando que o sujeito possa se afastar daquilo que o adoce e possa lidar de melhor maneira com a realidade que lhe rodeia.

Há que se pensar que, assim como traz Seixas (2022), que o corpo é dito a todo momento, elogia-se a pessoa que perdeu peso e julga-se aquela que teve o seu aumentado, diz-se da melhor dieta para emagrecer, do exercício mais eficaz, do novo alimento ou medicamento que será o responsável por reduzir o corpo. O corpo gordo é falado a todo momento, mas sempre com o intuito de diminuí-lo, literalmente ou simbolicamente.

Tal discurso reducionista, digamos assim, é adotado também por aqueles que portam o corpo gordo, pois nas consultas médicas, nutricionais e até nas sessões de análise, o que aparece é um pedido de ajuda para o emagrecimento, chegando ao ponto em que qualquer solução pareça válida, como o uso de medicações e técnicas que não são nem mesmo validadas (Seixas, 2022).

É notável o surgimento de movimentos que defendem a existência do corpo gordo para além de seu paradigma de doente e estratégias para que haja um aumento da eficácia no tratamento deste corpo e de suas, assim chamadas, comorbidades. Vemos reaparecendo o uso da técnica hipnótica, desta vez voltada ao emagrecimento, como se, sob hipnose, o sujeito fosse capaz de descobrir aquilo que lhe prende a este corpo tão problemático. As medicações surgem, os alimentos tornam-se vilões e então milagrosos, existem especializações em

diversas áreas, estudos: tudo para que o corpo diminua... E os corpo gordos, muitas vezes, continuam gordos.

Assim, procurando um caminho que vá contra essa maré de buscas incessantes pelo emagrecimento e pelo alcance do corpo que será então magro e, portanto, saudável (será?), o que aqui pensamos é que em vez do corpo gordo ser dito, estudado e manipulado, que ele possa dizer, fazendo aparecer o sujeito, pois este, o sujeito, é um efeito do falar e falar é um ato do corpo. Se, para a psicanálise, o corpo é um corpo pulsional, consideramos que a pulsão fala de um corpo que não é um biológico, mas sim um efeito de linguagem, portanto, ao falar, fala-se do corpo de linguagem.

Embora o proposto vá contra a maioria das formas de lidar com o corpo gordo, nossa proposição não é nada mais do que Freud fez ao inaugurar a psicanálise chamando as históricas para falar de seus corpos, contrariando a medicina da época que via essas mulheres como mentirosas.

“A teorização sobre a obesidade de um ponto psicanalítico só é factível, quando se admitem os pressupostos de que o corpo que padece e sofre por seus excessos pode ser abordado pela palavra, e de que o discurso produz efeitos” (Seixas, 2022, p. 29). O falar não se iguala a qualquer outro método de tratamento, pois não visa como fim o emagrecimento do sujeito, mas a simbolização do sofrimento exposto em um corpo excessivo.

Considerar que o corpo e o modo comer surgem como sintomas do sujeito e possibilitar que esses sintomas possam ser escutados traz a quebra de um ciclo que antes se repetia; pois, se antes, tentava-se extinguir o sintoma a qualquer custo, agora ele será ouvido, visto que o sujeito repete aquilo que não diz, ele atua com o que não “lembra”, assim, é necessário que fale, quantas vezes for preciso, para que algo dessa repetição seja elaborado e deixe de se repetir.

No próximo capítulo traremos recortes da clínica nutricional em que pudemos notar o surgimento de notícias inconscientes de sujeitos que procuraram auxílio para perder peso ou modificar seu modo de se alimentar, mas, ao serem permitidos a falar para além do corpo e do comer, se depararam com questões outras que circulavam tais queixas.

3 RECORTES CLÍNICOS

De maneira clássica e resumida, os atendimentos nutricionais são pautados por uma ordem para que se possa chegar a um objetivo. Dizendo de outra forma, o paciente é recebido e questionado sobre aquilo que o leva até ali e, para que o objetivo apresentado seja atendido, é preciso que se conheça a rotina da pessoa que se apresenta, assim como seus gostos pessoais, sua habilidade culinária, hábitos alimentares e tantas outras coisas. Após, um plano alimentar é elaborado e o paciente passa a ser acompanhado de maneira sistemática para verificação de sua evolução.

O que aqui incluímos é a percepção de que, em alguns casos, a fórmula acima citada não basta, pois questões maiores se impõem ao tratamento, de modo que a escuta se coloca como fundamental não apenas para que o objetivo inicial seja atingido, mas, para muito além, para que o sujeito que se dispõe a iniciar um tratamento nutricional possa, a partir de pequenas nuances que surgem durante a consulta, se deparar com questões que antes se apresentavam por meio do peso e da alimentação, mas que indicam outros impasses, elaborando-as.

No capítulo anterior trouxemos o personagem Charlie, do filme A baleia (2023), como objeto de estudo, porém este não era um paciente que procurava por atendimento, de modo que a leitura de sua história foi feita por meio de suposições. Neste capítulo, traremos recortes de pacientes que procuraram o atendimento nutricional e, por meio da escuta daquilo que ultrapassava o esperado em um consultório de nutrição, pudemos perceber e dar maior importância à questão que deu origem a esta pesquisa.

Todos os nomes aqui trazidos foram modificados, tomando o alfabeto como condutor, assim, o primeiro caso será retratado por um nome com a inicial A, o segundo com a B e assim por diante, desta forma pretendemos evitar a exposição do paciente. Iniciaremos pelo caso de Ana.

3.1 Ana e os restos

Migalhas dormidas do teu pão
 Raspas e restos me interessam
 Pequenas poções de ilusão
 Mentiras sinceras me interessam
 Me interessam
 Eu 'to pedindo a tua mão
 Me leve para qualquer lado
 Só um pouquinho de proteção
 Ao maior abandonado

(Cazuza, Frejat, 1984)

Ana é uma mulher de 37 anos, encaminhada ao serviço de nutrição por sua endocrinologista para acompanhamento pré-cirurgia de redução de estômago. A paciente relata que o procedimento já está marcado e necessita do laudo nutricional para sua realização. Não é incomum casos similares ao de Ana, uma vez que há indicação médica de redução de peso antes da cirurgia em alguns casos, além do paciente precisar de orientações sobre a dieta pós-cirúrgica, mas, e principalmente, pela necessidade da obtenção de um laudo que ateste que o paciente passou por tratamento nutricional anteriormente e não obteve eficácia, justificando a intervenção cirúrgica.

A demanda de Ana é ouvida, porém, apesar de seu pedido denotar certa urgência ante a proximidade da cirurgia que aconteceria em dois meses, a consulta nutricional continua e, em um segundo momento, Ana traz a informação de que já fez dois processos para passar pela cirurgia bariátrica e que devido a imprevistos, não concluiu o procedimento. A paciente também informou que já havia feito tratamentos anteriores tanto com nutricionistas quanto com médicos, chegando a usar medicações para perda de peso em alguns períodos de sua vida, o que a levou a atingir seu objetivo naquela ocasião, porém recuperou o peso posteriormente.

Freud (1915[1914]) faz uma análise do amor de transferência e considera possibilidades para a forma de lidar com este, sendo a primeira a união amorosa entre paciente e médico e a segunda, a interrupção do tratamento com a finalidade de não levar adiante o amor desencadeado pela paciente para com seu médico. Neste último caso, Freud nos diz que a suspensão do tratamento é ineficaz visto que a paciente continuará sem colocar suas questões e precisará de um novo médico, pelo qual também se apaixonará, gerando um ciclo infundável de apaixonamentos e quebras de tratamentos. Como uma terceira possibilidade, o autor considera a manutenção de relações amorosas ilegítimas em coexistência com o tratamento médico, algo que é desencorajado pela própria moral burguesa.

Como uma quarta possibilidade para lidar com o amor de transferência, Freud (1915[1914]) nos diz que o psicanalista deve agir com base na abstinência, ou seja, abster-se do amor dirigido a si e utilizá-lo como caminho para o tratamento, abrindo espaço para que o paciente possa falar daquilo que demanda. A questão aparece durante o texto: e se o analista atendesse à demanda da paciente e correspondesse a sua afeição? Ao que Freud conclui, a paciente atingiria seu objetivo, mas o médico não, ou seja, o que o autor nos alerta é que a

paciente substitui seu objetivo inicial de querer tratar-se e passa a tamponar suas questões com sua demanda de amor, algo que o médico não será capaz de suprir.

Seguiremos o que temos feito a todo momento neste trabalho, pegar emprestado da psicanálise sua teoria e adaptá-la ao contexto da nutrição. Aqui, utilizamos a teoria freudiana sobre o manejo amor de transferência para nos indagar sobre o atendimento das demandas que aparecem ao nutricionista, especialmente no caso em que discutimos neste ponto, ao que nos questionamos: se Ana tivesse sua demanda primeira atendida e saísse do consultório com o laudo que havia pedido, o tratamento nutricional poderia ser considerado eficaz? O que aqui nos interessa não passa pela eficácia do tratamento nutricional no que se refere à perda de peso ou ao convencimento da paciente em não realizar a cirurgia, o que provavelmente ocorreu. Interessa-nos colocar em pauta, mais uma vez, as diversas questões que circulam o corpo e o comer e que aparecem como um pedido de emagrecimento ou “permissão” para tal por meio de um laudo. O que o analista faz em sua função é convocar o sujeito a dizer aquilo que demanda em vez de prontamente atender ao seu pedido, de modo que o paciente deve colocar em questão aquilo que pede. Será desta posição analítica que proporemos uma inspiração à nutrição: que o nutricionista também possa chamar seu paciente a dizer mais em vez de prontamente atender as suas demandas.

Ana, nesta primeira consulta foi convidada a falar mais. Ao ser ouvida, traz diversas questões familiares. Diz ser mãe de duas meninas – uma de oito meses e outra de 13 anos –, e relata (olhando para seu celular) ser a primeira vez que deixa a filha menor aos cuidados da mais velha, o que a deixava um pouco preocupada. Continua dizendo que é casada e, importante dizer, com um homem que realizou cirurgia bariátrica há alguns anos e a quem ela se dedica para que não ganhe peso novamente, para isso, ela cozinha para ele e separa suas refeições pesando os alimentos conforme foi orientado, porém em alguns dias ela escuta o barulho de pacote de biscoitos vindos da cozinha e se chateia ao saber que ele consumiu todo o conteúdo da embalagem, boicotando a própria dieta. Surge também em sua fala a existência de uma irmã gêmea que, diferente dela, não apresenta “problemas com peso”.

Questionada sobre quando ela começou a se preocupar com seu corpo, Ana responde que o ganho de peso iniciou enquanto cursava a faculdade, pois, nessa época, vivia um relacionamento que não lhe era saudável, além de passar por problemas familiares. Ademais, as gestações foram momentos de ganho de peso, sendo adquiridos trinta quilos na primeira e mais alguns na segunda.

Ao ser perguntada sobre sua alimentação, Ana conta detalhadamente a de suas filhas, o que cada uma gosta ou não, e que faz preparações diferentes para as duas, pois a mais

velha só come determinados alimentos, enquanto a menor ainda está na introdução alimentar e exige consistências diferentes em seu prato. Além das comidas das filhas, ainda faz um terceiro tipo de preparação, pois seu marido segue uma dieta diferenciada. Seu relato é ouvido com atenção e a pergunta é reforçada: “E a sua alimentação, o que você come?”, a resposta é que ela come o que resta de todos os outros.

Ana prepara três refeições diferentes por dia e, se recebe visitas, faz questão de fazer pratos para agradar a todos, mas quando se trata dela mesma, não tem tempo e come o que os outros deixam. Quando os convidados vão embora, ela come tudo aquilo que sobrou. Diz cozinhar super bem, faz pães e bolos e, para não desperdiçar o gás, quando liga o forno, faz diversas preparações. A paciente diz que assim que fizer a cirurgia cuidará de si e pensará na sua alimentação. Nesta primeira consulta, Ana não é pesada e não sai com nenhuma dieta ou laudo, mas sim com o convite a prestar mais atenção em sua alimentação.

O tratamento era mediado pelo plano de saúde o que impedia encontros mais frequentes. Por causa desse impedimento, a paciente pediu para que fosse feito um documento dizendo da necessidade das consultas, pois assim o plano liberaria mais atendimentos. Ana retornou para mais algumas consultas, enviava mensagens justificando suas faltas e nestas também apontava momentos em que estava mais ansiosa, situações que atravessaram o tratamento por conta de uma entrevista de emprego e a perda de um familiar.

A entrevista de emprego foi motor de uma das discussões acerca de seu peso. Ana é formada em fisioterapia e temia não ser aceita em um trabalho devido ao seu peso, tinha receio de que as pessoas acreditassem que ela não seria capaz de executar sua função devido ao corpo que carregava, a ponto de questionar o entrevistador se seu peso seria um impedimento para a admissão na empresa, com a resposta negativa, a paciente se anima. Porém, ao receber a recusa para o cargo, as crises que ela nomeia de ansiedade retornam e a alimentação é influenciada por estas.

O tratamento não foi levado até o fim, pois, semanas antes de sua cirurgia, a médica de Ana requisitou a dieta pós-operatória e a nutricionista que a acompanhava estava de férias, assim, Ana procurou outra profissional. Não pudemos saber o desfecho da relação de Ana com sua alimentação, mas seu caso serviu de porta a diversos questionamentos que aqui trazemos, como: mesmo que a paciente atinja seu objetivo (a perda de peso), as questões não continuarão a se impor? Pois, a paciente já havia emagrecido anteriormente e voltado a engordar. O ciclo de demandar a perda de peso, emagrecer, ganhar peso novamente se encerraria neste momento ou continuaria a ocorrer? Em que modo de subjetivação Ana estava imersa que se submetia a comer aquilo que restava dos outros? O que a impedia de deixar

transparecer os seus furos e os restos dos outros? Estas foram algumas questões consideradas ao analisarmos o caso de Ana, mas que não esgotam e nem pretendem esgotar as mais diversas possibilidades daquilo que aparecia no discurso da paciente como desejo de emagrecer.

O que nos impulsiona a crer que escutar e tratar as questões que rodeiam o assunto do corpo e do comer podem ser o primeiro passo de um tratamento nutricional, visto que o emagrecimento, no caso de Ana, não levará por si só a mudanças na forma que ela lida com a comida. Sobre os furos, estes que Ana tentava encobrir com a comida, falaremos logo adiante.

Elia (1995), ao trazer à tona a teorização de demanda e desejo em Freud e Lacan, nos transmite que o desejo do sujeito é o desejo do Outro, efeito da falta, e cita Lacan (1957-8): “O desejo é a transmissão da falta do Outro para o sujeito” (Elia, 1995, p. 146). Porém, ao desejo não há acesso direto, de modo que o percurso tem início na necessidade – aquelas que aparecem no início da vida e fazem com que o sujeito tenha que se alienar ao Outro, neste momento é preciso que qualquer necessidade do bebê passe por um Outro que dirá o que ele quer.

Ao passar pelo Outro, a necessidade se torna demanda, assim, a demanda é dirigida ao Outro. Neste primeiro momento, é preciso alienar-se ao Outro para sobreviver (para ter fome, sede e outras necessidades supridas), constituindo-se assim o sujeito. A alienação no Outro se dá por meio dos significantes deste, isto é, será o Outro que irá nomear as necessidades do sujeito (Elia, 1995). Ou seja, será um outro humano que irá interpretar a necessidade da criança como uma demanda e essa interpretação se tornará estruturante, de modo que a necessidade passará a ser articulada a essa demanda. Como exemplo, citamos o bebê que chora – será um outro humano que dará significado àquele choro, nomeando-o de fome, assim a necessidade que o bebê tinha de alimento, ao ser interpretada por um outro, passa a ser demanda.

O desejo se anunciará a partir daquilo que foge à demanda, aquilo em que não é satisfeito pela demanda. Nos diz Elia (1995, p. 149) ao citar Lacan (1956-7): “se a demanda visa antes o *ser* do Outro enquanto tal (...) o desejo, por sua vez, visa o objeto”, porém o objeto que falta ao Outro, portanto, aquele impossível de ser satisfeito.

“Quando eu fizer a cirurgia, eu cuidarei da minha alimentação” diz Ana, e tal frase nos remete à “quando eu perder peso, serei feliz” e, portanto, realizada. Desta forma, ao demandar a perda de peso ao profissional nutricionista, ou pedir sua autorização por meio do laudo, o sujeito traz de maneira inconsciente o pedido de satisfação de seu desejo, porém se o objeto

capaz de suprir este não existe, pensamos que o emagrecimento apenas se comporta como escudo ao que realmente está sendo desejado.

Lacan (2005 [1962-1963]) argumenta que o objeto que sacia o desejo não existe, o objeto é aquele que causa o desejo. Deste modo, podemos ler que por detrás da demanda de perda de peso de Ana e, portanto, de uma redução de excessos, o desejo da paciente aponta para aquilo que sobra nos outros (o cuidado demasiado com as filhas e o marido) e, para que isso não apareça e se desloque da plenitude que ela espera, Ana come os excessos, incorporando a si tudo aquilo que sobra dos outros, tamponando o excesso dos outros com o excesso de si mesma e seu peso excessivo. Enquanto sua demanda pede um corte nos excessos, Ana coloca em si as sobras dos outros. Assim, retornamos à questão: seria a perda de peso eficaz no que diz respeito a realização do desejo? Pensamos que não, ao passo que após o emagrecimento o desejo será deslizado para outro objeto, visto que aquele capaz de satisfazê-lo não há.

3.2 Beatriz e o diagnóstico de anorexia

É sempre bom lembrar
Que um copo vazio
Está cheio de ar
(Gil, 1974)

Seguimos a pesquisa acerca dos conceitos psicanalíticos de necessidade, demanda e desejo a partir do caso de Beatriz, uma adolescente de 14 anos que chega à consulta nutricional encaminhada por sua psicóloga que, junto à mãe da paciente, se preocupava com a magreza excessiva da menina. Na primeira consulta, a mãe de Beatriz diz que irá participar dos atendimentos nutricionais já que levou a filha a outra profissional e a adolescente não seguiu as orientações propostas, de modo que sua presença a partir daquele momento serviria de fio condutor ao que seria possível ou não no tratamento.

Questionada sobre o que a levava ao atendimento, a paciente relata que tem uma doença da qual ela não se lembra o nome, mas explica que quem tem essa doença não come e se lembra: “é anorexia o nome”. Beatriz é indagada se aquilo que dizem dela é verdade, se ela realmente não comia, diante da resposta afirmativa, a paciente diz que não se alimenta, pois, alguns anos antes, sua avó a viu comendo e disse que ela precisava fechar a boca. Além disso, a paciente relata não se imaginar maior do que ela é. Beatriz traz um discurso pronto, com respostas de quem já antecipa a pergunta, mas acrescenta que foi à consulta pois as pessoas

estão preocupadas, principalmente a mãe, “a minha avó eu acho que se preocupa, mas na verdade é uma preocupação com a minha mãe que tem alguma culpa que eu não entendo” (SIC), ela diz.

No discurso da mãe aparece a exposição de que Beatriz “nunca foi de comer” (SIC) e que uma vez, quando ainda era casada com o pai da menina, esqueceu de alimentá-la pois achou que o marido tinha feito isto.

A paciente faz três refeições por dia forçada pela mãe: café da manhã, almoço e lanche à noite. Relata ser insuportável realizar o café da manhã, pois é uma refeição que nunca teve o hábito de fazer, mas a mãe tem medo de que ela apresente um episódio de hipoglicemia a caminho da escola (o que já havia ocorrido) e obriga que a menina realize o desjejum antes de se deslocar para o colégio.

Ao ser questionada sobre alimentos de que gosta, Beatriz diz: bolo de café de uma cafeteria específica na cidade, purê de batata, peixe frito, comida japonesa, camarão e macarrão, além de brócolis, milho verde e ovo. Diz que enjoa fácil dos alimentos e até gosta de comer algumas outras coisas, tem vontade, mas seu autocontrole é maior. Comer depende de seu “estado de espírito” (SIC) do dia.

A mãe de Beatriz se interessava mais pelas consultas do que a paciente, dizendo o que era viável ou não colocar no cardápio da filha, permitindo, inclusive, o acréscimo de insumos que não eram comuns à sua dispensa, de modo a preparar os pratos que Beatriz dizia que seria possível comer e, quando organizava as refeições da menina, enviava fotos orgulhosa do que havia feito pela filha.

Beatriz, desinteressada pela alimentação comum de seu dia a dia e pelas consultas com a nutricionista, obtinha o que tratamos de ganho secundário com a doença, pois se apropriava da história e da culpa da mãe por um dia ter esquecido de alimentá-la para obter desta um cuidado que a beneficiava não apenas no que tangia a relação à saúde, mas principalmente no seu paladar que recebia os mais diferentes alimentos preparados pela mãe.

Beatriz demandava a atenção de sua mãe por meio do não comer. A menina, que apresentava um peso bem abaixo do esperado para sua idade e altura, colocava a mãe para trabalhar como se o esquecimento em alimentar a filha pudesse se repetir a qualquer instante e, novamente, colocar a culpa da mãe em jogo. A adolescente agia como se o motivo de seu baixo peso fosse uma falta de cuidado de sua mãe para com ela e, assim, exigia aquilo que não era fácil à mãe.

Notamos que há uma linhagem materna que transmite a Beatriz que ela não deve comer: a avó de forma explícita e a mãe de modo inconsciente, de maneira que a menina se

coloca no lugar em que é posta por essas mulheres, ela se identifica com a imagem do lugar que ela é vista – de alguém que não come.

O caso de Beatriz nos leva a suscitar diferentes questões. A primeira questão é que, se em um momento anterior a menina foi acometida por uma necessidade que, embora transformada pela mãe em demanda, não foi atendida, Beatriz teria assimilado que diante da necessidade de alimento o que vinha em resposta seria o nada e, por isso, se esforçava em não comer, mesmo quando sentia vontade ou fome, repetindo suas palavras, fazendo com que seu “autocontrole” fosse maior. Por outro lado, pensamos em uma segunda hipótese: se nos lembrarmos de que se a necessidade passa pelo Outro para se tornar demanda, Beatriz utilizava a “falha” de sua mãe diante do atendimento de sua demanda e impunha esta à mãe compulsivamente, escancarando um corpo pequeno, como se a todo momento lembrasse a genitora de que era preciso alimentá-la, de que era ela, a mãe, a responsável por tirá-la da pura necessidade, banhá-la de desejo e também de não satisfazê-la. Beatriz, ao pedir alimentos específicos e não comuns à alimentação rotineira da família, travestia de necessidade sua demanda.

Os casos de Ana e Beatriz parecem opostos ao serem analisados, pois em uma narrativa o excesso de peso aparece como questão, em outra; o peso de menos, porém é possível fazer uma aproximação deles. Enquanto Ana portava o excesso em seu corpo e demandava à nutricionista uma redução daquilo que sobrava; Beatriz, diante da culpa que a mãe carregava, demandava aquilo que não foi suprido anteriormente e também por meio do corpo, excessivamente magro, dizia de seu sofrimento, fazendo aparecer aquilo que a todo momento chamamos atenção: a dimensão do sujeito.

A partir disso, o leitor pode se perguntar: para que serve o tratamento nutricional? Não se pode querer perder peso ou se preocupar com a magreza excessiva? Ao que diremos: claro que sim. Porém, se pensarmos que um tratamento nutricional pode incorporar a si a escuta e permitir que o sujeito fale e se escute, podemos abrir o caminho para que o paciente reconheça que sua demanda passa por outras questões e que entendê-las e elaborá-las talvez possa modificar a forma de ver e trilhar o caminho de sua vida e de seu tratamento.

O discernimento entre necessidade, demanda e desejo se coloca como fundamental, pois, ao nos propormos a escutar o sujeito, ouvimos para além de sua demanda, ou seja, escutamos seu desejo. Escutar o sujeito é escutar o desejo do sujeito. Quinet (2000), nos diz:

O postulado fundamental da psicanálise diz que a estrutura do sujeito se organiza a partir de um furo. Esse furo organizador na estrutura é correlato ao conceito do objeto perdido, o que implica que aquilo que poderia dar satisfação ao sujeito é

perdido desde sempre como condição necessária ao desejo, que por definição é insatisfeito (Quinet, 2000, p. 87).

Desta forma, se nos ofertamos a escutar alguém, é fundamental sabermos que aquilo que escutamos, o desejo, é sempre insatisfeito, de modo que a busca por satisfação se relaciona a um objeto primeiro que em um momento mítico supriu uma necessidade e se tornou o representante dessa procura. Necessidade esta que ao ser dirigida ao Outro se transforma em demanda, portanto, “O enunciado é a própria dimensão da demanda, a qual não visa um objeto, e sim ao Outro a quem dirijo minha fala: ela é um apelo ao Outro” (Quinet, 2000, p. 89). Assim, o desejo se constitui a partir do desejo do Outro.

A partir disso, a demanda de emagrecimento, de ganho de peso, e a preocupação com a alimentação e o corpo também trazem em si a dimensão de apelo ao Outro e de uma busca insaciável por algo que não há, colocando o objeto comida no lugar ilusório daquilo que poderia satisfazer o desejo, seja comendo demais para preencher a boca e não dizer, seja não comendo para despertar a atenção do outro, entre tantas outras possibilidades que o alimento pode se colocar para muito além da função de suprir a necessidade da fome.

Se em um momento anterior apresentamos as teorias do dualismo pulsional, da desfusão pulsional e da compulsão à repetição, os casos acima nos ajudam a enxergar, para além da teoria, como tais conceitos psicanalíticos colocam-se na clínica, inclusive na clínica nutricional, e nos auxiliam a entender os desafios que o atendimento nutricional nos impõe.

Freud (1915), ao apresentar a pulsão como uma força constante que busca uma satisfação, nos diz de uma procura por aquilo que não há. Se, miticamente, em um momento primeiro houve um objeto capaz de satisfação, o sujeito se coloca a resgatar este, porém desde sempre tal objeto foi perdido, assim, durante sua vida, o sujeito elenca os mais diversos objetos como aqueles que seriam capazes de satisfazê-lo, e, embora haja “uma pontinha de prazer” (Cazuza, 1988), há um encontro com a falta. Pelo caráter de insatisfação, cada desencontro com o objeto deixa o sujeito diante de um vazio.

Em seu Seminário livro 10: a angústia, Lacan (2005 [1962-1963]) irá se dedicar a conceituar o objeto *a*, aquele que ele dirá ser o objeto da angústia e que terá extrema relação com o desejo. Logo no início da obra, o autor traz o grafo do desejo, uma estrutura topológica que trata das relações do sujeito com a necessidade, demanda e desejo, e traz a questão:

Che vuoi?, Que queres? Forcem um pouquinho mais o funcionamento, a entrada da chave, e terão *Que quer ele de mim?* (...). Não se trata apenas de *Que quer ele comigo?*, mas também de uma interrogação em suspenso que concerne diretamente ao eu: não *Como me quer ele?*, mas *Que quer ele a respeito deste lugar do eu?* (Lacan, 2005 [1962-1963], p. 14.).

O “che vuoi?” nos situa sobre o desejo do sujeito e nos mostra que este irá derivar do desejo do Outro. Se Freud nos dizia de um desejo que buscava a recuperação de uma satisfação antes vivida, Lacan irá localizar o desejo no campo da relação com o Outro, isto porque o “che vuoi?” coloca o sujeito em um lugar em que há o questionamento de como esse Outro o quer. O que vemos é um jogo de desejos no qual o sujeito supõe que o Outro quer algo dele e, nesta suposição, há um reconhecimento da falta e a produção do desejo do sujeito, pois se o Outro deseja algo do sujeito é porque este não o satisfaz e isto provocará o desejo do sujeito.

Como trazido anteriormente, o bebê tem uma necessidade e o Outro, diante desta, faz uma intervenção tentando satisfazê-la, de modo que há a produção da demanda. A necessidade aponta para um objeto específico que a satisfaça, como o alimento para aquele que tem fome, porém, ao inserir um Outro nesta equação, Outro este que nomeará esta necessidade e indicará qual é o objeto capaz de supri-la, a necessidade transforma-se em demanda. Será neste movimento de nomeação da necessidade e da tentativa de satisfação, feita por um outro humano, que o bebê será inserido na cultura e marcado pela falta, humanizado, a partir da falta do outro que não pode satisfazê-lo.

A demanda do bebê ao Outro fará com que algo reste, pois a demanda sempre aponta para uma dimensão do excesso, para algo que não pode ser satisfeito, pois a pulsão é insaciável, de forma que o desejo surgirá daquilo que não se satisfaz.

Será neste contexto que Lacan (2005 [1962-1963]) irá conceituar o objeto *a*, aquele que é causa do desejo, objeto que não há, transformando o desejo sempre em desejo de outra coisa, assim, o mesmo objeto que irá suscitar a angústia, causará o desejo. Nas palavras do autor: “(...) o objeto *a* não é a finalidade, a meta do desejo, mas sim sua causa. Ele é causa do desejo na medida em que o próprio desejo é algo não efetivo, uma espécie de efeito baseado e constituído na função da falta (...)” (Lacan, 2005 [1962-1963], p. 343).

Por seu estatuto de “não efetivo” o desejo faz com que a busca por objetos capazes de satisfação deslize metonimicamente, porém o que se encontra é sempre a falta, indicando um furo estrutural. A falta aponta que algo já esteve ali, mas não está mais, assim, ela surge como uma tentativa de elaboração do furo, que nunca será preenchido. O objeto *a* é aquele que o sujeito (na dimensão imaginária do objeto *a*) supõe ser o que tamponaria o furo, porque se há falta, há furo. Assim, o sujeito busca certas imagens do objeto *a*, como a comida, para tentar suprir essa falta, mas tal passo causa angústia, pois onde deveria haver a falta, há algo, de modo que “a falta vem a faltar” (Lacan, 2005 [1962-1963], p. 52).

Retornando ao caso de Ana, vemos que sua relação com a comida e com sua família passa por uma tentativa de tamponar seu furo com os restos dos outros, ao passo que é ela quem produz comida de forma excessiva de modo que reste. Ana elege os restos de comida como objeto *a*, aquele que falta, mas, assim como as preparações que ela faz, o objeto sempre resta, de modo que tal tentativa de preenchimento dos outros (filhos e marido) não lhe causa satisfação ou prazer, mas sim angústia, visto que seu desejo fica encoberto por detrás de tal ato e a questão com a comida e o alimentar-se permanece. Ana come os restos para que eles não existam, para que não fique exposto sua falha em satisfazer os outros, assim, o resto vem para ela, não há distância do objeto *a*, mas sim uma incorporação deste.

Lacan (2005 [1962-1963]) nos anuncia que “os objetos que mantêm certa relação com *a* são objetos destacáveis do corpo, separáveis dele, que estão entre o sujeito e o Outro, e trazem uma dimensão de perda” (Sirelli, 2017), de modo que a perda destes invoca uma perda de parte do sujeito, uma perda irrecuperável, porém necessária para que o sujeito se coloque diante do Outro, o sujeito cede parte de si para se colocar como desejante. “(...) mas é que sempre há no corpo, em virtude desse engajamento na dialética significante, algo de separado, algo de sacrificado, algo de inerte, que é a libra de carne” (Lacan, 2005 [1962-1963], p. 242).

Ana procura a nutricionista demandando um laudo que assegure que ela pode ser submetida ao procedimento de redução do estômago, intervenção esta que seria, imaginariamente, a solução final de seu problema. Um corte que nos remete a libra de carne cedida para assegurar o desejo, entretanto, no caso de Ana, há uma disposição literal em conceder a libra de carne, como se a partir deste ato pudesse ser possível não comer mais os restos, mas investir em si.

As pacientes aqui retratadas trazem em primeiro plano, em suas histórias, a compulsão à repetição e sua relação com a pulsão de morte: Ana, comendo compulsivamente os restos e se colocando há anos em um ciclo de demandar a perda de peso e retornar a engordar, deixando de lado o prazer que poderia estar embutido no ato de comer ou então de se enxergar em um corpo que a satisfaça, exemplificando o que trouxemos antes como a desfusão pulsional e a predominância da pulsão de morte. A demanda da paciente, colocada à profissional, nos parece uma tentativa de reinvestimento no eu (já que a partir da cirurgia seria possível olhar para ela mesma), mas, ao mesmo tempo, nos aparenta um recobrimento de sua subjetividade, um encobrimento de seu desejo, pois, sua demanda seria suprida, enquanto, aquilo que circulava a comida e o corpo continuaria não dito e não elaborado.

Beatriz, por sua vez, através de sua demanda à mãe, traz algo de uma compulsão à repetição, pois repete compulsivamente a cena em que não foi alimentada, cena esta que não

traz um ponto de satisfação ou prazer, mas que ultrapassa o princípio de prazer e se encontra com a pulsão de morte, revelando algo de inassimilável na relação com sua mãe, como se ao repetir a cena do não comer, Beatriz também repetisse a culpa da mãe, como um ataque a esta. A demanda de Beatriz é atendida no ponto em que a mãe se coloca como objeto de vingança da filha, pois assim seria eximida da culpa de não a ter alimentado um dia.

Não se pode deixar de observar que a grande maioria dos casos de anorexia funciona como um dos muitos recursos que um sujeito, às voltas com seu Outro, lança mão para questioná-lo, para interrogá-lo sobre a veracidade do amor que esse lhe devota. A comida recusada é um modo de ‘mostrar’ ao Outro que ele, também, pode ser posto em falta (Nazar, 2013, p. 43).

Ao anunciar que o copo vazio está cheio de ar, Gil (1974) parece nos lembrar o que Lacan traz no Seminário: livro 4 (19156-1957) sobre a anoréxica “comer nada” (Lacan, 19156-1957, p. 188), diferenciando tal ato de um não comer. Se o cantor (1974) nos alerta que o vazio guarda algum preenchimento, Lacan (19156-1957) demonstra que no “comer nada” há uma satisfação incluída, um saborear do momento em que a mãe passa a depender da criança, desejando que esta coma. Beatriz nos dá um exemplo de tal teoria, visto que se preenche da preocupação e culpa da mãe, em vez de comida, colocando a genitora como dependente de si, papel que é encarnado e aceito pela mãe que a todo custo tenta fazer com que a menina preencha seu corpo vazio de comida.

3.3 Implicações clínicas

Se a todo momento neste trabalho buscamos arsenais que justificassem a inclusão da visão psicanalítica ao trabalho do nutricionista, agora pretendemos relatar como tal instrumental pode de fato auxiliar esta área tão distinta de si, aparentemente. Talvez a questão primordial seja, inclusive, uma aproximação dessas áreas (a nutrição da psicanálise), pois, se a nutrição é colocada como uma profissão da área da saúde que visa apenas a uma reversibilidade física para que se estabeleça uma melhora, uma proximidade desta profissão com a subjetividade da psicanálise nos parece um primeiro passo importante.

A defesa de que a nutrição possa ser vista pelo olhar da psicanálise, melhor dizendo, ouvida a partir da escuta analítica, não ultrapassa o entendimento de que a tal escuta é feita sob transferência em um setting analítico, por um analista que se dedicou a formação e estudos para tal, de modo que não se trata apenas de escutar. Se Freud nos alerta da possibilidade de uma psicanálise “selvagem” (1910), não é desta que pretendemos fazer uso.

Freud (1910) nos relata o atendimento a uma senhora que o procura após vir de outro médico que lhe deu conselhos os quais ela não poderia seguir, conselhos estes dados em nome da psicanálise. Será a partir deste caso que Freud irá discorrer como, em nome da psicanálise, não foi feito o uso desta. É neste momento que o autor nos diz algo precioso:

Uma concepção há muito superada, baseada na simples aparência, diz que o doente sofre devido uma espécie de ignorância, e que, quando removemos essa ignorância através da informação (sobre os nexos causais entre sua doença e sua vida, sobre suas vivências infantis etc.), ele certamente se cura. A tarefa da terapia é combater essas resistências. Se a informação sobre o inconsciente fosse tão importante para o doente como acreditam os não iniciados na psicanálise, bastaria, para seu restabelecimento, que ele frequentasse palestras ou lesse livros [...], pois informar o doente acerca do inconsciente resulta, via de regra, em exacerbação do conflito e intensificação das dores (Freud, 1910, p. 255).

Freud (1910) continua nos dizendo que o médico que pretende se aproximar da psicanálise não o deve fazer apenas por meio de livros, de modo que este trabalho não servirá de manual para uma conduta pautada na psicanálise para aqueles que se interessarem por tal, mas sim como um despertar para uma possibilidade de poder ir mais além daquilo que a nutrição se propõe e, caso haja um interesse na psicanálise, o profissional deverá buscar os meios adequados de uma formação analítica, a saber: a análise pessoal, a supervisão clínica e o estudo teórico.

O nutricionista, ao receber um paciente, seja em consultório, ambulatório, hospital ou qualquer outro local, tem uma queixa dirigida a si, de maneira que não é incomum que seja buscado em sua memória qual o melhor tratamento. Se é um paciente com diabetes descompensado ou teve este diagnóstico recentemente, há diretrizes a serem seguidas, assim como para hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares e assim por diante. Há uma oferta de informações como resposta à queixa, mesmo que de forma individualizada, mesmo que levando em consideração o que há de disponível na despensa de quem nos fala, o que se oferta é sempre algo de uma informação. E, como Freud (1910) nos alerta, isto não é o suficiente na maioria dos casos.

As informações trazidas pela nutrição são fundamentais, mas apenas se elas forem utilizadas, se não, têm a mesma função que “a distribuição de cardápios para os famintos numa época de fome” (Freud, 1910, p. 55). Assim, é a insuficiência que se oferece como motor a este trabalho, insuficiência esta que se encontra com a falta, com o sujeito dividido e que nos clareia algumas questões sobre o sujeito.

O reconhecimento de uma falta no sujeito e de seu estatuto desejante se faz primordial à adoção do referencial psicanalítico à prática nutricional, assim como a compreensão de que o saber científico pode ser deixado de lado, mas não excluído, para que possa entrar em cena

o que realmente importa: o sujeito e seu desejo. Para isso será necessário ouvir aquilo que escapa, que foge às regras e ultrapassa as medidas.

A inclusão daquilo que a psicanálise defende não precisa excluir o trabalho do nutricionista, senão deixaríamos de lado a função deste profissional e colocaríamos o psicanalista em seu lugar, mas é necessário que cada questão posta ao paciente suporte uma resposta que flutue por outros lugares e que o saber que o sujeito tem sobre si seja mais valioso do que aquele publicado em diretrizes; é preciso compreender que existirão respostas que ultrapassarão as perguntas e elas também dirão sobre aquele que se porta diante do profissional.

Se os artigos e diretrizes são pautados em estudos longos e abarcam um grande número de pessoas para que possa ser determinado qual a melhor solução geral para determinadas populações, a psicanálise irá trabalhar no caso a caso. Assim, diante daquele um que se coloca perante ao nutricionista, é preciso que haja uma reinvenção das regras, dentro do possível, é preciso que as diretrizes caibam no paciente e não o contrário.

É preciso que consideremos que aquele que come muito possui questões além do ato de alimentar-se e que, antes que calculemos “Uma dieta planejada individualmente para criar um déficit de 500 a 1.000 kcal deve ser parte integrante de programas de perda de peso objetivando uma diminuição de 0,5 a 1 kg por semana, com metas realistas” (ABESO, 2016, p. 76), é necessário que o sujeito lide com essas questões e as elabore, senão o plano alimentar calculado precisamente com o déficit calórico preconizado terá como função tornar-se mais um engodo que o paciente carregará consigo.

O encontro da nutrição com a psicanálise exige um desencontro desta primeira com aquilo que há de fechado em sua estrutura para que haja a busca por um equilíbrio entre o que ela se propõe e o desejo do sujeito, para tanto, como ponto inicial, é preciso que a posição de saber do nutricionista caia, não para deixar de existir, mas que seu saber fique em segundo plano e o saber principal seja sobre o sujeito. Saber este que deve ser encontrado na fala do sujeito e não nos manuais de nutrição.

Proposição difícil a que aqui fazemos, pois reconhecemos que a formação do nutricionista se baseia em diversos estudos: da formação do corpo humano às patologias que o atingem e a melhor nutrição para cada uma dessas etapas. Não se trata de invalidar tudo aquilo que construiu e constituiu sua bagagem enquanto profissional, mas que, diante do sujeito, aconteça um desaprender momentâneo para que se possa ouvir o que vem do sujeito sem julgamentos.

No caso de pacientes que aparecem com a queixa de excesso de peso e que trazem em seu discurso um comer excessivo, assim como Ana, escutar o que esse excesso de peso e de comida trazem e, sem pressa, decidir junto ao paciente qual a melhor estratégia para mudar a cena trazida. Identificar na fala daquele que diz de que outros pesos e excessos ele está falando quando usa a comida como significante e como apoio.

Isso não significa concordar com o consumo de ultraprocessados, permitir frituras diárias ao paciente com dislipidemia, ou o excesso de doces por aqueles que têm alterações em sua glicemia, tampouco trata-se de “romantizar a obesidade”, mas sim de compreender que há um além e que a procura por um profissional que o auxilie em sua queixa já é um passo em direção a um desejo de mudança.

Nos questionamos: e nos casos de maior urgência, como o de pacientes que se negam a comer ou apresentam alguma doença de grande porte que uma alimentação inadequada pode agravar seriamente sua saúde? A escuta também se coloca como fator primordial ao tratamento, mas, nestes casos, o primeiro passo é assegurar que o paciente coma ou retire da sua rotina os alimentos prejudiciais (nos casos de doenças como a renal crônica e pancreatite, por exemplo), mas sem deixar de considerar também as questões subjetivas de tais processos.

A maior dificuldade de articulação entre os saberes aqui discutidos pode ser encontrada nestes casos em que há maior gravidade do quadro do paciente, pois há necessidade de intervenções mais abruptas, como a retirada de alguns alimentos da dieta ou até a passagem de sondas como via alternativa de alimentação, situações em que o desejo do paciente é deixado de lado em prol da manutenção de sua vida. Mas, ainda assim, defendemos a escuta do paciente, visto que a passagem de uma sonda, por exemplo, pode solucionar o problema da desnutrição, mas piorar as questões que o levaram àquele quadro no que tange à sua subjetividade. Basta que haja o reconhecimento de que há um sujeito diante do profissional e, a partir disto, já há, instantaneamente, uma visão diferenciada sobre este.

Se o analista em seu ofício não tem como premissa a oferta de soluções ao seu analisando, mas sim de o ensinar a inventar, o nutricionista talvez possa se colocar a aprender com este.

Mas para quê? Pode ser a pergunta imediata diante deste trabalho. Para que mudar a conduta do nutricionista que há muito vem se aperfeiçoando para melhor atender seu paciente? Realmente a proposta aqui não passa por uma estratégia que garanta um emagrecimento mais rápido ou então que permita ao paciente comer tudo o que ele quiser e mesmo assim perder peso ou se livrar de sua patologia. Como trazido a todo momento, trata-se de um além.

Além este que considera que as dificuldades alimentares passam, muitas vezes, por questões outras e, por isso, torna-se fundamental ouvi-las, já que o tratamento nutricional será apenas parte do processo e, sendo assim, não será eficaz. É como se a prescrição de uma dieta ou a oferta de orientações nutricionais funcionassem como a retirada superficial do problema, enquanto o que foi causador deste permanecerá enraizado.

3.4 A cura em psicanálise e a (proposta) de cura em nutrição

E se virá
Será quando menos se esperar
Da onde ninguém imagina
Demolirá toda certeza vã não sobrá
Pedra sobre pedra
Enquanto isso
Não nos custa insistir
Na questão do desejo
(Santos, 1988)

Trouxemos no capítulo anterior a relação em que o sujeito é submetido no encontro com o Outro. Maria Rita Kehl (2017), relembrando a teoria freudiana, nos diz que o neurótico é aquele que se coloca à disposição do Outro como maneira de tornar-se seu objeto de satisfação e, assim, encontrar a plenitude perdida, ou seja, o neurótico seria aquele que se dá ao Outro como moeda de troca para, miticamente, reencontrar aquilo que perdeu (e que não há).

Desta forma, o sujeito ao longo de sua vida elenca alguns Outros como mestres, aqueles que ele acredita que serão capazes de lhe mostrar o caminho das pedras para a recuperação de sua satisfação perdida e, com isso, submete seu desejo ao desejo do Outro. Por que trazemos isso aqui? Porque consideramos que o sujeito que busca uma ajuda médica ou nutricional coloca esses profissionais no lugar de mestre, com a esperança de que serão eles os capazes de lhe trazer a tão esperada cura. Cura aqui trazida no sentido popular da palavra: “ação ou efeito de curar-se; tratamento da saúde; forma de combater uma doença; restabelecimento da saúde; processo de recuperação ou melhoria de algo; melhora, regeneração” (Michaelis, 2024).

E o que assistimos é justamente ao investimento desses profissionais na busca pela cura das questões nutricionais, principalmente no que tange à questão da obesidade. Se antes discutimos o normal e o patológico, essa cura procurada pretende levar o indivíduo o mais próximo possível da normalidade, da eutrofia, de um corpo “normal” e de um comer saudável.

O que Kehl (2017) continua a nos dizer em seu artigo é que a psicanálise, na contramão das curas tradicionais, propõe que o sujeito mude sua posição diante do Outro e encontre um lugar no qual o seu desejo seja colocado em questão e não mais o desejo do Outro. Isto, que pode parecer simples, exige uma reestruturação nos modos de pensar e agir do sujeito, pois por toda sua vida ele se colocou como subordinado ao Outro e considerou que o seu desejo era o desejo do Outro e agora terá que descobrir qual é o seu desejo, e sustentar o próprio desejo não é algo fácil.

“A servidão, ao contrário do que possa parecer, não é ética: aquele que obedece, ainda que de forma inconsciente, tende a não se responsabilizar pelas consequências de seus atos e não assumir algumas de suas escolhas” (Kehl, 2017, p. 158). Colocar o próprio desejo em voga consiste em tornar-se efetivamente responsável pelas escolhas feitas, isto não se aproxima, é preciso deixar claro, da premissa comum aos coachings de que basta querer para que algo se realize, não é disto que tratamos aqui.

Deparar-se com o próprio desejo não significa reconhecê-lo dando-lhe uma cara e um nome, não significa, no campo da nutrição, saber o motivo da necessidade de emagrecimento e, com isso, conseguir a perda de peso. A finalidade da análise não é colocar-se como solucionadora ou curadora daquilo que o sujeito se queixa, pois não há objeto que saciará nosso desejo, até porque o desejo saciado é a morte (Kehl, 2017).

Isto não implica em que o emagrecimento seja a morte do sujeito, pois embora aos olhos populares a realização do desejo trata de conseguir aquilo que queríamos (portanto a perda de peso seria uma forma de realizar um desejo), não é disto que o desejo trata. Desejo é desejo inconsciente e não se iguala ao querer, aquilo que será conquistado serão as satisfações parciais que obteremos ao longo da vida. A perda de peso pode ser uma satisfação parcial, mas logo o desejo pedirá mais, pois desejo é sempre desejo de outra coisa.

Se a obesidade é tida como uma doença crônica não-transmissível, isto faz com que não haja cura (médica) para ela, mas sim uma manutenção eterna de um cuidado para que o peso se mantenha em níveis “normais”. Na prática da clínica médica tradicional, aquele que irá conduzir o tratamento será o médico ou o nutricionista, sendo neste caso uma condução para uma redução corporal, por meio de um controle, e, após, a manutenção baseada no mínimo de peso, assim, esta será a situação mais próxima da cura que se poderá chegar.

Se há algo de valioso na pesquisa freudiana é a observação de que Freud não hesita em reconhecer aquilo que é passível de mudança em sua teoria e, por meio de mais estudos, a alteração de algo que antes seria considerado seu modo de condução dos casos. Assim, se no início de seus estudos Freud se colocava na posição do mestre, ao longo de seus atendimentos

e escritos podemos observar que ele abandona tal posição e coloca o sujeito como o primordial em cena. Sobre a posição do analista, nos traz Lacan (p. 592, 1958): “O psicanalista certamente dirige o tratamento. O primeiro princípio desse tratamento, o que lhe é soletrado logo de saída, que ele encontra por toda parte de sua formação, a ponto de fiar por ele impregnado, é o de que não deve de modo algum dirigir o paciente”.

Assim, nos parece que chegamos ao ponto nodal desta pesquisa. Não objetivamos, de maneira alguma, que a prática do nutricionista seja substituída pela psicanalítica, nosso objetivo a todo momento foi a apresentação de um segundo ponto de vista que, a princípio, se distancia enormemente daquele apreendido de forma sistemática na formação nutricional.

O que pretendemos é causar um incômodo e com ele um convite à observação da contribuição que o psiquismo gera nas questões nutricionais. Não podemos dizer com clareza de que modo a nutrição pode aplicar a psicanálise em sua prática e de que modo os atendimentos nutricionais devem ser alterados. Chamamos atenção para um olhar além do físico e da finalidade curativa dos tratamentos propostos.

Se o corpo para a psicanálise é aquele afetado pela pulsão, que nos atentemos a ele, nos façamos valer daquilo que a psicanálise entende como cura. Talvez a objetivação da cura, enquanto recuperação da saúde ou melhoria do corpo, seja aquilo que impede o andamento do tratamento nutricional e, se mudarmos o ângulo do olhar e da escuta, se sustentarmos aquilo que o sujeito nos traz como demanda sem que ofereçamos uma solução rápida e prática (e decerto ineficaz no que se refere à manutenção), talvez possamos ouvir além e, junto ao paciente, pensarmos também em um caminho além.

Como dito, nosso objetivo não é o de apresentar uma solução, mas a possibilidade de um novo caminho, nos amparando naquilo que Freud e Lacan sustentaram como uma clínica da diferença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se fundamentou na procura de algo que embasasse a discordância dos autores em relação ao atual modo de tratamento que os pacientes, principalmente aqueles considerados gordos e obesos, são submetidos quando procuram auxílio para a perda de peso. Se um incômodo é produzido, acreditamos que é preciso um caminho para apaziguá-lo (não necessariamente apagando-o), de forma que, para nós, o caminho foi a psicanálise e, assim como a psicanálise, não objetivamos uma solução rápida, mas um entendimento para uma melhor forma de lidar com nosso incômodo e discordância.

Se as áreas biomédicas se dedicam aos estudos experimentais em busca de uma cura, sendo esta, no nosso caso, o corpo magro, aqui procuramos explorar as possibilidades de ver esse corpo, e também o comer, como algo constituinte e constituído pelo sujeito, não exigindo necessariamente uma cura e, se esta for necessária, uma alteração na relação com o corpo e o comer, uma “cura” outra, aquela que for possível para cada sujeito.

Stefan Zweig (2017) inicia seu livro *A cura pelo espírito* nos mostrando os movimentos iniciais de cura e sua relação com a religiosidade, o autor nos diz que, para os homens, a saúde é vista como natural, portanto, a doença seria algo de maligno enviado por alguém que queria prejudicá-los e só uma entidade divina teria o poder de curá-los, mas a cura só seria possível por meio de demonstrações de fé e sacrifícios. Em um momento posterior, com o surgimento do médico, esta nova figura irá substituir a religiosa para assumir a função de levar a cura aos homens.

O médico abandona a questão religiosa e passa a fragmentar a doença em várias e, a partir disso, a localizá-la nos muitos órgãos do corpo humano, de modo que a doença deixa de ser uma que afeta o homem e passa a ser algo localizado e referente a um órgão, tendo cada doença um tratamento específico. Os médicos, medicamentos e tratamentos são divididos em áreas do corpo e suas afecções (Zweig, 2017).

Embora a medicina abandone o misticismo inerente às religiões, há a manutenção de uma subserviência do doente para com o médico, assim como era com o sacerdote, para a obtenção da cura. “A medicina científica considera o doente e sua doença como um *objeto* ao qual ordena que assuma de forma quase desprezível um papel de absoluta *passividade*” (Zweig, 2017, p. 15).

Os parágrafos acima retomam e resumem aquilo que por diversas vezes foi tratado nesta pesquisa: o indivíduo colocado como passivo em seu tratamento, como aquele que é o causador de seu “problema”, mas dependente de um outro para solucioná-lo. O que

procuramos a todo momento foi apresentar uma nova possibilidade para o tratamento e para o modo de enxergar a relação que o sujeito porta com o seu corpo, principalmente o gordo, e com a sua alimentação.

Se para o embasamento desta pesquisa foi preciso retornar à medicina, assim como nos debruçar sobre os modos de tratamento nutricionais e, portanto, nos apossar daquilo que foi produzido cientificamente, a maneira que buscamos como alternativa não foge àquilo que é científico. Embora existam manifestações que persistem por anos e que ainda hoje se ocupam em colocar a psicanálise como uma “pseudociência”, aqui não procuramos fugir daquilo obviamente científico (como a medicina e a nutrição) para ofertar uma proposta não científica. Nossa proposição mantém-se no nível da cientificidade, porém em seu campo subjetivo.

A psicanálise foi nossa base para questionar aquilo que há de extremamente palpável nos tratamentos do corpo. Priorizamos aqui o corpo gordo, talvez por ser aquele que imediatamente relacionamos ao consumo excessivo de alimentos, assim como aquele que aparece em demasia nos consultórios nutricionais em busca de uma redução.

Nosso objetivo não foi a apresentação de uma nova diretriz que consiga um emagrecimento eficaz ou a manutenção da perda de peso. Não conseguiríamos tal façanha mesmo se nos propuséssemos a tal, pois eficácia não é um termo que se conjugue neste trabalho, mesmo que apareça grafado por aqui em alguns parágrafos.

Enquanto no primeiro capítulo foram trazidas críticas ao modo como o corpo gordo e as relações alimentares são tratadas pelas ciências médicas; no segundo capítulo apresentamos algumas teorias psicanalíticas que puderam nos auxiliar no modo de pensar e conduzir o tratamento nutricional de maneira que as questões subjetivas pudessem ser colocadas em questão. A todo momento propusemos uma subversão ao olhar médico de saúde e doença, incluindo a compreensão de que o corpo gordo, por ser excessivo, é problemático e, portanto, deve ser “curado”, sem ser considerado aquilo que é extremamente particular ao sujeito que é o modo como esse corpo foi construído ao longo dos anos e a forma como ele é vivenciado por esse sujeito.

Assim, no capítulo *Corpo e comer* discursamos sobre o corpo enquanto estrutura física e fisiológica, sendo esta a considerada pela nutrição como base para seus estudos. Partimos da apresentação histórica da visão de corpo e como o seu excesso, a gordura, tornou-se uma questão a ser combatida, levando a comunidade das áreas biomédicas a se dedicarem ao estudo e produção de diretrizes que traçassem tratamentos para fazer com que o corpo

voltasse ao seu estado “normal”, assim como modos diagnósticos para identificar de forma sistematizada o corpo que ultrapassou seu peso “ideal”.

A questão do corpo gordo ser encarado como doença foi debatida a partir dos referenciais teóricos de Michel Foucault e George Canguilhem sobre aquilo que é considerado normal e patológico. Enquanto às áreas biomédicas igualam o anormal ao diferente e o tratam como aquilo que provoca a doença no corpo, aqui discutimos até que ponto o que foge à média estatística pode ser nomeado como patológico, excluindo, em nossa pesquisa, o corpo gordo da classificação de doença apenas por portar um IMC maior do que aquele estabelecido como eutrófico.

A discordância da nomeação da doença no corpo ser assim chamada por um desvio à média estabelecida como “normal” a nós foi possível por uma aproximação à psicanálise. Se para a medicina e para a nutrição a diferença é o que chama atenção e necessita de reparos, para a psicanálise também é o diferente o que chama atenção, quando trazido pelo sujeito como uma questão, mas para ser melhor ouvido.

Neste trabalho, o que fizemos a todo momento foi a tentativa de proporcionar um olhar que não fosse fixo no “problema”, melhor dizendo, procuramos olhar de uma outra maneira para aquilo que causa um desconforto na relação do sujeito com o seu corpo e seu comer, sem que tal relação fosse considerada doentia por portar um excesso. Preferimos nos debruçar sobre os porquês de uma relação dificultada com algo que faz parte, teoricamente, de algo natural ao ser humano.

Para isso, alguns conceitos psicanalíticos fundamentais foram trazidos ao longo deste trabalho para que aqueles que não são familiarizados com esta área pudessem acompanhar nossas questões. Os principais conceitos abordados por nós foram sujeito, pulsão e escuta psicanalítica, todos estes banhados pelo inconsciente, material em que procuramos nos deter para que o tratamento com viés psicanalítico se diferencie dos tradicionais da nutrição. Apesar de existirem linhas de pensamento que procuram olhar para a nutrição com outros olhos, como a nutrição comportamental, o foco ainda não é sobre o inconsciente.

No terceiro capítulo apresentamos exemplos clínicos como demonstração daquilo que construímos como teoria. Os dois casos atendidos e aqui transcritos nos mostram diversos pontos de subjetividade que surgem na fala das pacientes, que puderam ser escutadas a partir do viés psicanalítico e, por isto, entendidas e pensadas por meio dos conceitos por nós apresentados.

Neste momento, o estudo baseou-se no reconhecimento daquilo que a psicanálise pode contribuir enquanto teoria e prática à nutrição e, mesmo que tenham sido apresentados

recortes clínicos aqui, não apontamos ou criamos modos de se levar um atendimento nutricional com uma base psicanalítica. Assim, embora o trabalho tenha partido de um incômodo no fazer nutricional com seus pacientes, ele não se coloca como solucionador deste incômodo.

Não finalizamos esse trabalho com a expectativa que a psicanálise seja tratada como matéria essencial ao nutricionista ou mesmo que todos aqueles que se formam em tal área sejam conhecedores dos conceitos introduzidos por Freud e Lacan. Somos advertidos de que a psicanálise não é lei universal, mas a utilizamos justamente para questionar aquelas que se colocam como tal.

Finalizamos ainda com o questionamento de como isto que defendemos a todo momento pode ser aplicado por profissionais que, em grande parte, desconhecem a psicanálise. Não pretendemos que a psicanálise seja difundida em grande escala para os estudantes e profissionais de nutrição, como dissemos anteriormente, mas desejamos que sirva de porta para aqueles que assim como nós também carregam diversas questões com o fazer nutricional.

Persiste a dúvida sobre a possibilidade de inserção da teoria psicanalítica na atuação nutricional sem que a consulta nutricional se torne um processo de análise, até porque reconhecemos e trouxemos durante este trabalho que a psicanálise não deve ser tomada como matéria e aplicada de forma selvagem. Pensamos na possibilidade de que algo de psicanalítico possa sim servir de acréscimo ao nutricionista, principalmente no que se refere à escuta enquanto modo de extração de subjetividades na fala do paciente.

Assim, a atenção e valorização daquilo que o paciente traz de “estranho” em uma consulta nutricional, aquilo que surge de diferente enquanto se espera que se fale apenas de comida, surge como uma possibilidade de diferença ao fazer nutricional. Do mesmo modo que o reconhecimento do sujeito enquanto diferente do indivíduo, sujeito este dividido, faltoso e, sendo faltoso, “procurador” daquilo que irá miticamente preenchê-lo. O entendimento destas teorias e o reconhecimento de um sujeito diante de si no consultório nutricional, por si só, poderá proporcionar ao nutricionista um olhar além e um fazer diferente no caso a caso, mesmo que não se trate de uma análise.

Deste modo, pretendemos que essa pesquisa continue, pois muitas outras teorias psicanalíticas podem ser associadas ao tema do corpo e da alimentação e, assim, nos ajudar a olhar para o tema da nutrição de outras maneiras. Contudo, tais abordagens não foram trazidas neste momento, da mesma forma como as apresentadas não foram discutidas até seu

esgotamento, de forma que esperamos, futuramente, abordar alguns outros conceitos como sintoma, falta, vazio e a relação do corpo e do comer com as estruturas clínicas.

REFERÊNCIAS

A baleia. Direção: Jullien Rappeneau. Produção de Darren Aronofsky, Jeremy Dawson e Ari Handel. Estados Unidos: California Filmes, 2023. Cinema.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. *Diretrizes Brasileiras de Obesidade*. 4ª. ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

BARATTO, G. A Descoberta do Inconsciente e o Percurso Histórico de sua Elaboração. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 29, n. 1, p. 74-87, 2009.

BARBOSA, M; PENAFORTE, F; SILVA, A. *Mindfulness, mindful eating* e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 118-35., 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v16n3/v16n3a13.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2024.

BRANCO, R. Medicina e saúde em O nascimento da clínica de Michel Foucault. *Sapere aude*, Belo Horizonte, v. 12, n. 23, p. 102-113, Jan./Jun., 2021. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/26139/18404>. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Obesidade*. In: Biblioteca Virtual em Saúde: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/obesidade-18/#:~:text=A%20obesidade%20%C3%A9%20o%20ac%C3%BAmulo,que%20o%20gasto%20energ%C3%A9tico%20correspondente>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de Atenção Básica - nº 38: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia Alimentar para a População Brasileira*. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 30 set. 2022.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAZUZA; FREJAT, R. *Maior abandonado*. Rio de Janeiro: Som livre, 1984.

CAZUZA; PALMEIRA, D. *Minha flor, meu bebê*. Rio de Janeiro: Universal Music LTDA, 1988.

CHEMAMA, R. *Dicionário de psicanálise*. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

CUNHA, P.; FERREIRA, J.; FREITAS, F. A nutrição comportamental e a relação com os aspectos sociais, fisiológicos e sociais. *Research, Society and Development*, São Paulo, v. 11, n. 15, p. 1-7, 2022. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/365364186_A_nutricao_comportamental_e_a_relacao_com_os_aspectos_sociais_fisiologicos_e_emocionais. Acesso em: 04 jan. 2024.

CURA. In: Michaelis. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2024. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/cura/>. Acesso em: 12 de fev. de 2024.

DERAN, S. *O peso das dietas: emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas!* São Paulo: Sensus, 2014.

ELIA, L. *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

ERLICH., H; ALBERTI, S. O sujeito entre psicanálise e ciência. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 47-63, dez., 2008. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/327/3477>. Acesso em: 20 mai. 2022.

ESCODA, M. Para a crítica da transição nutricional. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 219-26, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RMrXhc7PTLFHs69HVLXPpgh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13 de abril de 2022.

FIGUEIREDO, A.; CECCON R.; FIGUEIREDO J. Doenças Crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/?lang=pt#:~:text=As%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas%20n%C3%A3o%20transmiss%C3%ADveis,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20\(MS\)](https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/?lang=pt#:~:text=As%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas%20n%C3%A3o%20transmiss%C3%ADveis,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20(MS)). Acesso em: 20 mai. 2022.

FOUCAULT, M. (1974-1975). *Os anormais*. São Paulo, Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FREUD, S. (1896). Carta 52. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume I 1886-1899 Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1897). Carta 69. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume I 1886-1899 Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1900). Interpretação dos sonhos. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume V (1900-1901) Interpretação dos sonhos (segunda parte) e sobre os sonhos. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

FREUD, S. (1904 [1905]), O método psicanalítico freudiano. In: FREUD, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

FREUD, S. (1905), Tratamento anímico (ou psíquico). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume VII Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre Sexualidade e outros trabalhos (1901~1905). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1910a). A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume XI Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1910b). Sobre psicanálise “selvagem”. In: FREUD, S. *Obras completas*. Volume 9: observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O Homem dos ratos”], uma recordação de infância de Leonardo Da Vinci e outros textos (1909 – 1910). São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

FREUD, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume XII O Caso Schreber, Artigos Sobre a Técnica e outros trabalho (1911-1913) . Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1912a) Sobre a dinâmica da transferência. In: FREUD, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

FREUD, S. (1912b) Recomendações aos médicos para o tratamento psicanalítico. In: FREUD, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

FREUD, S. (1914) Lembrar, repetir e perlaborar. In: FREUD, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

FREUD, S. (1915) O inconsciente. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume XIV A história do movimento psicanalítico, Artigo sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914~1916). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1915[1914]). Observações sobre o amor transferencial. In: FREUD, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

FREUD, S. (1920). Além do princípio de prazer. In: FREUD, S. *Além do princípio de prazer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

FREUD, S. (1922). Dois verbetes de enciclopédia. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume XVIII Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, S. (1923). O eu e o id. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume XIX O eu e o id e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1924a). O problema econômico do masoquismo. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume XIX O eu e o id e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1924b). A dissolução do complexo de Édipo. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud*. Volume XIX O eu e o id e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1926). A questão da análise leiga. Conversas com uma pessoa imparcial. In: FREUD, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

FREUD, S. (1937a). Análise finita e infinita. In: FREUD, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

FREUD, S. (1937b). Construções na análise. In: FREUD, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. *Obras completas*. Volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905). São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. Romances Familiares. In: FREUD, S. “*Gradiva*” de Jensen e outros trabalhos (1906 ~ 1908). Rio de Janeiro: Imago, 1996. Disponível em: <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-09-1906-1908.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In: FREUD, S. *Obras completas*. Volume 10: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Disponível em: lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Freud_Sigmund_caso-Schereber.pdf. Acesso em: 20 mai. 2022.

FREUD, S. Totem e tabu. In: FREUD, S. *Obras completas*. Volume 11: totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912 – 1914). São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

FREUD, S. *As pulsões e seus destinos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *Obras completas*. Volume 18: o mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias e outros textos (1930-1936). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S.; BREUER, J. (1893-1895). *Estudos sobre a histeria*. Companhia das Letras: São Paulo, 2016.

GARCIA-ROZA, L. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

GARCIA-ROZA, L. *Introdução à metapsicologia freudiana*. Volume 3: artigos de metapsicologia. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

GARCIA-ROZA, L. O discurso da pulsão: Os três ensaios sobre a sexualidade. In: GARCIA-ROZA, L. *FREUD e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

GIL, G. *Copo vazio*. In: BUARQUE, C. Sinal fechado, Rio de Janeiro: Universal Music, 1974.

GIORDANI, R.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. O cuidado com o corpo e a obrigatoriedade da saúde: sobre *hexis* e poder na modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4361-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qdnb3SS9kNLNmNHxWS6V8L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 de jan. 2024.

HALPERN B.; MANCINI M.; MELO M.; LAMOUNIER R.; MOREIRA R.; CARRA M.; KYLE THEODORE; CERCATO C.; BOGUSZEWSKI C. Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). *Consensus*, Arch. Endocrinol. Metab., v. 66, n. 2, p. 1-13, mar-apr, 2022. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Obesidade-controlada-Archives-Halpern-final.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

IANNINI, G; TAVARES, P. Apresentação. In: FREUD, S. *As pulsões e seus destinos*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

JORGE, M. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan*. Volume 1: as bases conceituais. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

KEHL, M. A utopia da cura em psicanálise. *Revista UFMG*, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 150-61, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistadaufmg/article/view/12606/13003>. Acesso em: 12 de fev. 2024.

KIESLICH, A. *Comer, comer... Para poder crescer!*: As patologias da esfera oro-alimentar sob uma perspectiva psicanalítica. 2012. 43 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em psicologia) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2012. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/1214/tcc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 mai. 2022.

KORTCHMAR, E.; MERIGHI, M.; CONZ, C.; JESUS, M.; OLIVEIRA, D. Reganho de peso após a cirurgia bariátrica: um enfoque da fenomenologia social. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 417-22, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/5zSPRMygkJLTFvBf4ZwjDHr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2022.

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

LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. (1956-1957). *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

LACAN, J. (1957-1958). *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. *In:*

LACAN, J. (1962-1963). *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. *In:* LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. *Vocabulário da psicanálise*. Santos: Martins Fontes, 2001.

LEITE, L.; ROCHA, E.; BRANDÃO-NETO, J. Obesidade: uma doença inflamatória. *Revista Ciência e Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p.85-95, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/6238>. Acesso em: 10 de abril de 2022.

MATTOS, R.; LUZ, M. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009. Disponível em: scielo.br/j/physis/a/vGqBqHFkLxQ6x6Ydw5bK7Qq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 mai. 2022.

MAURANO, D. *Elementos da clínica psicanalítica*. Volume 1: o desejo e sua ética. Rio de Janeiro: Contracapa, 2018.

NAZAR, T. (2013). *Você tem fome de quê?: três abordagens dos transtornos de alimentação*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2013.

PAIM, M.; KOVALESKI, D. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pBvf5Zc6vtkMSHyztLKxYJH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2022.

PAJECKI, D.; HALPERN, A.; CERCATO, C.; MANCINI, M.; CLEVA R., SANTOS, M. Tratamento de curto prazo com liraglutide no reganho de peso após cirurgia bariátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 191-195, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/76zkgFwxnT8vW4FJgQRdKMh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2022.

PEREIRA, O.; ALMEIDA, T. Saúde e poder: um estudo sobre discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 91-8, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n2/10.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2024.

PEREIRA, M. 12 *Subversão do Sujeito e Dialética do Desejo no Inconsciente freudiano*. Youtube, 20 maio 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=V7syUSb0cgo&t=4651s>. Acesso em: 01/08/23.

PEREZ, M.; SIRELLI, N. A medicalização do mal-estar: a escuta psicanalítica como modo de resistência. *Psicanálise & Barroco em revista*, v.13, n.2, p. 117-136, dez. 2015. Disponível em: <http://seer.unirio.br/psicanalise-barroco/article/view/7337/6465>. Acesso em: 20 nov. 2022.

PICH, S. Adolphe Quetelet e a biopolítica como teologia secularizada. *História, Ciência, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 849-63, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Zdc7kyrp6zt74H8KXgRBG5D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2022.

QUINET, A. (2000) *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

QUINET, A. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

RODRIGUES, H. Alimentação como fonte de sociabilidade e de hospitalidade. *SINAIS – Revista de Ciências sociais*, Vitória, v. 1, n. 12, p. 85-100, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/sinais/article/view/5853>. Acesso em: 18 de jan. 2024.

ROIZMAN, D. *A obesidade “não toda” ou quando a gordura fala*. São Paulo: Escuta, 2021.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ROUDINESCO, E. *Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

SANTOLIM, C. História da obesidade na classificação internacional de doenças (CID): de 1900 a 2018. *Arquivos de Ciência e Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 25, n. 3, p. 167-72, 2021. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/8045/4139>. Acesso em: 15 mai. 2022.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

SCRINIS, G. *Nutricionismo: a ciência e a política do aconselhamento nutricional*. São Paulo: Elefante, 2021.

SEIXAS, C. *Figurações do vazio: a obesidade e os impasses da clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2022.

SIRELLI, N. Objeto a e outro: cede-se uma libra de carne. *Trivium*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 257-67, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912017000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 mai. 2022.

SLOTERDIJK, P. *Crítica da razão cínica*. São Paulo: Estação da Liberdade, 1982.

SOUZA, E. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, n. 13, p. 49-53, 2010. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/1025/895>. Acesso em: 18 de maio de 2022.

VARELA, A. Você tem fome de quê?. *Psicologia, ciência e profissão*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 82-93, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n1/v26n1a08.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

ZWEIG, S. *A cura pelo espírito*: Em perfis de Franz Anton Mesmer, Mary Baker Eddy e Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.